



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

advies 63.650/VR
van 26 september 2018

avis 63.650/VR
du 26 septembre 2018

over

sur

een ontwerp van besluit van het
Verenigd College van de
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie
'houdende wijziging van de bijlage
bij het koninklijk besluit van
23 oktober 1964 tot bepaling van
de normen die door de
ziekenhuizen en hun diensten
moeten worden nageleefd,
betreffende het
ziekenhuisnoodplan'

un projet d'arrêté du Collège réuni
de la Commission communautaire
commune 'modifiant l'arrêté royal
du 23 octobre 1964 portant fixation
des normes auxquelles les hôpitaux
et leurs services doivent répondre,
concernant le plan d'urgence
hospitalier'

Op 4 juni 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Ministers, Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Begroting en het Openbaar Ambt verzocht binnen een termijn van dertig dagen, verlengd tot vijfenveertig dagen*, en nogmaals verlengd tot 15 oktober 2018, een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 'houdende wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, betreffende het ziekenhuisnoodplan'.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 25 september 2018. De derde kamer was samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Koen MUYLLE, staatsraden, en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim CORTHAUT, auditeur.

Het ontwerp is door de verenigde kamers onderzocht op 25 september 2018. De verenigde kamers waren samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, voorzitter en Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE, Luc DETROUX, Koen MUYLLE en Patrick RONVAUX, staatsraden, en Astrid TRUYENS en Bernadette VIGNERON, griffiers.

Het verslag is uitgebracht door Xavier DELGRANGE, eerste auditeur-afdelingshoofd en Tim CORTHAUT, auditeur.

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

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 26 september 2018.

*

* Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat de termijn van dertig dagen verlengd wordt tot vijfenveertig dagen in het geval waarin het advies gegeven wordt door de verenigde kamers met toepassing van artikel 85bis.

Le 4 juin 2018, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Ministres, Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétent pour la politique de la Santé, le Budget et la Fonction Publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, prorogé à quarante-cinq jours *, et encore prorogé jusqu'au 15 octobre 2018, sur un projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune 'modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, concernant le plan d'urgence hospitalier'.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 25 septembre 2018. La chambre était composée de Jo BAERT, président de chambre, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Koen MUYLLE, conseillers d'État, et Astrid TRUYENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim CORTHAUT, auditeur.

Le projet a été examiné par les chambres réunies le 25 septembre 2018. Les chambres réunies étaient composées de Jo BAERT, président de chambre, président et Pierre VANDERNOOT, président de chambre, Jeroen VAN NIEUWENHOVE, Luc DETROUX, Koen MUYLLE en Patrick RONVAUX, conseillers d'État, et Astrid TRUYENS et Bernadette VIGNERON, greffiers.

Le rapport a été présenté par Xavier DELGRANGE, premier auditeur-chef de section et Tim CORTHAUT, auditeur.

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

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 26 septembre 2018.

*

* Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, qui dispose que le délai de trente jours est prorogé à quarante-cinq jours dans le cas où l'avis est donné par les chambres réunies en application de l'article 85bis.

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 rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie strekt tot de vervanging van punt 14° van onderdeel III (“Organisatorische normen”) van rubriek A (“Algemene normen die op al de inrichtingen van toepassing zijn”) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 ‘tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd’. De huidige tekst van dat punt 14° bevat enerzijds de verplichting voor ieder ziekenhuis om te beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen *binnen* het ziekenhuis, alsook voor een aantal ziekenhuizen om te beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen *buiten* het ziekenhuis. Anderzijds wordt bepaald op welke aangelegenheden dergelijke actieplannen betrekking hebben en hoe ze tot stand moeten komen.

De nieuwe tekst van dat punt 14° is kennelijk ingegeven door een protocolakkoord gesloten tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet ‘over de ziekenhuisnoodplanning’.¹ In vergelijking met de huidige tekst wordt zowel de inhoud van het ziekenhuisnoodplan als de procedure voor de totstandkoming ervan binnen het ziekenhuis verder uitgewerkt, met inbegrip van de advisering door de burgemeester van de betrokken gemeente (in plaats van de gouverneur van de betrokken provincie), na eventuele tussenkomst van de provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie van de betrokken provincie.

BEVOEGDHEID

3. In advies 59.468/VR van 11 juli 2016² heeft de Raad van State het volgende uiteengezet aangaande de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen inzake erkenningsnormen voor ziekenhuizen:

“2. Artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’, zoals dat artikel gewijzigd is bij de bijzondere wet van 6 januari 2014, draagt aan de gemeenschappen onder meer de bevoegdheid op inzake

¹ BS 20 januari 2017, tweede uitgave.

² Adv.RvS 59.468/VR van 11 juli 2016 over een ontwerp van koninklijk besluit ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ moet voldoen om erkend te worden’, opmerkingen 2 en 4.

‘het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van:

a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;

b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);

c) de basisregelen betreffende de programmatie;

(...).

Vóór de wijziging van die bepaling bij de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, was de federale overheid ook bevoegd voor ‘f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren’.³

In verband met de schrapping van die uitzondering op de bevoegdheid van de gemeenschappen wordt in de parlementaire voorbereiding de volgende uitleg gegeven:

‘Dit voorstel voorziet erin dat de gemeenschappen naast de bestaande bevoegdheden voortaan bevoegd zijn om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen en de diensten (met inbegrip van de psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ), de zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, enz., moeten beantwoorden om erkend te worden. Het gaat om de erkenning zoals die geregeld is in de artikelen 66 en volgende van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Hiertoe wordt de uitzondering onder f) van artikel 5, § 1, I, 1^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 opgeheven.

Hierdoor worden de gemeenschappen bevoegd voor de aangelegenheden die momenteel in elk geval vervat zitten in de volgende teksten, voorzover deze bepalingen geen invloed hebben op de programmatie, noch op de financiering van de ziekenhuizen (behoudens A1 en A3):

(...)

het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' moet voldoen om erkend te worden;

(...).’⁴

(...)

³ Voetnoot 3 van het aangehaalde advies: De bevoegdheden in kwestie waren “b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving; c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering; d) de basisregelen betreffende de programmatie; e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur”.

⁴ Voetnoot 4 van het aangehaalde advies: Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 28 en 30. Met de woorden “voorzover deze bepalingen geen invloed hebben op de programmatie, noch op de financiering van de ziekenhuizen (behoudens A1 en A3)” wordt niet uitgesloten dat de normen van de gemeenschappen een weerslag kunnen hebben op de financiering van de ziekenhuizen door de begroting van de federale Staat, aangezien een dergelijke weerslag uitdrukkelijk mogelijk wordt geacht in artikel 5, § 1, I, tweede lid, van de bijzondere wet.

4. De vraag rijst of de federale overheid wel op haar bevoegdheid met betrekking tot de 'organieke wetgeving' of de uitoefening van de geneeskunde mag steunen voor het uitvaardigen van het ontworpen besluit.

De 'organieke wetgeving' wordt in de parlementaire voorbereiding omschreven als volgt:

'Het concept van de organieke wetgeving heeft betrekking op de basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, zoals deze onder meer vervat zitten in de ziekenhuiswet, en strekken ertoe de minimale samenhang te waarborgen die per definitie noodzakelijk is tussen de programmatie, de erkenning en de financiering, wil men op de verschillende niveaus op een werkbare manier een beleid kunnen voeren. De drie voornoemde beleidsinstrumenten zijn immers in zekere mate complementair. De financiering moet immers gebaseerd worden op de erkenning binnen, in voorkomend geval, de daartoe voorziene programmatie.

In dit kader blijft de federale overheid ook bevoegd voor de uitoefening van de geneeskunst.

1) Organiek zijn :

a) de basiskenmerken van de:

i) ziekenhuizen (onder meer wat betreft de ziekenhuisgebonden prestaties, uitsplitsing over verschillende vestigingsplaatsen, minimaal activiteitsniveau), psychiatrische ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen;

ii) ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, zware apparaten, netwerken en zorgcircuits. Zo kunnen basiskenmerken vernoemd worden die een direct verband vertonen met de programmatie en/of financiering alsook een structureel karakter vertonen (bijvoorbeeld noodzakelijke apparatuur, de aard van de verleende zorg binnen een ziekenhuis of ziekenhuisdienst of de doelgroep, het minimale personeelskader);

iii) samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen.

b) de regelen met betrekking tot het beheer en de besluitvorming in de ziekenhuizen, met inbegrip van de interne adviesorganen;

c) het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen en andere gezondheidszorgberoepen;

d) de algemene regelen met betrekking tot de structurering van de verpleegkundige en medische activiteiten;

e) de regelen inzake de boekhouding, de financiële controle en de mededeling van gegevens;

f) de implicaties van het al dan niet voldoen aan de basisregelen inzake programmatie of maximum aantal diensten, functies, enz., of aan de bepalingen van de organieke wetgeving;

g) de algemene regelen inzake de gevolgen van het al dan niet voldoen aan de erkenningsnormen van de diensten, functies, ..., of de toelatingen tot het opstellen van zware apparaten, (dit betreft bijvoorbeeld de regel 'intrekking erkenning = geen financiering').⁵

⁵ Voetnoot 5 van het aangehaalde advies: Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35-36.

Eveneens volgens de parlementaire voorbereiding moeten de volgende aangelegenheden tot de bevoegdheden van de gemeenschappen worden gerekend:

‘a) het vaststellen van voorwaarden waaraan moet worden voldaan of het bepalen van aangelegenheden waarop de normen minimaal betrekking moeten hebben (dit valt onder de erkenningsnormen), met inbegrip van de regels met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuisdienst, -instelling of -organisatie;

b) de procedures en uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de bevoegdheden die niet tot de federale overheid zullen behoren (bijvoorbeeld de erkenningsprocedures (voorlopige erkenning, opschortend beroep ...));

c) in het kader van de overgedragen bevoegdheden, de regelgeving met betrekking tot de kwaliteitstoetsing en het uitwerken van de kwaliteitsevaluatie (dit interfereert sterk met de erkenningsnormen). De kenmerken van de zorg die te maken hebben met het proces en het resultaat (outcome) moeten — zo nodig — ingebed kunnen worden in de erkenningsnormen);

d) de bepaling van de medisch-sociale inrichtingen, de plaatsen beschut wonen, en doorgangstehuizen en de categorale (Sp en G) ziekenhuizen.’⁶”

4. In het voormelde advies werd het beginsel zelf van de medische permanentie in een ziekenhuisfunctie als een “basiskenmerk” beschouwd en tot de federale bevoegdheid inzake organieke wetgeving gerekend. Het bepalen van de categorieën van (kandidaat-)artsen-specialisten waarop een beroep kan worden gedaan voor die permanentie, werd dan weer tot de bevoegdheid van de gemeenschappen gerekend omdat een dergelijke bepaling geen structureel karakter vertoont, evenmin als een direct verband met de financiering van de exploitatie van ziekenhuizen of de basisregelen betreffende de programmatie.⁷

5. Het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 ‘tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd’ werd eveneens vermeld in de lijst van rechtsregels waarvoor de gemeenschappen principieel bevoegd zijn.⁸ Dat doet echter niets af aan hetgeen in advies 59.468/VR is uiteengezet aangaande de federale bevoegdheid inzake de organieke wetgeving, waarbij met name de vraag rijst in welke mate de regeling inzake de ziekenhuisnoodplanning moet worden beschouwd als een “basiskenmerk”.

Het beginsel zelf dat ziekenhuizen moeten beschikken over een noodplan voor ongevallen die zich voordoen binnen en buiten ziekenhuizen, moet worden beschouwd als een basiskenmerk waarvoor de federale overheid bevoegd is gebleven. Deze conclusie wordt versterkt door de samenhang ervan met de residuaire bevoegdheid van de federale overheid inzake de dringende geneeskundige hulpverlening en inzake de civiele veiligheid.⁹

⁶ Voetnoot 6 van het aangehaalde advies: Ibid., 36.

⁷ Adv.RvS 59.468/VR, opmerking 5.

⁸ Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 29.

⁹ Voor het koninklijk besluit van 17 oktober 1991 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd’, dat heeft geleid tot de huidige tekst van het te vervangen punt 14°, werd tevens rechtsgrond gezocht in de rechtsvoorganger van de huidige wet van 15 mei 2007 ‘betreffende de civiele veiligheid’. Zie daarover ook advies 21.040/1/V van 2 augustus 1991 over een ontwerp dat heeft geleid tot het voormelde besluit, algemene opmerking 2.

De concrete uitwerking van dat noodplan binnen het ziekenhuis en de wijze waarop dat noodplan binnen het ziekenhuis tot stand komt, kan echter niet als een basissenmerk worden beschouwd en behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.

6. De conclusie van dit alles is dat het eerste lid van het ontworpen punt 14°, dat de principiële verplichting bevat inzake het opstellen van een ziekenhuisnoodplan, tot de bevoegdheid van de federale overheid moet worden gerekend en geen doorgang kan vinden, zoals is uiteengezet in opmerking 5. Ook het bestaande eerste en tweede lid van punt 14° kan niet worden opgeheven of vervangen, aangezien ook daarin een dergelijke verplichting aan bod komt. Het staat aan de federale overheid om die regeling aan te passen om desgewenst de bestaande verplichting om een ziekenhuisnoodplan voor grote ongevallen buiten het ziekenhuis op te stellen, uit te breiden tot alle ziekenhuizen.

RECHTSGROND

7. Het ontworpen besluit vindt rechtsgrond in artikel 66 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 ‘op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen’.

VORMVEREISTEN

8. Artikel 66 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 schrijft – in de voor de Gemeenschappelijke Gemeenschap geldende versie – nog steeds het advies van de “Nationale” (thans de Federale) Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voor. Dat advies moet bijgevolg met toepassing van artikel 94, § 1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980¹⁰ alsnog worden ingewonnen.¹¹

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

9. In het eerste lid van de aanhef moet meer precies worden verwezen naar artikel 66 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

10. Tussen het tweede en het derde lid van de aanhef moet een nieuw lid worden ingevoegd, waarin wordt verwezen naar het advies van de afdeling Ziekenhuizen van de Commissie voor Gezondheidszorg van de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg van 21 februari 2018.

¹⁰ Gelezen in samenhang met artikel 84 van de bijzondere wet van 12 januari 1989 ‘met betrekking tot de Brusselse Instellingen’.

¹¹ De ordonnantiegever kan die adviesverplichting formeel opheffen en desgevallend voorzien in een verplichte advisering door de afdeling Ziekenhuizen van de Commissie voor Gezondheidszorg van de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg.

Uiteraard zal ook het nog in te winnen advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen moeten worden vermeld in de aanhef.

Artikel 1

11. In de Nederlandse tekst van het vierde lid van het ontworpen punt 14° moet het woord “job-time” worden vervangen door “arbeidstijd”.

*

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 et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DU PROJET

2. Le projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune soumis pour avis a pour objet de remplacer le point 14° de la partie III (« Normes d'organisation ») de la rubrique A (« Normes générales applicables à tous les établissements ») de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 'portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre'. Le texte actuel de ce point 14° prévoit, d'une part, l'obligation pour chaque hôpital de disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs *internes* et, pour un certain nombre d'hôpitaux, de disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs *à l'extérieur* de l'hôpital. D'autre part, il détermine les questions sur lesquelles portent de tels plans d'action ainsi que la manière dont ils doivent être mis en place.

Le nouveau texte du point 14° est manifestement dicté par un protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution 'concernant le plan d'urgence hospitalier' ¹. Par rapport au texte actuel, tant le contenu du plan d'urgence hospitalier que la procédure de son élaboration au sein de l'hôpital sont davantage détaillés et comprennent la consultation du bourgmestre de la commune concernée (au lieu de celle du gouverneur de la province concernée), après intervention éventuelle du coordinateur du plan d'urgence provincial et de l'inspection fédérale d'hygiène de la province concernée.

COMPÉTENCE

3. Dans l'avis 59.468/VR du 11 juillet 2016 ², le Conseil d'État a formulé les observations suivantes à propos de la répartition des compétences entre l'autorité fédérale et les communautés en matière de normes d'agrément des hôpitaux :

« 2. L'article 5, § 1^{er}, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', tel qu'il a été modifié par la loi spéciale du 6 janvier 2014, attribue aux communautés, notamment, la compétence de

'la politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception :

a) [de] la législation organique, à l'exception du coût des investissements de l'infrastructure et des services medicotechniques ;

¹ M.B., 20 janvier 2017, deuxième édition.

² Avis C.E. 59.468/VR du 11 juillet 2016 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction 'soins urgents spécialisés' doit répondre pour être agréée', observations 2 et 4.

- b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique et ce, sans préjudice des compétences des communautés visées au a) ;
- c) [d]es règles de base relatives à la programmation ;
- [...]'.

Avant la modification de cette disposition par la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État, l'autorité fédérale était compétente aussi pour 'f) les normes nationales d'agrément, uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées au b), c), d) e) ci-dessus'³.

La suppression de cette exception à la compétence communautaire est expliquée comme suit dans les travaux préparatoires :

'La présente proposition prévoit que, en sus des compétences en vigueur, les communautés seront dorénavant compétentes pour définir les normes auxquelles les hôpitaux et les services (en ce compris les hôpitaux psychiatriques et les SPHG), les programmes de soins, les services hospitaliers, etc. doivent répondre pour être agréés. Il s'agit de l'agrément tel que réglé aux articles 66 et suivants de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008. À cet effet, l'exception visée au f) de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 est abrogée.

De ce fait, les communautés sont compétentes pour les matières en tout cas actuellement consignées dans les textes suivants, pour autant que ces dispositions n'aient pas d'influence sur la programmation ni sur le financement des hôpitaux (hors A1 et A3) :

[...]

l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction 'soins urgents spécialisés' doit répondre pour être agréée ;

[...]'⁴.

[...]

4. La question se pose de savoir si l'autorité fédérale peut effectivement invoquer sa compétence relative à la 'législation organique' ou à l'exercice de l'art de guérir pour adopter l'arrêté en projet.

Dans les travaux préparatoires, la 'législation organique' est décrite de la manière suivante :

'Le concept de législation organique porte sur les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière, telles qu'elles sont notamment contenues dans la loi sur les hôpitaux, visent à garantir la cohérence minimale qui, par définition, est nécessaire entre la programmation, l'agrément et le financement si l'on veut pouvoir mener des politiques efficaces aux différents niveaux. Les trois

³ Note de bas de page 3 de l'avis cité : Les compétences en question étaient 'b) [le] financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ; c) (...) l'assurance maladie-invalidité ; d) [les] règles de base relatives à la programmation ; e) [les] règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd'.

⁴ Note de bas de page 4 de l'avis cité : Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc. parl.*, Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, pp. 28 et 30. Les mots 'pour autant que ces dispositions n'aient pas d'influence sur la programmation ni sur le financement des hôpitaux (hors A1 et A3)' n'excluent pas que les normes communautaires aient un impact sur le financement des hôpitaux par le budget de l'État fédéral, puisque cet impact est expressément envisagé par l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 2, de la loi spéciale.

instruments politiques précités sont en effet complémentaires dans une certaine mesure. Le financement doit en effet reposer sur l'agrément dans le cadre, le cas échéant, de la programmation prévue à cet effet.

Dans ce cadre, l'État fédéral reste également compétent en matière d'exercice de l'art de guérir.

1) Sont organiques :

a) les caractéristiques de base des :

i) hôpitaux (entre autres pour ce qui concerne les prestations hospitalières, la ventilation sur plusieurs lieux d'établissement, le niveau d'activité minimal), hôpitaux psychiatriques, hôpitaux universitaires ;

ii) services hospitaliers, sections, fonctions hospitalières, services médicaux et médicotechniques, programmes de soins et appareils lourds, réseaux et circuits de soins. L'on peut ainsi mentionner des caractéristiques de base qui présentent un lien direct avec la programmation et/ou le financement et qui présentent un caractère structurel (par exemple : les appareils indispensables, la nature des soins dispensés au sein d'un hôpital ou d'un service hospitalier, ou le groupe cible, les effectifs minimaux de personnel) ;

iii) collaborations interhospitalières.

b) les règles générales relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux, y compris les organes consultatifs internes ;

c) le statut du médecin hospitalier et l'implication dans le processus décisionnel des médecins hospitaliers et autres professionnels des soins de santé ;

d) les règles générales relatives à la structuration des activités infirmières et médicales ;

e) les règles relatives à la comptabilité, au contrôle financier et à la communication des données ;

f) les implications du respect ou non des règles de base en matière de programmation ou du nombre maximal de services, fonctions, etc. ou des dispositions de la législation organique ;

g) les règles générales relatives aux implications du respect ou non des normes d'agrément des services, fonctions, ..., ou aux autorisations d'installer des appareils lourds (ceci concerne par exemple la règle 'retrait de l'agrément = pas de financement')⁵.

Toujours selon les travaux préparatoires, les matières suivantes relèvent des compétences des communautés :

'a) la fixation des conditions qui doivent être satisfaites ou la définition des matières minimales sur lesquelles les normes doivent porter (ceci relève des normes d'agrément), y compris les règles par rapport à la qualité des services, de l'institution et de l'organisation hospitaliers ;

b) les procédures et arrêtés d'exécution relatifs aux compétences qui ne relèveront pas de l'autorité fédérale (par exemple, la procédure d'agrément (agrément provisoire, recours suspensif, ...)) ;

⁵ Note de bas de page 5 de l'avis cité : Doc. parl., Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, pp. 35-36.

c) dans le cadre des compétences transférées, la réglementation relative au contrôle de la qualité et à l'élaboration de l'évaluation de la qualité (ceci interfère grandement avec les normes d'agrément). Les caractéristiques des soins liées au processus et au résultat (outcome) doivent – si nécessaire – pouvoir être intégrées dans les normes d'agrément ;

d) la définition des institutions médicosociales, des initiatives d'habitation protégée et homes de séjour provisoire et des hôpitaux catégoriels (Sp et G)' ⁶ ».

4. Dans l'avis précité, le principe même de la permanence médicale dans une fonction hospitalière a été considéré comme une « caractéristique de base » et inscrit dans le cadre de la compétence fédérale en matière de législation organique. La détermination des catégories de (candidats) médecins spécialistes auxquels il peut être fait appel pour cette permanence relève quant à elle de la compétence des communautés, dès lors qu'une telle disposition ne présente pas de caractère structurel et n'est pas non plus directement liée au financement de l'exploitation d'hôpitaux ou aux règles de base relatives à la programmation⁷.

5. L'arrêté royal du 23 octobre 1964 'portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre' figure également dans la liste des normes pour lesquelles les communautés sont en principe compétentes⁸. Cela ne change cependant rien aux observations formulées dans l'avis 59.468/VR à propos de la compétence fédérale en matière de législation organique, qui pose notamment la question de savoir dans quelle mesure le dispositif relatif à la planification d'urgence hospitalière doit être considéré comme une « caractéristique de base ».

Le principe même selon lequel les hôpitaux doivent disposer d'un plan d'urgence pour les accidents qui se produisent à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital doit être considéré comme une caractéristique de base pour laquelle l'autorité fédérale est restée compétente. Cette conclusion est renforcée par la connexité avec la compétence résiduelle de l'autorité fédérale en matière d'aide médicale urgente et de sécurité civile⁹.

L'élaboration concrète de ce plan d'urgence interne et la manière dont il est élaboré au sein de l'hôpital ne peuvent toutefois pas être considérées comme une caractéristique de base et relèvent de la compétence des communautés.

⁶ Note 6 de l'avis cité : *Ibid.*, 36.

⁷ Avis n° 59.468/VR du Conseil d'État, observation n° 5.

⁸ *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 29.

⁹ Le fondement juridique de l'arrêté royal du 17 octobre 1991 'modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre', qui a conduit au texte actuel du point 14° à remplacer, était également puisé dans le texte qui a précédé l'actuelle loi du 15 mai 2007 'relative à la sécurité civile'. Voir également à ce sujet l'avis n° 21.040/1/V du 2 août 1991 sur un projet devenu l'arrêté précité, observation générale n° 2.

6. Force est de conclure de ce qui précède que l'alinéa 1^{er} du point 14° en projet, qui contient l'obligation de principe relative à l'établissement d'un plan d'urgence hospitalier, relève de la compétence de l'autorité fédérale et ne peut se concrétiser, ainsi qu'il a été exposé dans l'observation n° 5. Les deux premiers alinéas existants du point 14° ne peuvent pas non plus être abrogés ou remplacés, dès lors qu'ils contiennent eux aussi une telle obligation. Il revient à l'autorité fédérale d'adapter ce dispositif afin, au besoin, d'étendre à tous les hôpitaux l'obligation existante d'établir un plan d'urgence hospitalier pour faire face aux accidents majeurs se produisant à l'extérieur de l'hôpital.

FONDEMENT JURIDIQUE

7. L'arrêté en projet trouve son fondement juridique dans l'article 66 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'.

FORMALITÉS

8. L'article 66 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 prescrit toujours – dans la version applicable à la Commission communautaire commune – l'avis du Conseil « national » (actuellement « fédéral ») des établissements hospitaliers. Par conséquent, en application de l'article 94, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980¹⁰, il y a lieu d'encore recueillir cet avis¹¹.

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

9. Le premier alinéa du préambule doit viser plus précisément l'article 66 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

10. On insérera entre les deuxième et troisième alinéas du préambule un nouvel alinéa visant l'avis de la section hôpitaux de la Commission de la santé du Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes du 21 février 2018.

Il va de soi que le préambule devra aussi mentionner l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, qui doit encore être recueilli.

¹⁰ Combiné avec l'article 84 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 'relative aux institutions bruxelloises'.

¹¹ Le législateur régional bruxellois peut abroger formellement cette obligation de consultation et prévoir le cas échéant une saisine obligatoire de la section hôpitaux de la Commission de la santé du Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes.

Article 1^{er}

11. Dans le texte néerlandais de l'alinéa 4 du point 14° en projet, on remplacera le mot « job-time » par le mot « arbeidstijd ».

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Astrid TRUYENS

Jo BAERT