

Gezien om te worden gevoegd bij het besluit van de Waalse Regering van 16 mei 2019 tot goedkeuring van de oprichting van het "Parc naturel de l'Ardenne méridionale"  
Namen, 16 mei 2019.

De Minister-President,  
W. BORSUS

De Minister van Landbouw, Natuur, Bossen, Landelijke Aangelegenheden, Toerisme, Erfgoed  
en afgevaardigd bij de Grote Regio,  
R. COLLIN

Bijlage 2

*Ontwerp tot oprichting en Beheersplan 2019-2029 van het "Parc naturel de l'Ardenne méridionale"*

Gezien om te worden gevoegd bij het besluit van de Waalse Regering van 16 mei 2019 tot goedkeuring van de oprichting van het "Parc naturel de l'Ardenne méridionale"  
Namen, 16 mei 2019.

De Minister-President,  
W. BORSUS

De Minister van Landbouw, Natuur, Bossen, Landelijke Aangelegenheden, Toerisme, Erfgoed  
en afgevaardigd bij de Grote Regio,  
R. COLLIN

SERVICE PUBLIC DE WALLONIE

[2019/203633]

**23 MAI 2019. — Arrêté du Gouvernement wallon modifiant l'annexe à 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 Gouvernement wallon,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 1<sup>o</sup>;

Vu le Code décrétal wallon de l'Action sociale et de la Santé du 29 septembre 2011, l'article 412;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;

Vu le rapport du 28 mai 2018 établi conformément à l'article 4, 2<sup>o</sup>, du décret du 3 mars 2016 visant à la mise en œuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales, pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution;

Vu l'avis de l'organe de concertation intra-francophone, donné le 2 avril 2019;

Vu l'avis de la Commission wallonne de la Santé, donné le 3 juillet 2018;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 avril 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 mai 2018;

Vu le rapport de la Cour des comptes, établi le 30 août 2018;

Vu l'avis 65109/4 du Conseil d'Etat, donné le 22 janvier 2019, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur proposition de la Ministre de la Santé;

Après délibération,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128, § 1<sup>er</sup>, de celle-ci.

**Art. 2.** À la rubrique A. Normes générales applicables à tous les établissements, point III. Normes d'organisation de l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, le point 14<sup>o</sup> est remplacé comme suit :

« 14<sup>o</sup> chaque hôpital doit disposer d'un plan d'urgence hospitalier (PUH) approuvé pour faire face aux accidents survenant à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Le directeur général est le responsable final du plan d'urgence hospitalier, sans préjudice des responsabilités du médecin-chef concernant les aspects médicaux du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence hospitalier médical - PUH MED) et des responsabilités du directeur technique concernant les aspects techniques du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence hospitalier technique - PUH TEC). En vertu de cette responsabilité :

a) le directeur général ou son remplaçant préside le comité permanent;

b) le directeur général ou son remplaçant est la personne de contact pour les autorités en cas d'évènement catastrophique interne ou externe. À cette fin, le directeur général ou son remplaçant est joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;

c) le directeur général ou son remplaçant préside la cellule de coordination hospitalière (CCH), en cas de mise en application du plan d'urgence hospitalier;

d) le directeur général ou son remplaçant détermine la capacité de traitement de l'hôpital. Il mentionne la capacité de traitement dans le journal de bord de l'ICMS (Incident Crisis Management System). À ce point, l'on entend par « capacité de traitement », les lits libres qui sont disponibles au moment de l'incident;

e) le directeur général ne peut en aucun cas modifier la capacité réflexe ou d'hébergement de l'hôpital pendant l'incident. À ce point, l'on entend par « capacité réflexe ou d'hébergement », le nombre minimal de victimes que le site hospitalier peut accueillir durant la première heure;

f) en cas de déclenchement du plan d'urgence hospitalier, le directeur général ou son remplaçant peut décider de ne plus renvoyer aucune victime d'urgence à l'hôpital, après que la capacité réflexe a été atteinte et après concertation avec l'inspecteur d'hygiène fédéral.

Chaque hôpital désigne un coordinateur du plan d'urgence. Le coordinateur du plan d'urgence intervient aussi bien en interne qu'en externe en tant que point de contact pour le plan d'urgence hospitalier. Le coordinateur du plan d'urgence effectue des tâches aussi bien préventives qu'opérationnelles en ce qui concerne le plan d'urgence hospitalier. Le coordinateur du plan d'urgence est fonctionnellement chargé de la coordination et de la surveillance de la qualité de toutes les activités relatives au plan d'urgence hospitalier. A cette fin, le coordinateur du plan d'urgence apporte son soutien et sa collaboration aux processus suivants :

- a) le développement et la mise en œuvre des procédures d'urgence sur la base d'une analyse des risques tenant compte de la sécurité des patients et de celle des collaborateurs;
- b) le développement d'un plan d'urgence hospitalier adapté à tous les services au sein de l'hôpital;
- c) l'intégration des plans d'urgence communaux et provinciaux dans le plan d'urgence hospitalier;
- d) la diffusion du plan d'urgence hospitalier au sein de l'hôpital;
- e) la surveillance des adaptations nécessaires en fonction des modifications dans l'organisation de l'hôpital;
- f) l'organisation d'exercices;
- g) la formation des intervenants-clés dans le cadre du plan d'urgence hospitalier;
- h) la fourniture d'informations au personnel hospitalier et la mise en place d'une fonction de communication passerelle avec les services de l'hôpital et les instances externes;
- i) l'évaluation des situations où le plan d'urgence hospitalier a été appliqué.

Lors de situations d'urgence au cours desquelles le plan d'urgence hospitalier est déclenché,

le coordinateur du plan d'urgence joue un rôle au sein de la cellule de coordination hospitalière (CCH) : il y fait fonction de gardien des processus et assure un appui au directeur général. Le temps de travail du coordinateur du plan d'urgence est déterminé par l'hôpital, en fonction de la taille de l'établissement et de l'analyse de risques réalisée. La fonction de coordinateur du plan d'urgence est compatible avec une autre fonction au sein de l'hôpital. En cas de déclenchement du plan d'urgence hospitalier, il sera toujours essayé d'appeler le coordinateur du plan d'urgence si ce dernier ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital, pour autant qu'il soit disponible.

Dans chaque hôpital, un comité permanent, sous la direction du directeur général, doit être chargé de la rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan d'urgence hospitalier.

Au sein du comité permanent, un Bureau est institué, comprenant au minimum le médecin-chef, le coordinateur du plan d'urgence, le chef médical du service des urgences et une fonction de secrétariat. La fonction de secrétariat peut être assurée par l'une des fonctions obligatoires du Bureau. La relation entre le Bureau et le comité permanent est définie dans un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement d'ordre intérieur fixe au moins les missions, la fréquence des réunions et le mode de prise de décision du Bureau. Le Bureau assume une tâche de préparation de la politique et soutient le comité permanent dans le cadre de l'exécution des décisions relatives au plan d'urgence hospitalier.

Le plan d'urgence hospitalier doit être soumis pour avis au bourgmestre de la commune dans laquelle est situé l'hôpital. Le plan d'urgence hospitalier est transmis à cette fin au bourgmestre, qui le transmet pour avis à la cellule de sécurité communale. La cellule de sécurité communale associe à la formulation de cet avis d'une part la province dans laquelle est situé l'hôpital ou bien Bruxelles Prévention et Sécurité pour la Région de Bruxelles-Capitale, et d'autre part l'inspection fédérale d'hygiène.

Le coordinateur du plan d'urgence provincial et l'inspection fédérale d'hygiène de la province sont invités à cet effet à la discussion du plan d'urgence hospitalier au sein de la cellule de sécurité communale. Si les représentants provinciaux ne réagissent pas à l'invitation, la cellule de sécurité communale rend un avis autonome qui sera transmis pour information au coordinateur du plan d'urgence provincial, à l'inspection fédérale d'hygiène et au bourgmestre. Le coordinateur du plan d'urgence provincial et l'inspection fédérale d'hygiène peuvent transmettre leurs remarques concernant l'avis au bourgmestre. Si aucune remarque n'est formulée dans les deux mois suivant la transmission de l'avis, celui-ci tel que formulé par la cellule de sécurité communale est considéré comme définitif. Sur la base de cet avis, accompagné ou non des remarques formulées par le coordinateur du plan d'urgence et/ou l'inspection fédérale d'hygiène, le bourgmestre délivre une attestation pour l'avis relatif au plan d'urgence hospitalier. Des remarques peuvent être formulées dans l'attestation du bourgmestre. L'attestation du bourgmestre est transmise à l'hôpital, qui la transmet à son tour au ministre compétent pour la politique des soins de santé. Sur la base de cette attestation, le ministre approuve ou non le plan hospitalier. L'approbation est valable pour une période de cinq ans.

En ce qui concerne l'entraînement au plan d'urgence hospitalier, l'hôpital doit élaborer un plan pluriannuel prévoyant l'obligation d'organiser un exercice au moins 1 fois par an. Le contrôle de la mise en œuvre du plan pluriannuel est effectué par la cellule de sécurité communale. Une situation d'urgence réelle, accompagnée du déclenchement du plan d'urgence hospitalier, peut remplacer l'exercice à condition qu'elle ait été suivie d'un débriefing qualitatif avec tous les acteurs concernés et que les possibilités d'amélioration qui en découlent aient été implémentées.

Le plan d'urgence hospitalier comporte deux phases : la phase « information » et la phase « action ». Le centre de secours 112 joue un rôle crucial dans la détermination de la phase du plan d'urgence hospitalier. La phase « action » comporte deux niveaux : le niveau I et le niveau II. Le comité de coordination de l'hôpital détermine le niveau.

Au cours de la phase « information » :

a) il y a connaissance d'une situation d'urgence soit parce que l'hôpital est averti du déclenchement du Plan d'intervention médicale (PIM) par le centre de secours 112, soit parce qu'il y a un afflux spontané et non annoncé d'un nombre important de patients depuis le même événement. Dans ce dernier cas, l'hôpital avertira lui-même le centre de secours 112;

b) le médecin urgentiste est averti. Le médecin urgentiste s'informe de la nature de la situation d'urgence, du nombre de victimes auquel il faut s'attendre, de la nature des affections et des délais d'arrivée. En se fondant sur ces informations, le médecin urgentiste décide, après concertation interne, de passer ou non à la phase « action ».

Au cours de la phase « action », le « niveau I » correspond à une augmentation minimale du personnel affecté, générée par des glissements internes. Il n'y a aucun rappel de personnel supplémentaire. Le « niveau I » correspond à un nombre attendu de victimes ne dépassant pas la première vague théorique (capacité réflexe).

Le « niveau II » correspond à un nombre élevé de victimes à prévoir, qui dépasse la première vague théorique (capacité réflexe). Il est nécessaire de convoquer du personnel supplémentaire.

Le plan d'urgence hospitalier contient les procédures d'évacuation, de réinstallation, de réception et d'isolement des victimes et doit porter sur les questions suivantes :

a) la constitution, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination et de commandement hospitalière, chargée de diriger les opérations, de collecter l'information relative à la situation d'urgence, de décider du niveau de riposte de l'institution, de l'adaptation éventuelle du plan d'urgence hospitalier et d'assurer les relations avec les familles, les autorités et la presse;

- b) les niveaux, les phases et leurs effectifs respectifs de la mobilisation interne, les procédures et les moyens logistiques de la riposte ainsi que la désignation des personnes autorisées à décider du déploiement du plan d'urgence hospitalier ou d'une de ses phases;
- c) la désignation des locaux destinés au triage, à la surveillance et au traitement des victimes en fonction du degré d'urgence, ainsi que ceux réservés à la presse, aux familles, aux autorités et aux dépouilles mortelles;
- d) les modalités d'identification des victimes;
- e) l'organigramme, les modalités de travail et la désignation des membres du personnel en fonction de la phase et du niveau concerné;
- f) la liste d'une part des médecins et de toutes les catégories d'agents hospitaliers qui doivent être appelables et immédiatement disponibles et d'autre part des médecins et de toutes les catégories d'agents qui sont appelables, ainsi que les modalités de ces rappels;
- g) les dispositions logistiques de déploiement du plan d'urgence hospitalier et en particulier la mise en œuvre de matériels, médicaments et réserves, les dispositions en matière de réserves de sang et dérivés ainsi que les dispositions concernant le service d'urgence, le service de traitement intensif, le quartier opératoire, le service de radiologie et le laboratoire;
- h) les mesures de protection des victimes, du personnel, des locaux et du matériel en cas de contamination ainsi que les procédures et les techniques de décontamination à suivre;
- i) les modalités en matière de circulations internes et de contrôle des abords de l'hôpital;
- j) le fonctionnement pratique d'une cellule d'accueil et d'accompagnement psychosocial des familles;
- k) la possibilité d'étendre l'ensemble des moyens de communication, d'en développer les réseaux et de centraliser la réception et la diffusion des informations;
- l) les modalités en matière de coopération avec l'autorité communale et provinciale en vue de l'intégration de l'hôpital dans les plans d'urgence communaux ou provinciaux;
- m) le descriptif du déploiement du plan d'urgence hospitalier sous forme d'un tableau synoptique;
- n) un manuel regroupant les fiches de consignes destinées aux différents types de services et de personnels hospitaliers;
- o) les moyens dévolus à la formation des médecins et de tous les membres du personnel;
- p) le plan pluriannuel relatif aux exercices permettant de valider le plan d'urgence hospitalier ou de l'adapter;
- q) les modalités retenues pour la mise à l'abri, l'évacuation interne ou externe des patients hospitalisés et du personnel;
- r) la capacité d'accueil de victimes exprimée en capacité réelle de prise en charge et de traitement, ainsi que la capacité d'hébergement.

Le plan d'urgence hospitalier doit spécifiquement aborder les incidents impliquant des risques majeurs et au minimum les risques de nature chimique, biologique, radiologique et/ou nucléaire, les explosifs (CBRNe), les incendies, les pannes d'équipements IT, les pannes d'équipements d'utilité publique, les pandémies, ainsi que les risques pour lesquels un plan d'urgence doit être élaboré conformément à la réglementation.

Chaque service et chaque membre du personnel doit disposer des fiches de consignes le concernant et doit également être informé de sa mission dans le cadre de ce plan d'urgence hospitalier. ».

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

**Art. 4.** La Ministre de la santé est chargée de l'exécution du présent arrêté.  
Namur, le 23 mai 2019.

Pour le Gouvernement :

Le Ministre-Président,  
W. BORSUS

La Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances,  
de la Fonction publique et de la Simplification administrative,  
A. GREOLI

—————  
VERTALING

WAALSE OVERHEIDSDIENST

[2019/203633]

**23 MEI 2019. — Besluit van de Waalse Regering tot 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, met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan**

De Waalse Regering,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, inzonderheid op artikel 5, § 1, I, 1<sup>o</sup>;

Gelet op het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, decretaal luik, van 29 september 2011, artikel 412;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;

Gelet op het rapport opgesteld op 28 mei 2018 overeenkomstig artikel 4, 2<sup>o</sup>, van het decreet van 3 maart 2016 houdende uitvoering van de resoluties van de Vrouwenconferentie van de Verenigde Naties die in september 1995 in Peking heeft plaatsgehad en tot integratie van de genderdimensie in het geheel van de gewestelijke beleidslijnen voor de aangelegenheden geregeld krachtens artikel 138 van de Grondwet;

Gelet op het advies van het inter-Franstalig overlegorgaan, gegeven op 2 april 2019;

Gelet op het advies van de "Commission wallonne de la Santé" (Waalse Gezondheidscommissie), gegeven op 3 juli 2018;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11 april 2018;

Gelet op de instemming van de Minister van Begroting, gegeven op 31 mei 2018;

Gelet op het verslag van het Rekenhof, opgesteld op 30 augustus 2018;

Gelet op het advies nr. 65109/4 van de Raad van State, gegeven op 22 januari 2019, overeenkomstig artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>b</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Gezondheid;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** Dit besluit regelt, overeenkomstig artikel 138 van de Grondwet, een aangelegenheid bedoeld in artikel 128, § 1, ervan.

**Art. 2.** In rubriek A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, punt III. Organisatorische normen, 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, wordt punt 14<sup>o</sup> vervangen als volgt :

"14<sup>o</sup> elk ziekenhuis moet beschikken over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan (ZNP) om het hoofd te kunnen bieden aan ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis.

De directeur-generaal is de eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan - ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur voor de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan - ZNP TEC). Vanuit die verantwoordelijkheid :

- a) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;
- b) is de directeur-generaal of zijn vervanger de contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De directeur-generaal of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en dagen per week bereikbaar;
- c) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van de coördinatieraad van het ziekenhuis (CCZ) als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;
- d) bepaalt de directeur-generaal of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit, de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;
- e) kan de directeur-generaal de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder "reflex- of huisvestigingscapaciteit" het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;
- f) kan de directeur-generaal of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan de volgende processen:

- a) de ontwikkeling en uitwerking van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;
- b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;
- c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplannen binnen het ziekenhuisnoodplan;
- d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;
- e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;
- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren in het kader van het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is een rol in de coördinatieraad van het ziekenhuis (CCZ) : hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de directeur-generaal. De arbeidstijd van de noodplancoördinator wordt bepaald door het ziekenhuis, in functie van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is zal men, zo deze niet in het ziekenhuis is, steeds proberen de noodplancoördinator op te roepen, voor zover hij/zij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis moet een permanent comité, onder leiding van de directeur-generaal, belast worden met het opstellen, de bijwerking en de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan.

Binnen het permanent comité wordt er een Bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dit huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het Bureau vastgelegd. Het Bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité inzake de uitvoering van de beslissingen inzake het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan moet voor advies worden voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis gelegen is. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die bedoeld ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidsraad. De gemeentelijke veiligheidsraad betreft in het uitbrengen van dit advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis ligt of Brussel Preventie en Veiligheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en anderzijds de federale gezondheidsinspectie.

Daartoe worden de provinciale coördinator van het noodplan en de federale gezondheidsinspectie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidsraad. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidsraad autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies overmaken aan de burgemeester. Als er binnen de twee maanden die volgen op het overmaken van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidsraad als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dit advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, dat het op zijn beurt bezorgt aan de Minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De Minister keurt, op basis van dit attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. De goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis moet, voor wat betreft het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, een meerjarenplan opmaken, waarbij minimaal 1 keer per jaar een oefening wordt voorzien. De controle op de uitvoering van het meerjarenplan gebeurt door de gemeentelijke veiligheidscel. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd : de fase 'informatie' en de fase 'actie'. Het hulpcentrum 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase "actie" zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatiecel van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase "informatie" :

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) werd afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallenarts verwittigd. De spoedgevallenarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van deze informatie beslist de spoedgevallenarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase "actie".

In de fase "actie" correspondeert "niveau I" met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. "Niveau I" stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

"Niveau II" stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocel van het ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen, niveaus met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fasen te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

m) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan betreffende de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestingscapaciteit.

De incidenten die de hoogste risico's inhouden en minimaal voor risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), brand, uitval van IT-voorzieningen, uitval nutsvoorzieningen en pandemie, alsook voor de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, moeten in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld worden.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en moet eveneens ingelicht zijn over zijn opdracht binnen dit ziekenhuisnoodplan."

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2019.

**Art. 4.** De Minister van Gezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Namen, 23 mei 2019.

Voor de Regering :

De Minister-President,  
W. BORSUS

De Minister van Sociale Actie, Gezondheid, Gelijke Kansen,  
Ambtenarenzaken en Administratieve vereenvoudiging,

A. GREOLI