

## LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

F. 2007 — 1119

[C — 2007/22333]

**8 MARS 2007.** — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés

### RAPPORT AU ROI

Sire,

La « programmation », c'est-à-dire le nombre maximal de programmes de soins « pathologie cardiaque » B pouvant être mis en service et les critères de programmation applicables à ces programmes des soins, est fixé par un arrêté royal du 16 juin 1999 qui prévoit un centre par hôpital disposant d'au moins 300 lits universitaire et, outre ce critère, un centre par tranche entamée de 800.000 habitants.

Par ailleurs, l'activité cardiologique dans les hôpitaux faisait, depuis l'arrêté royal du 16 juin 1999 et celui du 15 juillet 2004, l'objet de normes d'agrément auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre.

Ces arrêts prévoyaient que les centres agréés pour un programme B effectuait trois types d'activités : les coronarographies diagnostiques (B1), le traitement des lésions par voie percutanée en pratiquant une dilatation (B2), et la chirurgie cardiaque (B3). Par exception, ces arrêts autorisaient des activités B1 sur un site isolé.

Les normes d'agrément ont fait l'objet d'un certain nombre de critiques :

1. L'article 11 de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 stipulait que les activités B1, B2 et B3 devaient être offertes conjointement comme programme des soins global sur site unique. Ce n'est que par une dérogation à cet article que l'article 23 a autorisé à maintenir, dans le cadre d'un moratoire, sur un site isolé une activité B1.

Les actuels programmes (B1) de diagnostique isolés ne permettent donc pas le traitement d'une lésion coronaire qui serait objectivée lors de l'examen. Une nouvelle procédure pour le traitement de cette lésion est donc nécessaire. Le Centre fédéral d'Expertise, dans son rapport de juin 2005 sur les variations de pratique médicale hospitalière en cas d'infarctus du myocarde reconnaît que cela n'est pas optimal, et cet avis est partagé par le Conseil National des Etablissements Hospitalier.

2. Le volume d'activités minimales prévu par l'arrêté du 15 juillet 2004 ne permet pas de garantir une sécurité suffisante pour les patients qui sont pris en charge dans des centres qui ne justifieraient que de cette activité. La littérature internationale et, surtout, l'expérience du registre géré par le Collège belge de Cardiologie démontrent bien l'augmentation significative du risque de mortalité et de morbidité pour les patients similaires pris en charge dans des centres qui n'atteignent pas un niveau d'activités substantiel ou par des praticiens qui ne disposent pas d'une expérience suffisante.

3. Même si cela relève principalement de la compétence des autorités qui sont habilitées à délivrer les agréments, la distribution géographique des centres qui opèrent ces programmes de soins cardiologiques n'est pas optimale, avec en particulier dans certaines régions une absence totale d'offre de soins tandis qu'à d'autres endroits, on trouve deux programmes de soins complets à moins de 3 km l'un de l'autre. Force est pourtant de souligner que le nombre de centres agréés en application de la programmation fixée par l'autorité fédérale, est déjà fort important en comparaison avec le nombre de centres des pays avoisinants.

Une réforme est donc bien nécessaire pour mieux garantir la qualité des soins et la répartition géographique des centres sur l'ensemble du territoire du Royaume. Ce sont les objectifs essentiels poursuivis par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006 qui a fait l'objet d'un arrêt de suspension par la section d'administration du Conseil d'Etat. Tout en maintenant les principes de base de la programmation existante et en ne modifiant pas le lien obligatoire entre l'activité de dilatation (B2) et de chirurgie cardiaque (B3), cet arrêté royal avait prévu :

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

N. 2007 — 1119

[C — 2007/22333]

**8 MAART 2007.** — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden

### VERSLAG AAN DE KONING.

Sire,

De « programmatie », met name het maximum aantal zorgprogramma's « cardiale pathologie » B dat kan worden uitgebaat en de programmatiecriteria, toepasbaar op deze zorgprogramma's programma's, wordt vastgesteld door een koninklijk besluit van 16 juni 1999, dat één centrum voorziet per ziekenhuis met minimum 300 universitaire bedden en, bovenop dit criterium, één centrum per begonnen schijf van 800.000 inwoners.

Anderzijds maakt de cardiologische activiteit ook sedert het koninklijk besluit van 16 juni 1999 en dat van 15 juli 2004 het voorwerp uit van erkenningsnormen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen.

Deze besluiten voorzagen dat de centra erkend voor een programma B drie soorten activiteiten verrichten : diagnostische coronarografieën (B1), percutane behandeling van letsels via dilatatie (B2) en hartchirurgie (B3). Als uitzondering, lieten deze besluiten B1-activiteiten toe op een geïsoleerde vestigingsplaats.

De erkenningsvoorwaarden zijn het onderwerp geweest van een reeks kritieken :

1. Artikel 11 van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 stipuleerde dat de activiteiten B1, B2 en B3 gezamenlijk als globaal zorgprogramma op één enkele vestigingsplaats moeten worden aangeboden. Enkel via een afwijking op dit artikel heeft artikel 23, in het kader van een moratorium, toegelaten dat een B1-activiteit op een geïsoleerde vestigingsplaats kon worden behouden.

De huidige geïsoleerde diagnostische (B1) programma's kunnen derhalve niet instaan voor de behandeling van een coronair letsel dat tijdens dat onderzoek zou zijn vastgesteld. Er is dus een nieuwe procedure nodig voor de behandeling van dit soort letsel. Het Federaal Kenniscentrum erkent in haar verslag van juni 2005 over de variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct dat dit niet optimaal is, en deze mening wordt gedeeld door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

2. Het minimum activiteitenvolume voorzien in het besluit van 15 juli 2004 kan geen voldoende veiligheid verzekeren voor patiënten die worden behandeld in centra die enkel deze activiteit aantonen. De internationale publicaties en vooral de ervaring van het register beheerd door het Belgisch College voor Cardiologie tonen de significante stijging aan van het risico op mortaliteit en morbiditeit voor gelijkaardige patiënten die behandeld worden in centra die niet een substantieel activiteitsniveau vertonen of door artsen die niet over voldoende ervaring beschikken.

3. Zelfs al is dit vooral de bevoegdheid van de overheden die gemachtigd zijn de erkenningen te verlenen, toch is de geografische spreiding van de centra die cardiologische zorgprogramma's uitoefenen, niet optimaal, met in het bijzonder in bepaalde regio's een volledig gebrek aan zorgaanbod, terwijl men in andere gebieden twee volledige programma's terugvindt om minder dan 3 km afstand van elkaar. Er moet namelijk worden benadrukt dat het aantal erkende centra bij toepassing van de programmatie zoals vastgesteld door de federale overheid, zeer aanzienlijk is in vergelijking met het aantal centra in de buurlanden.

Er is dus wel degelijk een hervorming nodig om de kwaliteit van de zorgen en de geografische spreiding beter te kunnen verzekeren over het volledige Belgische grondgebied. Dit zijn de voornaamste doelstellingen beoogd door het koninklijk besluit van 1 augustus 2006, dat het onderwerp van een schorsingsarrest door de afdeling administratie van de Raad van State. Naast het behouden van de basisprincipes van de bestaande programmatie en het niet wijzigen van de verplichte samenhang tussen de activiteiten van dilatatie (B2) en cardiochirurgie (B3), voorzagt dit koninklijk besluit :

1. Un seuil d'activités augmenté tant pour les dilatations (400) que pour la chirurgie cardiaque (250 sur un seul site), ainsi qu'un nombre minimal de procédures par opérateur.

2. Une dérogation au cumul du B2 et du B3 pour les seules situations où l'isolement géographique serait de nature à rallonger de manière inacceptable le temps nécessaire à l'accès aux techniques de cardiologie interventionnelle (B2). C'est pourquoi, il était proposé cette dérogation pour les hôpitaux qui se trouvent à plus de 60 km d'un centre reconnu. Cette dérogation, exceptionnelle, est de stricte interprétation et ne trouvera à s'appliquer que dans l'hypothèse dans laquelle les régions et communautés compétentes selon les cas n'ont pu assurer une répartition optimale et adéquate des centres complets dans le cadre de la programmation fixée par l'autorité fédérale.

Cet arrêté royal ne modifie pas l'obligation de cumul entre les activités interventionnelles (B2) et chirurgicales (B3). Le conseil national des établissements hospitaliers s'est longuement penché sur cette question mais, pour différentes raisons, il n'apparaît pas opportun de modifier la réglementation sur ce point.

En effet, même si le Conseil National des Etablissements Hospitaliers ne partage pas cet avis, ce cumul reste une recommandation de nombreuses sociétés scientifiques belges et internationales.

Si les risques liés aux dilatations percutanées ont diminué, ils ne peuvent être tenus pour nuls. Autoriser la pratique de la dilatation sans couverture chirurgicale doit donc rester une exception de stricte interprétation uniquement justifiée par un isolement géographique. Comme le souligne un récent rapport (janvier 2007) du Gezondheidsraad des Pays-Bas, le fait que les centres de pathologies cardiaques disposent, sous l'autorité d'un seul chef de service, de la capacité interventionnelle et chirurgicale donne, et c'est un élément important, la garantie que les indications thérapeutiques retenues sont décidées indépendamment de la technologie disponible. La mise à disposition des patients de centres complets est donc incontestablement une plus-value pour ce dernier. Il n'en va autrement que si ce lien rend impossible l'accès du patient à un tel centre dans un délai temps déraisonnable, c'est-à-dire supérieur à 90 minutes. Vu le nombre particulièrement important de centres complets dont la Belgique dispose, une telle situation ne pourrait être qu'exceptionnelle dans ce pays.

Enfin, la dissociation éventuelle des programmes B2 et B3 ne pourrait s'examiner isolément de la question relative à la programmation et donc dans le cadre d'une procédure plus large qu'un arrêté fixant des normes d'agrément.

A la suite d'un recours en annulation et d'une demande de suspension introduits par l'ASBL Centre hospitalier chrétien et consorts, l'arrêté royal visé du 1<sup>er</sup> août 2006 a été suspendu par le Conseil d'Etat en date du 21 février dernier. A propos d'une disposition de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006, le Conseil d'Etat a considéré qu'il n'était pas en mesure de vérifier que l'autorité fédérale n'a pas commis une erreur manifeste d'appréciation en autorisant l'agrément d'un centre ayant une activité limitée aux programmes B1 et B2 en fonction d'un critère de distance plutôt qu'en fonction d'un critère de durée.

Il n'appartient pas au pouvoir exécutif de discuter une telle interprétation. Tout au plus entend-t-il mettre en évidence que ce risque d'erreur manifeste d'appréciation – à savoir « une décision (...) qui est à première vue incompréhensible et (...) qui apparaît a priori comme une aberration » (D. LAGASSE, L'erreur manifeste d'appréciation en droit administratif – essai sur les limites du pouvoir discrétionnaire de l'administration, Bruxelles, Bruylant, 1986, p. 376) – n'avait pas été aperçu antérieurement ni par la Section de Législation du Conseil d'Etat, ni par l'auditeur qui concluait à l'absence de moyen sérieux.

L'arrêt n° 168.067 du 21 février 2007 « s'étonne de la seule mesure d'exception proposée qui exprime l'accessibilité en distance » et ajoute que « la nécessité d'intervenir de manière utile, voire vitale, avec une angioplastie coronarienne devrait plutôt être exprimée au moyen du facteur « temps » et ne considère pas comme suffisamment développée l'équation utilisée dans le cadre de l'aide médicale urgente qui évalue à une minute le temps généralement nécessaire pour effectuer un kilomètre.

1. Een verhoogde activiteitsdrempel, zowel voor de dilataties (400) als voor de cardiochirurgie (250 voor één enkele vestigingsplaats), alsook een minimumaantal procedures per operator.

2. Een afwijking voor het cumuleren van B2 en B3 in de situaties waar de geografische isolatie van die aard is dat deze ertoe leidt dat de tijd die nodig is om toegang te krijgen tot de technieken van interventionele cardiologie (B2) op onaanvaarbare wijze zou verlengd worden. Daarom werd deze afwijking voorgesteld voor ziekenhuizen die zich op meer dan 60 km van een erkend centrum bevinden. Deze uitzonderlijke afwijking moet strikt worden geïnterpreteerd en kan enkel worden toegepast in de hypothese dat de bevoegde gewesten en gemeenschappen geen optimale en adequate verdeling hebben kunnen verzekeren van de volledige centra in het kader van de programmatie vastgesteld door de federale overheid.

Dit koninklijk besluit wijzigt de verplichting tot cumul van de interventionele (B2) en chirurgische (B3) activiteiten niet. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft zich uitgebreid over deze kwestie gebogen maar om verschillende redenen lijkt het niet opportuun om de reglementering op dit punt te wijzigen.

Inderdaad, zelfs indien de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dit standpunt niet deelt, blijft deze cumul een aanbeveling van vele Belgische en internationale wetenschappelijke verenigingen

Zelfs al zijn de risico's verbonden aan percutane dilataties verminderd, toch kunnen ze niet als onbestaande worden beschouwd. Het uitvoeren van een dilatatie zonder chirurgische dekking moet dus een strikt te interpreteren uitzondering blijven die gerechtvaardigd is door het geografische isolement. Zoals een recent verslag (januari 2007) van de Nederlandse Gezondheidsraad benadrukt, biedt het feit dat de centra voor cardiale pathologie, onder het toezicht van één enkel diensthoofd, beschikken over de interventionele en chirurgische capaciteit de garantie, en dit is belangrijk, dat er over de weerhouden therapeutische indicaties wordt beslist, onafhankelijk van de beschikbare technologie. Het ter beschikking stellen van volledige centra aan patiënten is dus ontegensprekelijk voor hen een meerwaarde. Dat is niet zo wanneer dit verband de toegang van de patiënt tot zo'n centrum binnen een redelijke termijn, namelijk meer dan 90 minuten, onmogelijk maakt. Gezien het aanzienlijke aantal complete centra waarover België beschikt, kan een situatie in dit land enkel uitzonderlijk zijn.

Ten slotte zou de eventuele scheiding van de zorgprogramma's B2 en B3 niet afzonderlijk mogen worden onderzocht van de kwestie van de programmatie en dus in het kader van een meer uitgebreide procedure dan deze van een besluit dat erkenningsnormen vaststelt.

Ingevolge een beroep tot vernietiging en schorsing, ingesteld door de vzw Centre hospitalier chrétien en anderen, werd bedoeld koninklijk besluit van 1 augustus 2006 op 21 februari jongstleden geschorst door de Raad van State. Naar aanleiding van een bepaling uit het koninklijk besluit van 1 augustus 2006, heeft de Raad van State geoordeeld dat deze niet in staat was na te gaan of de federale overheid een manifeste appreciatiefout heeft begaan door de erkenning toe te staan van een centrum waarvan de activiteit was beperkt tot de zorgprogramma's B1 en B2 in functie van een afstandscriterium in plaats van volgens een tijds criterium

Het behoort niet tot de bevoegdheid van de uitvoerende macht om in discussie te treden over een dergelijke interpretatie. Deze kon hoogstens de aandacht vestigen op het feit dat het risico van « een manifeste appreciatiefout – met name « een beslissing (...) die op het eerste zicht onbegrijpelijk is en (...) die a priori lijkt op een aberratie » (D. LAGASSE, L'erreur manifeste d'appréciation en droit administratif – essai sur les limites du pouvoir discrétionnaire de l'administration, Bruxelles, Bruylant, 1986, p. 376) – noch eerder was opgeworpen door de Afdeling Wetgeving van de Raad van State, noch door de auditeur die elke afwezigheid van enig ernstig middel had vastgesteld.

Het arrest nr. 168.067 van 21 februari 2007 « verbaast zich over de enige voorgestelde uitzonderingsmaatregel betreffende de toegankelijkheid welke is uitgedrukt in afstand » en voegt eraan toe dat « de noodzaak om op een nuttige of vitale manier te interveniëren met een coronaire angioplastie eerder zou moeten worden uitgedrukt volgens de factor « tijd » en acht de gelijkstelling in het kader van de dringende medische hulpverlening, die de tijd die in het algemeen nodig is om een kilometer af te leggen, op één minuut vaststelt, onvoldoende gerechtvaardigd.

Le Conseil d'Etat admet le préjudice grave et difficilement réparable pour les cardiologues qui « sont exposés à de grandes difficultés s'il leur faut rejoindre un service de même qualité dans un autre hôpital ». Cet élément, mis en évidence, à propos du risque de préjudice grave difficilement réparable ne peut s'analyser comme un vice de légalité de l'arrêté suspendu. Il y a lieu de surcroît de relever que la difficulté ainsi mise en évidence ne s'analyse pas comme une impossibilité et que de surcroît les désagréments ou l'inconfort supportés par les cardiologues, ainsi évoqués, ne peuvent avoir pour effet, au regard du principe de proportionnalité, de rendre impossible une réforme qui se justifie par la nécessité de garantir une meilleure qualité des soins et une meilleure répartition géographique des centres sur l'ensemble du pays.

Le nouveau projet d'arrêté qui est soumis à Votre Signature intègre naturellement les enseignements de l'arrêt de la section d'administration du Conseil d'Etat et, dans le cadre du retrait de l'arrêté suspendu, en prenant un nouvel arrêté qui exprime en temps l'exception géographique qui déroge à la règle du cumul B2-B3. Ce facteur temps doit prendre en compte l'avis du conseil national des établissements hospitaliers et les recommandations internationales qui retiennent le chiffre de 90 minutes entre le premier contact médical et la dilatation dans un centre disposant du programme de soins cardiologique B2. Ce temps de 90 minutes est décomposé en deux parties, d'une part le temps entre le premier contact médical par le Smur et l'arrivée à l'hôpital et d'autre part le temps nécessaire entre l'arrivée à l'hôpital et l'exécution de la dilatation, le premier ne pouvant être supérieur à 60 minutes et le second à 30 minutes.

Il appartiendra aux autorités compétentes pour la délivrance des agréments d'apprécier si cette condition pour la recevabilité d'une demande d'agrément sur la base de cette exception est remplie. Afin de collaborer à l'exercice de cette compétence des autorités fédérées, les bases de données et les outils informatiques dont dispose le centre d'appel unifié 100 pour décider des moyens appropriés les plus rapides dans le cadre de l'aide médicale urgente, seront mis à la disposition. La base de données du centre unifié de Mons, qui est compétent pour l'ensemble de la Province du Hainaut, a constaté, en 2006, sur 6000 missions qu'en moyenne une mission a une distance de 13 kilomètres et qu'elle est effectuée par une ambulance en 13 minutes 22 secondes.

Un outil fourni par l'Université de Gand permet d'évaluer le temps nécessaire aux ambulances pour atteindre n'importe quelle commune du Royaume, un centre hospitalier.

Enfin, une nouvelle période transitoire est laissée aux centres qui disposent d'un programme d'activités B1 pour cesser leurs activités.

Il ne s'indique pas de solliciter, à nouveau, l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section Programmation et Agrément. En effet, il est de jurisprudence constante que cet organe ne doit pas faire l'objet d'une nouvelle consultation lorsque celle-ci a déjà été opérée à propos d'un arrêté annulé et cela même si celui-ci s'écarterait des recommandations de ce conseil et ce pour autant qu'aucune modification substantielle ne soit apportée au nouvel arrêté (C.E., n° 102.421 du 8 janvier 2002 – voy. également C.E., n° 136.962 du 3 novembre 2004). Il va de soi que le même raisonnement peut être suivi lorsqu'un arrêté n'est pas annulé, mais rapporté par son auteur à la suite d'un arrêt de suspension. De même, il est communément admis que la section de législation du Conseil d'Etat ne doit pas être consultée à nouveau lorsque l'auteur d'un arrêté tient compte des observations qu'elle a elle-même formulées pour modifier son texte initial (C.E., n° 126.616 du 22 septembre 2006). Il en va mutatis mutandis lorsque, comme en l'espèce, l'auteur d'un arrêté rapporte celui-ci à la seule fin de tenir compte de l'enseignement d'un arrêt rendu par la section d'administration au contentieux de la suspension.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,  
de Votre Majesté,  
le très respectueux  
et très fidèle serviteur,  
Le Ministre de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

De Raad van State erkent het ernstig en moeilijk te herstellen nadeel voor cardiologen die « blootgesteld zijn aan grote moeilijkheden als zij een dienst van dezelfde kwaliteit moeten vervolgen in een ander ziekenhuis ». Dit element dat wordt aangehaald met betrekking tot het risico tot ernstig en moeilijk te herstellen nadeel, kan niet worden geanalyseerd als een schending van de wet door het geschorste besluit. Daarenboven dient nog te worden opgemerkt dat deze geciteerde moeilijkheid geen onmogelijkheid is en dat het wegvallen van erkenningen of het ongemak dat de cardiologen ondervinden, zoals geciteerd, krachtens het proportionaliteitsbeginsel niet mogen van aard zijn om een hervorming onmogelijk te maken die gerechtvaardigd is door de noodzaak om een betere kwaliteit van de gezondheidszorgen en een betere geografische spreiding over het gehele land te garanderen.

Het nieuwe ontwerp van besluit dat wordt voorgelegd aan Uw Handtekening, omvat uiteraard de lessen van het arrest van de afdeling administratie van de Raad van State en, in het kader van de intrekking van het geschorste besluit, door het nemen van een nieuw besluit dat de geografische uitzondering, die afwijkt van de regel van de B2-B3 cumul, uitdrukt in tijd. Deze factor 'tijd' houdt rekening met het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en met de internationale aanbevelingen in deze materie, die het cijfer van 90 minuten weerhouden tussen het eerste medische contact en de dilatatie in een erkend zorgprogramma B2. Deze tijdsspanne van 90 minuten is samengesteld uit twee onderdelen, met name enerzijds de tijd tussen het eerste medische contact met de MUG en de aankomst in het ziekenhuis en anderzijds de tijdsspanne tussen de aankomst in het ziekenhuis en de uitvoering van de dilatatie. De eerste tijdsspanne mag niet langer bedragen dan 60 minuten terwijl dit voor de eerste tijdsspanne 30 minuten bedraagt.

De overheden die bevoegd zijn voor het afleveren van de erkenningen zullen moeten beoordelen of deze voorwaarde voor de ontvanke-lijkheid van een erkenningsaanvraag op basis van deze uitzondering, vervuld is. Voor de uitoefening deze bevoegdheid door de gefedereerde overheden, kunnen de databanken en informaticamiddelen waarover het eengemaakte oproepcentrum 100 beschikt, om te beslissen welke de meest geschikte en meest snelle middelen zijn in het kader van de dringende medische hulpverlening. Bij wijze van voorbeeld. De databank van het hulpcentrum van Bergen, dat bevoegd is voor de gehele provincie Henegouwen, op 6000 opdrachten heeft in 2006 vastgesteld dat een opdracht die zich op 13 km afstand bevindt, door een ziekenwagen op gemiddeld 13 minuten en 22 seconden wordt afgelegd.

Een hulpmiddel dat door de Universiteit Gent ter beschikking wordt gesteld, laat toe om de tijd te evalueren die een ziekenwagen nodig heeft om vanuit om het even welke gemeente van het Rijk een ziekenhuis te bereiken.

Ten slotte, wordt een nieuwe overgangperiode aangeboden aan de centra die over een activiteitenprogramma B1 beschikken, om hun activiteiten te kunnen stopzetten.

Het is niet noodzakelijke om opnieuw het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, in te winnen. Inderdaad, krachtens een vaste rechtspraak moet aan dit orgaan niet opnieuw een advies worden gevraagd wanneer deze reeds advies heeft verleend met betrekking tot een vernietigd besluit en zelfs wanneer dit besluit geen rekening hield met de aanbevelingen van deze raad en voor zover er geen substantiële wijzigingen werden aangebracht aan het nieuwe besluit. (R.v.S., nr 102.421 van 8 januari 2002 – zie eveneens R.v.S., nr. 136.962 van 3 november 2004). Het spreekt vanzelf dat dezelfde redenering kan worden gevolgd wanneer een besluit niet is vernietigd, doch ingetrokken ingevolge een schorsingsarrest. Er wordt eveneens algemeen aanvaard dat niet opnieuw advies moet worden gevraagd aan de afdeling wetgeving van de Raad van State wanneer een besluit rekening houdt met diens opmerkingen bij het aanpassen van de eindversie (R.v.S., nr. 126.616 van 22 september 2006). Mutatis mutandis dient aan de Raad van State niet opnieuw een advies te worden gevraagd indien een besluit wordt ingetrokken met als enig doel rekening te houden met de lessen van een schorsingsarrest van de afdeling administratie.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,  
Van Uw Majesteit,  
De zeer eerbiedige  
En zeer getrouwe dienaar,  
De Minister van Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

AVIS 39.283/3  
DE LA SECTION DE LEGISLATION  
DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat, section de législation, troisième chambre, saisi par le Ministre de la Santé publique, le 20 octobre 2005, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés », a donné le 17 novembre 2005 l'avis suivant :

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, 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.

Par ailleurs, le présent avis comporte également un certain nombre d'observations sur d'autres points. Il ne peut toutefois s'en déduire que, dans le délai qui lui est imparti, la section de législation a pu procéder à un examen exhaustif du projet.

Portée et fondement juridique du projet

2. Le projet d'arrêté soumis pour avis entend apporter un certain nombre de modifications dans les normes d'agrément relatives au programme de soins pathologie cardiaque B prévues par l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés.

3. Le fondement juridique à cet effet est tout d'abord procuré par les articles 9<sup>quater</sup> et 68 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, combinés avec l'article 2<sup>bis</sup>, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9<sup>ter</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci. En effet, cet arrêté royal a, en exécution de l'article 9<sup>quater</sup> de la loi sur les hôpitaux, rendu l'article 68 de cette loi applicable aux programmes de soins pathologie cardiaque. Ce dernier article habilite le Roi à fixer les normes d'agrément auxquelles les hôpitaux doivent répondre.

En ce qui concerne les articles 5 et 6 du projet, un fondement juridique complémentaire doit être recherché à l'article 69, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi sur les hôpitaux, en vertu duquel des normes spéciales peuvent être fixées pour des groupements, des fusions et des associations d'hôpitaux, tels que le Roi les précise. Il est nécessaire d'invoquer ce fondement juridique dès lors que l'article 5 du projet entend, à l'égard des programmes de soins pathologie cardiaque, rendre inopérante une disposition relative aux associations d'hôpitaux et que l'article 6 concerne l'abrogation d'une règle fixée en exécution de la disposition législative précitée et dont la portée est d'ailleurs comparable à celle de l'article 5.

Formalités préalables

4. En vertu de l'article 5, 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire, sont notamment soumis à l'accord préalable du Ministre qui a le budget dans ses attributions, les projets d'arrêté royal qui peuvent avoir une incidence budgétaire. Cette formalité doit également être accomplie lorsque l'incidence budgétaire est éventuellement positive.

En l'espèce, l'accord du Ministre du Budget fait défaut et il y aura lieu d'y remédier.

5. Pour le surplus, les formalités préalables ont été accomplies.

ADVIES 39.283/3  
VAN DE AFDELING WETGEVING  
VAN DE RAAD VAN STATE

De Raad van State, afdeling wetgeving, derde kamer, op 20 oktober 2005 door de Minister van Volksgezondheid verzocht hem, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden », heeft op 17 november 2005 het volgende advies gegeven :

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, heeft de afdeling wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de te vervullen vormvereisten.

Daarnaast bevat dit advies ook een aantal opmerkingen over andere punten. Daaruit mag echter niet worden afgeleid dat de afdeling wetgeving binnen de haar toegemeten termijn een exhaustief onderzoek van het ontwerp heeft kunnen verrichten.

Strekking en rechtsgrond van het ontwerp

2. Het om advies voorgelegde ontwerpbesluit strekt tot het aanbrennen van een aantal wijzigingen in de erkenningsnormen voor het zorgprogramma cardiale pathologie B, bepaald in het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden.

3. Rechtsgrond daartoe wordt in de eerste plaats geboden door de artikelen 9<sup>quater</sup> en 68 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (hierna ziekenhuiswet), gelezen in samenhang met artikel 2<sup>bis</sup>, § 2, eerste lid, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9<sup>ter</sup> van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn. Bij dat koninklijk besluit wordt immers, in uitvoering van artikel 9<sup>quater</sup> van de ziekenhuiswet, artikel 68 van die wet van toepassing verklaard op de zorgprogramma's cardiale pathologie. In dat laatste artikel wordt de Koning gemachtigd de erkenningsnormen vast te stellen die de ziekenhuizen moeten naleven.

Voor de artikelen 5 en 6 van het ontwerp dient bijkomend rechtsgrond te worden gezocht in artikel 69, eerste lid, 3<sup>o</sup>, van de ziekenhuiswet, op grond waarvan bijzondere normen kunnen worden vastgesteld voor groeperingen, fusies en associaties van ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven. Het invoeren van die rechtsgrond is noodzakelijk nu in artikel 5 van het ontwerp wordt beoogd een bepaling die betrekking heeft op de associaties van ziekenhuizen buiten werking te stellen wat betreft de zorgprogramma's cardiale pathologie en artikel 6 de opheffing betreft van een regeling die ter uitvoering van de voormelde wetsbepaling werd vastgesteld en die overigens een met artikel 5 vergelijkbare draagwijdte heeft.

Voorafgaande vormvereisten

4. Krachtens artikel 5, 2<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 16 november 1994 betreffende de administratieve en begrotingscontrole worden onder meer de ontwerpen van koninklijk besluit die een budgettaire weerslag kunnen hebben, onderworpen aan de voorafgaande akkoordbevinding van de minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort. Dat vormvereiste dient ook te worden nageleefd wanneer er een mogelijke positieve budgettaire weerslag is.

Te dezen ontbreekt het akkoord van de Minister van Begroting, wat dient te worden verholpen.

5. Voor het overige zijn de voorafgaande vormvereisten vervuld.

## Examen du texte

## Préambule

6. Conformément à l'observation formulée à propos du fondement juridique de l'arrêté en projet, le premier alinéa du préambule se réfère également à l'article 69, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi sur les hôpitaux, en faisant mention de la loi modificative du 21 décembre 1994.

7. Le deuxième alinéa du préambule peut plus spécifiquement faire référence à l'article 2bis, § 2, alinéa le, de l'arrêté royal du 15 février 1999. Dans ce cas, il y aura lieu de reproduire la genèse de cette disposition (insertion par l'arrêté royal du 16 juin 1999), et non pas la genèse de l'intégralité de l'arrêté royal du 15 février 1999.

8. On insérera dans le préambule un alinéa qui se réfère à l'article 3, § 3, de l'arrêté royal du 15 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 1997 (1), qui est abrogé par l'article 6 de l'arrêté dont le projet est à l'examen.

9. On rédigera le septième alinéa actuel du préambule (qui devient le huitième alinéa) comme suit :

« Vu l'avis 39.283/3 du Conseil d'Etat, donné le 17 novembre 2005, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat; ».

Article 1<sup>er</sup>

10. Dans le texte français de la phrase liminaire de l'article 1<sup>er</sup>, on écrira « est remplacé par la disposition suivante » au lieu de « est remplacé par les dispositions suivantes » et dans le texte néerlandais de cette phrase on écrira. « wordt vervangen als volgt » au lieu de « wordt vervangen door de volgende bepalingen ».

La même observation vaut à l'égard des articles 4 et 5.

## Article 2

11. A l'article 15, § 2, alinéa 3, en projet (article 2, 5<sup>o</sup>, du projet), mieux vaudrait supprimer la référence - superflue - aux articles 2 et 3 de la Constitution.

La même observation vaut à l'égard de l'article 23, alinéa 2, en projet (article 4 du projet).

12. A l'article 15, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet (article 2, 6<sup>o</sup>, du projet), on écrira « avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du... modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés » au lieu de « avant l'entrée en vigueur de Notre arrêté du... », et on écrira « des §§ 1<sup>er</sup> et 2 » au lieu de « de l'article 15 ».

13. Il y a une discordance entre les textes français et néerlandais de l'article 2, 6<sup>o</sup>, dans la mesure où le texte néerlandais de la phrase liminaire et des dispositions en projet figurant sous cet article font état d'un paragraphe 4, dont il n'est pas fait mention dans le texte français.

Il y aura lieu de supprimer cette discordance en tenant compte du fait que le texte français devra probablement être adapté au texte néerlandais.

14. A propos de l'article 15, § 4, en projet (article 2, 6<sup>o</sup>, du projet), le fonctionnaire délégué a fourni les précisions suivantes :

« De stopzetting betreft de zogenaamde geïsoleerde B1-centra. Dit zijn centra die uitsluitend diagnostische catheterisatie verrichten (in het kader van een samenwerkingsakkoord met een volledig B-programma).

Deze geïsoleerde zorgprogramma's betekenen geen meerwaarde voor de volksgezondheid en impliceren een budgettaire meerkost; inderdaad, telkens bij een B1-onderzoek de tussenkomst van een B2-centrum noodzakelijk [is] (interventionele catheterisatie door dilatatie/stent), wordt in dat B2-centrum het eerst uitgevoerde onderzoek opnieuw overgedaan. In een volledig B1-B2-B3centrum gebeurt alles in één maal.

## Onderzoek Van De Tekst

## Aanhef

6. Conform hetgeen werd opgemerkt omtrent de rechtsgrond van het ontworpen besluit, dient in het eerste lid van de aanhef ook te worden verwezen naar artikel 69, eerste lid, 3<sup>o</sup>, van de ziekenhuiswet, met vermelding van de wijzigende wet van 21 december 1994.

7. In het tweede lid van de aanhef kan meer specifiek worden verwezen naar artikel 2bis, § 2, eerste lid, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999. In dat geval dient de wetshistoriek van die bepaling te worden vermeld (invoeging bij het koninklijk besluit van 16 juni 1999), en niet de wetshistoriek van het gehele koninklijk besluit van 15 februari 1999.

8. Aan de aanhef dient een lid te worden toegevoegd waarin wordt verwezen naar artikel 3, § 3, van het koninklijk besluit van 15 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 1997 (1), dat bij artikel 6 van het besluit dat thans in ontwerpvorm voorligt, wordt opgeheven.

9. Het huidige zevende lid van de aanhef (dat het achtste lid wordt) redigere men als volgt :

« Gelet op advies 39.283/3 van de Raad van State, gegeven op 17 november 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State; ».

## Artikel 1

10. In de Nederlandse tekst van de inleidende zin van artikel 1 schrijve men « wordt vervangen als volgt » in plaats van « wordt vervangen door de volgende bepalingen », en in de Franse tekst van die zin « est remplacé par la disposition suivante » in plaats van « est remplacé par les dispositions suivantes ».

Eenzelfde opmerking geldt ten aanzien van de artikelen 4 en 5.

## Artikel 2

11. In het ontworpen artikel 15, § 2, derde lid (artikel 2, 5<sup>o</sup>, van het ontwerp), wordt de - overbodige - verwijzing naar de artikelen 2 en 3 van de Grondwet beter weggelaten.

Eenzelfde opmerking geldt ten aanzien van het ontworpen artikel 23, tweede lid (artikel 4 van het ontwerp).

12. In het ontworpen artikel 15, § 3, eerste lid (artikel 2, 6<sup>o</sup>, van het ontwerp), schrijve men « vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van... tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden » in plaats van « voor de inwerkingtreding van Ons besluit van... », en « §§ 1 en 2 » in plaats van « artikel 15 ».

13. Er bestaat een discordantie tussen de Nederlandse en de Franse tekst van artikel 2, 6<sup>o</sup>, waar in de Nederlandse tekst in de inleidende zin en in de erin opgenomen ontworpen bepalingen gewag wordt gemaakt van een paragraaf 4, die niet wordt aangegeven in de Franse tekst.

Die discordantie dient te worden verholpen, waarbij de Franse tekst wellicht dient te worden aangepast aan de Nederlandse tekst.

14. Met betrekking tot het ontworpen artikel 15, § 4 (artikel 2, 6<sup>o</sup>, van het ontwerp), verschaft de gemachtigde de volgende toelichting :

« De stopzetting betreft de zogenaamde geïsoleerde B1-centra. Dit zijn centra die uitsluitend diagnostische catheterisatie verrichten (in het kader van een samenwerkingsakkoord met een volledig B-programma).

Deze geïsoleerde zorgprogramma's betekenen geen meerwaarde voor de volksgezondheid en impliceren een budgettaire meerkost; inderdaad, telkens bij een B1-onderzoek de tussenkomst van een B2-centrum noodzakelijk [is] (interventionele catheterisatie door dilatatie/stem), wordt in dat B2-centrum het eerst uitgevoerde onderzoek opnieuw overgedaan. In een volledig B1-B2-B3-centrum gebeurt alles in één maal.

Om deze reden bestaat een quasi-consensus dat deze B 1 -centra mogen afgeschaft worden.

De bedoelde maatregel is reeds de facto aangekondigd aan de verenigingen van ziekenhuisbeheerders en is reeds gedurende weken in de pers besproken.

Er weze opgemerkt dat deze geïsoleerde B1-centra een beperkte activiteit hebben en dat er derhalve geen ziekenhuispersoneel alleen aan dit zorgprogramma is toegewezen.

Dit is de context waarin de - korte - overgangsregeling kan geplaatst worden.

[...]

Het is ook voor ons evident dat we deze slechts kunnen aanhouden voorzover het koninklijk besluit vóór 1/1/2005 [lees : 1/1/2006] wordt bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* ».

En effet, l'article 15, § 4, en projet, ne peut se concrétiser que si l'arrêté dont le projet est à l'examen est effectivement publié au *Moniteur belge* avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et, en outre, si les hôpitaux sont effectivement informés des mesures envisagées.

15. L'article 15, § 4, (2) en projet, mieux vaudrait supprimer les mots « et doit être stoppée au plus tard à cette date », qui sont superflus.

La chambre était composée de :

MM. :

D. Albrecht, conseiller d'Etat, président;

J. Smets et B. Seutin, conseillers d'Etat;

Mme G. Verberckmoes, greffier.

Le rapport a été présenté par M. J. Van Nieuwenhove, auditeur.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. J. Smets.

Le greffier,

G. VERBERCKMOES.

Le président,

D. ALBRECHT.

Notes

(1) L'article 3, § 3, est une disposition autonome nonobstant l'intitulé de l'arrêté royal du 15 mars 2000.

(2) Dans le texte français actuel, l'article 15, § 3, alinéa 3, en projet.

**AVIS 40.070/3  
DE LA SECTION DE LEGISLATION  
DU CONSEIL D'ETAT**

Le Conseil d'Etat, section de législation, troisième chambre, saisi par le Ministre de la Santé publique, le 17 mars 2006, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés », a donné le 3 avril 2006 l'avis suivant :

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, 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.

Par ailleurs, le présent avis comporte également un certain nombre d'observations sur d'autres points. Il ne peut toutefois s'en déduire que, dans le délai qui lui est imparti, la section de législation a pu procéder à un examen exhaustif du projet.

Portée et fondement juridique du projet

2. Le projet d'arrêté soumis pour avis entend apporter un certain nombre de modifications dans les normes d'agrément relatives au programme de soins pathologie cardiaque B, prévues par l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés.

Om deze reden bestaat een quasi-consensus dat deze B1-centra mogen afgeschaft worden.

De bedoelde maatregel is reeds de facto aangekondigd aan de verenigingen van ziekenhuisbeheerders en is reeds gedurende weken in de pers besproken.

Er weze opgemerkt dat deze geïsoleerde B 1-centra een beperkte activiteit hebben en dat er derhalve geen ziekenhuispersoneel alleen aan dit zorgprogramma is toegewezen.

Dit is de context waarin de - korte - overgangsregeling kan geplaatst worden.

[...]

Het is ook voor ons evident dat we deze slechts kunnen aanhouden voorzover het koninklijk besluit vóór 1/1/2005 [lees : 1/1/2006] wordt bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* ».

Het is inderdaad slechts voorzover het besluit dat in ontwerpvorm voorligt effectief wordt bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* vóór 1 januari 2006, en bovendien de ziekenhuizen daadwerkelijk op de hoogte zijn gebracht van de voorgenomen maatregelen, dat het ontworpen artikel 15, § 4, doorgang kan vinden.

15. In het ontworpen artikel 15, § 4 (2), worden de woorden « en dient uiterlijk op deze datum te worden stopgezet », die overbodig zijn, beter weggelaten.

De kamer was samengesteld uit :

de heren :

D. Albrecht, staatsraad, voorzitter;

J. Smets, B. Seutin, staatsraden;

Mevr. G. Verberckmoes, griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de heer J. Van Nieuwenhove, auditeur.

...

De griffier,

G. VERBERCKMOES.

De voorzitter,

D. ALBRECHT

Nota's

(1) Ondanks het opschrift van het koninklijk besluit van 15 maart 2000, is artikel 3, § 3, een autonome bepaling.

(2) In de huidige Franse tekst, het ontworpen artikel 15, § 3, derdelid.

**ADVIES 40.070/3  
VAN DE AFDELING WETGEVING  
VAN DE RAAD VAN STATE**

De Raad van State, afdeling wetgeving, derde kamer, op 17 maart 2006 door de Minister van Volksgezondheid verzocht hem, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden », heeft op 3 april 2006 het volgende advies gegeven :

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, heeft de afdeling wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de te vervullen vormvereisten.

Daarnaast bevat dit advies ook een aantal opmerkingen over andere punten. Daaruit mag echter niet worden afgeleid dat de afdeling wetgeving binnen de haar toegemeten termijn een exhaustief onderzoek van het ontwerp heeft kunnen verrichten.

Strekking en rechtsgrond van het ontwerp

2. Het om advies voorgelegde ontwerpbesluit strekt tot het aanbrenge van een aantal wijzigingen in de erkenningsnormen voor het zorgprogramma cardiale pathologie B, bepaald in het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden.

3. Le fondement juridique à cet effet est procuré par les articles 9<sup>quater</sup> et 68 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, combinés avec l'article 2<sup>bis</sup>, § 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9<sup>ter</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci. En effet, cet arrêté royal a, en exécution de l'article 9<sup>quater</sup> de la loi sur les hôpitaux, rendu l'article 68 de cette loi applicable aux programmes de soins pathologie cardiaque. Ce dernier article habilite le Roi à fixer les normes d'agrément auxquelles les hôpitaux doivent répondre.

#### Formalités préalable

4. Seule la version antérieure du projet a fait l'objet de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Pour satisfaire à la formalité imposée par l'article 9<sup>quater</sup>, § 1<sup>er</sup>, de la loi sur les hôpitaux, il y a lieu de recueillir l'avis de ce Conseil sur la version modifiée du projet.

5. Si les modifications apportées au projet entraînaient ou étaient susceptibles d'avoir une incidence budgétaire différente de celle de sa version antérieure, il s'imposerait également de demander à nouveau l'avis de l'Inspecteur des Finances et, en fonction des observations de ce dernier, le cas échéant, à nouveau l'accord du Ministre du Budget.

6. Si à la suite de l'accomplissement des formalités précitées, le projet devait encore subir des modifications, celles-ci devraient être soumises pour avis au Conseil d'Etat, section de législation.

#### Examen du texte

##### Observation général

7. Le projet d'arrêté soumis pour avis est une version adaptée du projet d'arrêté sur lequel le Conseil d'Etat, section de législation, a donné, le 17 novembre 2005, l'avis 39.283/3. Par rapport à ce dernier projet d'arrêté, seuls les articles 1<sup>er</sup> (partim), 2, 6°, 4 (partim) et 5 à 7 sont nouveaux.

Seuls ces articles sont examinés dans le présent avis. Il est renvoyé à l'avis 39.283/3 pour le surplus.

#### Article 2

8. Le texte néerlandais de la phrase liminaire de l'article 2, 6°, indique que cette disposition insère deux paragraphes, alors que selon le texte français, il ne s'agirait que d'un seul. La disposition en projet, pour sa part fait état de « l'alinéa précédent » (et ne contient pas de signe §), d'où l'on pourrait inférer que l'intention est de compléter le texte existant par un alinéa.

S'il est maintenu (voir l'observation 11), l'article 2, 6°, doit être adapté conformément à l'intention des auteurs du projet. Le cas échéant, il conviendra également de tenir compte de l'observation 12 du présent avis.

#### Article 5

9. La portée d'un certain nombre de points de l'article 24 étant incertaine, il y a lieu de la préciser.

En premier lieu, il convient de préciser avec quels hôpitaux un accord de coopération doit être conclu. Il s'agit vraisemblablement de tous les hôpitaux d'une « entité locale » n'exploitant pas de programme de soins B, mais cela devrait alors être énoncé plus clairement.

En deuxième lieu, il convient de préciser à quoi correspond la notion d'« entité locale ».

Ensuite, on n'aperçoit pas pourquoi les patients visés dans l'article doivent être admis à l'hôpital concerné dans le cadre de l'aide médicale urgente. La question est de savoir si ce critère peut bien être considéré comme pertinent, surtout lorsqu'on ne sait pas précisément pour quelles affections ces patients ont été admis.

Enfin, il y a lieu d'observer que l'article en projet fait mention du « site où le programme de soins est exploité », alors qu'il s'agit d'une demande d'agrément.

En conclusion, il s'impose dès lors de remanier fondamentalement l'article 24 en projet.

3. Rechtsgrond daartoe wordt geboden door de artikelen 9<sup>quater</sup> en 68 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (hierna ziekenhuiswet), gelezen in samenhang met artikel 2<sup>bis</sup>, § 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9<sup>ter</sup> van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn. Bij dat koninklijk besluit wordt immers, ter uitvoering van artikel 9<sup>quater</sup> van de ziekenhuiswet, artikel 68 van die wet van toepassing verklaard op de zorgprogramma's cardiale pathologie. In dat laatste artikel wordt de Koning gemachtigd de erkenning-normen vast te stellen die de ziekenhuizen moeten naleven.

#### Vormvereisten

4. De Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen heeft slechts geadviseerd over de vorige versie van het ontwerp. Om te voldoen aan het bij artikel 9<sup>quater</sup>, § 1, van de ziekenhuiswet opgelegde vormvereiste, dient advies van die Raad te worden ingewonnen over de gewijzigde versie van het ontwerp.

5. Indien het ontwerp ten gevolge van de aangebrachte wijzigingen een ander budgetair gevolg zou hebben of kunnen hebben dan de vorige versie ervan, zal ook opnieuw het advies van de Inspecteur van Financiën dienen te worden ingewonnen en zal eventueel, in het licht van de opmerkingen van de Inspecteur van Financiën, opnieuw het akkoord van de Minister van Begroting dienen te worden gevraagd.

6. Mocht de tekst ten gevolge van het vervullen van de zo-even genoemde vormvereisten nog wijzigingen ondergaan, dan zullen die wijzigingen om advies aan de Raad van State, afdeling wetgeving, moeten worden voorgelegd.

#### Onderzoek van de tekst

##### Algemene opmerking

7. Het om advies voorgelegde ontwerpbesluit is een aangepaste versie van het ontwerpbesluit waarover de Raad van State, afdeling wetgeving, op 17 november 2005 advies 39.283/3 heeft gegeven. Ten aanzien van dat laatste ontwerpbesluit zijn enkel de artikelen 1 (partim), 2, 6°, 4 (partim) en 5 tot 7 nieuw.

In dit advies worden enkel die artikelen onderzocht. Voor het overige wordt verwezen naar advies 39.283/3.

#### Artikel 2

8. Volgens de Nederlandse tekst van het inleidende zinsdeel van artikel 2, 6°, zou die bepaling twee paragrafen invoegen, en volgens de Franse tekst ervan één paragraaf. In de ontworpen bepaling wordt dan weer gewag gemaakt van « het vorige lid » (en wordt geen paragraaf-teken geplaatst), waaruit zou kunnen worden afgeleid dat beoogd wordt de bestaande tekst aan te vullen met een lid.

Artikel 2, 6°, dient, zo het behouden blijft (zie opmerking 11), te worden aangepast in het licht van de bedoeling van de stellers van het ontwerp. In voorkomend geval zal daarbij rekening moeten worden gehouden met opmerking 12 van dit advies.

#### Artikel 5

9. De draagwijdte van het ontworpen artikel 24 is op een aantal punten niet duidelijk, wat dient te worden verholpen.

Vooreerst moet worden gepreciseerd met welke ziekenhuizen een samenwerkingsovereenkomst moet worden gesloten (niet : afgesloten). Wellicht gaat het om alle ziekenhuizen binnen één « lokale entiteit » die geen zorgprogramma B uitbaten, maar zulks zou dan duidelijker dienen te worden bepaald.

Ten tweede moet worden verduidelijkt wat moet worden verstaan onder het begrip « lokale entiteit ».

Voorts is het niet duidelijk waarom de in het artikel bedoelde patiënten in het betrokken ziekenhuis moeten zijn opgenomen via de dringende geneeskundige hulpverlening. Het is zeer de vraag of dit criterium wel pertinent kan worden geacht, zeker wanneer het niet duidelijk is voor welke aandoeningen die patiënten werden opgenomen.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat in het ontworpen artikel gewag wordt gemaakt van « de vestigingsplaats waar het zorgprogramma B wordt uitgebaut », terwijl het gaat om een aanvraag tot erkenning.

Conclusie is derhalve dat het ontworpen artikel 24 grondig dient te worden herwerkt.

## Article 6

10. Il ne semble pas être envisagé que l'article 6 s'applique à l'article 15, § 1er, de l'arrêté royal du 15 juillet 2004. L'article 6 devrait l'indiquer expressément.

il. L'article 6 du projet fait probablement double emploi avec la disposition en projet à l'article 2, 6°. Si cela se confirme, il faudra omettre une des deux dispositions.

12. L'article 6 doit préciser si la « première application », qui y est visée, concerne l'année 2007 (la première année suivant l'entrée en vigueur du texte en projet) ou la première année suivant un agrément.

La chambre était composée de :

MM. :

M. Van Damme, président de chambre, président;

D. Albrecht, président de chambre;

J. Smets, conseiller d'Etat;

Mme A.-M. Goossens, greffier.

Le rapport a été présenté par M. J. Van Nieuwenhove, auditeur.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. J. Smets.

Le greffier,

A.-M. GOOSSENS.

Le président,

M. VAN DAMME.

**8 MARS 2007. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9<sup>quater</sup>, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et affecté d'un nouveau numéro par la loi du 25 janvier 1999, l'article 68 et l'article 76<sup>sexies</sup>, inséré par la loi du 27 avril 2005;

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9<sup>ter</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci, modifié par les arrêtés royaux du 16 juin 1999 et 21 mars 2003;

Vu l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés, modifié par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006;

Vu l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, des 9 décembre 2004 et 8 juin 2006;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances du 13 juillet 2005;

Vu l'accord du Ministre du Budget du 29 juin 2006;

Vu les avis n°39.283/3 et 40.070/3 du Conseil d'Etat, donné les 17 novembre 2005 et 3 avril 2006, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, modifié par la loi du 2 avril 2003;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 11, deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les programmes partiels B1, B2 et B3 ne peuvent être exploités conjointement que sur un même site.

## Artikel 6

10. Het lijkt niet in de bedoeling te liggen om artikel 6 toepassing te laten vinden op artikel 15, § 1, van het koninklijk besluit van 15 juli 2004. Zulks dient uitdrukkelijk in artikel 6 te worden bepaald.

11. Artikel 6 van het ontwerp overlapt wellicht met de ontworpen bepaling onder artikel 2, 6°. Zo dit effectief het geval is, zal één van beide bepalingen dienen te worden weggelaten.

12. In artikel 6 moet worden gepreciseerd of de erin bedoelde « eerste toepassing » betrekking heeft op het jaar 2007 (het eerste jaar na de inwerkingtreding van de ontworpen regeling), dan wel op het eerste jaar na een erkenning.

De kamer was samengesteld uit :

de heren :

M. Van Damme, kamervoorzitter, voorzitter;

D. Albrecht, kamervoorzitter;

J. Smets, staatsraad,

Mevr. A.-M. Goossens, griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de heer J. Van Nieuwenhove, auditeur.

...

De griffier,

A.-M. GOOSSENS.

De voorzitter,

M. VAN DAMME.

**8 MAART 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9<sup>quater</sup>, ingevoegd door het koninklijk besluit van 25 april 1997 en vernummerd bij de wet van 25 januari 1999, artikel 68 en artikel 76<sup>sexies</sup>, ingevoegd bij de wet van 27 april 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9<sup>ter</sup> van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 16 juni 1999 en 21 maart 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 1 augustus 2006;

Gelet op het koninklijk besluit van 1 augustus 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning van 9 december 2004 en 8 juni 2006;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën van 13 juli 2005;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting van 29 juni 2006;

Gelet op de adviezen nr. 39.283/3 en 40.070/3 van de Raad van State, gegeven op 17 november 2005, 3 april 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals gewijzigd bij de wet van 2 april 2003;

Op voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Artikel 11, tweede lid, van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« De deelprogramma's B1, B2 en B3 mogen slechts gezamenlijk op eenzelfde vestigingsplaats worden uitgebaut.



Par dérogation au deuxième alinéa, les programmes partiels B1-B2 peuvent être conjointement agréés et exploités sans programme partiel B3 pour autant qu'on démontre que :

1° de certaines communes du Royaume, les programmes de soins B agréés, qui contiennent au moins les programmes de soins B1-B2, ne peuvent pas être atteints par un service d'ambulance en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et ses arrêtés d'exécution, dans les 60 minutes;

2° l'exploitation des programmes partiels B1-B2 met une fin à la situation visée au 1°.

**Art. 2.** A l'article 15 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° Au §2, premier et deuxième alinéas, les chiffres 500 et 200 sont chaque fois remplacés respectivement par 650 et 400;

2° au § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, il est inséré « 229633-229644 » entre « 229611-229622 » et « 239072-239083 »;

3° au § 2, alinéa 2, les mots « au cours de la dernière année où » sont supprimés.

4° au § 2, alinéa 2, dernier alinéa, les mots « soit » et « ou soit l'année précédant » sont supprimés.

5° §2 est complété par l'alinéa suivant :

« Les besoins actuels, tels que visés à l'alinéa précédent, peuvent couvrir plusieurs Communautés ou Régions, comme visé respectivement aux articles 2 et 3 de la Constitution » .

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. A l'article 18, §1<sup>er</sup>, les modifications suivantes sont apportées :

1° au 1°, le mot « deux » est remplacé par « trois »;

2° le 1° est complété par les mots « et effectuant au moins 125 des prestations précitées par an »;

3° au 2°, le mot « attachés » est remplacé par les mots « » au moins un attaché ».

§ 2. L'article 18 du même arrêté est complété par un § 3, libellé comme suit :

« § 3. Le programme de soins B doit avoir un chef de service commun. ».

**Art. 4.** La section 7 du chapitre III du même arrêté est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 7. — Agréments et exploitations supplémentaires du programme de soins B

Art. 23. Avant que ne soit agréé et exploité un programme de soins « pathologie cardiaque B » pour la première fois sur un site, un accord doit être conclu en vue de l'exploitation avec tous les autres hôpitaux de la même zone, comme mentionné à l'article 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et qui n'exploitent pas de programme de soins B.

La zone visée à l'alinéa premier peut couvrir plusieurs Communautés ou Régions, comme mentionné respectivement aux articles 2 et 3 de la Constitution.

**Art. 5.** La section 8 du Chapitre III du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« Section 8. — Accords de collaboration

Art. 24. L'autorité compétente pour la délivrance des agréments peut subordonner la recevabilité de la demande d'agrément à la démonstration que le demandeur d'un tel agrément a conclu un accord de collaboration avec les autres hôpitaux qui n'exploitent pas de programme de soins B et dans lesquels des prestations ont été effectuées, telles que visées à l'article 15, au cours des trois années précédant la publication au *Moniteur belge* de Notre arrêté du 1<sup>er</sup> août 2006, dans le cadre d'un programme de soins agréé « pathologie cardiaque » et qui se trouvent dans le territoire dans lequel le demandeur de l'agrément devra assurer les soins à la population en application des articles 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987. ».

**Art. 6.** La première application de l'article 15 du même arrêté, tel que modifié par l'article 2, qui aura lieu en 2007, s'effectue sur base des prestations effectuées en 2003, 2004 et 2005.

**Art. 7.** Les programmes partiels B1 qui étaient exploités et agréés séparément avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté en application de l'article 23 tel que celui-ci était en vigueur, peuvent être exploités jusqu'au 31 décembre 2007 inclus.

In afwijking tot het tweede lid, mogen de deelprogramma's B1-B2, gezamenlijk worden erkend en uitgebaat zonder deelprogramma B3, voor zover wordt aangetoond dat :

1° vanuit bepaalde gemeenten in het Rijk de erkende zorgprogramma's B die tenminste de deelprogramma's B1-B2 omvatten, niet binnen de 60 minuten kunnen worden bereikt door een ambulancedienst bij toepassing van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening en diens uitvoeringsbesluiten;

2° de uitbating van bedoelde deelprogramma's B1-B2 een einde stelt aan de situatie bedoeld in 1°.

**Art. 2.** In artikel 15 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

In § 2, eerste en tweede lid, worden telkens de cijfers 500 en 200 vervangen door respectievelijk 650 en 400;

2° in § 2, eerste lid, wordt tussen « 229611-229622 » en « 239072-239083 », « 229633-229644 » ingevoegd;

3° in § 2, eerste lid, worden de woorden « gedurende het laatste jaar of » geschrapt .

4° in § 2, laatste lid, worden de woorden « hetzij » en « hetzij het laatste jaar » geschrapt.

5° § 2, wordt aangevuld met het volgende lid :

« De bestaande behoefte, zoals bedoeld in het tweede lid, kan meerdere gemeenschappen of gewesten, zoals bedoeld in respectievelijk de artikelen 2 en 3 van de Grondwet, bestrijken. ».

**Art. 3.** § 1. In artikel 18, § 1, van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in 1° wordt het woord « twee » vervangen door « drie »;

2° 1° wordt aangevuld met de woorden « en die jaarlijks tenminste 125 van laatst genoemde verstrekkingen uitvoeren »;

3° in 2° wordt tussen de woorden « twee cardiochirurgen » en de woorden « voltijds en exclusief », de woorden « waarvan tenminste één » ingevoegd.

§ 2. Artikel 18 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met een § 3, luidend als volgt :

« § 3. Het zorgprogramma B moet een gezamenlijk diensthoofd hebben. ».

**Art. 4.** Afdeling 7 van hoofdstuk III van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Afdeling 7. — Bijkomende erkenningen en uitbatingen van het zorgprogramma B

Art. 23. Alvorens op een vestigingsplaats voor het eerst een zorgprogramma « cardiale pathologie B » wordt erkend en uitgebaat, moet met het oog op de uitbating een akkoord worden afgesloten met alle overige ziekenhuizen uit hetzelfde gebied, zoals bedoeld in artikel 23 van de ziekenhuiswet, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en die geen zorgprogramma B uitbaten.

Het in het eerste lid bedoelde gebied mag meerdere gemeenschappen of gewesten, zoals bedoeld in respectievelijk de artikelen 2 en 3 van de Grondwet, bestrijken.

**Art. 5.** Afdeling 8 van Hoofdstuk III van hetzelfde besluit, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Afdeling 8. — Samenwerkingsovereenkomsten

Art. 24. De overheid die bevoegd is voor de toekenning van erkenningen kan de ontvankelijkheid van een aanvraag tot erkenning afhankelijk maken van het feit dat wordt aangetoond dat de aanvrager van een dergelijke erkenning een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met de overige ziekenhuizen die geen zorgprogramma B uitbaten en waarin gedurende drie jaar vóór de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van Ons besluit van 1 augustus 2006, in het kader van een erkend zorgprogramma « cardiale pathologie » prestaties zijn verricht zoals bedoeld in artikel 15 en die zich bevinden in het gebied waarbinnen de aanvrager van de erkenning zal moeten instaan voor de verzorging van de bevolking bij toepassing van de artikelen 23 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. ».

**Art. 6.** De eerste toepassing van artikel 15, § 2, van hetzelfde besluit, zoals gewijzigd bij artikel 2, die plaats zal hebben in 2007, geschiedt op basis van de prestaties verricht in 2003, 2004 en 2005.

**Art. 7.** De deelprogramma's B1 die vóór de datum van inwerking-treding van dit besluit afzonderlijk werden erkend en uitgebaat bij toepassing van artikel 23 zoals dit van kracht was, mogen verder worden uitgebaat tot en met 31 december 2007.

**Art. 8.** L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 2006 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés, est rapporté.

**Art. 9.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Art. 10.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 8 mars 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

**Art. 8.** Het koninklijk besluit van 1 augustus 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's « cardiale pathologie » moeten voldoen om erkend te worden, wordt ingetrokken.

**Art. 9.** Dit besluit ingang van 1 januari 2007.

**Art. 10.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 maart 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

## AUTRES ARRETES — ANDERE BESLUITEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,  
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C - 2007/11100]

**5 MARS 2007.** — Arrêté ministériel portant nomination d'un assesseur juridique auprès de la Chambre exécutive d'expression néerlandaise de l'Institut professionnel des comptables et fiscalistes agréés

La Ministre des Classes moyennes et de l'Agriculture,

Vu la loi du 22 avril 1999 relative aux professions comptables et fiscales, notamment l'article 43;

Vu la loi-cadre du 1<sup>er</sup> mars 1976 réglementant la protection du titre professionnel et l'exercice des professions intellectuelles prestataires de services, notamment l'article 8, § 4, modifié par la loi du 15 juillet 1985;

Vu l'article 49 de l'arrêté royal du 27 novembre 1985 déterminant les règles d'organisation et de fonctionnement des instituts professionnels créés pour les professions intellectuelles prestataires de services, modifié par l'arrêté royal du 19 novembre 2004, qui a attribué à l'assesseur juridique un rôle novateur, à savoir l'appréciation sur les suites à donner à une plainte disciplinaire;

Vu l'expiration du mandat d'assesseur juridique auprès de la Chambre exécutive d'expression néerlandaise de l'Institut professionnel des comptables et fiscalistes agréés;

Vu l'arrêt n° 164.237 du Conseil d'Etat du 30 octobre 2006;

Vu les candidatures de MM. Arn Calewaert, Peter Defreyne, Kris Goeman, Paul Soens et Peter Verstraeten;

Vu les curriculum vitae qui ont été transmis par les candidats au ministre;

Vu la note de l'administration du 23 janvier 2007 concernant la nomination d'un assesseur juridique;

Considérant que les compétences de l'assesseur juridique concernent l'assistance des Chambres exécutives de l'Institut professionnel pour les tâches administratives et non-administratives, ainsi que disciplinaires;

Considérant qu'une attention spécifique doit être accordée à la compétence disciplinaire donnée sur base de l'arrêté royal du 19 novembre 2004 à l'assesseur juridique; que cette compétence est importante, car l'assesseur juridique doit décider d'une façon autonome si les plaintes déposées doivent être oui ou non transmises pour poursuite aux Chambres exécutives de l'Institut professionnel;

Considérant que la surveillance disciplinaire concerne d'une part la relation entre l'institut professionnel et ses membres et d'autre part les relations entre les membres-titulaires de la profession et leurs clients, confrères, administrations et services publics;

Considérant que les candidats, du fait qu'ils sont des avocats, doivent être familiarisés avec les principes généraux de la déontologie et qu'ils peuvent connaître assez vite les procédures, visées par l'article 49 de l'arrêté royal du 27 novembre 1985; que par contre le fait de savoir si les membres de l'institut professionnel se sont consciencieusement acquittés d'une mission exige une expérience et connaissance spécifiques, que cette question concerne la plus grande partie des plaintes disciplinaires;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,  
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C - 2007/11100]

**5 MAART 2007.** — Ministerieel besluit tot benoeming van een rechtskundig assessor bij de Nederlandstalige uitvoerende Kamer van het Beroepsinstituut van erkende boekhouders en fiscalisten

De Minister van Middenstand en Landbouw,

Gelet op de wet van 22 april 1999 betreffende de boekhoudkundige en fiscale beroepen, inzonderheid op artikel 43;

Gelet op de kaderwet van 1 maart 1976 tot reglementering van de bescherming van de beroepstitel en van de uitoefening van de dienstverlenende intellectuele beroepen, inzonderheid op artikel 8, § 4, gewijzigd bij de wet van 15 juli 1985;

Gelet op artikel 49 van het koninklijk besluit van 27 november 1985 tot bepaling van de regels inzake de organisatie en de werking van de beroepsinstututen die voor de dienstverlenende intellectuele beroepen zijn opgericht, zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 november 2004 en waarbij aan de rechtskundig assessor een nieuwe rol werd toebedeeld, te weten de beoordeling van de gevolgen die aan een tuchtklacht moeten gegeven worden;

Gelet op het verstrijken van het mandaat van rechtskundig assessor bij de Nederlandstalige uitvoerende Kamer van het Beroepsinstituut van boekhouders en fiscalisten;

Gelet op het arrest nr. 164.237 van de Raad van State d.d. 30 oktober 2006;

Gelet op de candidaturen ingediend door de heren Arn Calewaert, Peter Defreyne, Kris Goeman, Paul Soens en Peter Verstraeten;

Gelet op de door de kandidaten aan de minister overgemaakte curriculum vitae;

Gelet op de nota van de administratie d.d. 23 januari 2007 met betrekking tot de benoeming van een rechtskundig assessor;

Overwegende dat de bevoegdheden van de rechtskundig assessor betrekking hebben op bijstand van de uitvoerende Kamers van het Beroepsinstituut bij administratieve en niet-administratieve taken, alsook inzake tucht;

Overwegende dat een specifieke aandacht dient te worden verleend aan de bevoegdheid inzake tucht die bij koninklijk besluit van 19 november 2004 aan de rechtskundig assessor werd toevertrouwd; dat deze bevoegdheid belangrijk is nu de rechtskundig assessor voortaan op autonome wijze moet beslissen of de neergelegde klachten al dan niet moeten verzonden worden naar de uitvoerende Kamers van het Beroepsinstituut voor vervolging;

Overwegende dat het tuchtrechterlijk toezicht enerzijds betrekking heeft op de verhouding tussen het beroepsinstituut en haar leden en anderzijds op de relaties tussen de leden beroepsbeoefenaars en hun cliënten, confraters, administraties en overheidsdiensten;

Overwegende dat de kandidaten als advocaten vertrouwd moeten zijn met algemene beginselen van de deontologie en zich in principe relatief snel de procedures, geviseerd in artikel 49 van het koninklijk besluit van 27 november 1985 kunnen eigen maken; dat daarentegen de vraag of de leden van het beroepsinstituut zich op een oordeelkundige wijze van hun opdracht hebben gekweten, een specifieke ervaring en kennis vergt; dat deze kwestie het overgrote deel van de tuchtklachten betreft;