

2° l'article est complété par un paragraphe 7 rédigé comme suit :

« § 7. Pour des bénéficiaires dialysés admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'hôpital peut porter en compte à l'organisme assureur l'intervention visée au § 2 en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du centre de dialyse où le patient est en traitement. »

**Art. 2.** L'article 2 de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés ministériels des 25 mai 2007, 28 mai 2008 et 21 février 2022, est complété par un § 5, rédigé comme suit :

« § 5. Pour des bénéficiaires visés à l'article 1<sup>er</sup> admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'hôpital peut porter en compte à l'organisme assureur l'intervention visée au § 2 en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du service spécialisé où le bénéficiaire suit son traitement. »

Bruxelles, le 13 janvier 2023.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,  
F. VANDENBROUCKE

2° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidende:

“§ 7. Voor de gedialyseerde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, kan het ziekenhuis de tegemoetkoming bedoeld in § 2 aanrekenen aan de verzekeringsinstelling op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en het dialysecentrum waar de rechthebbende in behandeling is.”

**Art. 2.** Artikel 2 van het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 25 mei 2007, 28 mei 2008 en 21 februari 2022, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

“§ 5. Voor de in artikel 1 bedoelde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, kan het ziekenhuis de tegemoetkoming bedoeld in § 2 aanrekenen aan de verzekeringsinstelling op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en de gespecialiseerde dienst waar de rechthebbende in behandeling is.”

Brussel, 13 januari 2023.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

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

[C - 2022/42238]

**Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier**

**I. INTRODUCTION**

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de santé;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe A, III, 14°;

Vu l'arrêté royal du 22 mai 2019 relatif à la planification d'urgence et la gestion de situations d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national;

Considérant que les plans d'urgence des hôpitaux font partie intégrante des conditions d'exploitation de l'hôpital et qu'ils doivent être approuvés par les Communautés/Régions après avis du gouverneur de la province: qu'à Bruxelles, les compétences de l'ex-gouverneur ont été reprises par l'Agglomération Bruxelloise, et l'avis de l'inspecteur fédéral d'hygiène du service public fédéral Santé Publique, il est convenu ce qui suit:

**II. SITUATION**

Chaque hôpital doit avoir un plan d'urgence hospitalier pour faire face aux accidents à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

D'après une première enquête menée en 2013, il est apparu que les hôpitaux avaient besoin d'outils de soutien pour l'élaboration de leurs plans d'urgence hospitaliers.

Les Communautés/Régions et le Gouvernement fédéral se sont engagés, par une déclaration commune du 27 juin 2016 et un protocole d'accord du 24 octobre 2016, à harmoniser la terminologie et le contenu des plans d'urgence hospitaliers, à proposer un outil pour leur rédaction et à faciliter la procédure d'approbation par les autorités compétentes.

Le modèle actuel du plan d'urgence hospitalier a été présenté aux hôpitaux en 2017. Ce modèle de plan d'urgence hospitalier comprend quatre parties :

• La partie I comprend un manuel d'accompagnement avec un cadre théorique et un contexte.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

[C - 2022/42238]

**Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning**

**I. INLEIDING**

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde overheden, hierna de gemeenschappen/ gewesten genoemd; op het vlak van gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, meer bepaald bijlage A, III, 14°;

Gelet op het Koninklijk Besluit van 22 mei 2019 betreffende de noodplanning en het beheer van noodsituaties op het gemeentelijk en provinciaal niveau en betreffende de rol van de burgemeesters en de provinciegouverneurs in geval van crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen;

Overwegende dat de ziekenhuisnoodplannen integraal tot de erkenningsnormen van het ziekenhuis behoren en dat ze goedgekeurd worden door de Gemeenschappen/Gewesten na advies van de gouverneur van de provincie en van de federale gezondheidsinspecteur van de federale overheidsvolksgesondheid, wordt overeengekomen wat volgt:

**II. SITUERING**

Ieder ziekenhuis moet beschikken over een ziekenhuisnoodplan om het hoofd te bieden aan ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis.

Vanuit een initiële bevraging uit 2013, bleek dat de ziekenhuizen nood hadden aan ondersteunende tools voor de ontwikkeling van een ziekenhuisnoodplan.

De Gemeenschappen/Gewesten en de federale overheid engageren zich, via de Gemeenschappelijke Verklaring van 27 juni 2016 en het protocolakkoord van 24 oktober 2016 om de terminologie en de inhoud van de ziekenhuisnoodplannen te harmoniseren, een hulpmiddel aan te bieden voor het opstellen en de goedkeuringsprocedure door de bevoegde overheden te faciliteren.

Het huidige model van het ziekenhuisnoodplan en tools werden in 2017 aan de ziekenhuizen ter beschikking gesteld. Dit model van het ziekenhuisnoodplan bestaat uit vier delen:

• Deel I omvat een begeleidende handleiding met een theoretisch kader en context.

- La partie II comprend un modèle que les hôpitaux peuvent utiliser comme document de travail pour élaborer leur plan d'urgence hospitalier.

- La partie III comprend un certain nombre de fiches d'action et de listes de contrôle pour une utilisation opérationnelle.

- La partie IV consiste en un guide détaillé pour les risques spéciaux (CBRN et explosions).

Des outils supplémentaires ont également été développés:

- Un module d'apprentissage en ligne,
- Un outil "lessons learned",
- Un onglet "Questions fréquentes" (FAQ).

Le modèle et les outils du plan d'urgence hospitalier ont été mis à disposition sur le site web du SPF Santé publique.

Les autorités compétentes ont chacune adopté et publié la législation relative au remplacement du Plan MASH par le plan d'urgence hospitalier (PUH).

### III. OBJECTIF

Le modèle et les outils du plan d'urgence de l'hôpital doivent également être mis à jour périodiquement. Les principaux motifs de la refonte du plan d'urgence actuel de l'hôpital sont les suivants :

- Le développement dans la gestion des catastrophes;
- La publications de l'adaptation de la législation au niveau de la planification d'urgence;
- La pandémie COVID-19.

La mise à jour du plan d'urgence hospitalier est également souhaitable suite aux recommandations du KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) résultant de son étude, rapport KCE 335A (2020), sur la gestion de la capacité hospitalière en Belgique lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 et le fonctionnement du comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) lors de la pandémie de COVID-19. Bien que la majorité des hôpitaux disposaient d'un plan d'urgence hospitalier et que leur agencement ait permis une réponse rapide lors de la survenue de la pandémie, ils ne contenaient pas de section spécifique pour cette épidémie. Il est donc recommandé d'ajouter une nouvelle section dans les plans d'urgence hospitaliers.

Les besoins spécifiques et les autres projets en cours de développement au niveau de la planification d'urgence doivent pour cela être pris en compte autant que possible: (i) les développements du "Belgian Incident & Tracking System (BITS)", un système uniforme d'enregistrement et de suivi des personnes touchées par des incidents, (ii) les recherches en cours du KCE concernant l'organisation du cadre médical CBRNe et les recommandations concernant des crises climatiques sont inclus dans le processus de mise à jour.

### IV. INSTALLATION GROUPE DE PILOTAGE ET GROUPES DE TRAVAIL

Par analogie avec le projet précédent, un comité de pilotage et différents groupes de travail seront de nouveau mis en place pour assurer le développement de ce projet de remaniement.

Le comité de pilotage est composé de représentants des services fédéraux, des administrations compétentes des communautés/régions, des autres services de planification d'urgence (SPF VVVV, SPF IBZ) et de la défense. Le comité de pilotage détermine les objectifs des groupes de travail dans le cadre de la réorganisation des plans d'urgence hospitaliers, observe et évalue leurs activités et dirige les groupes de travail si nécessaire.

Les groupes de travail sont formés de représentants des mêmes services que ceux figurant dans le comité de pilotage et complétés par des experts du secteur médical. Ces experts seront recrutés par appel d'offres public pour la période de la révision.

Pour assurer le suivi du projet, un modus operandi sera établi. La composition, le fonctionnement, le flux de rapports (hiérarchie) et les accords internes pour le comité de pilotage et les groupes de travail seront inclus dans un modus operandi. Les participants au comité de pilotage et aux groupes de travail en recevront une copie et seront invités à en prendre connaissance et à marquer leur accord.

Afin de répondre aux besoins proposés, cinq groupes de travail seront mis en place dans le cadre du projet :

1. 'Orientations générales' pour la révision et la mise à jour du plan d'urgence de hospitalier en fonction des réglementations applicables et des enseignements tirés du passé;
2. 'outils' pour fournir un modèle pratique servant de base aux plans d'urgence hospitaliers et pour mettre en place un forum pour l'échange d'informations et d'enseignements entre hôpitaux;
3. 'E-learning' pour mettre à jour et rendre disponible les différents modules proposés;

- Deel II omvat een sjabloon dat ziekenhuizen als werkdocument kunnen gebruiken om hun ziekenhuisnoodplan uit te werken.

- Deel III omvat een aantal actiekaarten en controlelijsten voor operationeel gebruik.

- Deel IV bestaat uit een uitgewerkte leidraad voor bijzondere risico's (CBRN en explosies).

Er werden daarnaast ook aanvullende tools ontwikkeld:

- E-learning module,
- Tool lessons learned,
- Frequently Asked Questions.

Het model en de ondersteunende tools van het ziekenhuisnoodplan werden op de website van de FOD Volksgezondheid ter beschikking gesteld.

De bevoegde overheden hebben elk de wetgeving omtrent de vervanging van het MASH-plan door het ziekenhuisnoodplan (ZNP) overgenomen en gepubliceerd.

### III. DOELSTELLING

Het model en de tools van het ziekenhuisnoodplan moeten ook periodiek geactualiseerd worden. De voornaamste motieven om het huidige ziekenhuisnoodplan te actualiseren zijn:

- Ontwikkeling in het rampenmanagement;
- Publicaties van aangepaste wetgeving op niveau van de noodplanning;
- De COVID-19 pandemie.

De actualisatie van het ziekenhuisnoodplan is ook wenselijk na aanbevelingen van het KCE (federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg) voortkomend uit hun onderzoek, KCE rapport 335A (2020), naar het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19 pandemie en de werking van het Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) comité tijdens de COVID-19-pandemie. De meerderheid van de ziekenhuizen heeft een ziekenhuisnoodplan en de opmaak ervan heeft voor een snelle reactie bij de uitbraak van de pandemie gezorgd. Actueel is er geen specifiek luik voor dergelijke uitbraken. Er wordt aanbevolen een nieuwe sectie alsnog te voorzien in het ziekenhuisnoodplan.

Er moet daarenboven maximaal rekening gehouden worden met specifieke noden en andere projecten in ontwikkeling op niveau van de noodplanning. Zo worden de ontwikkelingen van: (i) het "Belgian Incident & Tracking System (BITS)", voor een uniform registratie- en opvolgingssysteem van getroffen personen bij incidenten, (ii) het lopende onderzoek van het KCE omtrent de organisatie van het medische CBRNe-landschap te organiseren en (iii) aanbevelingen inzake klimaatgerelateerde crisissen opgenomen in het actualisatieproces.

### IV. OPRICHTING STUURGROEP EN WERKGROEPEN

Naar analogie met het vorige project wordt opnieuw geopteerd om een stuurgroep en verschillende werkgroepen te installeren om de uitwerking te verzekeren.

De stuurgroep wordt samengesteld uit vertegenwoordiging van de federale diensten, de bevoegde administraties van de gemeenschappen/gewesten, de andere diensten noodplanning (FOD VVVV, FOD IBZ) en defensie. De stuurgroep bepaalt de objectieven voor de werkgroepen, binnen de actualisatie van het ziekenhuisnoodplan, observeert en evalueert hun activiteiten en stuurt de werkgroepen aan en waar nodig bij.

De werkgroepen worden gevormd door vertegenwoordigers uit dezelfde diensten als de stuurgroep en aangevuld met experts uit de ziekenhuissector. Deze experts worden via openbare aanbesteding, voor de periode van de actualisatie van het ziekenhuisnoodplan, aangeworven.

Teneinde het project te monitoren zal een werkwijze worden opgesteld. De samenstelling, werking, rapportagestroom (hiërarchie) en interne afspraken voor de stuurgroep en werkgroepen zullen in een modus operandi worden opgenomen. De deelnemers binnen de stuurgroep en werkgroepen zullen hiervan een exemplaar ontvangen en worden gevraagd hier kennis van te nemen en zich akkoord te verklaren.

Om aan de vooropgestelde noden te voldoen, worden vijf werkgroepen opgericht binnen het project:

1. 'algemene leidraad' voor het reviseren en actualiseren van het ziekenhuisnoodplan naar de geldende regelgeving, ontwikkelingen, aansluitende projecten en de geleerde lessen uit voorgaande crisissen.
2. 'tools' voor het aanleveren van een praktische template, als basis voor hun ziekenhuisnoodplan, en forum voor uitwisseling van informatie en geleerde lessen tussen ziekenhuizen onderling.
3. 'e-learning' om de verschillende aangeboden modules te actualiseren en opnieuw ter beschikking te stellen.

4. 'ICT & cybersecurity' pour un guide permettant de faire face aux pannes TIC et à la menace de cyberattaques au sein de l'institution;

5. 'CBRNe & Pandemie' pour la révision de la directive CBRNe actuelle et le développement d'un plan pandémie.

L'objectif ultime de ces groupes de travail, sous la supervision du comité de pilotage, est de mettre à jour le contenu du plan d'urgence hospitalier, d'intégrer les enseignements tirés par le passé et de fournir des orientations complémentaires et solidaires pour les risques particuliers.

#### V. ACCORDS ET PROCEDURES

Nous révisons également la coopération entre les différentes autorités pour offrir, mettre en œuvre, évaluer et optimiser les outils et moyens d'aide aux hôpitaux, générés par les différents groupes de travail.

Le plan d'urgence hospitalier doit être revu et approuvé tous les cinq ans selon la procédure établie. Le remaniement central, par les différents services, des documents et guides proposés n'impliquent pas que les hôpitaux doivent mettre à jour leur plan d'urgence hospitalier avant l'expiration de la période de cinq ans. Une fois que les outils révisés auront été mis à la disposition des hôpitaux, ceux-ci devront inclure les changements proposés dans le processus de révision.

La révision est basée sur la législation existante et les outils disponibles tels que publiés respectivement au *Moniteur belge* et sur le site web du SPF Santé publique. Les commentaires du terrain sont pris en compte autant que possible.

Les outils seront communiqués aux hôpitaux par les canaux appropriés et un colloque sera organisé.

Tous les outils toutes les informations seront disponibles en néerlandais, français et allemand sur le site web du SPF Santé publique. Il y aura également des références aux sites web publics de toutes les autorités concernées.

Approuvé le 14 septembre 2022.

Minister F. Vandenbroucke, Vice-Eerste Minister, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Minister H. Crevits, Vlaams minister van Welzijn, Gezin, Volksgezondheid en Armoedebestrijding, Vice-Minister President van de Vlaamse Regering

Ministre C. Morreale, Vice-Présidente du Gouvernement wallon, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de l'Economie Sociale, de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des Chances et des Droits des Femmes

Ministre V. Glatigny, Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de la Promotion sociale, des Hôpitaux universitaires, de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de Justice, de la Jeunesse, des Sports et de la Promotion de Bruxelles

Ministre A. Maron, Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de l'Action sociale et de la Santé

Minister E. Van den Brandt, Voorzitter van het College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), belast met Begroting, Welzijn, Gezondheid, Gezin en Stedelijk Beleid

Minister A. Antoniadis, Vize-Ministerpräsident, Ministerfür Gesundheit und Soziales, Raumordnung und Wohnungswesen

## COUR CONSTITUTIONNELLE

[2022/205829]

### Extrait de l'arrêt n° 110/2022 du 22 septembre 2022

Numéros du rôle : 7555, 7556, 7557, 7558, 7559 et 7560

*En cause* : les recours en annulation du décret de la Région wallonne du 30 septembre 2020, du décret de la Communauté germanophone du 12 octobre 2020, de l'article 2 de la loi du 9 octobre 2020, de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 1<sup>er</sup> octobre 2020 et du décret de la Communauté flamande du 2 octobre 2020 « portant assentiment à l'accord de coopération du 25 août 2020 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, concernant le traitement conjoint de données par Sciensano et les centres de contact désignés par les entités fédérées compétentes ou par les agences compétentes, par les services d'inspection d'hygiène et par les équipes mobiles dans le cadre d'un suivi des contacts auprès des personnes (présümées) infectées par le coronavirus COVID-19 se fondant sur une base de données auprès de Sciensano », introduits par l'ASBL « Vivant Ostbelgien » et autres et par l'ASBL « Ligue des droits humains ».

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents P. Nihoul et L. Lavrysen, des juges T. Giet, J. Moerman, M. Pâques, Y. Kherbache, T. Detienne, D. Pieters, S. de Bethune, E. Bribosia et W. Verrijdt, et, conformément à l'article 60bis de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, du juge émérite J.-P. Moerman, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président P. Nihoul,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

#### I. Objet des recours et procédure

a. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 12 avril 2021 et parvenue au greffe le 14 avril 2021, un recours en annulation du décret de la Région wallonne du 30 septembre 2020 « portant assentiment à l'accord de coopération du 25 août 2020 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Région wallonne, la

4. 'ICT & cybersecurity' voor een leidraad om het hoofd te bieden binnen de instelling aan uitval van ICT en dreiging op cyberaanvallen.

5. 'CBRNe & Pandemie' voor het herwerken van de huidige leidraad CBRNe en de uitwerking van een pandemieplan.

Het finale doel van deze werkgroepen, onder toezicht van de stuurgroep, is om de inhoud van de ziekenhuisnoodplan actueel te maken, de geleerde lessen uit het verleden te integreren en aanvullende, ondersteunende leidraden te voorzien voor bijzondere risico's.

#### V. AFSPRAKEN EN PROCEDURES

We beogen opnieuw een samenwerking tussen de verschillende overheden om de instrumenten en hulpmiddelen voor ziekenhuizen die door de verschillende werkgroepen worden gegenereerd, aan te bieden, te implementeren, te evalueren en te optimaliseren.

Het ziekenhuisnoodplan moet om de vijf jaar herzien en goedgekeurd worden volgens de vastgelegde procedure. De centrale actualisatie, van de aangeboden documenten en leidraden door de verschillende diensten, veronderstelt niet dat ziekenhuizen vóór het verstrijken van de termijn van vijf jaar hun ziekenhuisnoodplan moeten actualiseren. Zodra de geactualiseerde en nieuwe tools ter beschikking zijn gesteld aan de ziekenhuizen, moeten deze de voorgestelde aanpassingen meenemen in het herzieningsproces.

Er wordt in de actualisatie uitgegaan van de bestaande wetgeving en beschikbare tools zoals gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*, respectievelijk op de website van de FOD Volksgezondheid. De commentaren van het terrein zullen zo veel als mogelijk in rekening worden genomen.

De tools zullen gecommuniceerd worden aan de ziekenhuizen via de gekijkte kanalen en een symposium dat zal georganiseerd worden.

Alle tools en informatie zullen in het Nederlands, Frans en Duits beschikbaar zijn op de website van de FOD Volksgezondheid. Hier zal ook verwezen worden naar de publieke websites van alle betrokken, relevante overheden.

Goedgekeurd op 14 september 2022.