RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

advies 66.305/3
van 28 juni 2019

over

een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ‘houdende wijziging van het besluit van het Verenigd College van 27 april 1995 betreffende de erkenning van de structuren voor ziekenhuiscoördinatie en de toekenning van toelagen’

CONSEIL D’ÉTAT
section de législation

avis 66.305/3
du 28 juin 2019

sur

un projet d’arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune ‘portant modification de l’arrêté du Collège réuni du 27 avril 1995 relatif à l’agrément des structures de coordination hospitalière et à l’octroi de subventions’

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

Op 3 juni 2019 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Ministers, Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 'houdende wijziging van het besluit van het Verenigd College van 27 april 1995 betreffende de erkenning van de structuren voor ziekenhuiscoördinatie en de toekenning van toelagen'.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 25 juni 2019. De kamer was samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Peter SOURBRON, staatsraden en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim CORTHAUT, auditeur.

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

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 28 juni 2019.

*

Le 3 juin 2019, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Ministres, Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétent pour la politique de la Santé, à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune 'portant modification de l'arrêté du Collège réuni du 27 avril 1995 relatif à l'agrément des structures de coordination hospitalière et à l'octroi de subventions'.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 25 juin 2019. La chambre était composée de Jo BAERT, président de chambre, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Peter SOURBRON, conseillers d'État, et Astrid TRUYENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim CORTHAUT, auditeur.

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

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 28 juin 2019.

*

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

STREKKING VAN HET ONTWERP

1. Het voor advies voorgelegde ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie strekt ertoe verscheidene wijzigingen aan te brengen in het besluit van het Verenigd College van 27 april 1995 'betreffende de erkenning van de structuren voor ziekenhuiscoördinatie en de toekenning van toelagen'. Naast een aantal terminologische wijzigingen, actualiseringen van de kruisverwijzingen en procedurele wijzigingen worden ook een aantal inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd, die kunnen worden samengevat als volgt.

- De doelstellingen van de structuren voor ziekenhuiscoördinatie worden geherformuleerd en er wordt voorzien in een bijkomende doelstelling, namelijk het bevorderen van de samenwerking tussen alle Brusselse zorgnetten door de vertegenwoordiging van de Brusselse ziekenhuissector op het federale en het internationale niveau, door de ontwikkeling van een volksgezondheidsbeleid tussen de verschillende zorgnetten en door de deelname aan het overleg tussen alle actoren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad (artikel 4 van het ontwerp).

- De verplichting inzake overleg en coördinatie met de OCMW's, de huisartsenverenigingen en huisartsenkringen, de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de diensten voor thuiszorg en thuishulp en de inrichtingen die bejaarden huisvesten, wordt geherformuleerd. De structuren voor ziekenhuiscoördinatie nemen deel aan het overleg georganiseerd bij de ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg bedoeld in artikel 8, tweede lid, 3°, van de ordonnantie van 4 april 2019 'betreffende het eerstelijnszorgbeleid' (artikel 5).

- De jaarlijkse forfaitaire subsidie voor de erkende structuren voor ziekenhuiscoördinatie wordt voortaan vastgelegd in de algemene uitgavenbegroting en wordt verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk van die structuren op 1 januari 2020. Daarbij worden bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen en plaatsen in initiatieven voor beschut wonen voor 50% gewogen. De verdeling kan om de vijf jaar worden herzien. De subsidie dekt forfaitair een deel van de algemene werkingskosten en moet voor minstens 60% worden besteed aan de bezoldiging van personeel. De subsidie wordt voortaan in twee schijven uitbetaald, namelijk een voorschot van 80% en het saldo na het voorleggen van de relevante bewijsstukken (artikelen 12 en 13).

Het te nemen besluit treedt in werking op 1 januari 2020 (artikel 15).

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

BEVOEGDHEID

2. De vraag rijst naar de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor het ontworpen besluit. Aangezien het besluit van 27 april 1995 niet in ontwerpvorm om advies aan de Raad van State is voorgelegd, evenmin als de latere wijziging ervan,[1] wordt bij dat bevoegdheidsonderzoek ook de huidige tekst van dat besluit betrokken.

De omstandigheid dat voor het besluit van 27 april 1995 en voor de ontworpen wijzigingen ervan rechtsgrond wordt gezocht in het samenwerkingsakkoord van 19 mei 1994 tussen de Federale Staat, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 'betreffende [het] ziekenhuisbeleid' (hierna: het samenwerkingsakkoord),[2] betekent nog niet dat de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zonder meer vaststaat. Die bevoegdheid moet integendeel worden beoordeeld, rekening houdend met hetgeen in dat samenwerkingsakkoord wordt geregeld en in het licht van de relevante bevoegdheidsverdelende regels.

3. Het samenwerkingsakkoord voorziet in de mogelijkheid voor de gemeenten van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad waarvan het OCMW rechtstreeks of middels een vereniging een ziekenhuis beheert, om onderling een herstructureringspact te sluiten met het oog op de coördinatie en de rationalisatie van het ziekenhuisbeleid. Wanneer dat herstructureringspact voldoet aan de in dat samenwerkingsakkoord opgesomde voorwaarden, waaronder een fundamentele en blijvende aanzuivering van de tekorten van de betrokken ziekenhuizen, komen de betrokken gemeenten in aanmerking voor financiering uit het Brussels Gewestelijk Herfinancieringsfonds voor de gemeentelijke thesaurieën. Dat Fonds sluit daartoe met de betrokken gemeenten, OCMW's en verenigingen een saneringsovereenkomst (artikelen 2 tot 4 van het voormelde samenwerkingsakkoord).

De voorwaarden waaraan het herstructureringspact moet voldoen, houden onder meer in dat moet worden gekozen voor een "coördinatiestructuur",[3] hetgeen blijkbaar inhoudt dat een "coördinerende koepelstructuur" moet worden opgericht[4] waarbij "de coördinatie en de optimale werking (…) van alle aspecten van het ziekenhuisbeleid van de betrokken gemeenten, openbare centra voor maatschappelijk welzijn en betrokken verenigingen" worden gewaarborgd.[5]

---

[1] Bij het besluit van het Verenigd College van 14 september 2000 'tot wijziging van het besluit van het Verenigd College van 27 april 1995 betreffende de erkenning van de structuren voor ziekenhuiscoördinatie en de toekenning van toelagen'.

[2] Goedgekeurd, wat betreft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bij de ordonnantie van 13 april 1995 'houdende goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 19 mei 1994 tussen de Federale Staat, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende het ziekenhuisbeleid' en, wat betreft het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, bij de ordonnantie van 13 april 1995 'houdende goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 19 mei 1994 tussen de Federale Staat, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende het ziekenhuisbeleid'. Er is geen federale goedkeuringswet.

[3] Artikel 2, tweede lid, 1°, van het samenwerkingsakkoord.

[4] Artikel 2, tweede lid, 7°, van het samenwerkingsakkoord.

[5] Artikel 2, tweede lid, 4°, van het samenwerkingsakkoord.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

Artikel 5 van het samenwerkingsakkoord bepaalt dat die coördinerende koepelstructuur "zal kunnen genieten van een specifieke financiering, onder de voorwaarden met betrekking tot de goedkeuring en de financiering van de coördinatiestructuren voor de Brusselse ziekenhuizen, vastgesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie". Met het besluit van 27 april 1995 werd blijkbaar de uitvoering van dat artikel 5 beoogd.

4. In de aanhef van het samenwerkingsakkoord wordt met betrekking tot de bevoegdheid van elk van de partijen bij het akkoord het volgende vermeld:

> "Overwegende dat de Federale Staat, in het raam van de organieke wetgeving bevoegd voor de financiering van de ziekenhuizen evenals voor het vaststellen van saneringsplannen, er belang bij heeft alle mogelijke maatregelen te nemen die van aard zijn deze tekorten weg te werken;
>
> Overwegende dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, bevoegd voor de algemene financiering van de gemeenten en voor de financiering van de door hen te vervullen taken en bevoegd voor het toezicht op de gemeenten, er belang bij heeft te waken over het wegwerken van het tekort van de openbare ziekenhuizen, hetwelk een weerslag heeft op de gemeentefinanciën;
>
> Overwegende dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor volksgezondheid in de instellingen gevestigd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die uit hoofde van hun organisatie niet exclusief tot één van de Gemeenschappen behoren en bevoegd voor het toezicht op de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, er belang bij heeft te waken over het handhaven van de kwaliteit van de in de openbare ziekenhuizen verstrekte zorgen;"

5. Het besluit van 27 april 1995 is geconcipieerd als een regeling waarbij een "coördinerende koepelstructuur" of, in de termen van dat besluit, een "structuur voor ziekenhuiscoördinatie" kan worden opgericht door ten minste vier ziekenhuizen en kan worden erkend door het Verenigd College wanneer de structuur aan een aantal in het voormelde besluit bepaalde voorwaarden voldoet.[6] Erkende structuren komen in aanmerking voor een jaarlijkse subsidie,[7] die "forfaitair een gedeelte van de algemene kosten [dekt], inbegrepen de kosten verbonden aan het boekhoudkundig en administratief beheer, en een gedeelte van de kosten voor de bezoldiging van het personeel, met inbegrip van de sociale lasten"[8] en waarvan minstens 60% bestemd moet zijn voor de kosten verbonden aan de bezoldiging van het personeel.[9]

[6] Artikelen 2 en 4 tot 13 van het besluit van 27 april 1995.

[7] Artikelen 14 tot 17 van hetzelfde besluit.

[8] Artikel 14, vijfde lid, van hetzelfde besluit. Volgens de ontworpen wijziging ervan dekt de subsidie "forfaitair een gedeelte van de algemene werkingskosten, met inbegrip van de kosten verbonden aan het boekhoudkundig en administratief beheer, de kosten voor lokalen, de kosten voor externe studies en advies en een gedeelte van de kosten voor de bezoldiging van het personeel, met inbegrip van de sociale lasten".

[9] Artikel 14, zesde lid, van hetzelfde besluit.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

6. Uit het voorgaande blijkt dat het besluit van 27 april 1995 in aanzienlijke mate afwijkt van het systeem dat vervat is in het samenwerkingsakkoord, aangezien:

- niet de gemeenten, OCMW's of verenigingen deel uitmaken van de betrokken structuren, maar wel de ziekenhuizen, terwijl die ziekenhuizen als dusdanig geen rol spelen in het samenwerkingsakkoord;

- de betrokken structuren, samengesteld uit ziekenhuizen, moeten worden erkend, terwijl het samenwerkingsakkoord daar niet in voorziet;

- met de subsidies voor de betrokken structuren, samengesteld uit ziekenhuizen, de algemene werkingskosten en vooral de personeelskosten worden gefinancierd, terwijl uit het samenwerkingsakkoord veeleer moet worden afgeleid dat met die financiering de coördinatie en rationalisatie van het ziekenhuisbeleid wordt beoogd.

Nog afgezien van de vaststelling dat het besluit van 27 april 1995 om die redenen geen voldoende rechtsgrond kan vinden in artikel 5 van het samenwerkingsakkoord, evenmin als de om advies voorgelegde ontworpen wijzigingen van dat besluit, rijst de vraag of die afwijkende implementatie van het samenwerkingsakkoord wel kan worden ingepast in de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie inzake ziekenhuizen. Die vraag wordt onderzocht in de hierop volgende opmerkingen.

Alvast moet worden aangestipt dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie enkel bevoegd is ten aanzien van de ziekenhuizen die wegens hun organisatie niet kunnen worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap.[10] In de praktijk gaat het om de OCMW-ziekenhuizen. Zowel het samenwerkingsakkoord als het besluit van 27 april 1995 moeten bevoegdheidsconform worden begrepen, wat inhoudt dat ze geen betrekking kunnen hebben op andere ziekenhuizen.

7.1. In de eerste plaats komt het besluit van 27 april 1995 neer op een erkenningsregeling die rechtstreeks betrekking heeft op (groeperingen van) ziekenhuizen.

Voor de Zesde Staatshervorming, ten tijde van de uitvaardiging van het voormelde besluit, waren de gemeenschappen enkel bevoegd om aanvullende erkenningsnormen uit te vaardigen met betrekking tot ziekenhuizen. Die bevoegdheid maakte het weliswaar mogelijk om voort te bouwen op bestaande federale erkenningsnormen en om strengere normen op te leggen, maar niet om nieuwe structuren of nieuwe samenwerkingsverbanden op te richten die, als ze door de federale overheid zouden worden uitgewerkt, in de ziekenhuiswet[11] zelf zouden moeten worden opgenomen.[12] De erkenningsregelingen met betrekking tot groeperingen, fusies,

[10] Artikelen 128, § 2, en 135 van de Grondwet en artikel 63, eerste lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989 'met betrekking tot de Brusselse Instellingen'.

[11] Toentertijd de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, thans de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 'op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen'.

[12] Zie *Parl.St.* Senaat 1979-80, nr. 434/2 (bijlagen), 8. Zie ook adv.RvS 16.182/VR van 23 mei 1984 over een wetsvoorstel 'op de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft', *Parl.St.* Kamer 1983-84, nr. 910/2, 5; adv.RvS 23.524/8 van 30 juni 1994 over een ontwerp dat heeft geleid tot het toenmalige

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

associaties van ziekenhuizen en met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken hebben immers een uitdrukkelijke basis in de ziekenhuiswet.[13] Het instellen van een erkenningsregeling met betrekking tot de "structuur voor ziekenhuiscoördinatie" moest dan ook ten tijde van de uitvaardiging van het besluit van 27 april 1995 worden beschouwd als een nieuwe structuur inzake samenwerking tussen ziekenhuizen die tot de federale voorbehouden bevoegdheid inzake de "organieke wetgeving" moest worden gerekend.[14]

7.2. Nog afgezien van de vraag of het besluit van 27 april 1995 alsnog de vereiste bevoegdheidsrechtelijke grondslag kan krijgen door de latere verruiming van de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake het ziekenhuisbeleid ingevolge de Zesde Staatshervorming, moet worden vastgesteld dat die verruiming er niet toe heeft geleid dat de gemeenschappen bevoegd zijn geworden om te voorzien in een erkenningsregeling voor nieuwe structuren inzake samenwerking tussen ziekenhuizen. De "basiskenmerken" van dergelijke samenwerkingsverbanden, en dus ook het instellen van nieuwe vormen van samenwerkingsverbanden, moeten immers nog steeds tot de organieke wetgeving worden gerekend, waarvoor de federale overheid bevoegd is gebleven.[15]

8. In de tweede plaats voorziet het besluit van 27 april 1995 in subsidies die rechtstreeks ten goede komen aan ziekenhuizen. De gemeenschappen zijn tot op zekere hoogte bevoegd inzake de financiering van de *investeringen in infrastructuur* van ziekenhuizen,[16] maar de financiering van de *exploitatie* van ziekenhuizen (waartoe de subsidies inzake werkingskosten en personeelskosten moeten worden gerekend) is nog steeds een federale voorbehouden bevoegdheid.[17]

9. De gemachtigde argumenteerde nog het volgende met betrekking tot de bevoegdheidsrechtelijke grondslag voor de ontworpen regeling.

> "De structuur bedoeld in het ontworpen besluit dient niet te worden beschouwd als een onderdeel van een ziekenhuis, maar als een aparte instelling die naar een betere coördinatie van ziekenhuizen moet streven. Haar opdrachten dienen te worden gezien als een aan de ziekenhuizen aangeboden ondersteuning. Zij vult daarnaast de taak van een federatie die de belangen van de ziekenhuizen moet verdedigen. Het besluit legt ook geen enkele verplichting [op] aan de ziekenhuizen zelf.

---

besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 1994 'tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen'.

[13] Zie artikel 67, eerste lid, 3° en 5°, van de ziekenhuiswet.

[14] Toenmalig artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen'. Zie GwH 15 juli 1998, nr. 83/98, B.5.4: "Onder organieke wetgeving moeten de basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, zoals onder meer vervat in het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 houdende coördinatie van de wet op de ziekenhuizen, worden begrepen."

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

[16] Toenmalig artikel 5, § 1, I, 1°, e), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, waarbij enkel de "basisregelen" ter zake een federale bevoegdheid waren; huidig artikel 5, § 1, I, eerste lid, a) en b), van dezelfde bijzondere wet.

[17] Zie de artikelen 95 e.v. van de ziekenhuiswet, alsook het koninklijk besluit van 25 april 2002 'betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen'. De gemeenschappen zijn weliswaar ingevolge de Zesde Staatshervorming bevoegd geworden voor de onderdelen A1 en A3 van dit budget, maar dat houdt verband met hun voormelde (verruimde) bevoegdheid inzake de financiering van investeringen in infrastructuur, wat hier niet aan de orde is.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

Er zijn enkele bepalingen die inderdaad aan de eerstelijnszorg kunnen doen denken (in het bijzonder artikel 7). De bedoeling van deze bepalingen is om de band tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen te versterken. De structuur krijgt dan de taak om, als vertegenwoordiger van de ziekenhuizen, de band tussen de ziekenhuizen en de instellingen die zorg verstrekken voor en/of na de ziekenhuisopname te versterken. Dit moet bijdragen tot de verbetering van de relatie en coördinatie tussen de onderscheiden zorgactoren.

De bevoegdheidsrechtelijke grondslag wordt dus aangeboden door de algemene bevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en valt dus niet onder de categorie van 'organieke wetgeving'."

De Raad van State kan zich niet aansluiten bij die argumentatie.

In de eerste plaats gaat het wel degelijk om een erkenningsregeling die gericht is tot ziekenhuizen. Ook indien de "structuur voor ziekenhuiscoördinatie" wordt opgericht als een vereniging die onderscheiden is van die ziekenhuizen, neemt dit niet weg dat de ziekenhuizen er lid van zijn en dat de erkenningsvoorwaarden door die ziekenhuizen in de praktijk moeten worden gebracht. De ziekenhuizen zijn inderdaad niet verplicht om een structuur voor ziekenhuiscoördinatie op te richten, te laten erkennen en de ermee gepaard gaande erkenningsvoorwaarden te ondergaan, maar dat is eigen aan eender welke erkenningsregeling en doet geen afbreuk aan hetgeen in de opmerkingen 9.1 en 9.2 daarover is uiteengezet.

In de tweede plaats neemt de omstandigheid dat de erkenningsvoorwaarden betrekking hebben op overleg en coördinatie met zorgvoorzieningen die ten dele tot de eerstelijnszorg kunnen worden geregeld, niet weg dat het gaat om erkenningsvoorwaarden die aan ziekenhuizen worden opgelegd en dat het bijgevolg de ziekenhuizen zijn die moeten instaan voor dat overleg en die coördinatie. De bevoegdheid van de gemeenschappen inzake eerstelijnsgezondheidszorg[18] kan dan ook niet dienen als grondslag voor dergelijke erkenningsvoorwaarden, evenmin als de algemene gemeenschapsbevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen,[19] die immers slechts geldt onder voorbehoud van (onder meer) de meer specifieke bevoegdheidsverdeling inzake het ziekenhuisbeleid, die in de opmerkingen 9.1 tot 10 is uiteengezet.

10. De conclusie is dan ook dat de regeling in het besluit van 27 april 1995 en de ontworpen wijzigingen ervan de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie te buiten gaan. Gelet hierop wordt afgezien van het verder onderzoek van het ontwerp.

11. Volledigheidshalve moet nog worden vastgesteld dat de ontworpen wijzigingen (op enigszins onvolkomen wijze)[20] voorzien in de mogelijkheid dat psychiatrische verzorgingstehuizen (hierna: PVT) en initiatieven voor beschut wonen (hierna: IBW) die erkend zijn door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, lid kunnen zijn van de structuren

[18] Huidig artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

[19] Huidig artikel 5, § 1, I, eerste lid, inleidende zin, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

[20] In artikel 5 van het besluit van 27 april 1995, dat handelt over het lidmaatschap van ziekenhuizen, wordt immers geen bepaling ingevoegd over het lidmaatschap van die zorgvoorzieningen.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

voor ziekenhuiscoördinatie en dat ze mee in rekening worden gebracht voor het bepalen van de subsidie aan die structuren.[21] Aangezien de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie sinds de Zesde Staatshervorming integraal bevoegd is geworden ten aanzien van PVT's en IBW's, rijzen de zo-even geschetste bevoegdheidsrechtelijke bezwaren niet ten aanzien van het regelen en subsidiëren van samenwerkingsverbanden met enkel deze zorgvoorzieningen. Daarvoor zal echter een geëigende rechtsgrond moeten worden gevonden, die alleszins niet wordt geboden door het samenwerkingsakkoord.

*

[21] Zie het ontworpen artikel 14, eerste en derde lid, van het besluit van 27 april 1995 (artikel 12 van het ontwerp).

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

PORTÉE DU PROJET

1. Le projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune soumis pour avis a pour objet d'apporter diverses modifications à l'arrêté du Collège réuni du 27 avril 1995 'relatif à l'agrément des structures de coordination hospitalière et à l'octroi de subventions'. Outre un certain nombre d'adaptations terminologiques, d'actualisations de références croisées et de modifications procédurales, le projet comporte également un certain nombre de modifications de fond, qui peuvent être résumées comme suit.

- Les objectifs des structures de coordination hospitalière sont reformulés en il est prévu un objectif supplémentaire, à savoir favoriser les collaborations entre tous les réseaux de soins bruxellois en organisant la représentation du secteur hospitalier bruxellois aux niveaux fédéral et international, en favorisant le développement des politiques de santé publique entre les différents réseaux de soins et en participant à la concertation entre tous les acteurs de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale (article 4 du projet).

- L'obligation de concertation et de coordination avec les CPAS, les associations et les cercles de médecine générale, les institutions de santé mentale, les services de soins et d'aide à domicile et les institutions hébergeant des personnes âgées, est reformulée. Les structures de coordination hospitalière participent à la concertation organisée au sein des structures d'appui à la première ligne de soins visées à l'article 8, alinéa 2, 3°, de l'ordonnance du 4 avril 2019 'relative à la politique de première ligne de soins' (article 5).

- La subvention forfaitaire annuelle accordée aux structures de coordination hospitalière agréées est désormais fixée dans le budget général des dépenses et est répartie sur la base du nombre de lits agréés de chacune de ces structures au 1er janvier 2020. À cet égard, les lits en maison de soins psychiatriques et les places en initiatives d'habitation protégée sont pondérés à 50%. La répartition peut être revue tous les cinq ans. La subvention couvre forfaitairement une partie des frais généraux de fonctionnement et au moins 60% de la subvention doivent être affectés à la rémunération du personnel. La subvention est désormais payée en deux tranches, à savoir une avance de 80% et le solde après production des pièces justificatives pertinentes (articles 12 et 13).

L'arrêté envisagé entre en vigueur le 1er janvier 2020 (article 15).

COMPÉTENCE

2. L'arrêté en projet soulève la question de la compétence de la Commission communautaire commune. Dès lors que ni le projet d'arrêté du 27 avril 1995 ni sa modification ultérieure [1] n'ont été soumis à l'avis du Conseil d'État, l'examen de la compétence porte également sur le texte actuel de cet arrêté.

[1] Par l'arrêté du Collège réuni du 14 septembre 2000 'modifiant l'arrêté du Collège réuni du 27 avril 1995 relatif à l'agrément des structures de coordination hospitalière et à l'octroi de subventions'.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

La circonstance que le fondement juridique de l'arrêté du 27 avril 1995 et les modifications en projet de ce dernier est recherché dans l'accord de coopération du 19 mai 1994 conclu entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune 'relatif à la politique hospitalière' (ci-après : l'accord de coopération) [2], ne signifie pas pour autant que la compétence de la Commission communautaire commune est purement et simplement établie. Cette compétence doit par contre s'apprécier au regard des dispositions de cet accord de coopération et des règles répartitrices de compétences pertinentes.

3. L'accord de coopération prévoit la possibilité, pour les communes de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale dont le CPAS gère directement ou dans le cadre d'une association une entité hospitalière, de conclure entre elles un pacte de restructuration portant coordination et rationalisation de la politique hospitalière. Si le pacte de restructuration satisfait aux conditions énumérées dans cet accord de coopération, dont une résorption fondamentale et durable des déficits des entités hospitalières concernées, lesdites communes peuvent bénéficier d'un financement accordé par le Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales. Ce Fonds conclut à cette fin une convention d'assainissement avec les communes, CPAS et associations concernés (articles 2 à 4 de l'accord de coopération susmentionné).

Les conditions auxquelles le pacte de restructuration doit satisfaire impliquent notamment qu'il faut opter pour des « structures de coordination » [3], ce qui signifie manifestement la mise en place d'une « structure faîtière de coordination » [4] assurant « une coordination et une optimalisation de l'ensemble des aspects de la politique hospitalière des communes, centres publics d'aide sociale et associations concernés » [5].

L'article 5 de l'accord de coopération dispose que cette structure faîtière de coordination « bénéficiera du financement spécifique, organisé selon les modalités relatives à l'agrément et au financement des structures de coordination hospitalière bruxelloise, fix[é] par la Commission communautaire commune ». L'arrêté du 27 avril 1995 visait de toute évidence à pourvoir à l'exécution de cet article 5.

4. Le préambule de l'accord de coopération mentionne ce qui suit à propos de la compétence de chacune des parties à cet accord :

> « Considérant qu'il est de l'intérêt de l'État fédéral qui a, dans ses attributions, le financement des hôpitaux, dans le cadre de la législation organique, ainsi que la fixation de plans d'assainissement, de prendre toutes mesures susceptibles d'assurer la dissipation de leur déficit;

[2] Approuvé, en ce qui concerne la Commission communautaire commune, par l'ordonnance du 13 avril 1995 'portant approbation de l'accord de coopération du 19 mai 1994 entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune relatif à la politique hospitalière' et, en ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, par l'ordonnance du 13 avril 1995 'portant approbation de l'accord de coopération du 19 mai 1994 entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune relatif à la politique hospitalière'. Il n'y a pas de loi d'assentiment fédérale.

[3] Article 2, alinéa 2, 1°, de l'accord de coopération.

[4] Article 2, alinéa 2, 7°, de l'accord de coopération.

[5] Article 2, alinéa 2, 4°, de l'accord de coopération.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

Considérant qu'il est de l'intérêt de la Région de Bruxelles-Capitale, qui a, dans ses attributions, le financement général des communes et le financement des missions que celles-ci ont à remplir, ainsi que l'exercice de la tutelle sur celle-ci, de veiller à remédier au déficit des établissements hospitaliers publics, lequel se répercute naturellement sur les finances communales;

Considérant qu'il est de l'intérêt de la Commission communautaire commune, qui a, dans ses attributions la politique de santé, à l'égard des institutions établies dans la Région de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme n'appartenant pas exclusivement à l'une ou à l'autre Communauté, ainsi que l'exercice de la tutelle sur les centres publics, d'aide sociale, de veiller au maintien de la qualité des soins délivrés dans les hôpitaux publics; ».

5. L'arrêté du 27 avril 1995 est conçu comme une réglementation permettant qu'une « structure faîtière de coordination » ou, selon les termes de cet arrêté, une « structure de coordination hospitalière » soit mise en place par au moins quatre hôpitaux et agréée par le Collège réuni lorsque la structure répond à un certain nombre de conditions fixées dans l'arrêté précité[6]. Les structures agréées peuvent bénéficier d'une subvention annuelle[7], qui couvre « forfaitairement une partie des frais généraux de fonctionnement, en ce compris les frais liés aux tâches de gestion comptable et administrative, et une partie des frais de rémunération du personnel, en ce compris les charges sociales »[8] et dont au moins 60% doivent être affectés à des frais de rémunération du personnel[9].

6. Il ressort de ce qui précède que l'arrêté du 27 avril 1995 déroge considérablement au système prévu par l'accord de coopération, dès lors que :

- ce ne sont pas les communes, les CPAS ou les associations qui font partie des structures concernées, mais bien les hôpitaux, alors qu'en tant que tels, ceux-ci ne jouent aucun rôle dans l'accord de coopération;

- les structures concernées, composées d'hôpitaux, doivent être agréées, alors que l'accord de coopération ne le prévoit pas;

- les subventions pour les structures concernées, composées d'hôpitaux, financent les frais généraux de fonctionnement, et surtout les frais de personnel, alors qu'il faut plutôt déduire de l'accord de coopération que ce financement vise la coordination et la rationalisation de la politique hospitalière.

Indépendamment même de la constatation que l'arrêté du 27 avril 1995 ne peut pas trouver, pour ces motifs, de fondement juridique suffisant dans l'article 5 de l'accord de coopération, ni d'ailleurs les modifications en projet de cet arrêté soumises pour avis, la question

[6] Articles 2 et 4 à 13 de l'arrêté du 27 avril 1995.

[7] Articles 14 à 17 du même arrêté.

[8] Article 14, alinéa 5, du même arrêté. Selon la modification, en projet, de cette disposition, la subvention couvre « forfaitairement une partie des frais généraux de fonctionnement, en ce compris les frais liés aux tâches de gestion comptable et administrative[,] les frais de locaux, les frais d'études et de conseils externes, et une partie des frais de rémunération du personnel, en ce compris les charges sociales ».

[9] Article 14, alinéa 6, du même arrêté.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

se pose de savoir si cette mise en œuvre qui s'écarte de l'accord de coopération peut effectivement se concilier avec la compétence de la Commission communautaire commune relative aux hôpitaux. Cette question est examinée dans les observations formulées ci-après.

Il faut en tout cas souligner que la Commission communautaire commune n'est compétente qu'à l'égard des hôpitaux qui, en raison de leur organisation, ne peuvent pas être considérés comme appartenant exclusivement à l'une ou l'autre communauté [10]. En pratique, il s'agit des hôpitaux des CPAS. Tant l'accord de coopération que l'arrêté du 27 avril 1995 doivent être interprétés conformément aux règles répartitrices de compétences, ce qui implique qu'ils ne peuvent concerner d'autres hôpitaux.

7.1. En premier lieu, l'arrêté du 27 avril 1995 s'analyse comme un régime d'agrément qui concerne directement des (groupements d')hôpitaux.

Avant la Sixième réforme de l'État, à l'époque de l'adoption de l'arrêté précité, les communautés n'étaient compétentes que pour édicter des normes d'agrément complémentaires pour les hôpitaux. Cette compétence permettait certes de s'inspirer des normes d'agrément fédérales en vigueur et d'imposer des normes plus strictes, mais pas de créer de nouvelles structures ou de nouveaux partenariats qui, s'ils avaient été élaborés par l'autorité fédérale, auraient dû être inscrits dans la loi sur les hôpitaux elle-même [11-12]. Les régimes d'agrément relatifs aux groupements, fusions, associations d'hôpitaux et aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux disposent en effet d'un fondement exprès dans la loi sur les hôpitaux [13]. L'établissement d'un régime d'agrément relatif à la « structure de coordination hospitalière » devait dès lors, à l'époque de l'adoption de l'arrêté du 27 avril 1995, être considéré comme une nouvelle structure de coopération entre les hôpitaux devant relever de la compétence réservée à l'autorité fédérale en matière de « législation organique » [14].

7.2. Indépendamment encore de la question de savoir si, dès lors que les compétences des communautés dans le domaine de la politique hospitalière ont été ultérieurement élargies consécutivement à la Sixième réforme de l'État, l'arrêté du 27 avril 1995 peut néanmoins s'appuyer sur le fondement légal requis au regard des compétences, force est de constater qu'il ne résulte pas de cet élargissement que les communautés sont devenues compétentes pour prévoir un régime d'agrément pour de nouvelles structures en matière de collaboration entre hôpitaux. Les

[10] Articles 128, § 2, et 135 de la Constitution et article 63, alinéa 1er, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 'relative aux institutions bruxelloises'.

[11] À l'époque, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 juillet 1987, devenue actuellement la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'.

[12] Voir *Doc. parl*., Sénat, 1979-80, n°. 434/2 (annexes), p. 8. Voir également avis C.E. 16.182/VR du 23 mai 1984 sur une proposition de loi 'sur les hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale à pouvoir de décision', *Doc. parl*., Chambre, 1983-84, n° 910/2, p. 5; avis C.E. 23.524/8 du 30 juin 1994 sur un projet devenu l'ancien arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 1994 'fixant la subvention globale d'investissement et les normes techniques de la construction pour les établissements de soins'.

[13] Voir l'article 67, alinéa 1er, 3° et 5°, de la loi sur les hôpitaux.

[14] Ancien article 5, § 1er, I, 1°, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles'. Voir C.C., 15 juillet 1998, n° 83/98, B.5.4: « Par législation organique, il faut entendre les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière, telles qu'elles sont notamment contenues dans l'arrêté royal du 7 août 1987 portant coordination de la loi sur les hôpitaux ».

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

« caractéristiques de base » de pareils accords de collaboration, et donc également l'établissement de nouvelles formes de collaboration, doivent en effet encore être considérées comme relevant de la législation organique, pour laquelle l'autorité fédérale est demeurée compétente [15].

8. En deuxième lieu, l'arrêté du 27 avril 1995 prévoit des subventions qui profitent directement aux hôpitaux. Les communautés sont, dans une certaine mesure, compétentes en matière de financement des *investissements dans les infrastructures* des hôpitaux [16], mais le financement de l'*exploitation* des hôpitaux (dont relèvent les subventions en matière de frais de fonctionnement et de frais de personnel) demeure une compétence réservée à l'autorité fédérale [17].

9. Le délégué a encore fait valoir ce qui suit en ce qui concerne le fondement légal au regard de la répartition des compétences du dispositif en projet.

> « De structuur bedoeld in het ontworpen besluit dient niet te worden beschouwd als een onderdeel van een ziekenhuis, maar als een aparte instelling die naar een betere coördinatie van ziekenhuizen moet streven. Haar opdrachten dienen te worden gezien als een aan de ziekenhuizen aangeboden ondersteuning. Zij vult daarnaast de taak van een federatie die de belangen van de ziekenhuizen moet verdedigen. Het besluit legt ook geen enkele verplichting [op] aan de ziekenhuizen zelf.
>
> Er zijn enkele bepalingen die inderdaad aan de eerstelijnszorg kunnen doen denken (in het bijzonder artikel 7). De bedoeling van deze bepalingen is om de band tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen te versterken. De structuur krijgt dan de taak om, als vertegenwoordiger van de ziekenhuizen, de band tussen de ziekenhuizen en de instellingen die zorg verstrekken voor en/of na de ziekenhuisopname te versterken. Dit moet bijdragen tot de verbetering van de relatie en coördinatie tussen de onderscheiden zorgactoren.
>
> De bevoegdheidsrechtelijke grondslag wordt dus aangeboden door de algemene bevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en valt dus niet onder de categorie van 'organieke wetgeving' ».

Le Conseil d'État ne peut se rallier à cette argumentation.

En premier lieu, il s'agit bel et bien d'un régime d'agrément qui s'adresse aux hôpitaux. Même si la « structure de coordination hospitalière » est constituée sous la forme d'une association distincte de ces hôpitaux, il n'en demeure pas moins que les hôpitaux en sont membres et que ce sont les hôpitaux qui doivent mettre les conditions d'agrément en pratique. Les hôpitaux ne sont en effet pas tenus de constituer une structure de coordination hospitalière, de la faire agréer et de subir les conditions d'agrément y afférentes, mais ceci est propre à tout

---

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

[16] Ancien article 5, § 1er, I, 1°,e), de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', étant entendu que seules les « règles de base » en la matière relevaient de la compétence de l'autorité fédérale; article 5, § 1er, I, alinéa 1er, a) et b) actuel de la même loi spéciale.

[17] Voir les articles 95 et s. de la loi sur les hôpitaux, ainsi que l'arrêté royal du 25 avril 2002 'relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'. Il est vrai que, consécutivement à la Sixième réforme de l'État, les communautés sont devenues compétentes pour les sous-parties A1 et A3 de ce budget, ce qui toutefois s'inscrit dans le cadre de leur compétence (élargie) précitée en matière de financement des investissements dans les infrastructures, et qui est ici hors de propos.

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡

régime d'agrément et ne modifie en rien ce qui a été exposé dans les observations 9.1 et 9.2 à ce sujet.

En deuxième lieu, la circonstance que les conditions d'agrément concernent la concertation et la coordination avec des structures de soins, qui peuvent en partie être considérées comme relevant des soins de première ligne n'empêche pas qu'il s'agit de conditions d'agrément imposées à des hôpitaux et que ce sont dès lors les hôpitaux qui doivent se charger de cette concertation et coordination. La compétence des communautés en matière de soins de santé de première ligne [18] ne peut dès lors pas servir de fondement à de telles conditions d'agrément, pas plus que la compétence communautaire générale en matière de politique de dispensations de soins dans et au dehors des institutions de soins[19], qui ne s'applique en effet que sous la réserve (notamment) de la répartition de compétences plus spécifique en matière de politique hospitalière, exposée dans les observations 9.1 à 10.

10. Il faut donc conclure que le dispositif inscrit dans l'arrêté du 27 avril 1995 et les modifications en projet de celui-ci excèdent la compétence de la Commission communautaire commune. Il est dès lors renoncé à poursuivre l'examen du projet.

11. Pour être complet, il faut encore constater que les modifications en projet prévoient (d'une manière quelque peu imparfaite) [20] la possibilité pour des maisons de soins psychiatriques (ci-après : MSP) et des initiatives d'habitation protégées (ci-après : IHP), qui sont agréées par la Commission communautaire commune, de devenir membres des structures de coordination hospitalière et d'être également prises en compte pour la détermination de la subvention accordée à ces structures [21]. Dès lors que depuis la Sixième réforme de l'État, la Commission communautaire commune a obtenu la plénitude de compétence à l'égard des MSP et des IHP, les objections au regard de la répartition des compétences évoquée ci-dessus ne s'appliquent pas en ce qui concerne la réglementation et le subventionnement d'accords de collaboration avec ces seules structures de soins. À cet effet, il faudra cependant trouver un fondement juridique approprié, que l'accord de coopération ne peut en tout cas pas procurer.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Astrid TRUYENS Jo BAERT

[18] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, 6°, en vigueur, de la loi spéciale du 8 août 1980.

[19] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, phrase introductive, en vigueur, de la loi spéciale du 8 août 1980.

[20] Aucune disposition relative à l'affiliation de ces institutions de soins n'a en effet été insérée dans l'article 5 de l'arrêté du 27 avril 1995, qui traite de l'affiliation des hôpitaux.

[21] Voir l'article 14, alinéas 1er et 3, en projet, de l'arrêté du 27 avril 1995 (article 12 du projet).

‡LW-ADHTLCDAG-GGDAFUQ‡