

SPF SANTÉ PUBLIQUE,  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 14 juin 2012

---  
Direction générale Organisation  
des établissements de soins

---  
CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---  
Section « Programmation & Agrément »

Réf. : CNEH/D/413-5 (\*)

## **Avis relatif aux mesures visant à promouvoir la collaboration entre les hôpitaux**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 8 novembre 2012

Le groupe de travail "obstacles à la collaboration entre hôpitaux" du Conseil national des établissements hospitaliers a préparé cet avis en réponse *aux demandes de la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales des 3 août 2010 et 27 janvier 2012.*

La première demande mentionne explicitement les arrêtés royaux du 30 janvier 1989 relatif au groupement d'hôpitaux, du 31 mai 1989 relatif à la fusion d'hôpitaux et du 25 avril 1997 relatif à l'association d'hôpitaux et à la programmation des lits hospitaliers psychiatriques. La deuxième demande se réfère à l'Accord de gouvernement de 2011 en ce qui concerne la promotion de la collaboration et du rapprochement entre hôpitaux par l'élimination des obstacles juridiques et financiers à la collaboration.

Le groupe de travail s'est réuni à 6 reprises en 2012: le 20 février, le 14 mars, le 18 avril, les 16 et 30 mai, et également le 30 août après une première discussion dans les sections Financement et Agrément & Programmation.

Les travaux ont bénéficié d'un soutien particulièrement efficace et constructif de la part des agents de l'administration, notamment grâce à une note récapitulative du SPF sur divers points d'attention. Le Conseil les en remercie.

### Constatations générales

Les débats ont mis en exergue davantage d'obstacles à la collaboration, et pas seulement d'ordre juridique, qu'on ne le supposait initialement.

En voici une liste non exhaustive:

1. La loi sur les hôpitaux et ses arrêtés d'exécution.  
P. ex. les définitions d'un hôpital général qui entravent un partage des tâches, l'organisation administrative désuète des hôpitaux, les nombreuses normes imposées aux services, les programmes de soins..., le financement (dual), le statut du médecin hospitalier, le droit de vote au conseil médical en cas d'activités dans plusieurs hôpitaux etc., mais aussi les associations et confréries de médecins.
2. La loi sur les médicaments.  
L'interprétation de la loi sur les médicaments et de ses arrêtés par l'AFMPS en ce qui concerne les officines hospitalières est parfois contre-productive.  
À ce sujet, le Conseil, sur proposition du groupe de travail, a présenté au président du Conseil une lettre destinée à la ministre (voir annexe).
3. L'AR 78 relatif aux professions des soins de santé.  
Une approche rigide du partage des tâches entre les différentes professions empêche une politique innovante et flexible.
4. Le numerus clausus et le contingentement.  
La pénurie de certains prestataires de soins rendra inévitable une collaboration au niveau de certains éléments des soins, avec néanmoins la nécessité de surveiller et de préserver la qualité.
5. Le droit du travail.  
Les règles en matière de mise à disposition de personnel en cas de collaboration ne sont pas une incitation à mettre en place une collaboration.
6. La responsabilité.  
En cas de collaboration et de partage des tâches, des problèmes particuliers en matière de responsabilité des employeurs et des travailleurs apparaissent.
7. Les différences de statut du personnel.

- Les différences frappantes de statut financier et au niveau du droit du travail entre les fonctionnaires et les membres du personnel sous contrat de travail entravent la collaboration entre hôpitaux publics et privés.
8. La législation fiscale.  
Une éventuelle application de la TVA sur la prestation de services entre hôpitaux dans le cadre d'une collaboration est suspendue telle une épée de Damoclès au-dessus de nombreuses institutions.
  9. La nécessité d'un bon appui logistique, comme les systèmes et réseaux de télécommunications et d'informatique. Un partage des tâches entre organisations suppose une communication électronique fiable, efficace et sécurisée.
  10. La partage des compétences entre différentes autorités politiques et entre différentes administrations ne facilite pas toujours la collaboration (p. ex. entre hôpitaux et centres de soins en santé mentale).

#### Fondements de l'avis:

Lors de la préparation de l'avis, le groupe de travail s'est inspiré globalement des principes suivants:

Toute collaboration doit au minimum garantir la qualité et l'accessibilité des soins, et de préférence l'améliorer.

Étant donné la libre circulation des personnes, des services et des biens, et étant donné les collaborations déjà existantes avec des hôpitaux étrangers, le Conseil est d'avis qu'une association et un groupement doivent être possibles avec des hôpitaux étrangers, bien entendu aux mêmes conditions que celles pour les partenaires belges. Ces hôpitaux étrangers doivent dès lors s'ouvrir aux services d'inspection des communautés.

En cas de collaboration, l'approche horizontale (p. ex. services médico-techniques et services d'appui), l'orientation sur le patient et le partage des tâches sont des éléments essentiels.

Le déploiement à plus grande échelle des soins hospitaliers requiert un entrepreneuriat social qui suppose un degré important de liberté et de flexibilité, mais aussi une certitude juridique. Il implique aussi responsabilité et responsabilisation.

L'on ne soulignera jamais assez l'importance du fonctionnement en réseau. À cet égard également, les hôpitaux ont besoin de liberté dans l'interprétation de cette notion car les situations peuvent être très différentes selon la région et les partenaires (non hospitaliers) concernés. Les avantages sont toutefois potentiellement très importants : répartition des tâches, efficacité accrue et meilleure prestation de soins de santé. L'autorité peut apporter un soutien important à cette forme de collaboration par une prise en charge des frais.

Enfin, une collaboration doit également permettre une mobilisation aussi efficace que possible des rares ressources, tant humaines que financières.

Compte tenu de la demande spécifique de la ministre du 3 août 2010, le groupe de travail a préféré n'ajouter aucun volet financier au présent avis et suggère au Conseil d'instituer à cet effet un groupe de travail distinct de la section Financement qui pourra sur base de cet avis développer le volet financier.

Les avis ci-dessous sont formulés en tant qu'amendements aux AR existants. Dans un préambule, le Conseil expose quelques considérations et motivations pour les modifications.

Dans les textes des AR, il faut entendre par:

- (À abroger) = la suppression complète d'un article, paragraphe, point ou alinéa.
- (...) = la suppression de mots, membres de phrases ou phrases dans un alinéa, point, paragraphe ou article.
- **Mots** en gras, en *italique*, *soulignés* et *surlignés en jaune* = ajouts ou remplacements.

### **1. La fusion - AR du 31 mai 1989**

Article 1<sup>er</sup>. Malgré le fait qu'une collaboration entre différents types d'hôpitaux soit déjà possible actuellement, l'agrément d'une fusion est impossible. Le Conseil estime que l'indispensable liberté d'administration nécessite la suppression des obstacles. Les éventuels problèmes en cas de fusion avec des hôpitaux psychiatriques du fait de l'existence d'autres mécanismes d'établissement du budget peuvent être résolus. Le financement doit se conformer à la liberté stratégique qui entraîne l'agrément. Des problèmes ou des effets négatifs d'une fusion sur le financement doivent être écartés.

Article 2 (proposition: maintien)

La fusion d'hôpitaux est un processus avec un début et une fin. A la fin de ce processus, il y a un nouvel hôpital, établi sur un ou plusieurs sites. Dès cet instant, le terme "hôpital fusionné" ne peut plus être utilisé.

La notion de "site" a été introduite dans la loi sur les hôpitaux, mais pas encore mise en œuvre. Même un hôpital qui n'a jamais été fusionné doit avoir la possibilité de créer un nouveau site.

Le financement de la fusion, lui aussi, doit être (mieux) organisé.

Article 3, 3<sup>o</sup>

Le Conseil estime que l'idée d'une distance maximale entre hôpitaux est obsolète et il propose de supprimer le paragraphe 3<sup>o</sup>.

La notion de "homogénéité des services" est imprécise. Les hôpitaux reçoivent trop peu de crédits d'investissement pour rassembler tous les services sur 1 seul site. Le Conseil propose de supprimer le paragraphe 4<sup>o</sup>.

Le paragraphe 5<sup>o</sup> est superflu et rendu obsolète par l'article 82 de la LH.

### **Article 6**

§ 2, 1<sup>o</sup>

a) Le Conseil estime qu'une garantie de la qualité est plus appropriée qu'une amélioration de la qualité.

b) La notion de "rationalisation" est imprécise. Le Conseil propose sa suppression.

c) Le Conseil propose la suppression de cette disposition superflue car inhérente à une fusion.

§ 2, 3<sup>o</sup>: Le Conseil propose le remaniement de ce paragraphe.

Le Conseil suggère l'introduction de nouveaux éléments: la présentation d'un plan de fusion dans lequel l'hôpital doit démontrer sa capacité de réaliser un concept (soutenu par tous) et que la fusion génère une amélioration. Le plan doit comporter les éléments suivants: un avis des médecins hospitaliers, un exercice et un plan de stratégie des soins, ainsi qu'un business plan (à réaliser sur plusieurs années)

§ 3: Le Conseil propose le remaniement de ce paragraphe.

§4: Le Conseil propose sa suppression.

**31 MAI 1989. - Arrêté royal précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter.**

**Article 1<sup>er</sup>**. Le présent arrêté s'applique à tous les hôpitaux (...).

**Art. 2**. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par "fusion d'hôpitaux" le processus de la réunion, après la publication du présent arrêté, de deux ou plusieurs hôpitaux agréés séparément, qui dépendent ou non d'un pouvoir organisateur différent, qui se situent sur différents sites, jusqu'au moment où ils sont soumis à un seul gestionnaire (...) disposant d'un seul agrément.

**Art. 3**. (À abroger)

1° (...)

2° (...)

3° (À abroger)

4° (À abroger)

5° (À abroger)

6° (...) Annulé par l'arrêt du Conseil d'État du 18 février 2005

**Art. 3bis**. (...) Annulé par l'arrêt du Conseil d'État du 30 septembre 2003

**Art. 4**. Les hôpitaux de la fusion doivent dans leur ensemble au moins satisfaire aux conditions de l'article 2, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

**Art. 5**. (Abrogé)

**Art. 6**. § 1<sup>er</sup>. Les gestionnaires des hôpitaux qui souhaitent opérer une fusion doivent conclure une convention appelée ci-après "le plan de fusion".

§ 2. Le plan de fusion visé au § 1<sup>er</sup> règlera au moins les matières suivantes:

1° les objectifs généraux de la fusion, dont :

a) un plan médical et stratégique de soins

b) un plan de personnel c) un plan financier ()

2° la forme juridique de la fusion;

3° (...) la garantie de la qualité

...)

)

**§ 3. Le plan de fusion visé au § 1<sup>er</sup> doit contenir un organigramme de l'hôpital fusionné, avec notamment le gestionnaire, (...) le directeur, (...) le médecin en chef et (...) le chef des services infirmiers et (...) et les modalités de composition du conseil médical.**

**§ 4. (À abroger)**

**Art. 6bis. (Abrogé)**

**Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.**

**Art. 8. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.**

## **2. L'association – AR du 25 avril 1997**

Initialement, l'intention du législateur était de lier l'association à un financement spécifique. À ce jour, cela n'a pas eu lieu. La nomenclature, également, n'a pas été adaptée. Ni dans le BMF ni dans la nomenclature ne se trouvent d'incitations claires à conclure une association. Même les économies par gain d'efficacité ne sont pas récompensées (sur le plan financier). Même dans des associations existantes, principalement pour le SMUR, l'expérience apprend qu'une réunion par an est déjà un exploit. C'est pourquoi il est fréquemment opté pour une simple collaboration. Actuellement, l'association est un instrument lourd qui témoigne d'une méfiance de la part de l'autorité, mais elle a une certaine utilité, principalement sur le plan médical. Une politique de personnel commune est entravée par la réglementation sur le travail, la sécurité sociale et la fiscalité.

La structure interne des hôpitaux s'est profondément modifiée depuis l'arrêté sur l'association de 1997 (basculement d'une structure verticale à une structure horizontale).

Le groupe de travail recommande de permettre l'association selon les normes belges entre un hôpital belge et un hôpital étranger.

L'AR nécessite donc une révision en profondeur.

Le Conseil propose de conserver l'association comme instrument de collaboration. Les normes lourdes et mal définies doivent être modifiées.

Le Conseil propose les modifications apportées dans le document ci-dessous.

Le Conseil attire l'attention sur les points suivants:

- **L'association bassin de soins** ne peut restreindre la liberté et la responsabilité des hôpitaux. En aucun cas, il ne peut en résulter que la collaboration soit exclue pour des hôpitaux qui ne se situent pas physiquement dans les limites d'un "bassin de soins" ou d'une région. L'association région de soins (bassin de soins) est uniquement admissible si elle favorise la collaboration entre hôpitaux.
- La **structure** actuellement prévue pour l'association est une copie de la structure verticale de l'hôpital. Une révision et une simplification s'imposent. Le Conseil estime qu'il faut laisser aux gestionnaires la liberté de régler eux-mêmes la convention d'association.
- Les médecins du comité médical sont délégués, mais ne peuvent fonctionner en autonomie par rapport aux conseils médicaux des hôpitaux participants. Le fonctionnement autonome des médecins délégués nécessite une modification de la loi sur les hôpitaux (prévoir que le conseil médical délègue par voie d'avis motivé). Pour simplifier, le Conseil propose, au niveau stratégique, de conserver uniquement le CPC. En ce qui concerne le niveau opérationnel, le coordinateur général reste responsable de la coordination dans tous les domaines.
- Le contenu de la convention d'association est réglementé de façon beaucoup trop détaillée. Il démontre la méfiance de la part de l'autorité. Le Conseil propose sa simplification radicale.

**25 AVRIL 1997. - Arrêté royal précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter.**

### **CHAPITRE Ier. – Champ d'application et définitions**

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté s'applique à tous les hôpitaux et à l'association entre hôpitaux belges et étrangers.

**Art. 2.** Pour l'application de cet arrêté, il faut entendre par:

1° "association": la collaboration durable, juridiquement formalisée, entre deux ou plusieurs hôpitaux, axée sur l'exploitation conjointe d'un ou de plusieurs programmes de soins, services, fonctions, sections hospitaliers, services médicaux, services médico-techniques ou services techniques et agréée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions;

2° "objet de l'association" : les programmes de soins, les services, fonctions, sections hospitaliers, services médicaux, services médico-techniques ou services techniques, pour lesquels il existe une convention d'exploitation en une association;

3° (À abroger)

4° "convention d'association" : la convention telle que visée à l'article 16 du présent arrêté;

5° "association bassin de soins": une association telle que visée au point 1° entre des hôpitaux situés à l'intérieur d'un territoire déterminé, dénommé ci-après " bassin de soins ". L'exploitation commune de l'objet de l'association a pour but d'ajuster l'offre hospitalière aux besoins justifiés de la population du bassin de soins visé, par la spécialisation ou la concentration sur un nombre minimum de sites.

## **CHAPITRE II. – Agrément des associations**

**Art. 3.** Pour être agréé comme association et le rester, il y a lieu de satisfaire aux dispositions du présent arrêté.

Les normes décrites au Chapitre III s'appliquent à toute association, sans préjudice de l'application des normes spécifiques mentionnées au Chapitre IV pour " l'association bassin de soins ".

S'il est satisfait aux normes spécifiques telles que visées au Chapitre IV, l'autorité compétente pour agréer les hôpitaux agréé spécifiquement une "association bassin de soins".

## **CHAPITRE. III. – Normes applicables à une association**

### **Section 1<sup>ère</sup>. – Dispositions générales.**

**Art. 4.** L'objectif de l'association consiste en l'exploitation conjointe par deux ou plusieurs hôpitaux de l'objet de l'association dans le but de garantir une utilisation optimale des moyens disponibles, en évitant les doubles emplois dans l'offre de services et de garantir la qualité des soins et d'optimiser le fonctionnement et l'infrastructure des hôpitaux participants.

**Art. 5.** (À abroger)

**Art. 6.** (Abrogé)

**Art. 7.** § 1. Le coût de l'objet de l'association doit apparaître dans la comptabilité des hôpitaux participants, et ce pour ce qui concerne leur site.

§ 2. Par dérogation au § 1 du présent article, l'association dont l'objet ou une partie de l'objet se situe en dehors du site des hôpitaux participants doit posséder une comptabilité propre faisant apparaître son coût.

**Art. 8.** § 1. Les hôpitaux participants doivent communiquer les données statistiques visées à l'article 86 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, concernant l'objet de l'association, chacun pour autant que celui-ci se situe sur leur site.

§ 2. Par dérogation au § 1 du présent article, l'association dont l'objet ou une partie de l'objet se situe en dehors du site des hôpitaux participants communique les données statistiques afférentes visées à l'article 86 précité.

**Art.9** Lorsque pour être agréé ou pour obtenir l'agrément de programmes de soins, de services hospitaliers, de fonctions hospitalières, de sections hospitalières, de services médicaux ou de services médico-techniques déterminés, un hôpital doit, à titre de condition connexe, disposer de programmes de soins, services hospitaliers, fonctions hospitalières, sections hospitalières, services médicaux ou services médico-techniques déterminés, il suffit (...) que ceux-ci soient exploités par une association agréée à laquelle l'hôpital visé a adhéré, sous réserve des exceptions déterminées par Nous.

### **Section 2. - Structure de l'association.**

**Art. 10.** (À abroger)



**Art. 11.** (À abroger)

**Art. 12.** § 1. (...) Il est instauré une procédure de concertation directe pour les matières concernant l'association pour lesquelles l'avis ou l'accord d'un ou de plusieurs conseils médicaux est requis par ou en vertu du Titre IV de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 2. La concertation directe se déroule au sein d'un comité permanent de concertation institué à cet effet et composé de (...) médecins mandatés des différents conseils médicaux et de mandataires des gestionnaires des différents hôpitaux participants.

§ 3. Le comité permanent de concertation précité s'efforce de réaliser un consensus sur toutes les matières visées au § 1 du présent article.

§ 4. Si un consensus est atteint, les mandataires sont tenus de le défendre auprès de leurs mandants.

**Art. 13.** § 1. Dans chaque association, on désigne un coordinateur général suivant les modalités définies dans la convention.

§ 2. Le coordinateur général est chargé de l'organisation et de la coordination (...) des activités de l'association, en concertation avec (...) les hôpitaux participants, comme précisé dans la convention d'association.

**Art. 14.** (À abroger.)

**Art. 15.** (À abroger.)

**Section 3.** – Convention d'association.

**Art. 16.** Les gestionnaires des hôpitaux participants concluent une convention, dénommée "convention d'association", laquelle doit être approuvée par le Ministre qui a l'agrément dans ses attributions.

La convention d'association doit régler au minimum les matières suivantes:

1° les programmes de soins, services, fonctions, sections hospitaliers, services médicaux, services médico-techniques ou services techniques sur lesquelles porte l'association;

2° les objectifs généraux de l'association, parmi lesquels:

a) un plan médical et stratégique de soins;

b) un plan de personnel;

c) le plan financier;

3° le concept et l'intégration des activités dans les hôpitaux participants;

4° le site de l'objet de l'association;

5° (À abroger.)

6° la forme juridique de l'association avec, le cas échéant, la composition des organes de gestion;

7° la garantie de la qualité des soins

8° l'organisation et la coordination des activités de l'association, en ce compris le mode de désignation du coordinateur général;

9° (À abroger.)

10° (À abroger.)

11° (À abroger.)

12° (À abroger.)

13° (À abroger.)

14° le règlement des litiges entre les parties;

15° la durée de la convention et les modalités de sa résiliation éventuelle.

#### **CHAPITRE IV. - Normes spécifiques applicables à l'association bassin de soins.**

##### **Section 1<sup>ère</sup>. – Dispositions générales**

**Art. 16bis.** En complément de l'article 4, l'objectif de l'association bassin de soins consiste en l'exploitation conjointe de l'objet de l'association, dans le but d'ajuster l'offre hospitalière aux besoins justifiés de la population visée au sein du bassin de soins concerné en spécialisant ou en concentrant sur un minimum de sites, dans un délai maximal de dix ans à dater de l'agrément de la convention de l'association, les services hospitaliers, fonctions hospitalières, services médicaux, services médico-techniques ou programmes de soins exploités par l'association bassin de soins.

**Art. 16ter.** § 1<sup>er</sup>. Le territoire sur lequel porte l'objet de l'association " bassin de soins " est déterminé par arrondissement administratif ou par l'addition d'arrondissements contigus couvrant une population minimale de 150 000 habitants.

Pour l'application du premier alinéa, seuls les arrondissements administratifs contigus d'un point de vue géographique peuvent être réunis en un seul bassin de soins.

§ 2. Si un hôpital dispose de plusieurs sites, seules les activités organisées sur les sites qui sont situés dans le territoire visé au § 1er, peuvent être intégrées dans l'association bassin de soins.

**Art. 16quater.** Par dérogation à l'article 7, § 1er, l'association bassin de soins doit tenir une comptabilité propre si l'association, en application de l'article 69 de la loi sur les hôpitaux, est exploitée par une personne morale.

**Art. 16quinquies.** Par dérogation à l'article 8, § 1er, l'association bassin de soins communique les données statistiques visées à l'article 86 de la loi sur les hôpitaux coordonnées le 7 août 1987, portant sur l'objet de l'association si l'association est exploitée par une personne morale.

##### **Section 2. – Convention d'association**

**Art. 16sexies.** En complément à l'article 16, la convention d'association d'une association bassin de soins doit régler les matières suivantes :

- a) le territoire sur lequel porte l'objet de l'association bassin de soins;
- b) le projet médical et organisationnel visé par l'objet de l'association;
- c) les étapes et le calendrier retenus en vue de spécialiser et de concentrer les services, fonctions, sections hospitaliers, services médicaux, services médico-techniques, services techniques et programmes de soins visés à l'article 16, alinéa 2, 1°;
- d) les mesures prises pour que la population du bassin de soins ait accès aux soins de santé spécialisés en fonction de ses besoins.
- e) (À abroger.)
- f) (À abroger.)
- g) (À abroger.)

**Art. 16septies.** Lors de la soumission pour approbation de la convention à l'autorité

compétente pour agréer les hôpitaux :

- a) l'association expose, le cas échéant, les motifs pour lesquels la convention n'engage pas tous les hôpitaux du territoire déterminé;
- b) l'association mentionne les conventions d'association conclues par les hôpitaux participants avec d'autres hôpitaux sans que soient appliquées les dispositions du Chapitre IV.

#### **CHAPITRE VI. – Dispositions finales.**

**Art. 17.** Les dispositions du présent arrêté ne portent pas préjudice aux formes plus poussées de collaboration imposées par ou en vertu de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

**Art. 18.** Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 25 avril 1997.

**ALBERT**

**Par le Roi :**

**Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,**

**M. COLLA**

**Le Ministre des Affaires sociales,**

**M. DE GALAN**

### **3. Le groupement – AR du 30 janvier 1989**

En 1989, on a vu apparaître deux types de groupements, l'un obligatoire pour répondre aux normes et l'autre sur base volontaire. Actuellement, seul le groupement sur base volontaire présente encore un intérêt, mais leur nombre est très faible parce que certaines dispositions légales constituent un obstacle (p. ex. concertation en comité sur chaque transformation de bâtiments). Un groupement d'hôpitaux est parfois créé en prélude à une fusion. Certains hôpitaux à gestion unique mais titulaires de 2 numéros d'agrément l'utilisent parfois parce qu'il permet p. ex. la nomination de chefs de service communs ou la création d'un conseil médical unique (encore que pour cela, un groupement ne soit pas vraiment nécessaire). En d'autres termes, un groupement d'hôpitaux est souvent axé sur une intégration au niveau médical.

Contrairement à une association, un groupement n'est pas lié à un objet déterminé ; il comporte par ailleurs moins d'inconvénients qu'une association.

Le Conseil plaide dès lors pour le maintien du groupement d'hôpitaux, mais une nouvelle dynamique doit toutefois être créée sur certains plans.

Le groupe de travail recommande de permettre le groupement selon les normes belges entre un hôpital belge et un hôpital étranger.

Le Conseil propose que la section Financement se penche sur les dispositions financières prévues dans l'arrêté royal.

Le Conseil propose diverses modifications présentées ci-dessous.

Celles-ci sont liées aux points d'attention suivants:

- À la lecture de l'AR du 30 janvier 1989, il convient de distinguer les hôpitaux pour lesquels l'AR est d'application (article 1<sup>er</sup>) et les lits hospitaliers qui entrent en ligne de compte pour le calcul tel qu'indiqué à l'article 2.
- Dans le cadre de la réforme de l'État, les services G isolés ne relèveront plus des compétences fédérales. Le Conseil s'interroge dès lors sur la façon dont la législation organique et l'exercice de l'art médical s'inscriront dans le cadre de ce transfert.
- Un nombre minimum de lits a peu de sens dans le contexte actuel étant donné que l'arrêté lui-même prévoit des exceptions (article 2, §1bis, et article 3, §§ 1 et 2)
- Un nombre maximum de lits n'a plus de sens non plus dans le contexte actuel.
- À l'article 2, §4, concernant la maternité, on ne sait pas précisément à quoi fait référence le fait d'être isolé. S'agit-il d'un isolement géographique, mais la maternité fait-elle encore partie d'un hôpital disposant de certains services ? Ou faut-il que certains autres services se trouvent sur le lieu d'implantation de la maternité ? Le Conseil estime plus judicieux d'inclure des dispositions en la matière dans les normes relatives à la maternité, mais ceci sort de la mission du groupe de travail.
- L'alinéa 2 de l'article 8 n'est pas clair. Le fait que l'on ne puisse pas réaliser de regroupement en exécution de cette disposition semble contradictoire avec la complémentarité recherchée. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent se « regrouper » en dehors du cadre du groupement d'hôpitaux. Le Conseil propose la suppression de l'alinéa 2.
- La disposition énoncée à l'article 9, 3°, relative à l'homogénéité des services, est à resituer dans le cadre de l'application des taux d'occupation. Entre-temps, aucun hôpital ne se trouve plus en zone de danger. Par ailleurs, on peut se demander s'il est acceptable qu'un service fonctionne avec une capacité en lits de 2/3. En outre, la disposition a peu de sens, étant donné qu'elle n'est pas d'application pour les services de base. Le Conseil propose la suppression de la disposition.
- À l'instar de l'association, il ne faut qu'un seul coordinateur général pour le groupement (modification de l'article 9, 4°);
- Les dispositions de l'article 9, 5° et 6°, sont beaucoup trop lourdes et constituent un obstacle. Le Conseil propose à nouveau leur suppression.
- Le Conseil considère une période minimale de 10 ans comme un obstacle et propose un délai de préavis de 2 ans (article 12, §3).
- La présentation d'une preuve de concertation pour chaque demande d'autorisation constitue un obstacle. Le Conseil propose la suppression de l'article 13, §3.

30 JANVIER 1989. - Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter

## CHAPITRE I<sup>er</sup>. – Champ d'application

Article 1<sup>er</sup>. Le présent arrêté s'applique à tous les hôpitaux et au groupement entre hôpitaux belges et étrangers.

Art. 1bis. Pour l'application de cet arrêté, il faut entendre par:

1° hôpital de jour : l'ensemble des activités hospitalières pour lesquelles un maxi ou super-forfait ou un forfait A, B, C ou D est imputé dans l'assurance-maladie conformément à l'article 4, §§ 4, 5 et 5bis de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut, entre l'assurance-maladie et les établissements de soins;

2° une place théorique : le résultat de la formule

$$\text{SIGMA } (N_j \times \text{SV}_j) \quad j/250$$

où :

$N_j$  = le nombre d'interventions chirurgicales (j) pour lesquelles un maxi-forfait ou un super-forfait ou un forfait A, B, C ou D est imputé dans le cadre de l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4, 5 et 5bis de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut, entre l'assurance maladie et les établissements de soins.

$\text{DSR}_j$  = durée de séjour de remplacement pour l'intervention j, la liste de ces valeurs nationales figurant en annexe 2.

Ce nombre théorique de places est calculé chaque année sur la base des données du dernier exercice connu. Lors de la fixation du nombre théorique de places, on arrondit toujours à l'unité la plus proche;

3° D.J.N. : le nombre de journées négatif visé au point 5 de l'annexe 4 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation (...);

4° (...)

5° groupes de services hospitaliers :

a) le groupe des services pour adultes : ce groupe comprend le service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C), le service de diagnostic et de traitement médical (indice D), le service de soins intensifs (indice I), le service de gériatrie (indice G), le service des maladies contagieuses (indice L) et les service de traitement de la tuberculose dans les hôpitaux généraux (indice B);

b) le service de pédiatrie (indice E);

c) le service de soins néonataux intensifs (indice N) (ou à partir du 1er janvier 1997 le service pour la néonatalogie intensive (indice NIC);

d) la maternité (indice M);

e) le groupe des services psychiatriques : ce service comprend le service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (indice A), le service neuropsychiatrique pour enfants (indice K) et le service neuropsychiatrique pour le

traitement (indice T) et les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp affections psycho gériatriques).

## **CHAPITRE II. – Organisation générale de l'hôpital.**

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** A l'exception des services de gériatrie isolés (index G), les services Sp isolés et les hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital doit disposer:

1°

2° des types de services hospitaliers suivants:

a) un service où l'on pratique tant l'activité chirurgicale que celle afférente à la médecine interne (service C-D);

b) un service de gériatrie (indice G) ou un service de neuropsychiatrie d'observation et de traitement (indice A) ou une maternité (indice M) ou un service de pédiatrie (indice E)

3° des fonctions suivantes :

a) anesthésiologie;

b) radiologie;

c) activités de base en biologie clinique. Pour ce qui concerne les prestations qui ne relèvent pas de l'activité de base, il suffit que l'hôpital puisse faire appel, dans le cadre d'un accord de collaboration, à une fonction complète.

d) réadaptation fonctionnelle;

e) activité de base en officine hospitalière. Pour ce qui concerne les prestations qui ne relèvent pas de l'activité de base, il suffit que l'hôpital puisse faire appel, dans le cadre d'un accord de collaboration, à une fonction complète;>

f) à partir de la date fixée par Nous, soins palliatifs.

Le concept d'activité de base, mentionné dans les points c) et e) peut être explicité par Nous.

4° des programmes de soins qui suivent :

- un programme de soins de base en oncologie si l'hôpital ne dispose pas d'un programme de soins en oncologie agréé;

5° d'un médecin présent en permanence.

Tout hôpital qui possède une maternité (index M), doit disposer d'une fonction de soins néonataux (fonction N\*).

§ 1<sup>er</sup> bis. Une dérogation au § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°, ne peut être accordée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions que pour les hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou pour le traitement de tumeurs.

§ 2. (À abroger.)

§ 3. (À abroger.)

**§ 4. Une maternité ne peut pas être isolée, mais doit toujours faire partie d'un hôpital comprenant au moins un service où l'on pratique tant l'activité chirurgicale que celle afférente à la médecine interne (service C-D).**

**Art. 4. (Abrogé)**

**Art. 5. (Abrogé)**

**Art. 6. (Abrogé)**

**Art. 7. Si un hôpital (...) ne satisfait plus aux dispositions des articles 2, § 1<sup>er</sup> ou 3, le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, peut, temporairement et pour une période maximum (d'un an), prenant cours à la date de la notification de la décision prise en vertu du Chapitre IV, accorder une dérogation à l'article 2, § 1<sup>er</sup> ou à l'article 3 (et ce, sans préjudice des dispositions de l'article 2, § 3).**

**Dans ce cas le gestionnaire de l'hôpital concerné doit soumettre à l'approbation du Ministre précité, un plan qui a pour but d'opérer une fusion (...) avec un ou plusieurs autres hôpitaux.**

**(Alinéa 3 abrogé)**

### **CHAPITRE III. – Le groupement d'hôpitaux.**

**Art. 8. On entend par " groupement d'hôpitaux " une collaboration hospitalière durable, juridiquement formalisée et agréée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, en vue d'une répartition des tâches et d'une complémentarité en matière d'offre des services, de disciplines ou d'équipements, afin de mieux répondre ainsi aux besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins. (...)**

**Art. 9. Le groupement doit toujours satisfaire aux conditions suivantes pour être agréé :**

**1° (À abroger)**

**2° les hôpitaux du groupement doivent répondre individuellement aux conditions prévues à l'article 2, § 1<sup>er</sup> ou § 1<sup>er</sup> bis, ou, le cas échéant, aux dispositions de l'article 3;**

**3° (À abroger)**

**4° afin de parvenir à une collaboration optimale, les hôpitaux doivent désigner un (...) coordinateur général (...) qui assiste aux réunions du comité de coordination, visé dans l'article 13;**

**5° (À abroger)**

**6° (À abroger)**

**Art. 10. (Abrogé)**

**Art. 11. (Abrogé)**

**Art. 12. § 1. Les gestionnaires des hôpitaux qui font partie du groupement**

concluront une convention qui devra être approuvée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions.

§ 2. La convention visée au § 1<sup>er</sup> règlera au moins les matières suivantes :

- 1° l'objectif;
- 2° la forme juridique de la convention de collaboration;
- 3° la répartition des tâches dans les domaines de l'offre des services et spécialités, y compris de l'équipement;
- 4° la rationalisation qui résulte éventuellement de la répartition des tâches visées au 3°;
- 5° la création, la composition, les tâches et le fonctionnement du comité de coordination visé à l'article 13;
- 6° les décisions de gestion qui exigent, éventuellement, l'accord du comité de coordination;
- 7° la politique d'admission et de sortie, la coordination de la politique médicale, le fonctionnement du staff médical et l'organisation de la garde médicale;
- 8° l'organisation d'activités communes éventuelles;
- 9° les moyens qui seront affectés aux activités visées au 8° ainsi que leur gestion et leur usage;
- 10° les problèmes de personnel pour les activités visées au 8° ainsi que le transfert éventuel de personnel entre établissements;
- 11° les tarifs d'utilisation et les modalités usuelles des équipements du groupement;
- 12° les accords financiers;
- 13° les assurances;
- 14° le règlement des litiges entre les parties;
- 15° la durée de la convention et les modalités de résiliation, y compris une période d'essai éventuelle.
- 16° la désignation du (...) coordinateur général (...);
- 17° (À abroger)

§ 3. (...) En cas de résiliation de la convention par un des hôpitaux participants, les autres hôpitaux participants peuvent exiger un délai de préavis de deux ans.

**Art. 13. § 1<sup>er</sup>.** Il est créé dans chaque groupement d'hôpitaux un comité de coordination composé de représentants mandatés des gestionnaires des hôpitaux qui font partie du groupement.

§ 2. Outre les tâches définies dans la convention visée à l'article 12, le comité de coordination accomplit en tout cas les missions suivantes :

- a) il veille à l'exécution de la convention;
- b) il met tout en œuvre afin d'atteindre par la répartition des tâches, la complémentarité la plus grande possible et d'améliorer la qualité des soins;
- c) il se concerte sur toutes les décisions de constructions nouvelles, d'extension ou d'aménagement des hôpitaux ou de modifications de la nature des lits ou des services, dans le respect des principes visés sous b.
- (d) il se réunit plusieurs fois par an et il rédige un rapport annuel. Ce rapport devra être transmis au Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions.

§ 3. (À abroger)

**Art. 13bis.** (À abroger)



*De l'article 14 à l'article 29 inclus: pas de modifications.*

**CHAPITRE IV. - Organisation et fonctionnement des différents types de services hospitaliers.**

**CHAPITRE V. – Dispositions finales.**

**4. La programmation des services psychiatriques hospitaliers – AR du 3 août 1976**

Conformément à des avis antérieurs, le Conseil est d'avis que la flexibilité dans la transformation des lits justifiés existants vers d'autres formes de soins, à caractère plus ambulatoires doit être davantage encouragée ; les circuits de soins ainsi que les réseaux doivent aussi mieux développés.

Le Conseil constate également qu'un transfert ou même une délocalisation de lits A et/ou de lits a et de places a d'un hôpital psychiatrique vers un hôpital général, ou inversement, doit être facilitée.

C'est pourquoi le Conseil propose une seule programmation globale de lits A, et de lits a et de places a. Puisqu'aucune règle de reconversion spécifique n'est applicable, le Conseil estime qu'un transfert de lits devrait se faire sur une base "1 pour 1".

Le mode de financement n'étant pas le même pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, la section Financement devra élaborer et proposer des règles financières spécifiques en matière de reconversion.