

Art. 3. Dit decreet heeft uitwerking vanaf 1 januari 2019.

Kondigen dit decreet af, bevelen dat het in het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 22 maart 2019.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Nota

(1) *Zitting 2018-2019*

Documenten:

- Ontwerp van decreet: 1870 - Nr. 1.

- Verslag: 1870 - Nr. 2.

- Tekst aangenomen door de plenaire vergadering: 1870 - Nr. 3.

Handelingen - Bespreking en aanneming: Vergadering van 13 maart 2019.

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2019/11561]

22 MARS 2019. — Décret portant assentiment à l'accord de coopération du 31 décembre 2018 entre la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté française, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Communauté germanophone concernant le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l'entité fédérée (1)

Le PARLEMENT FLAMAND a adopté et Nous, GOUVERNEMENT, sanctionnons ce qui suit :

Décret portant assentiment à l'accord de coopération du 31 décembre 2018 entre la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté française, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Communauté germanophone concernant le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l'entité fédérée

Article 1^{er}. Le présent décret règle une matière communautaire.

Art. 2. Assentiment est accordé à l'accord de coopération du 31 décembre 2018 entre la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté française, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Communauté germanophone concernant le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l'entité fédérée.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2019.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 22 mars 2019.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

Note

(1) *Session 2018-2019*

Documents:

- Projet de décret : 1870 - N° 1.

- Rapport : 1870 - N° 2.

- Texte adopté en séance plénière : 1870 - N° 3.

Annales - Discussion et adoption : Séance du 13 mars 2019.

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2019/11449]

15 FEBRUARI 2019. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, betreffende het ziekenhuisnoodplan

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, artikel 29;

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

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 5 september 2018;

Gelet op het advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gegeven op 30 oktober 2018;

Gelet op het advies van het Rekenhof, gegeven op 5 december 2018;

Gelet op advies 64.961/3 van de Raad van State, gegeven op 9 januari 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad Van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. In rubriek A. Algemene normen die op al de inrichtingen van toepassing zijn, punt III. Organisatorische normen van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 april 2014, wordt punt 14^o, derde, vierde en vijfde lid vervangen door wat volgt:

“De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het actieplan, hierna ziekenhuisnoodplan genoemd, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan of ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur voor de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan of ZNP TEC). Vanuit die verantwoordelijkheid:

- a) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;
- b) is de algemeen directeur of zijn vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;
- c) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;
- d) bepaalt de algemeen directeur of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit: de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;
- e) kan de algemeen directeur of zijn vervanger de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;
- f) kan de algemeen directeur of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

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

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

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, een rol in de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De tijd dat de noodplancoördinator voor deze taken wordt vrijgesteld, wordt bepaald door het ziekenhuis, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is en de noodplancoördinator is niet in het ziekenhuis, probeert men hem altijd op te roepen, voor zover hij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis wordt een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dat huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité bij de uitvoering van de beslissingen over het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan wordt voor advies voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis ligt. Daartoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dat advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis is gesitueerd of Brussel Preventie en Veiligheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en anderzijds de federale gezondheidsinspectie. Daartoe worden de federale diensten van de gouverneur en de federale gezondheidsinspectie van de provincie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies bezorgen aan de burgemeester. Als er binnen twee maanden die volgen op het bezorgen van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dat advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator of de federale

gezondheidsinspectie, het advies over het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dat attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis maakt een meerjarenplan op voor het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, waarbij minimaal één keer per jaar een oefening wordt gepland. De gemeentelijke veiligheidscel controleert de uitvoering van het meerjarenplan. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden zijn geïmplementeerd.

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

In de fase 'informatie':

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

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

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

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

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

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

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

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

d) de voorschriften voor de identificering van de slachtoffers;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Iedere dienst en ieder personeelslid beschikt over de instructiefiches die hem aanbelangen en is eveneens ingelicht over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan."

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2019.

Art. 3. De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 15 februari 2019.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
G. BOURGEOIS
De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2019/11449]

15 FEVRIER 2019. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, en ce qui concerne le plan d'urgence hospitalier

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu le décret du 20 mars 2009 portant diverses dispositions relatives au domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, l'article 29 ;

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

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, rendu le 5 septembre 2018 ;

Vu l'avis du « Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin » rendu le 30 octobre 2018 ;

Vu l'avis de la Cour des Comptes, rendu le 5 décembre 2018 ;

Vu l'avis 64.961/3 du Conseil d'État, rendu le 9 janvier 2019, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans la rubrique A « Normes générales applicables à tous les établissements », le point III « Normes d'organisation » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 avril 2014, le point 14^o, alinéas 3, 4 et 5 est remplacé par ce qui suit :

« Le directeur général est le responsable final du plan d'action, ci-après dénommé plan d'urgence hospitalier, sans préjudice des responsabilités du médecin en chef pour les aspects médicaux du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence médical hospitalier ou PUH MED) et des responsabilités du directeur technique pour les aspects techniques du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence technique hospitalier ou PUH TEC). Sur base de cette responsabilité :

a) le directeur général ou son remplaçant est président du comité permanent ;

b) le directeur général ou son remplaçant est la personne de contact des pouvoirs publics en cas de d'événement désastreux interne ou externe. le directeur général ou son remplaçant est joignable 24 h sur 24, 7 jours sur 7 à cette fin ;

c) le directeur général ou son remplaçant est président de la cellule de coordination de l'hôpital (CCH) lorsque le plan d'urgence hospitalier est appliqué ;

d) le directeur général ou son remplaçant détermine la capacité de traitement de l'hôpital. Il indique la capacité de traitement dans l'Incident Crisis Management System (ICMS). Dans ce point on entend par capacité de traitement : les lits libres disponibles au moment de l'incident ;

e) le directeur général ou son remplaçant ne peut en aucun cas modifier la capacité d'hébergement ou de réflexe de l'hôpital pendant l'incident. Dans ce point on entend par capacité d'hébergement ou de réflexe : le nombre minimum de victimes que le centre hospitalier peut accueillir pendant la première heure ;

f) si le plan d'urgence hospitalier a été activé, le directeur général ou son remplaçant peut décider, après que la capacité de réflexe a été atteinte et après consultation avec l'inspecteur fédéral de la santé, de ne plus référer de victimes de la situation d'urgence vers l'hôpital.

Chaque hôpital désigne un coordonnateur du plan d'urgence. Le coordonnateur du plan d'urgence sert aussi bien en interne qu'en externe de point de contact pour le plan d'urgence hospitalier. Le coordonnateur du plan d'urgence a des tâches à la fois préventives et opérationnelles concernant le plan d'urgence hospitalier. Le coordonnateur du plan d'urgence est le responsable fonctionnel de la coordination et de la surveillance de la qualité de toutes les activités liées au plan d'urgence hospitalier. À cette fin, le coordonnateur du plan d'urgence apporte son soutien et sa coopération aux processus suivants :

a) le développement et l'élaboration de procédures d'urgence fondées sur l'analyse du risque, en tenant compte de la sécurité des patients et des employés ;

b) le développement du plan d'urgence hospitalier, adapté à tous les services de l'hôpital ;

c) l'intégration de la planification des mesures d'urgence communales et provinciales dans le plan d'urgence hospitalier ;

d) la dissémination du plan d'urgence hospitalier dans l'hôpital ;

e) le monitoring des adaptations nécessaires en tenant compte de l'organisation changeante de l'hôpital ;

f) l'organisation d'exercices ;

g) la formation des acteurs clés du plan d'urgence hospitalier ;

h) la fourniture d'informations au personnel de l'hôpital et l'assomption d'un rôle intermédiaire de communication avec les services de l'hôpital et les organismes externes ;

i) une évaluation de l'application du plan d'urgence de l'hôpital.

Le coordonnateur du plan d'urgence joue un rôle dans la cellule de coordination de l'hôpital (CCH) lors des situations d'urgence pendant lesquelles le plan d'urgence hospitalier s'applique : il agit comme contrôleur de procédure et soutient le directeur général. Le temps pendant lequel le coordonnateur du plan d'urgence est dispensé de ses tâches usuelles pour effectuer ces tâches est déterminé par l'hôpital, selon la taille de l'hôpital et les résultats de l'analyse du risque. La fonction de coordonnateur du plan d'urgence est compatible avec une autre fonction dans l'hôpital. Si le plan d'urgence hospitalier s'applique et que le coordonnateur du plan d'urgence n'est pas à l'hôpital, il faut toujours essayer de l'appeler pour autant qu'il soit disponible.

Dans chaque hôpital, un comité permanent dirigé par le directeur général, est chargé d'élaborer, d'actualiser et de valider le plan d'urgence hospitalier. Au sein du comité permanent, il est créé un bureau comprenant au moins le médecin en chef, le coordonnateur du plan d'urgence, le chef de service du service d'urgence et une fonction de secrétariat. La fonction de secrétariat peut être assurée par l'une des fonctions obligatoirement présentes du Bureau. La relation entre le bureau et le comité permanent est établie dans un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement définit au minimum les missions, la fréquence des réunions et la manière de prise de décision du bureau. Le bureau exerce une tâche de préparation des politiques et soutient le comité permanent dans l'exécution des décisions concernant le plan d'urgence de l'hôpital.

Le plan d'urgence hospitalier est soumis pour avis au bourgmestre de la commune dans laquelle l'hôpital est situé. À cette fin, le plan d'urgence hospitalier est soumis au bourgmestre, qui transmet le plan d'urgence hospitalier pour avis à la cellule communale de sécurité. Pour émettre cet avis, la cellule communale de sécurité implique d'une part la province dans laquelle l'hôpital est situé ou Bruxelles Prévention et Sécurité pour la Région de Bruxelles-Capitale, et d'autre part, l'inspection fédérale d'hygiène. À cette fin, les services fédéraux du gouverneur et l'inspection fédérale d'hygiène de la province sont invités à discuter du plan d'urgence hospitalier à la cellule communale de sécurité. Si les représentants provinciaux n'ont pas accepté l'invitation, la cellule communale de sécurité rédige seule un avis qui est envoyé au coordonnateur provincial du plan d'urgence, à l'inspection fédérale d'hygiène et au bourgmestre pour information. Le coordonnateur provincial du plan d'urgence et l'inspection fédérale d'hygiène peuvent envoyer leurs commentaires concernant l'avis au bourgmestre. Si aucun commentaire n'est formulé dans les deux mois suivant la remise de l'avis, l'avis tel que formulé par la cellule communale de sécurité est considéré comme définitif. Sur base de cet avis, commenté ou non par le coordonnateur du plan d'urgence ou l'inspection fédérale d'hygiène, le bourgmestre atteste l'avis concernant le plan d'urgence de l'hôpital. Des commentaires peuvent être formulés dans l'attestation du bourgmestre. L'attestation du bourgmestre est délivrée à l'hôpital, qui la délivre à son tour au ministre ayant la politique de la santé dans ses attributions. Le ministre approuve ou rejette le plan d'urgence de l'hôpital sur base de cette attestation. L'approbation est accordée pour une durée de cinq ans.

L'hôpital établit un plan pluriannuel pour la mise en pratique du plan d'urgence hospitalier, prévoyant au minimum un exercice par an. La cellule communale de sécurité contrôle la mise en œuvre du plan pluriannuel. Une situation d'urgence réelle, pendant laquelle le plan d'urgence hospitalier s'applique, compte comme exercice, à condition qu'elle soit suivie d'un débriefing qualitatif impliquant tous les acteurs et implémentant les possibilités d'amélioration qui en résultent.

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

Dans la phase « information » :

a) il y a connaissance d'une situation d'urgence, soit parce que l'hôpital est informé par l'intermédiaire du centre d'urgence 112 que le plan d'intervention médicale (PIM) a été annoncé, soit parce qu'il y a un afflux spontané et inopiné d'un nombre important de patients d'un même événement. Dans ce dernier cas, l'hôpital informe le centre d'urgence 112 ;

b) le médecin urgentiste est informé. Le médecin urgentiste se renseigne sur la nature de la situation d'urgence, le nombre prévu de victimes, la nature des maladies ou blessures et des heures d'arrivée. Le médecin urgentiste décide sur base de ses informations, après consultation interne, s'il faut passer ou non à la phase « action ».

Le « niveau I » de la phase « action » correspond à une augmentation minimale de l'affectation du personnel, réalisée par des déplacements internes. Aucun personnel supplémentaire n'est appelé. Le « niveau I » correspond à un nombre attendu de victimes ne dépassant pas la première vague théorique (la capacité de réflexe).

Le « niveau II » correspond à un grand nombre de victimes attendues, dépassant la première vague théorique (la capacité de réflexe). Il est nécessaire d'appeler du personnel supplémentaire.

Le plan d'urgence hospitalier contient les procédures d'évacuation, de réinstallation, d'accueil et d'isolement des victimes et couvre les matières suivantes :

a) la mise en place, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination chargée de diriger les opérations, de recueillir des informations sur la situation d'urgence, de décider de la capacité d'intervention de l'hôpital, d'éventuellement adapter le plan d'urgence hospitalier et d'assurer les contacts avec les familles, les pouvoirs publics et la presse ;

b) les phases et les niveaux avec leurs effectifs de personnel respectifs de mobilisation interne, les procédures et les moyens d'action logistiques, ainsi que la désignation des personnes habilitées à décider de l'application du plan d'urgence hospitalier ou d'une des phases ;

c) la désignation des locaux destinés au triage, au suivi et au traitement des victimes en fonction du degré d'urgence, ainsi que des locaux réservés à la presse, aux membres de la famille, aux autorités et aux dépouilles mortelles ;

d) les prescriptions pour l'identification des victimes ;

e) l'organigramme, le mode de fonctionnement et la désignation du personnel en fonction de la phase et du niveau ;

f) la liste des médecins et de toutes les catégories de personnel hospitalier qui doivent être joignables et immédiatement disponibles, d'une part, et des médecins et de toutes les catégories de personnel qui sont joignables, d'autre part, ainsi que les modalités d'appel qui leur sont applicables ;

g) les mesures logistiques pour la mise en œuvre du plan d'urgence hospitalier et en particulier le déploiement du matériel, des médicaments et des stocks d'urgence, les mesures relatives aux stocks de sang et de ses produits dérivés, ainsi que les mesures relatives au service des urgences, au service des soins intensifs, au bloc opératoire, au service radiologique et au laboratoire ;

h) les mesures de protection des victimes, du personnel, des locaux et du matériel en cas de contamination, ainsi que les procédures et techniques de décontamination à suivre ;

- i) les prescriptions relatives à la circulation interne et au contrôle de l'environnement immédiat de l'hôpital ;
- j) le fonctionnement pratique d'une cellule d'accueil et d'accompagnement psychosocial de la famille ;
- k) la possibilité d'étendre les moyens de communication, de construire des réseaux de communication et de centraliser la réception et la diffusion de l'information ;
- l) les prescriptions pour la collaboration avec les autorités communales et provinciales en vue d'intégrer l'hôpital dans les plans d'urgence communaux ou provinciaux ;
- m) la description de l'utilisation du plan d'urgence hospitalier sous la forme d'un tableau synoptique ;
- n) un manuel contenant les fiches de consignes destinées aux différents types de services et de personnel de l'hôpital ;
- o) les moyens de formation des médecins et de l'ensemble du personnel ;
- p) le plan pluriannuel des exercices permettant de valider ou d'adapter le plan d'urgence hospitalier ;
- q) les prescriptions pour la sécurité et l'évacuation interne et externe des patients hospitalisés et du personnel ;
- r) la capacité d'accueil des victimes, exprimée en termes de capacité réelle de prise en charge et de traitement, ainsi que la capacité d'hébergement.

Les incidents présentant les risques les plus élevés et au minimum les risques de nature chimique, biologique, radiologique ou nucléaire et d'explosifs (NRBC), d'incendie, de défaillance d'équipement informatique, de défaillance d'équipements d'utilité publique et de pandémie, ainsi que les risques pour lesquels le règlement oblige l'élaboration d'un plan d'urgence, sont traités spécifiquement dans le plan d'urgence de l'hôpital.

Chaque service et chaque membre du personnel dispose des fiches d'instructions qui le concernent et est également informé de sa mission dans le cadre du plan d'urgence hospitalier. ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Art. 3. Le Ministre flamand qui la politique en matière de santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 15 février 2019.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2019/11520]

15 FEBRUARI 2019. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van initiatieven die voorzien in een herstelgericht en constructief hulp- en dienstverleningsaanbod voor verdachten, in verdenking gestelde personen, beklaagden, veroordeelden of geïnterneerden, en voor slachtoffers van misdrijven, alsook voor hun onmiddellijke omgeving, dat niet wordt verstrekt ter uitvoering van een beslissing van een gerechtelijke of administratieve overheid

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20, gewijzigd bij de bijzondere wet van 16 juli 1993;

Gelet op het decreet van 8 juli 2011 houdende de regeling van de begroting, de boekhouding, de toekenning van subsidies en de controle op de aanwending ervan, en de controle door het Rekenhof, artikel 57;

Gelet op het decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, artikel 105;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister bevoegd voor begroting, gegeven op 7 december 2018;

Gelet op advies 65.066/3 van de Raad van State, gegeven op 21 januari 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

- 1^o administratie: de functioneel bevoegde afdeling van het departement WVG of van Zorginspectie, vermeld in artikel 3, § 2, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein;
- 2^o caseload: het aantal vooropgestelde op te nemen aanvragen voor herstellbemiddeling voor een werkingsjaar;
- 3^o daders: de verdachten, in verdenking gestelde personen, beklaagden, veroordeelden en geïnterneerden;
- 4^o departement WVG: het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vermeld in artikel 23 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juni 2005 met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse administratie;
- 5^o initiatiefnemer: een lokaal bestuur of een vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het in de statuten bepaalde belangeloze doel;