

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1986-1987

3 FEBRUARI 1987

WETSVOORSTEL

houdende organisatie van de natale
en de neonatale geneeskundige zorg

(Ingediend door de heer Hancké)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Naast beter georganiseerde prenatale zorgen zal een goede organisatie van de zorgen voor pasgeborenen een belangrijke bijdrage leveren voor de daling van de kindersterfte, in het bijzonder van de perinatale mortaliteit (12,43%, zijnde 60% van de totale zuigelingensterfte 1982) en van het aantal gehandicapten. Volgens de professoren Thiery en Derom zijn er van de 1800 gevallen van perinatale mortaliteit 650 vermijdbaar en dit zonder extra-kosten maar alleen door een betere organisatie van de bestaande voorzieningen. Zo zijn er in België te veel kleine materniteiten. We beschikken over 182 materniteiten voor ongeveer 120 000 bevallingen per jaar. Een M-dienst waar slechts 200 bevallingen per jaar plaats vinden, beschikt niet over het vereiste personeel en infrastructuur om kwaliteitsverzorging te bieden.

Daardoor sterven dan ook in de kleine centra pasgeborenen met hoge risico's of overleven zij met ernstige handicaps die zouden kunnen voorkomen worden, aldus de professoren.

Het is noodzakelijk dat in België een taakverdeling tot stand komt op het gebied van de curatieve zorg voor de pasgeborene. Er zullen afspraken moeten worden gemaakt betreffende de plaats waar de zorg voor pasgeborenen wordt verricht.

Naar het voorbeeld van Nederland en Frankrijk moet ook hier een goed regionaal gespreide echelonnering worden doorgevoerd. Hiertoe zullen programmeringscriteria, specifieke erkenningsnormen en opnamecriteria voor de M- en de N-diensten moeten vastgelegd worden.

Chambre des Représentants

SESSION 1986-1987

3 FÉVRIER 1987

PROPOSITION DE LOI

organisant les soins médicaux natals
et néonatals

(Déposée par M. Hancké)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Parallèlement à une meilleure organisation des soins prénatals, une organisation efficace des soins aux nouveau-nés contribuera largement à réduire la mortalité infantile, notamment périnatale (12,43%, soit 60% du total de la mortalité post-néonatale en 1982), ainsi que le nombre des handicapés. Les professeurs Thiery et Derom estiment que 650 des 1800 cas de mortalité périnatale pourraient être évités sans aucune dépense supplémentaire, simplement en tirant mieux parti des possibilités existantes grâce à une organisation plus adéquate. Ainsi, la Belgique compte un nombre trop élevé de petits maternités. Nous disposons de 182 maternités pour environ 120 000 accouchements par an. Un service M où 200 accouchements seulement ont lieu chaque année ne dispose pas du personnel ni de l'infrastructure requis pour dispenser des soins de qualité.

Ces mêmes professeurs estiment que c'est la raison pour laquelle les petits centres enregistrent chez les nouveau-nés à haut risque des cas de décès ou de handicap grave qui pourraient être évités.

Il est nécessaire de procéder en Belgique à une répartition des tâches dans le domaine des soins curatifs dispensés aux nouveau-nés. Il faudra convenir de l'endroit où seront dispensés ces soins.

L'infrastructure doit être répartie selon un échelonnement régional équilibré, à l'exemple des modèles hollandais et français, ce qui suppose la fixation de critères de programmation, de normes d'agrément spécifiques et de critères d'admission pour les services M et N.

1) *Huidige analyse van de M- en de N-diensten*

Hierna volgt voor de M- en N-diensten een overzicht van het reële en geplande aantal ziekenhuisbedden en de gemiddelde bezettingsgraad — toestand op 1 januari 1982. (*)

Dienst	M	N
Aantal bedden budgettair	4 765	837
Gepland aantal bedden	3 994	749
Overcapaciteit bedden	771	88
%	18,6 %	11,7 %
Gemiddelde bezettingsgraad	64,90 %	50,02 %

Bron: Bestuur van Verplegingsinstellingen

M-diensten (*)

Uit de cijfers blijkt dat er een duidelijke overcapaciteit en onderbezetting is van de M-diensten. De wettelijke programmeringsnorm van 32 % ligt dus te hoog.

In 1969 werd door het Ministerie van Volksgezondheid een norm voorgesteld van 30 % met een toen gebruikelijke gemiddelde verblijfsduur van 10 dagen, die inmiddels gedaald is tot 8 dagen. Een programmeringscriterium van 30 % geboorten en een gemiddelde bezetting van 80-85 % zou optimaal zijn. Zodoende zou het beddenbestand in de M-dienst komen op 3 730 bedden. De nog 113 alleenstaande M-bedden dienen prioritair te worden afgebouwd. Alleenstaande M-diensten, welke niet geïntegreerd zijn in een algemeen ziekenhuis, beschikken immers niet over directe logistieke steun (o.a. laboratorium, radiologische dienst, intensieve zorgen), wat een bijkomend risico inhoudt voor de pasgeborenen.

N-diensten (*)

Het beddenbestand van de N-diensten moet niet afgebouwd worden alhoewel ook hier een duidelijke onderbezetting blijkt.

Wel zouden dan alle neonatale risicokinderen (8 % van de levendgeborenen) opgenomen moeten worden in de N-dienst en niet meer in de M-dienst of E-dienst.

De verzorging van premature kinderen in niet-gespecialiseerde diensten, brengt hoge sterfte en nog andere gevolgen met zich mee (o.a. hersenverlamming, mentale handicaps enz...).

De 117 alleenstaande N-bedden moeten ook hier prioritair afgebouwd worden en overgeplaatst naar een algemeen acuut ziekenhuis dat over de nodige logistieke en technische uitrusting beschikt.

2) *De echelonnering*

Door een goed georganiseerde prenatale zorg zal, in de meeste gevallen, tijdig kunnen nagegaan worden naar welke dienst de pasgeborene moet worden doorverwezen. De meeste neonatale pathologie dient zich trouwens aan vóór de geboorte. In Canada werd aangetoond dat 60 à 70 % van de verlossingen gepaard gaande met een verhoogd risico voor het kind, kunnen voorzien worden. Bij

1) *Analyse des services M et N (situation actuelle)*

Le tableau ci-dessous indique, pour les services M et N, le nombre réel et le nombre prévu de lits d'hôpitaux, ainsi que le taux d'occupation moyen (situation au 1^{er} janvier 1982)*.

Services	M	N
Nombre de lits budgétaires	4 765	837
Nombre de lits prévu	3 994	749
Surcapacité de lits	771	88
%	18,6 %	11,7 %
Taux d'occupation moyen	64,90 %	50,02 %

Source: Administration des établissements de Soins

Service M (*)

Les chiffres montrent clairement une surcapacité et une sous-occupation des services M. La norme de programmation légale de 32 % est donc trop élevée.

En 1969, le Ministère de la Santé publique a proposé une norme de 30 % avec une durée d'hospitalisation moyenne de 10 jours, qui était courante à l'époque mais qui a depuis été ramenée à 8 jours. L'idéal serait un critère de programmation de 30 % naissances et une occupation moyenne de 80 à 85 %, ce qui impliquerait qu'il y ait 3 730 lits dans les services M. Les 113 lits des services M isolés doivent être supprimés en premier lieu, étant donné que ces services ne sont pas intégrés dans un hôpital général et ne disposent pas d'un soutien logistique direct (notamment un laboratoire, un service radiologique et un service de soins intensifs), ce qui constitue un risque supplémentaire pour les nouveau-nés.

Services N (*)

Le nombre de services N ne doit pas être réduit bien qu'il existe ici aussi une nette sous-occupation.

Il faudrait en effet que tous les nouveau-nés à risque (8 % des enfants nés vivants) soient pris en charge par un service N et non plus par un service M ou un service E.

La dispensation de soins aux prématurés par des services non spécialisés engendre une mortalité élevée et d'autres conséquences graves (notamment la paralysie cérébrale, les handicaps mentaux, etc.).

Ici aussi, il convient de supprimer en priorité les 117 lits des services N isolés et de les transférer dans un hôpital général pour affections aiguës, doté de l'équipement logistique et technique nécessaire.

2) *Echelonnement des soins*

Une organisation efficace des soins prénatals permettra le plus souvent de déterminer à temps vers quel service il faut orienter le nouveau-né. La plupart des affections néonatales se manifestent d'ailleurs avant la naissance. Il a été démontré au Canada que dans 60 à 70 % des cas, il est possible de prévoir les accouchements qui s'accompagnent d'un risque élevé pour l'enfant. Si l'accouchement ne

(*) Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin: *Demografische evolutie en hospitaalplanning*; Biomedisch onderzoekscentrum: Prof. R. Beckers, M. Verlinden, R. Pleysier

(*) Ministère de la Santé publique et de la Famille: *Demografische evolutie en hospitaalplanning*; Centre de recherches biomédicales: Prof. R. Beckers, M. Verlinden, R. Pleysier.

een bevalling zonder risico voor de pasgeborene kan deze in de M-dienst blijven.

Indien de pasgeborene speciale zorgen nodig heeft, moet deze opgenomen worden in één van de afdelingen van de N-dienst, afdeling « intensive » (maximale), « intermediate » (gemiddelde) en « low » (minimale) « care ».

Volgens gegevens uit de internationale literatuur blijkt dat 20 à 30% levendgeboren intensieve klinische zorg nodig hebben (« intensive care » of « maximum care »).

Tot deze groep rekent men (*):

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram en/of een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken (12/1000);
- 2) pasgeborenen met ernstige ademhalingsstoornissen (5/1000);
- 3) ernstig bloedgroep-antagonisme (3/1000);
- 4) spoedeisende congenitale afwijkingen (5/1000);
- 5) restgroep (onder andere vitale functies ernstig bedreigd, vermoeden van erfelijke ziekte) (2/1000).

Bijzondere klinische zorg (« intermediate care ») is volgens ditzelfde rapport vereist voor de volgende pasgeborenen (ongeveer 63/1000):

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht tussen 1500 en 2000 gram en/of een zwangerschapsduur van meer dan 32 weken (15/1000);
- 2) pasgeborenen met problemen na een moeilijke verlossing (25/1000);
- 3) restgroep (3/1000);
- 4) de overlevenden uit de groep die intensieve zorgen kregen (20/1000).

Voor de pasgeborenen die klinische zorg (« low care ») nodig hebben, rekent men ongeveer 173/1000, als volgt verdeeld:

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht van 2000 tot 2500 gram (40/1000);
- 2) pasgeborenen zonder problemen, doch die observatie vereisen na een moeilijke geboorte (10/1000);
- 3) hyperbilirubinemie en overige niet-ernstige metabole problemen (40/1000);
- 4) pasgeborenen met een gewicht boven de 97 P-lijn (30/1000);
- 5) restgroep (5/1000);
- 6) de groep afkomstig uit de « intensive care » via de « intermediate care » (20/1000);
- 7) de groep pasgeborenen van 1500-2000 gram rechtstreeks opgenomen in de « intermediate care » (13/1000) (2/1000 sterft!);

(*) Rapport van de Commissie Neonatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde — februari 1978.

présente pas de risques pour le nouveau-né, celui-ci peut rester dans le service M.

Lorsqu'il a besoin de soins spéciaux, le nouveau-né doit être hospitalisé dans l'une des sections du service N: section « intensive care » (soins d'intensité maximale), section « intermediate care » (soins d'intensité moyenne) ou section « low care » (soins d'intensité minimale).

Il ressort de données fournies par la littérature internationale que 20 à 30% des enfants nés vivants doivent recevoir des soins cliniques intensifs (« intensive care » ou « maximum care »).

Font partie de ce groupe (*):

- 1) les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1500 grammes et/ou pour lesquels la durée de la grossesse est inférieure à 32 semaines (12/1000);
- 2) les nouveau-nés présentant des troubles respiratoires graves (5/1000);
- 3) les nouveau-nés présentant des incompatibilités sanguines;
- 4) les nouveau-nés présentant des anomalies congénitales qui requièrent une intervention d'urgence (5/1000);
- 5) d'autres catégories de nouveau-nés (par exemple les enfants dont les fonctions vitales sont gravement menacées ou chez qui l'on soupçonne une maladie héréditaire) (2/1000).

Suivant ce même rapport, des soins cliniques spéciaux (« intermediate care ») sont nécessaires pour les nouveau-nés suivants (environ 63/1000):

- 1) les nouveau-nés dont le poids à la naissance se situe entre 1500 et 2000 grammes et/ou pour lesquels la durée de la grossesse excède 32 semaines (15/1000);
- 2) les nouveau-nés gardant des séquelles d'un accouchement difficile (25/1000);
- 3) d'autres catégories de nouveau-nés (3/1000);
- 4) les survivants du groupe ayant reçu des soins intensifs (20/1000).

En ce qui concerne les nouveau-nés qui ont besoin de soins cliniques (« low care »), la proportion est d'environ 173 pour mille et ce groupe comprend:

- 1) les nouveau-nés dont le poids à la naissance se situe entre 2000 et 2500 grammes (40/1000);
- 2) les nouveau-nés sans problèmes mais devant néanmoins être mis en observation après une naissance difficile (10/1000);
- 3) les nouveau-nés souffrant d'hyperbilirubinémie et d'autres désordres métaboliques sans gravité (40/1000);
- 4) les nouveau-nés dont le poids se situe au-dessus de la ligne 97 P (30/1000);
- 5) d'autres catégories de nouveau-nés (5/1000);
- 6) le groupe sortant de la section « intermediate care » après avoir été pris en charge par la section « intensive care » (20/1000);
- 7) le groupe des nouveau-nés dont le poids se situe entre 1500 et 2000 grammes et qui ont été pris en charge directement par la section « intermediate care » (13/1000) (mortalité de 2/1000!);

(*) Rapport de la « Commissie Neonatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde » — février 1978.

8) observatie moeilijke verlossing opgenomen in de bijzondere klinische zorg (15/1000).

Sommige patiënten zullen alle drie stadia van behandeling doormaken.

3) Personeel en apparatuur

De N-dienst, onderverdeeld in afdelingen, dient te beantwoorden aan bepaalde criteria om te kunnen voldoen aan de eisen die respectievelijk gesteld worden voor «intensive», «intermediate» en «low care».

De meeste diensten in België die bijzondere klinische zorg verstrekken, voldoen niet aan de eisen die gesteld worden in het buitenland qua medische apparatuur en personeelsbezetting.

Om goed te functioneren dient het personeel van de N-dienst de nodige ervaring te hebben en over een hoge graad van specialisatie te beschikken. Dag en nacht zal men er moeten beschikken over een neonatoloog en voldoende verpleegkundig personeel. Door de grote kans op besmetting in de N-dienst dient het verpleegkundig, paramedisch en verzorgend personeel volledig te worden toegewezen aan deze dienst. Zij kunnen dus niet in een andere ziekenhuisdienst werkzaam zijn. Wat betreft de personeelsbezetting van de verpleegkundigen is de toestand zo dat voor de dienst voor vroeggeborenen en zwakke kinderen (N-dienst) bepaald wordt dat voor 15 wiegen de dienst moet kunnen beschikken over een minimumkader van 3 verpleegkundigen (of vroedvrouwen) en 1 reserveverpleegkundige (of vroedvrouw). Volgens specialisten is een personeelsbezetting van 1 verpleegkundige per 2 patiënten geen overdreven luxe, zeker in de afdeling intensieve zorgen.

De neonatalogen dienen ook steeds beroep te kunnen doen op de directe beschikbaarheid van andere diensten (laboratorium, radiologische dienst enzovoort) en op andere specialisten zoals een anesthesist en een kinderchirurg.

Het spreekt vanzelf dat dergelijke dienst, gezien de pathologie van de pasgeborene, tevens zal moeten beschikken over de aangepaste apparatuur.

Dit wetsvoorstel maakt dus van de N-dienst een tweede echelon in de zorgen voor pasgeborenen, waarvoor in artikel 3 de opnamecriteria zijn bepaald.

Het valt echter te vrezen dat deze echelonering dode letter blijft indien ze niet kan opgelegd worden: vele M-diensten die het in het algemeen al financieel moeilijk hebben wegens de overcapaciteit, zouden geneigd kunnen zijn ook risico-neonatalen te behouden eerder dan ze door te verwijzen. Wil men dit laatste echter wel realiseren, dan is het aangewezen zware financiële prikkels in te bouwen in de wetgeving. Onze voorkeur gaat naar het niet uitbetalen van verpleegdagprijzen aan die M-diensten waarin risico-neonatalen toch zouden worden behouden.

Commentaar in verband met het advies
van de Raad van State over het voorstel van decreet
houdende organisatie van de natale
en neonatale geneeskundige zorg

Dit wetsvoorstel werd op 13 december 1985 ingediend als voorstel van decreet houdende organisatie van de natale en neonatale geneeskundige zorg in de Vlaamse Raad. (Stuk Vlaamse Raad, 37 (1985-1986) - n° 1). De indiener

8) les nouveau-nés mis en observation après un accouchement difficile et qui ont été pris en charge par la section des soins cliniques spéciaux (15/1000).

Certains patients passeront par les trois stades de traitement.

3) Personnel et appareillage

Le service N, subdivisé en sections, doit répondre à certains critères pour pouvoir satisfaire aux exigences posées en ce qui concerne les soins intensifs, les soins d'intensité moyenne et les soins d'intensité minimale.

En Belgique, la plupart des services qui dispensent des soins cliniques spéciaux ne satisfont pas aux normes fixées à l'étranger en ce qui concerne l'appareillage médical et le personnel.

Pour pouvoir faire du bon travail, le personnel d'un service N doit avoir une expérience suffisante ainsi qu'un degré de spécialisation élevé. Ce service doit disposer jour et nuit d'un néonatalogue et d'un personnel infirmier suffisant. Etant donné le risque élevé de contamination existant au sein d'un service N, les membres des personnels infirmier, paramédical et soignant doivent être affectés exclusivement à ce service. Ils ne peuvent donc pas être occupés dans un autre service hospitalier. En ce qui concerne l'effectif du personnel infirmier, le service des prématurés et nouveau-nés débiles (service N) doit pouvoir disposer au minimum, compte tenu des conditions particulières, de trois infirmières ou infirmiers (ou accoucheuses) et d'un infirmier ou infirmière (ou accoucheuse) de réserve pour 15 berceaux. Les spécialistes estiment qu'une infirmière ou un infirmier pour 2 patients n'est certainement pas un luxe, surtout dans une section de soins intensifs.

Les néonatalogues doivent également pouvoir faire appel à tout moment à d'autres services (tels que le laboratoire, le service radiologique, etc.) et à d'autres spécialistes (par exemple un anesthésiste et un chirurgien pédiatrique).

Il est évident qu'en égard à la pathologie du nouveau-né, un tel service doit également disposer d'un appareillage approprié.

La présente proposition de loi vise donc à faire des services N, pour lesquels elle détermine les critères d'hospitalisation en son article 3, un deuxième échelon de la dispensation des soins aux nouveau-nés.

Il est cependant à craindre que cet échelonnement des soins demeure lettre morte s'il ne peut être imposé. Nombre de services M qui connaissent déjà des difficultés financières à cause de la surcapacité pourraient en effet être enclins à garder également les nouveau-nés à risque plutôt que de les confier à un autre service. Pour écarter ce risque, il faut donc que la législation prévoie un incitant financier important, lequel doit, selon nous, consister de préférence dans le non-paiement du prix de la journée d'entretien aux services M qui continueraient malgré tout de soigner des nouveau-nés à risque.

Commentaires relatifs à l'avis
du Conseil d'Etat sur la proposition de décret
organisant les soins médicaux natals
et néonatals

Le texte de la présente proposition de loi a été déposé le 13 décembre 1985 au Conseil flamand sous la forme d'une proposition de décret organisant les soins médicaux natals et néonatals (Doc. Conseil flamand n° 37,

had zich laten leiden door de overweging dat artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, luidens welke bepaling als persoonsgebonden aangelegenheden, bedoeld in artikel 59bis, paragraaf 2bis, van de Grondwet — met andere woorden als aangelegenheden waarvoor de Gemeenschappen bevoegd zijn, moeten worden aangemerkt — het gezondheidsbeleid in en buiten de verplegingsinrichting omvat. Het scheen hem toe dat de uitzonderingen, die in hetzelfde artikel worden vermeld, niet van toepassing konden geacht worden op onderhavig voorstel, dat in essentie beoogt de inwendige organisatie van de ziekenhuizen te wijzigen om een efficiënter beleid inzake kindersterfte te realiseren.

De voorzitter van de Vlaamse Raad heeft de Raad van State verzocht hem van advies te dienen over dit voorstel van decreet. Op 13 oktober 1986 heeft de Raad van State dit advies ter kennis gebracht, dat op 16 oktober als gedrukt stuk werd opgenomen bij het voorstel van decreet. Het wordt aan onderhavig wetsvoorstel gehecht. (Stuk Vlaamse raad, 37 1985-1986) - n° 2).

Het advies van de Raad van State strekt ertoe de bestreken materie te bepalen als een rijksaangelegenheid, vermits ze algemeen valt onder de organieke wetgeving, waardoor de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen wordt bedoeld en dat bovendien het vaststellen van erkenningsnormen voor de ziekenhuizen eveneens een rijksaangelegenheid is gebleven, evenals de bepaling van de geografische spreiding van de M- en N-diensten, daar de programmatiënormen eveneens nationale materie zijn gebleven. Tenslotte strijkt de Raad van State aan dat de bepaling in artikel 7 aangaande de niet-uitbetaling van de verpleegdagprijs indien een pasgeborene, behorend tot één van de categorieën vermeld in artikel 3, in een andere dan een N-dienst wordt opgenomen, zo nauw verbonden is met de andere bepalingen van het voorstel, dat zij het lot van die andere bepalingen moet delen.

De Raad van State erkent in zijn advies « de lofwaardige motieven, die aan het voorstel ten grondslag liggen » en suggereert, « om enigszins tegemoet te komen aan de bekommernissen van de stellers van het voorstel » dat « bij decreet bijvoorbeeld aan de ziekenhuisdiensten de verplichting kan worden opgelegd om, bij de geboorte van een kind dat bijzondere zorgen vergt, de ouders daarvan te verwittigen en hun op het bestaan van de met doel opgerichte N-diensten te wijzen. Ook zouden misschien regelingen kunnen worden getroffen om een snelle overbrenging van dergelijke pasgeborenen naar een N-dienst in de hand te werken, voor de gevallen waarin de ouders daartoe beslissen ».

Deze dubbele suggestie zal weerhouden worden zodra aan het wetsvoorstel het door de indieners gewenste gevolg zou worden gegeven.

L. HANCKÉ

WETSVOORSTEL

Artikel 1

De diensten aangeduid met de kenletters M en N staan voor de opvang, behandeling en verzorging van pasgeborenen.

1985-1986). L'auteur de cette proposition de décret s'était fondé sur le fait que l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles prévoit qu'il y a lieu de considérer comme matière personnalisable visée à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, c'est-à-dire comme matière relevant de la compétence des Communautés, la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins. Il avait estimé que les exceptions prévues par le même article ne pouvaient s'appliquer à cette proposition, qui visait essentiellement à modifier l'organisation interne des hôpitaux en vue de mener une politique plus efficace en matière de mortalité infantile.

Le président du Conseil flamand a demandé l'avis du Conseil d'Etat sur cette proposition de décret. Le Conseil d'Etat a rendu son avis le 13 octobre 1986 et celui-ci a été joint à la proposition de décret le 16 octobre 1986, sous forme de document imprimé. Cet avis (Doc. Conseil flamand n° 37/2, 1985-1986) est annexé à la présente proposition de loi.

L'avis du Conseil d'Etat tend à considérer la matière visée comme nationale, étant donné qu'elle relève généralement de la législation organique, par quoi il faut entendre la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, et qu'en outre, la fixation des normes d'agrément applicables aux hôpitaux est également demeurée une matière nationale, de même que la détermination de la répartition géographique des services M et N, puisque les normes de programmation sont également demeurées une matière nationale. Enfin, le Conseil d'Etat fait observer que la disposition de l'article 7, relative au non-paiement du prix de la journée d'entretien dans le cas où un nouveau-né faisant partie d'une des catégories visées à l'article 3 est hospitalisé dans un service autre qu'un service N, est si étroitement liée aux autres dispositions de la proposition qu'elle doit partager le sort de celles-ci.

Le Conseil d'Etat déclare dans son avis être « pleinement conscient des motifs louables qui ont présidé au dépôt de la proposition » et suggère, « pour répondre tant soit peu aux préoccupations des auteurs de la proposition » que « l'on pourrait par exemple, par décret, obliger les services hospitaliers à prévenir les parents du fait que leur enfant nouveau-né nécessite des soins spéciaux et à leur signaler l'existence des services N créés aux fins de dispenser ces soins. Des dispositions pourraient également être prises en vue de faciliter le transfert de ces nouveau-nés dans un service N, dans les cas où les parents décident ce transfert ».

Cette double suggestion sera suivie dès qu'il aura été donné à la présente proposition la suite souhaitée par ses auteurs.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

Les services désignés par les index M et N sont chargés d'accueillir, de traiter et de soigner les nouveau-nés.

Art. 2

In de M-dienst:

- hebben alle bevallingen plaats waarvoor een beroep wordt gedaan op het ziekenhuis;
- verblijven alle pasgeborenen, met uitzondering van deze vermeld in artikel 3.

Art. 3

§1. In de N-dienst, fungerend als neonatale dienst, worden alle pasgeborenen opgenomen:

- met een geboortegewicht lager dan of gelijk aan 2250 gram;
- geboren na een zwangerschapsperiode van minder dan 34 weken;
- op grond van medische indicatie, onder meer als gevolg van prenataal onderzoek.

§2. De Koning deelt de N-diensten in categorieën in naargelang er maximale, gemiddelde en minimale zorg wordt verstrekt.

Art. 4

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling programmatie, de geografische spreiding van de M- en N-diensten.

Art. 5

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de erkenningsnormen voor de M- en N-diensten.

Deze normen hebben betrekking op:

- het kader en het statuut van het medisch, paramedisch, verplegend en verzorgend personeel;
- de medische wachtdiensten;
- het minimumaantal bedden om als M-dienst erkend te worden.

Art. 6

Bovendien dienen de N-diensten aan de volgende voorwaarden te beantwoorden:

- een volledige toewijzing van het paramedisch, verplegend en verzorgend personeel in de eigen dienst;
- de integratie in een algemeen ziekenhuis, waarvan de infrastructuur en apparatuur afgesteld is op snel en doelmatig ingrijpen.

Art. 7

Voor pasgeborenen vermeld in artikel 3 en die niet in een N-dienst zijn opgenomen binnen de 24 uur na de geboorte of na het opmaken van de medische indicatie, wordt geen verpleegdagprijs uitbetaald aan de instelling waarin ze verblijven.

L. HANCKÉ
J. SLEECKX
G. TEMMERMAN

Art. 2

Dans le service M:

- ont lieu tous les accouchements pour lesquels il est fait appel à l'hôpital;
- séjournent tous les nouveau-nés, à l'exception de ceux visés à l'article 3.

Art. 3

§1^{er}. Sont hospitalisés dans le service N, qui fait office de service néonatal, tous les nouveau-nés:

- dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2250 grammes;
- nés après une grossesse de moins de 34 semaines;
- qui font l'objet d'une indication médicale en ce sens, basée notamment sur un examen prénatal.

§2. Le Roi répartit les services N en catégories selon l'intensité des soins qui y sont dispensés (intensité maximale, moyenne ou minimale).

Art. 4

Le Roi détermine, après avoir pris l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section programmation, la répartition géographique des services M et N.

Art. 5

Le Roi fixe, après avoir pris l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrégation, les normes d'agrégation pour les services M et N.

Ces normes concernent:

- le cadre et le statut du personnel médical, paramédical, infirmier et soignant;
- les rôles de garde;
- le nombre minimum de lits requis pour qu'un service puisse être agréé comme service M.

Art. 6

Les services N doivent en outre satisfaire aux conditions suivantes:

- leur personnel paramédical, infirmier et soignant doit leur être affecté exclusivement;
- ils doivent être intégrés dans un hôpital général, dont l'infrastructure et l'appareillage permettent une intervention rapide et efficace.

Art. 7

Aucune journée d'entretien ne sera payée à l'établissement pour les nouveau-nés visés à l'article 3 qui y séjournent, si ceux-ci n'ont pas été hospitalisés dans un service N dans les vingt-quatre heures de la naissance ou de l'indication médicale.

BIJLAGE

Advies van de Raad van State i.v.m. het voorstel
van decreet houdende organisatie van de natale
en de neonatale geneeskundige zorg
(Stuk Vlaamse Raad, 37/2, 1985-1986)

De Raad van State, afdeling wetgeving, verenigde kamers, op 8 april 1986 door de Voorzitter van de Vlaamse Raad verzocht hem van advies te dienen over een voorstel van decreet «houdende organisatie van de natale en de neonatale geneeskundige zorg», heeft op 7 mei 1986 het volgende advies gegeven:

1. Het voorstel beoogt de invoering van een aantal voorschriften die een betere verzorging van pasgeborenen in de ziekenhuizen moeten waarborgen.

De voorgestelde maatregelen betreffen de opdracht, de inrichting, de werking en de geografische spreiding van de ziekenhuisdiensten die — overeenkomstig de voorschriften van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* 7 november 1964) — te kwalificeren zijn als «kraaminrichting» (de zgn. M-diensten) of als «dienst voor de vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen kinderen» (de zgn. N-diensten).

Bevallingen waarvoor een beroep wordt gedaan op een ziekenhuis, zouden enkel nog in een M-dienst mogen plaatsgrijpen (art. 3, eerste streepje). Pasgeborenen zouden enkel nog in een M-dienst mogen verblijven, met uitzondering van drie, in artikel 4, § 1, van het voorstel nader omschreven categorieën van pasgeborenen die speciale zorgen vergen en derhalve uitsluitend in een N-dienst zouden mogen worden opgenomen (art. 2, 3, tweede streepje, en 4, § 1). De Vlaamse Executieve zou ermede worden belast de M-diensten, naargelang van de intensiteit van de zorgen die er worden verstrekt, in te delen in drie categorieën (art. 4, § 2), alsmede de geografische spreiding van de M- en de N-diensten te verzekeren (art. 5). De Executieve zou tevens de erkenningsnormen voor de M-diensten te verzekeren (art. 5). De Executieve zou tevens de erkenningsnormen voor de M- en de N-diensten moeten vaststellen en die normen zouden betrekking moeten hebben op een aantal in het voorstel opgesomde aangelegenheden, zoals het kader en het statuut van de diverse categorieën personeel, de medische wachtdienst en, wat meer bepaald de M-diensten betreft, het minimumaantal bedden (art. 6). Het voorstel bepaalt verder zelf twee organisatorische voorwaarden waaraan de N-diensten zouden moeten voldoen: het paramedisch, het verplegend en het verzorgend personeel van een N-dienst zou in geen andere dienst werkzaam mogen zijn, maar de dienst zou niettemin in een algemeen ziekenhuis moeten zijn geïntegreerd (art. 7). Het verzuim een pasgeborene zoals bedoeld in artikel 4, § 1, te laten overbrengen naar een N-dienst, zou worden gesanctioneerd door het niet-uitbetalen van de verpleegdagprijs aan de instelling waarin hij verblijft (art. 8).

2. De Raad van State is zich ten volle bewust van de lofwaaardige motieven die aan het voorstel ten grondslag liggen. Het komt hem echter enkel toe de juridische aspecten van het voorstel te beoordelen en de eerste vraag die daarbij rijst is te weten of de Vlaamse Gemeenschap wel bevoegd is om de diverse regelingen te treffen die worden voorgesteld.

2.1. Met het oog op het beantwoorden van die bevoegdheidsvraag dienen de onderscheiden bepalingen van het voorstel te worden getoetst aan artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, luidens welke bepaling als persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, § 2bis, van de Grondwet — met andere woorden als aangelegenheden waarvoor de Gemeenschappen bevoegd zijn — moeten worden aangemerkt:

«1. Wat het gezondheidsbeleid betreft:

1° het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichting, met uitzondering van:

- a) de organieke wetgeving;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
- c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- d) de basisregelen betreffende de programmatie;
- e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren;

g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

ANNEXE

Avis du Conseil d'Etat sur la proposition
de décret organisant les soins médicaux natals
et néonatales

(Doc. Conseil flamand, n° 37/2, 1985-1986)

(Traduction)

Le Conseil d'Etat, section de législation, chambres réunies, saisi par le Président du Conseil flamand, le 8 avril 1986, d'une demande d'avis sur une proposition de décret «organisant les soins médicaux natals et néonatales», a donné le 7 mai 1986 l'avis suivant:

1. La proposition vise à instaurer une série de dispositions qui doivent améliorer la qualité des soins dispensés aux nouveau-nés dans les hôpitaux.

Les mesures proposées concernent la mission, l'organisation, le fonctionnement et la répartition géographique des services hospitaliers qui, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 novembre 1974), peuvent être qualifiés de «service de maternité» («services M») ou de «service de prématurés et de nouveau-nés débilés» («services N»).

Les accouchements pour lesquels il est fait appel à un hôpital ne pourraient dorénavant avoir lieu que dans un service M (art. 3, premier tiret). Les nouveau-nés ne pourraient désormais séjourner que dans un service M, à l'exception des trois catégories de nouveau-nés définies à l'article 4, § 1°, de la proposition, qui nécessitent des soins spéciaux et ne pourraient dès lors être hospitalisés que dans un service N (art. 2, 3, deuxième tiret, et 4, § 1°). L'Exécutif flamand serait chargé de répartir les services N en trois catégories, en fonction de l'intensité des soins qui y sont donnés (art. 4, § 2), et de déterminer la répartition géographique des services M et N (art. 5). L'Exécutif devrait également fixer les normes d'agrégation applicables aux services M et N et ces normes devraient concerner une série de matières énumérées dans la proposition, telles que le cadre et le statut des diverses catégories de personnel, les rôles de garde et, en ce qui concerne les services M, le nombre minimum de lits (art. 6). Par ailleurs, la proposition même prévoit deux conditions d'ordre organisationnel auxquelles les services N doivent satisfaire: le personnel paramédical, infirmier et soignant d'un service N ne pourrait être occupé dans aucun autre service, mais le service devrait néanmoins être intégré dans un hôpital général (art. 7). Le fait d'omettre de transférer un nouveau-né visé à l'article 4, § 1°, dans un service N serait sanctionné par le non-paiement du prix de la journée d'entretien à l'établissement dans lequel il est hospitalisé (art. 8).

2. Le Conseil d'Etat est pleinement conscient des motifs louables qui ont présidé au dépôt de la proposition. Toutefois, il lui appartient seulement d'apprécier les aspects juridiques de la proposition, et la première question qui se pose à cet égard est de savoir si l'Exécutif flamand est compétent pour prendre les diverses dispositions proposées.

2.1. Afin de répondre à cette question relative à la compétence, il convient de confronter les diverses dispositions de la proposition avec l'article 5, § 1°, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, aux termes duquel il y a lieu de considérer comme matières personnalisables visées à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, c'est-à-dire comme matières relevant de la compétence des Communautés:

«1. En ce qui concerne la politique de santé:

1° La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception:

- a) de la législation organique;
- b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique;
- c) de l'assurance maladie-invalidité;
- d) des règles de base relatives à la programmation;
- e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
- f) des normes nationales d'agrégation uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus;
- g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

Blijkens de hiervoren overgeschreven wetsbepaling zijn, inzake het beleid betreffende de zorgenverstreking in en buiten de verplegingsinrichtingen, dus in beginsel de Gemeenschappen bevoegd, en is het Rijk — de bijzondere toestand in Brussel-Hoofdstad buiten beschouwing gelaten — enkel bevoegd gebleven voor de zeven aangelegenheden waarvoor diezelfde wetsbepaling op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen een uitzondering maakt.

Uit de parlementaire voorbereiding van artikel 5, § 1, I, 1°, blijkt echter dat die uitzonderingen, ook als men ze strikt interpreteert, een ruime draagwijdte hebben.

2.2 De definitieve tekst van artikel 5, § 1, I, 1°, is het resultaat van een Regeringsamendement dat werd ingediend tijdens de bespreking van het ontwerp in de bevoegde Senaatscommissie. Uit de verantwoording ervan blijkt, dat met de term «organieke wetgeving» werd bedoeld «voor het ogenblik de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen» (Stuk Senaat, 434 (1979-1980), n° 2, blz. 122).

Luidens artikel 2, § 1, van de genoemde wet van 23 december 1963 moeten de ziekenhuizen de normen naleven welke door de Koning worden bepaald en hebben die door de Koning te bepalen normen onder meer betrekking op «1° de algemene inrichting van de ziekenhuizen» en «2° de inrichting van elk soort van diensten, meer bepaald op de minimumvereisten inzake technische uitrusting en inzake medisch, paramedisch en verplegend personeel». Bovendien kunnen bijzondere normen worden vastgesteld onder meer «voor de diensten die voldoen aan eisen van speciale bewaking in de niet-universitaire ziekenhuizen» (art. 2, § 2, 2°, van dezelfde wet van 23 december 1963).

Bepalen welke ziekenhuisdiensten, met uitsluiting van alle andere, in aanmerking komen voor het verrichten van bepaalde handelingen of het opnemen van bepaalde patiënten, alsmede het verder indelen van een dergelijke soort diensten in functie van de intensiteit van de zorgen die er moeten worden verstrekt, zijn vanzelfsprekend maatregelen die betrekking hebben op de algemene inrichting van de ziekenhuizen, of — om het met de termen van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 te formuleren — op «de organieke wetgeving» van «de verplegingsinrichtingen».

2.3 Ook het vaststellen van erkenningsnormen voor de ziekenhuizen is een Rijksaangelegenheid gebleven.

Zulks kan reeds blijken uit het feit dat artikel 2 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen — met andere woorden een bepaling van de wet die, zoals reeds gezegd, geacht wordt «de organieke wetgeving» in de zin van artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, te bevatten — aan de Koning de opdracht geeft om dergelijke normen vast te stellen en bepaalt op welke aangelegenheden die normen betrekking moeten hebben of kunnen hebben.

De begrippen M-dienst en N-dienst in functie waarvan het gehele voorstel van decreet werd uitgewerkt, werden trouwens ontleend aan het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* 7 november 1964), dat getroffen werd ter uitvoering van het genoemde artikel 2 van de wet van 23 december 1963.

De uitdrukkelijke bevestiging dat het Rijk bevoegd is gebleven voor het vaststellen van de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen, is te vinden in de bepaling van artikel 5, § 1, I, 1°, f), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Die bepaling bevat wel een beperking, in deze zin dat zij het Rijk die bevoegdheid slechts toekent voor zover het normen betreft die een weerslag kunnen hebben op de aangelegenheden vermeld in de littera's b), c), d) en e) van hetzelfde artikel 5, § 1, I, 1°. Het behoeft echter geen betoog dat normen inzake het kader en het statuut van het personeel, het minimumaantal bedden en de integratie in een algemeen ziekenhuis op zijn minst een weerslag zouden hebben op de financiering van de exploitatie (littera b) en op de basisregelen betreffende de programmatie (littera b).

2.4 Het komt een Gemeenschap evenmin toe aan haar Executieve opdracht te geven om de geografische spreiding van de M- en de N-diensten te bepalen, vermits luidens artikel 5, § 1, I, 1°, d), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, het Rijk bevoegd is gebleven inzake «de basisregelen betreffende de programmatie».

Uit de parlementaire voorbereiding van die bepaling blijkt immers dat onder «basisregelen betreffende de programmatie» moet worden verstaan, de mathematische programmatiecriteria die met toepassing van artikel 6 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen worden vastgesteld (St. Senaat, 434 (1979-1980), n° 2, blz. 122). Luidens dat artikel 6 nu stelt de Koning de criteria vast die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en ziekenhuisgroeperingen met het oog onder meer op hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden (§ 1), en zijn die criteria forfaitaire, rekenkundige regelen of formules bestemd om de behoeften te meten, rekening houdend onder meer met ... de geografische spreiding (§ 2).

2.5 Blijft dan alleen nog over de bepaling luidens welke bij opneming in een andere dan een N-dienst van een pasgeborene behorend tot een van de categorieën vermeld in artikel 4, § 1, van het voorstel, de verpleegdagprijs niet zou worden uitbetaald.

Die bepaling is door haar aard zo nauw verbonden met de overige bepalingen van het voorstel betreffende de N-diensten, dat zij, wat de

Selon la disposition légale reprise ci-avant, les Communautés sont donc en principe compétentes en ce qui concerne la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins et l'Etat — abstraction faite de la situation particulière de Bruxelles-Capitale — n'a conservé de compétence en ce domaine qu'en ce qui concerne les sept matières pour lesquelles cette même disposition légale fait une exception à la compétence de principe des Communautés.

Il ressort toutefois des travaux parlementaires relatifs à l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, que ces exceptions ont une portée étendue, même lorsqu'elles sont interprétées strictement.

2.2 Le texte définitif de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, résulte d'un amendement qui a été présenté par le Gouvernement lors de la discussion du projet au sein de la commission compétente du Sénat et de la justification duquel il ressort que l'expression «législation organique» désignait à ce moment «la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux» (Doc. Sénat n° 434/2, 1979-1980, p. 122).

Aux termes de l'article 2, § 1^{er}, de la loi du 23 décembre 1963 précitée, les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi, et ces normes à fixer par le Roi concernent notamment «1° l'organisation générale des hôpitaux» et «2° l'organisation de chaque espèce de services et notamment les conditions minimales en matière d'équipement technique et de personnel tant médical et paramédical qui soignent». En outre, des normes spéciales peuvent être fixées notamment «pour les services qui répondent à des exigences de qualification particulière dans les hôpitaux non universitaires» (art. 2, § 2, 2°, de la même loi du 23 décembre 1963).

La détermination des services hospitaliers qui, à l'exclusion de tous les autres, entrent en ligne de compte pour l'accomplissement de certains actes ou pour l'hospitalisation de certains patients, ainsi que la subdivision d'une espèce de services ainsi déterminée en fonction de l'intensité des soins qui doivent y être dispensés sont à l'évidence des mesures qui concernent l'organisation générale des hôpitaux ou, pour reprendre les termes utilisés dans la loi spéciale du 8 août 1980, qui concernent «la législation organique» des «institutions de soins».

2.3 La fixation de normes d'agrégation pour les hôpitaux est également restée de la compétence du pouvoir national.

Cela se déduit ne fût-ce que du fait que l'article 2 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux — c'est-à-dire une disposition de la loi qui, comme il a été dit plus haut, est censée contenir «la législation organique» au sens de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 — confie au Roi le soin de fixer de telles normes et détermine les matières que ces normes doivent ou peuvent concerner.

Les notions de services M et N, autour desquelles s'articule l'ensemble de la proposition de décret, ont d'ailleurs été empruntées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 novembre 1964), pris en exécution dudit article 2 de la loi du 23 décembre 1963.

L'article 5, § 1^{er}, I, 1°, f) de la loi spéciale du 8 août 1980 apporte la confirmation formelle de ce que la fixation des normes d'agrégation pour les hôpitaux est restée de la compétence du pouvoir national. S'il est vrai que cette disposition renferme une restriction, en ce sens qu'elle n'attribue cette compétence à l'Etat que dans la mesure où il s'agit de normes pouvant avoir une répercussion sur les matières visées a), b), c), d) et e) du même article 5, § 1^{er}, I, 1°, il n'en demeure pas moins évident que des normes relatives au cadre et au statut du personnel, au nombre minimum de lits et à l'intégration dans un hôpital général auraient à tout le moins une répercussion sur le financement de l'exploitation (b) et sur les règles de base relatives à la programmation (d).

2.4 De même, il n'appartient par à une Communauté de charger son Exécutif de déterminer la répartition géographique des services M et N, puisqu'aux termes de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, d) de la loi spéciale du 8 août 1980, «les règles de base relatives à la programmation» sont restées de la compétence du pouvoir national.

Il ressort en effet des travaux parlementaires concernant cette disposition que, par «règles de base relatives à la programmation», il faut entendre les critères mathématiques de programmation établis en application de l'article 6 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (Doc. Sénat n° 434/2, 1979-1980, p. 122). Or, cet article 6 dispose que le Roi fixe les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes espèces d'hôpitaux, de services hospitaliers et de groupements hospitaliers, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités (§ 1^{er}) et que ces critères sont des règles forfaitaires mathématiques destinées à mesurer les besoins, compte tenu notamment de ... la répartition géographique (§ 2).

2.5 Reste enfin à examiner la disposition selon laquelle le prix de la journée d'entretien ne serait pas payé au cas où un nouveau-né appartenant à l'une des catégories visées à l'article 4, § 1^{er}, de la proposition serait hospitalisé dans un service autre que le service N.

Cette disposition est, de par sa nature, si étroitement liée aux autres dispositions de la proposition concernant les services N qu'elle doit

bevoegdheid betreft om ze uit te vaardigen het lot van die andere bepalingen moet delen.

3. Wel zou, om enigszins aan de bekommernissen van de stellers van het voorstel tegemoet te komen, bij decreet bijvoorbeeld aan de ziekenhuisdiensten de verplichting kunnen worden opgelegd om, bij de geboorte van een kind dat speciale zorgen vergt, de ouders daarvan te verwittigen en hun op het bestaan van de met dat doel opgerichte N-diensten te wijzen. Ook zouden er misschien regelingen kunnen worden getroffen om een snelle overbrenging van dergelijke pasgeborenen naar een N-dienst in de hand te werken, voor de gevallen waarin de ouders daartoe beslissen.

De regelingen die in het voorstel zijn opgenomen daarentegen, behoren alle, om de redenen die hiervoren werden uiteengezet, tot de uitsluitende bevoegdheid van het Rijk.

De verenigde kamers waren samengesteld uit:

De heren: P. Vermeulen, voorzitter,
H. Rousseau, J. Ligot, kamervoorzitters,
Ch. Huberlant, J. Nimmegeers, W. Deroover, staatsraden,
F. Rigaux, J. Gijssels, F. Delperee, J. Herbots, assessoren van de afdeling wetgeving.
Mevrouwen: R. Deroy, F. Lievens, griffiers.

De verslagen werden uitgebracht door de heren E. Haesbrouck en Y. Kreins, *adjunct-auditeurs*.

De Griffier,

R. DEROY

De Voorzitter

P. VERMEULEN

partager le sort de ces autres dispositions en ce qui concerne la compétence pour la prendre.

3. Toutefois, pour répondre tant soit peu aux préoccupations des auteurs de la proposition, l'on pourrait par exemple, par décret, obliger les services hospitaliers à prévenir les parents du fait que leur enfant nouveau-né nécessite des soins spéciaux et à leur signaler l'existence des services N créés aux fins de dispenser ces soins. Des dispositions pourraient également être prises en vue de faciliter le transfert de ces nouveau-nés dans un service N, dans les cas où les parents décident de ce transfert.

Les dispositions de la proposition relèvent toutes, en revanche, de la compétence exclusive de l'Etat pour les raisons exposées ci-avant.

Les chambres réunies étaient composées de:

Messieurs: P. Vermeulen, président,
H. Rousseau, J. Ligot, présidents de chambre,
Ch. Huberlant, J. Nimmegeers, W. Deroover, conseillers d'Etat,
F. Rigaux, J. Gijssels, F. Delperee, J. Herbots, assesseurs de la section de législation.
Mmes: R. Deroy, F. Lievens, greffiers.

Les rapports ont été présentés par MM. E. Haesbrouck et Y. Kreins, *auditeurs adjoints*.

Le Greffier,

R. DEROY

Le Président,

P. VERMEULEN