

## OFFICIËLE BERICHTEN

## AVIS OFFICIELS

## MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID

**Protocol tussen de Nationale Regering en de Gemeenschapsexecutieven  
met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid**

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Staat en de 3 Gemeenschappen van het land op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Overwegende dat het geboden is, met respect voor ieders bevoegdheid en verantwoordelijkheid, tot een zo groot mogelijke coherentie te komen inzake het gezondheidsbeleid dat wordt gevoerd op het landelijke vlak, binnen iedere Gemeenschap, en t.a.v. de zgn. bicommunautaire instellingen in het tweetalig gebied van Brussel-Hoofdstad;

Overwegende dat met het oog op de totstandkoming van deze coherentie het initiatief werd genomen tot een gezamenlijk overleg tussen de Staat en de Gemeenschappen;

Tijdens dit overleg werd overeengekomen tussen de Staat en de Gemeenschappen onderhavig protocolakkoord af te sluiten. Dit akkoord bevat enerzijds de gemeenschappelijke doelstellingen van het te voeren beleid en anderzijds de maatregelen die ter verwezenlijking van deze doelstellingen door de respectievelijke partijen, binnen hun eigen bevoegdheid, zullen worden genomen.

1. Doelstellingen voor het gezondheidsbeleid.

1.1. Beddenreductie en kwaliteitsverbetering.

1.1.1. Sinds het moratorium aan bedden in de algemene ziekenhuizen per 1 juli 1982 werd ingevoerd, kwam er een einde aan de sinds jaren ongebreidelde groei van het aantal ziekenhuisbedden.

Het moratorium gaf zelfs een aanzet tot een vermindering van het aantal bedden.

Daar waar het aantal bedden in de algemene ziekenhuizen op 1 juli 1982 het cijfer van 69 855 had bereikt, werd dit met name teruggedrongen tot 68 779 bedden op 1 januari 1985; hetzij een vermindering van 1 076 bedden in algemene ziekenhuizen. Op basis van de gegevens die over het jaar 1985 bekend zijn blijkt dat deze trend zich verderzet.

1.1.2. Ondanks deze nieuwe evolutie, moet toch worden vastgesteld dat ten aanzien van de programmatiecriteria, er een belangrijk overtal aan bedden blijft bestaan. Deze overcapaciteit bestaat zowel voor het Rijk, als voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, alsmede voor het hoofdstedelijk gebied van Brussel.

Zo zijn er voor het Rijk, in de algemene ziekenhuizen, 68 779 bedden tegenover 57 557 voorziene bedden. In Vlaanderen zijn er 37 882 bedden tegenover 32 876 bedden, in Brussel 9 293 bedden tegenover 5 866, en in Wallonië 21 604 bedden tegenover 18 806.

Hierbij dient evenwel opgemerkt dat er in de Duitse Gemeenschap geen overcapaciteit aan ziekenhuisbedden bestaat.

1.1.3. Uit hetgeen voorafgaat moge blijken dat de criteria zoals ze destijds werden vastgesteld, globaal genomen, gevoelig werden overschreden. Dit heeft tot gevolg dat de beschikbare middelen over een te groot aantal bedden moeten worden verspreid. In een tijd waar de voorhanden zijnde middelen steeds maar schaarser worden dringt zich hoe langer hoe meer de vraag op naar beddenreductie.

Deze beddenreductie is overigens noodzakelijk om de kwaliteit van de geboden verzorging te handhaven en deze zo mogelijk zelfs te verbeteren.

De beddenreductie moet het ten andere ook mogelijk maken meer aangepaste alternatieve verzorgingsmogelijkheden op te zetten.

1.2. Aanpassing van de verzorgingsinfrastructuur tengevolge van de demografische wijzigingen.

1.2.1. Naast de problematiek van de overcapaciteit aan bedden in ziekenhuizen stelt zich ook het probleem van de aanpassing van onze verzorgingsinfrastructuur, ingevolge o.m. de veroudering van de bevolking.

Volgens de jongste bevolkingsprognose zal het aantal bejaarden van 65 jaar en ouder t.o.v. de ganse bevolking tussen 1986 en het jaar 2025 nog toenemen van 14,3 % naar 19,6 %.

Belangrijk hierbij is de toename van het aantal hoogbejaarden van 85 jaar en ouder. Deze bevolkingsgroep vertoont met name een complexe gezondheidsproblematiek.

1.2.2. In het licht van deze demografische wijzigingen is het noodzakelijk onze gezondheidsinfrastructuur aan te passen.

In de voorbije jaren werd daarom een aanvang gemaakt met de oprichting van meer aangepaste ziekenhuisdiensten voor de kortstondige opvang van acuut zieke bejaarden. In deze zgn. geriatriediensten (G), die onder de leiding staan van een geneesheer-internist, wordt een intensieve verzorging geboden om het invaliderend karakter van bepaalde aandoeningen te voorkomen en de terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu mogelijk te maken.

Tot voor kort bestonden nagenoeg geen voorzieningen voor de residentiële opvang van verzorgingsbehoevende bejaarden die geen continu specialistisch toezicht vergen. Nochtans bestaat, mede door de veroudering van de bevolking, een grote nood aan dit soort van voorzieningen. De wettelijke basis voor deze zgn. rust- en verzorgingstehuizen werd eind 1982 tot stand gebracht.

De oprichting van deze tehuizen werd financieel mogelijk gemaakt dank zij de niet-ingebruikneming of de sluiting of reconversie van ziekenhuisdiensten.

Tot op heden konden aldus zo'n 4 000-tal verzorgingsbedden worden gecreëerd.

- 1.2.3. De veroudering van de bevolking die in het vooruitzicht wordt gesteld vergt dat de inspanningen worden verder gezet om onze verzorgingsinfrastructuur aan te passen.  
Zo zal de programmatie van de G-diensten moeten worden gerealiseerd er over wakend dat het concept van de dienst gerespecteerd blijft.  
Tevens zal verder werk moeten worden gemaakt van de oprichting van rust- en verzorgingstehuizen om de terzake bestaande behoeften te kunnen dekken.

1.3. Toepassing van de nieuwe medische technologie.

De jongste jaren werden in de gezondheidszorg tal van nieuwe medische technieken geïntroduceerd. Het betreft zowel diagnostische als therapeutische mogelijkheden.

De nieuwe medische technieken zijn vaak veel doeltreffender dan de klassiek gebruikte methoden. De kostprijs van deze medische apparatuur loopt echter dikwijls hoog op, en dit zowel voor de investering als voor de exploitatie. De nieuwe medische technieken kunnen echter ook kostenbesparend zijn indien hierdoor verouderde technieken kunnen worden vermeden en de hospitalisatie kan worden ingekort of voorkomen.

Het gebruik van de nieuwe technologie moet dan ook worden gestimuleerd, met dien verstande evenwel dat dit binnen de perken van de financiële mogelijkheden moet gebeuren en op voorwaarde dat de apparatuur in kwalitatief goede omstandigheden wordt gehanteerd.

2. Institutioneel kader.

2.1. Ingevolge de grondwetsherziening van 1980 en de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen werden de bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid als volgt opgedeeld tussen de Nationale Staat en de Gemeenschappen :

— inzake de programmatie bepaalt de Staat de basisregelen, meer in het bijzonder de programmatiecriteria; de Gemeenschappen bepalen de prioriteiten bij de toepassing en nemen de individuele programmatiebeslissingen;

— inzake de erkenning bepaalt de Staat de organieke basisnormen; de Gemeenschappen bepalen de overige normen en zijn bevoegd voor het toestaan en intrekken van de erkenning;

— inzake de financiering van de werking van de ziekenhuizen is de Staat bevoegd; ook de Z.I.V. is de uitsluitende bevoegdheid van de Staat.

Volgens dit schema bepaalt de Staat het algemeen kader; wat binnen dit kader door de Gemeenschappen wordt toegestaan komt qua werking in aanmerking voor financiering op het niveau van de Staat (begroting Volksgezondheid, begroting R.I.Z.I.V.).

2.2. Om de sub 1. beschreven doelstellingen binnen de bestaande staatsstructuur te kunnen realiseren is een nauwe samenwerking tussen de Staat en de Gemeenschappen noodzakelijk.

Voor de Staat dringen zich verschillende maatregelen op om deze doelstellingen te realiseren en het budgetaire evenwicht van de begrotingen van Volksgezondheid en van het R.I.Z.I.V. te bereiken. De nationaal bevoegde minister moet deze maatregelen kunnen treffen. Daartegenover staat dat ingevolge de staatsvorming individuele beslissingen inzake bouw, erkenning, sluiting en toewijzingen voor uitrustingen tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren.

3. Principiële uitgangspunten voor de te nemen maatregelen.

Er bestaat overeenstemming tussen de Staat en de Gemeenschappen nopens de 3 objectieven die onder punt 1 worden uiteengezet.

3.1. Het aantal ziekenhuisbedden moet worden verminderd en de kwaliteit van de geboden verzorging moet kunnen worden verbeterd.

3.2. De uitbouw van alternatieve verzorgingsmogelijkheden moet worden verdergezet om de behoeften, die vnl. in gevolge de veroudering van de bevolking ontstaan, te kunnen dekken.

3.3. De nieuwe technologie dient te worden toegepast binnen de perken van de financiële mogelijkheden, en in kwalitatief goede omstandigheden.

Hieronder worden voor de 3 gestelde objectieven de maatregelen opgesomd waaromtrent tussen de Staat en de Gemeenschappen een overeenstemming werd bereikt.

Hierbij weze opgemerkt dat deze objectieven in het verlengde liggen van het eerste protocolakkoord dat op 22 juli 1982 tussen de Staat en de Gemeenschappen werd afgesloten. De beginselen die in dit akkoord vervat liggen vormen dan ook nog steeds de hoeksteen voor het toekomstig beleid en zullen derhalve door de respectievelijke partijen geëerbiedigd blijven.

4. Beheersing en vermindering van het aantal bedden.

Er bestaat overeenstemming omtrent verschillende maatregelen die het toekomstige en bestaande aanbod aan ziekenhuisbedden beter moeten beheersen. Deze maatregelen vormen het verlengde van het protocolakkoord en van het K.B. nr. 60 van 22 juli 1982 waardoor de toename van het aantal bedden werd tegengehouden.

Nieuwe bedden kunnen hierdoor slechts worden ingebruikgenomen mits sluiting van minstens eenzelfde aantal bedden. Parallel hiermee werd voorzien in een systeem van schadeloosstelling voor de niet-ingebruikname en de sluiting van ziekenhuisbedden.

4.1. Om naar de toekomst toe het aanbod beter in de hand te houden zullen door de Gemeenschappen de hierna volgende maatregelen, genomen in uitvoering van het K.B. nr. 407 van 18 april 1986, worden toegepast.

4.1.1. Om het aantal programmatiebeslissingen inzake de bouw, de uitbreiding, de verbouwing of de reconversie van ziekenhuizen beter te beheersen, zullen deze, als algemene basisregel, in de tijd worden beperkt. Dit moet meteen ook toelaten de programmatiebeslissingen die niet tot uitvoering werden gebracht, te herzien in functie van de behoeften zoals deze met de tijd evolueren.

Om duidelijker het onderscheid te maken tussen de programmatiebeslissingen en het principiële akkoord (d.i. een notie uit de subsidiëringsreglementering), wordt de programmatiebeslissing, voortaan de « vergunning » genoemd.

- 4.1.2. Om de verbouwingswerken waarmee geen verhoging van het aantal bedden gepaard gaat, beter in de hand te houden zal ook voor deze werken voortaan een programmatievergunning moeten worden bekomen. Aldus kan door de Gemeenschappen worden onderzocht of deze werken al of niet in het programma passen. Deze maatregel zal niet alleen leiden tot een betere beheersing van de uitgaven, maar zal ook bijdragen tot een meer efficiënte beddenbeheersing, en zo mogelijk zelfs tot vermindering van overtallige bedden.
- Bij koninklijk besluit, genomen na overleg met de Gemeenschappen, zullen algemeen geldende uitzonderingen worden bepaald om kleine verbouwingswerken, met een beperkte financiële weerslag, zonder vergunning, mogelijk te maken. Deze uitzonderingen zullen evenwel precies worden omschreven.
- 4.1.3. Ingevolge het moratorium aan ziekenhuisbedden gebeurt het dat onderbezette ziekenhuisbedden worden gesloten om nieuwe ziekenhuisbedden in gebruik te nemen, die bovendien vaak een hogere kostprijs hebben dan de gedesaffekteerde bedden. Dit kan worden voorkomen door toepassing te maken van artikel 21bis, § 3, van de ziekenhuiswet. In het kader van deze bepaling wordt overeengekomen de ingebruikneming van ziekenhuisbedden door desaffectatie van M-, N- en E-bedden principieel te verbieden. De uitbreiding van dit soort van maatregel naar andersoortige ziekenhuisdiensten zal steeds in onderling overleg met de Gemeenschappen worden beslist.
- 4.2. Naast de sub 4.1. bedoelde maatregelen moeten ook maatregelen worden genomen om het aantal ziekenhuisbedden te reduceren.
- 4.2.1. Tussen de Staat en de Gemeenschappen bestaat er overeenstemming om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen tot op het niveau van de programmatiecriteria.
- 4.2.2. De criteria zoals deze thans gelden kwamen tot stand na advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. De adviezen van deze Commissie hadden evenwel een voorlopig karakter wegens gemis aan voldoende gegevens. Daarom zal een wetenschappelijk onderzoek worden opgezet om de vigerende programmatiecriteria te evalueren. De Gemeenschappen zullen op de hoogte worden gebracht van de omschrijving van de opdracht inzake de evaluatie van de programmatiecriteria.
- Deze studie moet uiterlijk tegen 31 december 1986 voltooid zijn ten einde toe te laten tijdig de passende maatregelen te treffen.
- 4.2.3. De beddenreductie kan worden doorgevoerd op basis van artikel 21 van de ziekenhuiswet. Deze bepaling laat met name de Koning toe de regelen en de modaliteiten te bepalen voor de afschaffing van « overtallige bedden ».
- Met het oog op de realisering van het sub 4.2.1. gestelde objectief werd deze bepaling door het voormelde K.B. nr. 407 gepreciseerd. Met name wordt de notie « overtallige bedden » omschreven als wat overtalig is ten opzichte van de programmatiecriteria.
- 4.3. In overleg met de Gemeenschappen zullen een reeks van stimulerende maatregelen worden getroffen om de vrijwillige reductie van het aantal ziekenhuisbedden zoveel mogelijk aan te moedigen.
- 4.4. Ziekenhuisdiensten moeten kunnen worden afgeschaft indien deze kwalitatief niet goed functioneren.
- In de ziekenhuiswet werd daarom door het K.B. nr. 407 expliciet in de mogelijkheid voorzien de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten afhankelijk te maken van een reeks van kwaliteitsvereisten.
- Uitgaande van dit principe bestaat er overeenstemming omtrent het onderzoek naar de volgende erkenningsvoorwaarden :
- 4.4.1. Het goed functioneren van een ziekenhuis kan afhangen van de wijze waarop het gestructureerd is. Het zou dan ook wenselijk kunnen zijn te bepalen over welk soort of soorten van ziekenhuisdiensten een ziekenhuis moet beschikken om te worden erkend.
- 4.4.2. Om in kwalitatief goede voorwaarden te kunnen functioneren zou het ook raadzaam kunnen zijn dat een ziekenhuis over een minimum aantal bedden beschikt. Daarom moet worden nagegaan welke minimum-capaciteit er gebeurlijk per ziekenhuis dient te worden vastgesteld rekening houdend ondermeer met de aard van de activiteiten van de ziekenhuizen, alsmede eventueel met de bijzondere localisatie ervan.
- 4.4.3. Zo ook zou het geboden kunnen zijn dat een ziekenhuisdienst over een minimum aantal bedden beschikt om in kwalitatief verantwoorde omstandigheden te functioneren.
- Er moet dan ook worden onderzocht welke gebeurlijk de minimum-capaciteit per dienst dient te zijn.
- Deze minimum-capaciteit, zou kunnen worden gedifferentieerd naargelang het soort van diensten.
- 4.4.4. Ten slotte dient te worden onderzocht of een ziekenhuisdienst naast een minimale bedcapaciteit, ook een bepaald activiteitsniveau moet hebben.
- Het activiteitsniveau wordt beschouwd als de noodzakelijke kritische massa om kwalitatief goed te functioneren. Dit kan zich uitdrukken bvb. in gemiddelde bezettingsgraad, gemiddelde ligduur, de aard en het aantal van de verstrekte zorgen, zoals aantal bevallingen voor een M-dienst, aantal neurochirurgische ingrepen voor een neurochirurgiedienst enz.
- In de ziekenhuiswet werd de juridische basis gelegd om het activiteitsniveau per dienst te kunnen bepalen.
- In uitvoering van het vooropgestelde activiteitsniveau zal gebeurlijk het aantal erkende bedden worden aangepast ten einde een meer optimale werking te verzekeren.
- Met de Gemeenschappen zal overleg worden gepleegd over de uitvoeringsbesluiten waarin de hierboven bedoelde bijkomende erkenningsvoorwaarden worden vastgesteld.
- Met het oog op het verzekeren van de goede kwalitatieve werking der ziekenhuizen zullen de Gemeenschappen nauwlettend toezien op de strikte naleving van de erkenningsnormen der ziekenhuizen.

- 4.5. Beddenreductie kan ook worden gerealiseerd door samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen te stimuleren. Daarom werd, door het K.B. nr. 407, in de ziekenhuiswet, meer bepaald in de bepalingen die verband houden resp. met de erkenning, de programmering en de financiering, de notie « ziekenhuisgroepering » ingevoerd. De ziekenhuisgroepering moet worden omschreven als een formele juridische verbintenis tussen twee of meerdere ziekenhuizen die zich er met name toe engageren om samen te werken. Deze samenwerking kan er toe leiden dat ziekenhuizen beter op elkaar afgestemd geraken en door taakverdeling een rationalisatie van hun beddenbestand doorvoeren. Naast de introductie van het begrip ziekenhuisgroepering, werd in de wet ook de basis voorzien om het vormen van groeperingen aan te moedigen.
- 4.6. Er is overeenstemming om de bedreductie door te voeren in verhouding tot de programmatorische overcapaciteit die wordt vastgesteld respectievelijk in de Vlaamse Gemeenschap, in de Franse Gemeenschap en in het tweetalig gebied Brussel-hoofdstad voor de zgn. bicommunautaire ziekenhuizen.
- De verwezenlijking van het globaal objectief van beddenreductie dient in zijn toepassing te worden gemodaliseerd, rekening houdend met de specifieke toestanden in de onderscheiden gebieden en ziekenhuisregio's. Er zal worden over gewaakt dat over alle basisdiensten kan worden beschikt om de vereiste gezondheidszorg te kunnen verlenen.
- 4.7. De sluiting van ziekenhuisdiensten moet gepaard gaan met passende begeleidingsmaatregelen. Over de praktische uitvoering hiervan zal met de Gemeenschappen overleg worden gepleegd.
- 4.7.1. Eén van deze maatregelen behelst de toekenning van een schadeloosstelling. Dit is thans reeds mogelijk door het koninklijk besluit van 20 juni 1983. Er bestaat overeenstemming om het stelsel van de schadeloosstelling, op basis van de praktische ervaringen die sinds bijna drie jaren werden opgedaan, te evalueren en zo nodig bij te sturen opdat het een efficiënt instrument zou zijn voor beddenvermindering.
- In het licht hiervan wordt door de Staat en de Gemeenschappen overeengekomen om de procedure voor de toekenning van de schadeloosstelling sterk in te korten. Met name zal het voormelde besluit worden gewijzigd ten einde de behandeling van de dossiers, met inbegrip van de uitbetaling van de schadeloosstelling, door de Nationale Staat te laten geschieden.
- De aanvraag tot schadeloosstelling zal door bemiddeling van de Gemeenschap aan de Nationale overheid worden overgemaakt, met voorlegging van een attest van de Gemeenschap waaruit blijkt dat deze akkoord gaat met de sluiting en/of reconversie.
- 4.7.2. Zoals onder punt 1 werd uiteengezet moeten uit de beddenreductie middelen worden vrijgemaakt om de kwaliteit van de zorgenverstrekking te verbeteren. Hierdoor zal tevens een gedeelte van het personeel dat ingevolge de sluiting normaliter zou worden ontslagen, in dienst kunnen worden gehouden. In het kader hiervan zal er bovendien worden naar gestreefd om het deeltijds werk te bevorderen ten einde de tewerkstelling zoveel mogelijk te handhaven. Aldus zal het sluitingsproces op een meer soepele wijze verlopen. Om dit te realiseren werd, door het K.B. nr. 407, in de ziekenhuiswet het principe ingeschreven dat ziekenhuizen die overgaan tot een beddenreductie door een interne herstructurering of door het vormen van een ziekenhuisgroepering of fusie, in hun budget een bijkomend bedrag kunnen krijgen om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren.
5. Alternatieve verzorgingsvormen.
- De beleidsverantwoordelijken van de Staat en van de Gemeenschappen zijn zich bewust van de noodzaak om andere verzorgingsvormen te stimuleren: enerzijds omdat ze een volwaardig verzorgingsalternatief kunnen bieden en anderzijds omdat ze minder duur uitvallen dan de hospitalisatie. De ontwikkeling van deze alternatieve verzorgingsvormen moet tevens leiden tot een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.
- 5.1. In het kader van het protocolakkoord van 22 juli 1982 werd reeds beoogd uitvoering te geven aan artikel 5 van de wet van 27 juni 1978.
- Inmiddels werden de nodige uitvoeringsmaatregelen getroffen waardoor tot op heden zo'n 4 000 verzorgingsbedden konden tot stand komen.
- 5.1.1. Er bestaat overeenstemming om het aantal verzorgingsbedden op te drijven om aldus aan de verzorgingsbehoeften, die ingevolge de veroudering van de bevolking ontstaan, tegemoet te kunnen komen. Daartoe zullen de nodige middelen moeten worden vrijgemaakt. Deze zullen moeten worden gevonden door een vermindering van de middelen in de ziekenhuissector.
- 5.1.2. Bij de toewijzing van de verzorgingsbedden zal er door de Gemeenschappen worden over gewaakt, dat:
- de verzorgingsbedden evenwichtig worden gespreid;
  - de verzorgingsbedden in erkende rustoorden worden toegestaan.  
Ook rustoorden die geen binding met een ziekenhuis hebben moeten de kans krijgen voor hun verzorgingsbehoevende bejaarden over verzorgingsbedden te beschikken;
  - de verzorgingsbedden die ontstaan door de desaffectie van ziekenhuisbedden, globaal genomen, billijk worden verdeeld tussen de verschillende soorten van inrichtende machten.
- 5.1.3. Ten einde de sub 5.1.2. gestelde objectieven te realiseren zal, per Gemeenschap, een gedeelte van de toe te wijzen verzorgingsbedden in een pool worden ondergebracht. Deze bedden zullen door de bevoegde Gemeenschapsminister worden toegewezen.
- 5.1.4. Ten einde de ziekenhuizen vrijwillig tot beddenvermindering aan te zetten zullen de, op het ogenblik van de ondertekening van dit protocol, bestaande equivalentieregels met betrekking tot de oprichting van verzorgingstehuizen ingevolge de desaffectatie van acute ziekenhuisbedden, worden herzien.
- 5.1.5. Overeenkomstig het protocolakkoord van 22 juli 1982 werden een reeks van besluiten getroffen om V-diensten die niet de rol van ziekenhuisdienst vervullen er toe aan te zetten zich naar rust- en verzorgingstehuis te reconverteren.
- Er bestaat overeenstemming om dit reconversieproces verder te stimuleren en te versnellen.
- Er wordt tevens overeengekomen om op nationaal vlak, in samenwerking met de Gemeenschappen, een evaluatie te maken van de V-diensten die zich niet omschakelen. Uit deze evaluatie zal blijken of er in de toekomst behoefte blijft bestaan aan een V-dienst. Zo ja, moet worden uitgemaakt volgens welk concept en voor welke behoefte. In het kader van het hierboven geschetste objectief zullen de V-diensten die zich niet omschakelen, tijdens een in acht te nemen observatieperiode worden doorgelicht aan de hand van een registratiesysteem.

De evaluatieperiode zal lopen over een periode van 12 maanden. Tijdens deze periode zullen een reeks van gegevens worden geregistreerd respectievelijk bij de opname van de patiënten, na verloop van ieder trimester en bij het ontslag van de patiënten. De geregistreerde gegevens zullen worden beoordeeld door een stuurgroep bestaande uit geneesheren van verzekeringsinstellingen, van de inrichtende machten van de V-diensten, gerieters van academisch niveau, alsmede geneesheren van de inspectiediensten der Gemeenschappen en van het Departement van Volksgezondheid.

Deze stuurgroep zal op basis van de geregistreerde anonieme gegevens een evaluatierapport opstellen waarin een antwoord zal worden geboden op de hierboven gestelde vragen in verband met het concept van de V-dienst en de behoefte aan dit soort van diensten.

- 5.1.6. Er bestaat overeenstemming om parallel met de oprichting van de rust- en verzorgingstehuizen de programmatie van de G-diensten te realiseren.

Hierbij zal er over gewaakt worden dat deze diensten effectief de rol van geriatriedienst vervullen.

- 5.2. Er is overeenstemming om de thuisverzorging aan te moedigen.

De beddenreductie moet het mogelijk maken de nodige financiële middelen te vinden om de thuisverzorging aan te moedigen.

Deze vorm van verzorging moet met name verder ontwikkeld worden mede ingevolge de veroudering van de bevolking.

De bedoeling is nl. de hospitalisatie zoveel mogelijk te voorkomen of in te korten door een goed werkende thuisverzorging.

Te dien einde verbindt de Staat er zich toe, binnen de financiële mogelijkheden, progressief uitvoering te geven aan de bepaling in de ZIV-wet, ingevoegd door de wet van 1 augustus 1985, die toelaat aan patiënten die zich onder bepaalde voorwaarden thuis laten verzorgen, een forfaitaire vergoeding per dag toe te kennen.

Hierbij zal prioriteit worden gegeven aan de meest verzorgingsbehoevendenden die over de nodige bijstand moeten kunnen beschikken om zich in het thuismilieu te handhaven.

Een bijzondere aandacht zal worden besteed aan een betere coördinatie van de zorgverlening doch met respect voor de vrije keuze van zorgenverstrekker.

Tussen de Staat en de Gemeenschappen zal nader overleg worden gepleegd over de wijze waarop, met respect voor ieders bevoegdheid, een coherent beleid op het vlak van de thuisgezondheidszorg kan worden gevoerd. In het kader hiervan zullen de problemen worden bestudeerd inzake de coördinatie van de thuisgezondheidszorg en de financiering van deze coördinatie.

6. Er bestaat eveneens overeenstemming om de partiële hospitalisatie te bevorderen.

Hierbij wordt onder meer gedacht aan de daghospitalisatie voor chirurgische ingrepen. De partiële hospitalisatie biedt tal van voordelen :

- bepaalde prestaties of ingrepen die traditioneel met een hospitalisatie gepaard gaan, kunnen even doeltreffend en even veilig zonder ziekenhuisverblijf worden uitgevoerd. Daardoor kunnen verpleegdagen worden uitgespaard en kunnen derhalve de kosten worden gedrukt;
- de patiënt kan sneller naar huis terugkeren. Voor hemzelf is de opname ook goedkoper dan bij een hospitalisatie van meerdere dagen;
- wachtlijsten kunnen desgevallend worden verminderd;
- de ziekenhuisbedden kunnen voorbehouden voor meer ernstige aandoeningen;
- de vermindering van ligdagen kan leiden tot een vermindering van het aantal bedden.

Op grond van voornoemde redenen moet de partiële hospitalisatie financieel worden gestimuleerd, met dien verstande dat zulks, globaal genomen, moet leiden tot een beddenvermindering.

Tevens dient er te worden over gewaakt dat deze vorm van hospitalisatie de behoeften dekt, en dat deze verricht wordt in kwalitatief goede omstandigheden.

7. Er wordt overeengekomen dat voor de psychiatrische ziekenhuizen het beleid inzake de vermindering van het aantal residuaire bedden zal worden verdergezet.

8. Er bestaat overeenstemming om voor de psychiatrische patiënten die het psychiatrisch ziekenhuis verlaten de mogelijkheid te bieden zich verder te laten verzorgen in het kader van het beschut wonen, voor zover deze verzorging door het psychiatrisch ziekenhuis wordt begeleid. Deze begeleiding kan mede tot stand komen door de diensten voor geestelijke gezondheidszorg alsmede door daartoe erkende centra.

8.1. Om deze vorm van verzorging te kunnen verzekeren werd daartoe door het K.B. nr. 407 in de ziekenhuiswet de nodige wettelijke basis voorzien. Met name moeten de bepalingen van de ziekenhuiswet tot het beschut wonen kunnen worden uitgebreid.

8.2. Zoals voor de ziekenhuizen, zal voortaan voor de oprichting van plaatsen voor beschut wonen een voorafgaandelijke vergunning worden vereist. Deze vergunning wordt afgeleverd door de daartoe bevoegde Gemeenschapsminister.

8.3. Gelet op de beperktheid der middelen enerzijds en op het bestaan van overtallige bedden in psychiatrische ziekenhuizen anderzijds, zal in globo aan de oprichting van plaatsen voor beschut wonen de voorwaarde worden verbonden van de afbouw van overtallige bedden in psychiatrische ziekenhuizen. Met name moeten de initiatieven van beschut wonen kunnen worden gefinancierd dank zij de middelen die vrijkomen uit de globale vermindering van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen.

Daartoe zal als algemene en nationale basisregel een zgn. equivalentie worden vastgesteld.

8.4. Het aantal plaatsen voor beschut wonen zal worden bepaald in functie van het aantal T-bedden (Vp inbegrepen) dat aktueel programmatorisch verantwoord is.

9. Toepassing van de nieuwe medische technologieën.

9.1. Er is overeenstemming om de programmatie van de zware medische apparatuur om te buigen naar een stelsel van zware medico-technische diensten.

De wettelijke basis daartoe werd gelegd door het K.B. nr. 284 van 31 maart 1984. Naar de toekomst toe zal dit besluit, voor de diverse zware medische apparatuur, tot uitvoering worden gebracht.

- 9.2. Een eerste toepassing hiervan zal worden gemaakt voor de transversale axiale tomograaf met ingebouwd telsysteem of de zgn. scanner.  
De programmatie van dit toestel zal worden omgebogen naar een kwalitatieve benadering. Met name is er overeenstemming om de installatie van een scanner in een dienst voor beeldvorming afhankelijk te maken van een reeks erkenningsvoorwaarden.  
De financiering door de ziekteverzekering zal slechts worden toegekend voor zover aan de dienst een erkenning werd verleend overeenkomstig de gestelde normen.  
Ten einde dubbele financiering voor de investeringskosten te vermijden zal de thans geldende subsidiëring à rato van 100 pct. van de investeringskost, worden afgeschaft.
- 9.3. Gelijkaardige toepassingen zullen worden gemaakt voor o.m. de hartradiologiediensten, de radiotherapiediensten en de dialysediensten.
10. De Gemeenschappen zullen, overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980, aan de nationale overheid, mededeling geven van alle beslissingen inzake de programmatie, de subsidiëring en de erkenning van de ziekenhuizen, alsmede van de toelatingen tot installatie van zware medische uitrusting. Zij zullen tevens mededeling doen van alle overtredingen die zij met betrekking tot de desbetreffende wetgeving vaststellen.
11. De Staat en de Gemeenschappen komen overeen om de adviezen van hun respectievelijke adviesorganen inzake de programmatie en de erkenning van voorzieningen van gezondheidszorg, aan elkaar uit te wisselen.
12. Inwerkingtreding van het protocol.
- 12.1. De maatregelen van dit protocol die geen wet of decreet of reglementaire beschikking vergen, treden in werking op het ogenblik van de ondertekening van dit protocol.
- 12.2. De overige maatregelen treden in werking op het ogenblik dat bedoelde wettelijke, decretale of reglementaire beschikkingen uitwerking hebben.
13. De maatregelen voorzien in onderhavig protocol zullen ook worden toegepast door de betrokken Nationale Ministers ten aanzien van de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft.

Brussel, 25 juli 1986.

J.-L. DEHAENE,  
Minister van Sociale Zaken  
en Institutionele Hervormingen.

J. GOL,  
Vice-Eerste Minister, Minister van Justitie  
en Institutionele Hervormingen.

J. LENSSENS,  
Gemeenschapsminister van  
Volksgezondheid en Leefmilieu.

A. BERTOUILLE,  
Minister van Gezondheid,  
Onderwijs en Middenstand  
van de Franse Gemeenschap  
van België.

J. MARAITE,  
Gemeenschapsminister  
voor Toerisme en Sport,  
Gezinsbeleid  
en Gezondheidsbeleid.

#### MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

##### Protocole entre le Gouvernement national et les Exécutifs communautaires relatif à la politique de santé à mener

Vu les compétences respectives de l'Etat et des trois Communautés en matière de politique de santé;

Considérant qu'il importe, dans le respect des attributions et responsabilités de chacun, de parvenir à une cohérence aussi forte que possible dans le domaine de la politique de santé menée à l'échelon national, au sein de chacune des Communautés, et à l'égard des institutions dites bicommunautaires sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale;

Considérant que l'initiative d'une concertation entre l'Etat et les Communautés a été prise pour réaliser cet objectif de cohérence;

Lors de cette concertation, l'Etat et les Communautés sont convenus de conclure le présent protocole d'accord. Celui-ci porte d'une part, sur les objectifs de la politique de santé envisagée et, d'autre part, sur les mesures que les parties respectives devront prendre dans la limite de leurs compétences propres pour réaliser ces objectifs.

#### 1. Objectifs de la politique de Santé.

##### 1.1. Réduction du nombre de lits et amélioration de la qualité.

1.1.1. Depuis l'instauration, le 1er juillet 1982, du moratoire des lits dans les hôpitaux généraux, la croissance effrénée du nombre de lits hospitaliers au cours des années précédentes a pris fin.

Le moratoire a même été à l'origine d'une diminution du nombre de lits.

Le nombre de lits dans les hôpitaux généraux, qui s'élevait à 69 855 au 1er juillet 1982, a été ramené à 68 779 le 1er janvier 1985, soit une diminution de 1 076 lits.

Les données connues pour 1985 montrent que cette tendance se poursuit.

1.1.2. Malgré cette nouvelle évolution, il faut néanmoins constater que, par rapport aux critères de programmation, le nombre de lits excédentaires demeure important.

Cette surcapacité concerne tant le Royaume que les Communautés française et flamande et le territoire de Bruxelles-Capitale.

Ainsi, pour le Royaume, les hôpitaux généraux totalisent 68 779 lits alors que 57 557 sont prévus. La Flandre en compte 37 882 pour 32 676 prévus, Bruxelles 9 293 lits pour 5 866 prévus, et la Wallonie 21 604 pour 18 806. A noter cependant l'absence de surcapacité en lits d'hôpitaux de la Communauté allemande.

1.1.3. Il ressort de ce qui précède que les critères fixés à l'époque ont globalement été largement dépassés.

Il s'ensuit que les moyens disponibles doivent être répartis entre un nombre trop élevé de lits. A une époque où les moyens disponibles ne cessent de s'amenuiser, réduire le nombre de lits s'impose de plus en plus.

Cette réduction est d'ailleurs nécessaire pour maintenir et améliorer si possible la qualité des soins.

Par la réduction du nombre de lits il devrait être possible de créer des formes alternatives de soins mieux adaptées.

o Adaptation de l'infrastructure de soins à la suite des modifications démographiques.

1.2.1. Au problème de la surcapacité en lits hospitaliers s'ajoute celui de l'adaptation de notre infrastructure de soins en raison notamment du vieillissement de la population.

Selon les estimations les plus récentes, le nombre de vieillards de plus de 65 ans passera entre 1986 et 2025 de 14,3 % à 19,6 % par rapport à la population totale.

Il convient de noter dans cette évolution l'augmentation très sensible du nombre de personnes très âgées, de 85 ans et plus. Ce groupe de personnes présente en effet des problèmes de santé très complexes.

1.2.2. Notre infrastructure de soins doit être adaptée aux besoins nouveaux résultant de ces modifications démographiques.

C'est pourquoi des services hospitaliers mieux adaptés à l'hospitalisation de courte durée des malades âgés aigus ont été créés ces dernières années. Ces services dits de gériatrie (G), dirigés par un médecin interniste, offrent des soins intensifs pour prévenir le caractère invalidant de certaines affections et permettre le retour, au domicile ou dans un milieu de substitution.

Jusqu'il y a peu, il n'y avait presque pas d'établissements pour accueillir des personnes âgées nécessitant des soins, mais dont l'état de santé n'exige pas de surveillance médicale spécialisée permanente. Pourtant le vieillissement de la population, notamment, rend de tels établissements absolument nécessaire. La base légale pour ces maisons dites de repos et de soins remonte à la fin 1982.

Il a été financièrement possible de les créer par la non-mise en service, la fermeture ou la conversion de services hospitaliers. Quelque 4 000 lits ont pu ainsi être ouverts.

1.2.3. Le vieillissement prévisible de la population exige de poursuivre cette politique en vue d'adapter notre infrastructure de soins.

Ainsi les services G devront être programmés dans le respect du concept du service. Il faudra également poursuivre la création de maisons de repos et de soins en vue de répondre aux besoins existants.

1.3. Application des nouvelles technologies médicales.

Ces dernières années, d'innombrables techniques médicales nouvelles ont été introduites dans les soins de santé.

Il s'agit de potentialités tant diagnostiques que thérapeutiques.

Les nouvelles techniques médicales sont fréquemment d'une efficacité nettement supérieure aux méthodes classiques. Mais le coût de l'appareillage médical en termes d'investissement et d'exploitation est souvent beaucoup plus élevé. Ces nouvelles techniques médicales peuvent toutefois être source d'économie si leur application évite l'utilisation de techniques dépassées et si l'hospitalisation peut être abrégée ou prévenue.

Le recours aux technologies nouvelles doit dès lors être stimulé, à condition cependant que cet encouragement s'inscrive dans les limites des possibilités financières et que l'appareillage soit utilisé dans les circonstances quantitativement définies.

2. Cadre institutionnel.

2.1. La révision de la Constitution de 1980 et la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles ont réparti les compétences en matière de politique de santé entre l'Etat et les Communautés :

— en matière de programmation, l'Etat établit les règles de base et plus particulièrement les critères de programmation; les Communautés arrêtent les priorités lors de l'application et prennent les décisions individuelles de programmation;

— en matière d'agrément, l'Etat fixe les normes organiques de base; les Communautés établissent les autres et sont compétentes quant à l'octroi et au retrait de l'agrément;

— en matière de financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux, la compétence appartient à l'Etat; l'A.M.I. ressortit également à la compétence exclusive de l'Etat.

Selon ce schéma, l'Etat arrête le cadre général; ce que les Communautés accordent dans les limites de ce cadre entre en considération pour le financement par l'Etat, en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement (budget Santé publique et budget I.N.A.M.I.).

2.1. Pour pouvoir réaliser les objectifs décrits sub 1 dans la structure actuelle de l'Etat une collaboration étroite est nécessaire entre ce dernier et les Communautés.

Plusieurs mesures s'imposent à l'Etat pour réaliser ces objectifs et atteindre ainsi l'équilibre financier des budgets de la Santé publique et de l'I.N.A.M.I.

Le Ministre compétent au niveau national doit pouvoir prendre ces mesures. Par contre, en vertu de la réforme de l'Etat, les décisions individuelles en matière de construction, d'agrément, de fermeture et d'affectation des équipements sont du ressort des Communautés.

3. Principes de base des mesures à prendre.

Il y a consensus entre l'Etat et les Communautés sur les 3 objectifs explicités au point 1.

3.1. Le nombre de lits d'hôpitaux doit être réduit et la qualité des soins dispensés doit être améliorée.

3.2. Le développement des formes alternatives de soins doit être poursuivi en vue de couvrir les besoins issus notamment du vieillissement de la population.

3.3. Les technologies nouvelles doivent être appliquées dans les limites des possibilités financières et dans des circonstances qualitativement favorables.

Pour les 3 objectifs fixés, un consensus s'est dégagé entre l'Etat et les Communautés sur les mesures à prendre. Ceux-ci sont énumérées ci-après.

A noter, à cet égard, que ces objectifs prolongent le protocole d'accord conclu le 22 juillet 1982 entre l'Etat et les Communautés. Les principes fixés dans cet accord constituent dès lors la pierre angulaire de la politique future. Ils devront, par conséquent, être toujours respectés par les parties respectives.

4. Maîtrise et réduction du nombre de lits.

Un consensus s'est dégagé au sujet des diverses mesures en vue d'une maîtrise de l'offre actuelle et future de lits hospitaliers. Ces mesures s'inscrivent dans le prolongement de l'accord du protocole et de l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982 qui met un arrêt à la croissance du nombre de lits et en vertu duquel de nouveaux lits ne peuvent être mis en service que moyennant fermeture d'un nombre au moins égal de lits.

Parallèlement à cette mesure un système de dédommagement pour la non-mise en service et la fermeture de lits d'hôpitaux a été prévu.

- 4.1. En vue d'assurer à l'avenir une meilleure maîtrise de l'offre, les mesures suivantes, prises en exécution de l'A.R. n° 407 du 18 avril 1986, seront appliquées par les Communautés.
- 4.1.1. Afin de mieux maîtriser le nombre de décisions de programmation en matière de construction, d'extension, de transformation ou de reconversion d'hôpitaux, ces décisions seront, dans le cadre de la réglementation de base sur la programmation, limitées dans le temps.  
Ceci doit permettre de revoir les décisions de programmation non exécutées, en fonction de l'évolution des besoins dans le temps.  
Pour mieux distinguer la décision de programmation de l'accord de principe (une notion issue de la réglementation sur l'octroi de subventions), la décision de programmation s'appellera dorénavant « autorisation ».
- 4.1.2. Pour mieux contrôler les travaux de transformation qui ne s'accompagnent pas d'une augmentation de lits, il faudra dorénavant obtenir aussi une autorisation de la programmation afin de permettre aux Communautés d'examiner s'ils s'inscrivent ou non dans le programme. Cette mesure contribuera non seulement à un meilleur contrôle des dépenses mais aussi à un contrôle plus efficace du nombre de lits et amènera le cas échéant une réduction du nombre de lits excédentaires.  
Un arrêté royal, concerté avec les Communautés, fixera les exceptions générales en vue de permettre sans autorisation des travaux de reconditionnement peu importants ayant une répercussion financière limitée.  
Ces exceptions seront cependant précisées.
- 4.1.3. Par suite du moratoire sur les lits d'hôpitaux, il arrive que des lits sous-occupés soient fermés pour mettre en exploitation de nouveaux lits d'hôpitaux dont le coût est souvent supérieur à celui des lits désaffectés. Cette situation peut être évitée en appliquant l'article 21 bis, § 3, de la loi sur les hôpitaux. Dans le cadre de cette disposition il est convenu d'interdire en principe la mise en exploitation de lits d'hôpitaux par désaffectation de lits N, M et E.  
L'extension de ce type de mesure à d'autres types de services hospitaliers se fera en concertation avec les Communautés.
- 4.2. Outre les mesures visées au 4.1., des mesures doivent également être prises en vue de réduire le nombre de lits d'hôpitaux.
- 4.2.1. L'Etat et les Communautés ont convenu de réduire le nombre de lits au niveau des critères de programmation.
- 4.2.2. Les critères dans leur version actuelle, ont été fixés après avis de la Commission nationale de programmation hospitalière. Les avis de cette Commission n'avaient toutefois qu'un caractère provisoire, faute de données suffisantes.  
Il sera procédé à une évaluation scientifique des critères de programmation actuels. Les Communautés seront informées de la définition de la mission quant à l'évaluation des critères de programmation. Cette étude devra être achevée au plus tard le 31 décembre 1986 afin que les mesures appropriées puissent être prises à temps.
- 4.2.3. La réduction du nombre de lits peut être réalisée sur la base de l'article 21 de la loi sur les hôpitaux. Cette disposition permet notamment au Roi de fixer les règles et les modalités de suppression de lits excédentaires. Cette disposition a été précisée dans l'A.R. n° 407 précité en vue de la réalisation de l'objectif visé au 4.2.1. La notion de « lits excédentaires » est ainsi définie comme étant ce qui est en dépassement des critères de programmation.
- 4.3. Des mesures destinées à stimuler au mieux la réduction volontaire du nombre de lits hospitaliers seront prises, et ce en concertation avec les Communautés.
- 4.4. Des services hospitaliers doivent pouvoir être supprimés si leur fonctionnement ne répond plus aux normes de qualité. C'est pourquoi l'A.R. n° 407 a prévu explicitement dans la loi sur les hôpitaux la possibilité de subordonner l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers à une série de critères de qualité. Partant de ce principe, un consensus s'est dégagé sur l'examen des conditions d'agrément suivantes :
- 4.4.1. Le bon fonctionnement d'un hôpital peut dépendre de son mode de structuration. Il serait des lors souhaitable de déterminer le ou les types de services dont un hôpital doit disposer pour être agréé.
- 4.4.2. Pour fonctionner dans de bonnes conditions, il pourrait être opportun aussi qu'un hôpital dispose d'un nombre minimum de lits.  
Il faut donc examiner la capacité minimale qu'il y a éventuellement lieu de fixer par hôpital, en tenant compte notamment de la nature des activités de l'hôpital ainsi que de sa localisation particulière.
- 4.4.3. De même, il pourrait être utile aussi qu'un service hospitalier dispose d'un nombre minimum de lits pour fonctionner dans des conditions qualitativement justifiées. Il faut des lors examiner aussi quelle doit être éventuellement la capacité minimale par service.  
Celle-ci peut varier selon le type de service.
- 4.4.4. Enfin, il faut examiner aussi si en plus d'un nombre minimum de lits, un service hospitalier ne doit pas avoir aussi un niveau d'activité déterminé. Celui-ci est considéré comme la masse critique nécessaire à un fonctionnement de bonne qualité. Ce qui peut s'exprimer, par exemple, dans un taux moyen d'occupation, une durée moyenne d'hospitalisation, la nature et le nombre de soins dispensés tels que le nombre d'accouchements pour un service M et un nombre d'interventions neurochirurgicales pour un service de neurochirurgie, etc...  
La base juridique a été posée dans la loi sur les hôpitaux afin de déterminer le niveau d'activité par service.  
Le nombre de lits agréés sera éventuellement adapté en fonction du niveau d'activité prévu afin d'atteindre un niveau de fonctionnement optimal.  
Une concertation avec les Communautés aura lieu concernant les arrêtés d'exécution qui fixeront les conditions d'agrément visées ci-dessus.  
En vue d'assurer la qualité du fonctionnement des hôpitaux, les Communautés veilleront strictement au respect des normes d'agrément des hôpitaux.



- 4.5. La réduction du nombre de lits peut aussi être réalisée en stimulant des groupements entre hôpitaux. Aussi l'A.R. n° 407 a-t-il introduit la notion de « groupement hospitalier » dans la loi sur les hôpitaux, et plus particulièrement les dispositions relatives à l'agrément, la programmation et le financement.
- Le groupement hospitalier est défini comme l'engagement juridique formel entre deux ou plusieurs hôpitaux qui s'engagent à coopérer. Cette coopération peut donner lieu à une meilleure harmonisation entre hôpitaux et, par une répartition des tâches, à une rationalisation du nombre de leurs lits. Outre l'introduction du concept de groupement hospitalier, la loi a été dotée de possibilités d'encourager la formation de groupements.
- 4.6. Il y a consensus pour réduire le nombre de lits proportionnellement à la surcapacité par rapport à la programmation, dans la Communauté flamande, dans la Communauté française et, dans les hôpitaux dits bicommunautaires sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale.
- La réalisation de l'objectif global de réduction du nombre de lits doit être modalisée dans son application en tenant compte des situations spécifiques dans les différentes régions et dans les différents secteurs hospitaliers.
- On veillera à ce que tous les services de base soient disponibles pour dispenser les soins nécessaires.
- 4.7. La fermeture de services hospitaliers doit être assortie de mesures d'accompagnement appropriées. L'exécution pratique en sera concertée avec les Communautés.
- 4.7.1. Une des mesures a trait à l'octroi d'une indemnité. Ceci est déjà possible aux termes de l'arrêté royal du 20 juin 1983. Il y a consensus pour évaluer le système d'indemnisation sur base de l'expérience accumulée depuis près de 3 ans et, pour l'ajuster si nécessaire afin qu'il soit un instrument efficace dans le cadre de la réduction du nombre de lits.
- Dans ce contexte, l'Etat et les Communautés ont convenu d'abrèger la procédure d'indemnisation. L'arrêté précité sera modifié, pour que l'Etat puisse examiner les dossiers et payer l'indemnisation. La demande d'indemnisation sera transmise à l'autorité nationale par l'intermédiaire de la Communauté, sur production d'une attestation de celle-ci qu'elle approuve la fermeture et /ou la reconversion.
- 4.7.2. Comme précisé au point 1, la réduction du nombre de lits doit permettre de dégager des moyens pour améliorer la qualité des soins. Une partie du personnel qui serait normalement licencié à cause de la fermeture pourra, de ce fait, être maintenu en activité. Dans cette optique on s'attachera en outre à stimuler le travail à temps partiel afin de maintenir autant que possible l'emploi. Ainsi le processus de fermeture se déroulera avec une plus grande souplesse. Afin de réaliser cet objectif, l'A.R. n° 407 a inséré dans la loi sur les hôpitaux le principe selon lequel des hôpitaux qui réduisent le nombre de lits par une restructuration interne ou la constitution d'un groupement d'hôpitaux ou une fusion, peuvent recevoir un montant supplémentaire pour améliorer la qualité des soins dispensés.

##### 5. Formes alternatives de soins.

Les responsables politiques de l'Etat et des Communautés sont conscients de la nécessité de stimuler d'autres formes de soins, parce que d'une part celles-ci peuvent offrir une alternative valable de soins et que d'autre part elles sont moins chères que l'hospitalisation. Le développement de ces autres formes de soins doit donner lieu à une réduction du nombre de lits hospitaliers.

5.1. L'exécution de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 avait déjà été envisagée dans le cadre du protocole d'accord du 22 juillet 1982. Des mesures d'exécution permettant la création de quelque 4000 lits de soins ont été prises entretemps.

5.1.1. Il est convenu d'augmenter le nombre de lits de soins afin de pouvoir faire face aux besoins résultant du vieillissement de la population. Les moyens nécessaires à cette fin devront être dégagés et trouvés par une réduction des possibilités financières du secteur hospitalier.

5.1.2. En attribuant les lits de soins, les Communautés veilleront à :

- a) une répartition équilibrée;
- b) autoriser des lits dans des maisons de repos agréées. Les maisons de repos indépendantes d'un hôpital doivent aussi avoir l'occasion de disposer de tels lits pour leurs vieillards qui nécessitent des soins.
- c) répartir équitablement entre les différentes sortes de pouvoirs organisateurs l'ensemble des lits de soins issus de la mise hors service de lits hospitaliers.

5.1.3. En vue de la réalisation des objectifs fixés sous 5.1.2., une partie des lits de soins à attribuer sera versée, par Communauté, dans un pool. Ces lits seront attribués par le Ministre communautaire compétent.

5.1.4. Afin d'inciter les hôpitaux à réduire le nombre de leurs lits, les règles d'équivalence pour la création de maisons de soins par désaffectation des lits aigus, seront revues.

5.1.5. Conformément au protocole d'accord du 22 juillet 1982, des arrêtés ont été pris pour inciter les services qui ne remplissent pas leur rôle de service V à se convertir en maisons de repos et de soins. Il est convenu de stimuler encore et d'accélérer ce processus de conversion.

Il est également convenu de procéder avec les Communautés à une évaluation nationale des services V qui ne se convertissent pas.

Cette évaluation révélera si, à l'avenir, des services V seront encore nécessaires. Dans l'affirmative, il s'agira d'établir selon quel concept et pour quels besoins. Dans le cadre de l'objectif esquisé plus haut, les services V qui ne se convertissent pas seront examinés à l'aide d'un système d'enregistrement au cours d'une période d'observation déterminée.

La période d'évaluation durera 12 mois pendant lesquels une série de données seront enregistrées lors de l'admission des patients, à l'issue de chaque trimestre, et lors du renvoi des patients. Les données enregistrées seront analysées par un groupe de contrôle composé de médecins des organismes assureurs, des pouvoirs organisateurs des services V, de gériatres d'un niveau universitaire ainsi que de médecins des services d'inspection des Communautés et du département de la Santé publique.

Ce groupe de contrôle établira un rapport d'évaluation sur la base des données anonymes enregistrées, dans lequel une réponse sera donnée aux questions posées ci-dessus relatives au besoin et au concept du service V.

5.1.6. Il est convenu que la programmation des services G ira de pair avec la création de maisons de repos et de soins. On veillera à ce que ces services remplissent réellement le rôle de service gériatrique.

5.2. Il est convenu d'encourager les soins à domicile.

La réduction du nombre de lits doit permettre de libérer les moyens financiers nécessaires pour encourager les soins à domicile.

L'extension de cette forme de soins doit en effet être poursuivie, notamment en raison du vieillissement de la population, l'objectif étant de prévenir ou d'abrèger au mieux l'hospitalisation grâce à un bon service de soins à domicile.

A cet effet, l'Etat s'engage, dans les limites des possibilités budgétaires, à exécuter la disposition de la loi AMI, insérée par la loi du 1er août 1985, qui autorise l'octroi d'une rémunération forfaitaire à la journée aux patients qui, dans certaines conditions se sont soignés à domicile. La priorité ira aux patients dont l'état de santé requiert le plus de soins et qui doivent recevoir l'aide nécessaire pour pouvoir rester dans le milieu qui leur est familier.

Une attention toute particulière ira à une meilleure coordination de la dispensation des soins tout en respectant le libre choix du dispensateur de soins.

Dans le respect des compétences de chacun, l'Etat et les Communautés se concerteront plus avant sur la façon de mener une politique cohérente en matière de soins à domicile. C'est dans ce cadre que seront étudiés les problèmes relatifs à la coordination des soins à domicile et le financement de cette coordination.

6. Un consensus existe pour encourager l'hospitalisation partielle.

L'on songe ici notamment à l'hospitalisation de jour pour intervention chirurgicale. L'hospitalisation partielle présente de nombreux avantages :

- certaines prestations ou interventions qui nécessitent traditionnellement une hospitalisation peuvent être effectuées avec autant d'efficacité et de sécurité sans hospitalisation.
- des journées d'hospitalisation seront grâce à cela économisées et les frais pourront être comprimés;
- le patient peut regagner plus vite son domicile. L'hospitalisation d'un jour lui sera moins onéreuse qu'un séjour prolongé;
- il sera possible, le cas échéant, de réduire les listes d'attente;
- les lits d'hôpitaux pourront être réservés pour des affections plus graves;
- la diminution du nombre de journées d'hospitalisation peut se traduire par une réduction du nombre de lits.

Sur base des raisons précitées l'hospitalisation partielle doit être financièrement encouragée, à condition que ce système conduise globalement à une réduction du nombre de lits.

De même, il faut veiller à ce que cette hospitalisation partielle couvre les besoins et qu'elle s'accomplisse dans de bonnes conditions.

7. On a convenu de poursuivre la politique de réduction des lits excédentaires dans les hôpitaux psychiatriques.

8. Il existe un consensus pour permettre aux patients psychiatriques qui quittent l'hôpital de continuer à se faire soigner dans des habitations protégées pour autant que leurs soins soient également encadrés par l'hôpital psychiatrique. Cet encadrement peut aussi se faire par les services de santé mentale et par les centres agréés à cet effet.

8.1. L'A.R. n° 407 a doté la loi sur les hôpitaux de la base légale nécessaire pour garantir cette forme de soins. Les dispositions de ladite loi doivent notamment pouvoir être étendues aux habitations protégées.

8.2. A l'instar des hôpitaux, la création de places d'habitation protégée nécessitera désormais une autorisation préalable qui sera délivrée par le ministre communautaire compétent.

8.3. Vu la limitation des moyens et la capacité de lits dans des hôpitaux psychiatriques, la création de places d'habitation protégée sera subordonnée in globo à la suppression de lits excédentaires dans des hôpitaux psychiatriques.

Les initiatives d'habitation protégée seront notamment financées grâce aux moyens qui résultent de la diminution globale du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.

Dans le cadre de cet objectif une règle générale dite d'équivalence sera fixée.

8.4. Le nombre de places d'habitation protégée sera fixé en fonction du nombre de lits T (Vp inclus) justifiés par la programmation actuelle.

9. Application de nouvelles technologies médicales.

9.1. On a convenu de modifier la programmation de l'appareillage médical lourd en un régime de services médico-techniques lourds. L'arrêté royal n° 284 du 31 mars 1984 prévoit les bases légales.

A l'avenir cet arrêté sera appliqué pour les différents appareillages médicaux lourds.

9.2. Une première application sera réalisée pour le tomographe axial transverse avec calculateur intégré ou « scanner ». La programmation de cet appareil sera infléchie vers une approche qualitative. C'est ainsi qu'il a été convenu de subordonner l'installation d'un scanner dans un service d'imagerie, à une série de conditions d'agrément.

Le financement par l'assurance maladie sera accordé pour autant que le service soit agréé conformément aux normes fixées. Pour éviter le double financement des frais d'investissement, la subvention à 100 % du coût de l'investissement sera supprimée.

9.3. Ces techniques seront également appliquées e.a. aux services de cardiologie, de radiothérapie et de dialyse rénale.

10. Conformément à la loi spéciale du 8 août 1980, les Communautés communiqueront au Gouvernement national toutes les décisions en matière de programmation, d'octroi de subventions et d'agrément des hôpitaux ainsi que celles relatives à l'installation d'appareillage médical lourd. Elles signaleront aussi les violations de la législation.

11. L'Etat et les Communautés sont d'accord pour échanger les avis de leurs organes respectifs qui émettent des avis en matière de programmation et d'agrément des établissements de soins.

12. Entrée en vigueur du protocole.

12.1. Les mesures contenues dans ce protocole et qui n'exigent aucune loi, décret ou disposition réglementaire, entreront en vigueur à la signature du protocole.

12.2. Les autres mesures entreront en vigueur lorsque la disposition légale, décrétole ou réglementaire sortira ses effets.

13. Les mesures prévues dans le présent protocole seront aussi appliquées par les Ministres nationaux compétents aux hôpitaux sur lesquels le pouvoir national a compétence de décision.

Bruxelles, le 25 juillet 1986.

J.-L. DEHAENE,

Ministre des Affaires sociales  
et des Réformes Institutionnelles

J. GOL,

Vice-Premier Ministre,  
Ministre de la Justice et des Réformes Institutionnelles

J. LENSSENS,

Ministre Communautaire  
de la Santé Publique  
et de l'Environnement

A. BERTOUILLE,

Ministre de la Santé,  
de l'Enseignement et des Classes  
moyennes,  
de la Communauté française  
de Belgique

J. MARAITE,

Ministre Communautaire  
du Tourisme et des Sports,  
de la Politique familiale,  
de la Politique de Santé

## MINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN UND FAMILIE

### Protokoll zwischen der nationalen Regierung und den Gemeinschaftsexekutiven bezüglich der zukünftigen Gesundheitspolitik

Aufgrund der Zuständigkeitsbereiche des Staates resp. der drei Gemeinschaften auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik:

In Anbetracht, dass es für die Wahrung der Zuständigkeitsbereiche und der Verantwortung eines jeden von wesentlicher Bedeutung ist, bei der Durchführung der Gesundheitspolitik sowohl auf nationaler Ebene als auch innerhalb einer jeden Gemeinschaft und in Bezug auf die beiden Gemeinschaften zugehörigen Einrichtungen im zweisprachigen Gebiet Hauptstadt Brüssel eine grösstmögliche Übereinstimmung zu erzielen;

In Anbetracht, dass die Initiative bezüglich einer Konzertierung zwischen Staat und Gemeinschaften ergriffen worden ist, um diese Übereinstimmung zu erzielen;

Im Verlauf dieser Konzertierung sind der Staat und die Gemeinschaften darin übereingekommen, folgendes Vereinbarungsprotokoll abzuschliessen. Es enthält einerseits die Zielsetzung in der beabsichtigten Gesundheitspolitik und andererseits die Massnahmen, die die verschiedenen Parteien zwecks Verwirklichung der angestrebten Zielsetzungen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten treffen müssen.

#### 1. Zielsetzungen im Bereich der Gesundheitspolitik.

##### 1.1. Verringerung der Anzahl Betten und Verbesserung der Qualität.

1.1.1. Seit der Einführung des Moratoriums über die Bettenanzahl am 1. Juli 1982 ist der seit Jahren andauernden unkontrollierten Zunahme der Anzahl Krankenhausbetten ein Ende bereitet worden. Dadurch wurde sogar eine Reduzierung der Anzahl Betten erzielt. Während es am 1. Juli 1982 noch 69 855 Betten in den allgemeinen Krankenhäusern gab, war diese Zahl am 1. Januar 1985 bereits auf 68 779 zurückgefallen, was eine Verringerung um 1 076 Betten bedeutet. Aus den für 1985 verfügbaren Angaben wird ersichtlich, dass dieser Trend anhält.

1.1.2. Trotz dieser neuen Entwicklung muss jedoch festgestellt werden, dass es im Verhältnis zu den angestrebten Kriterien des Programms immer noch viel zu viele Betten gibt. Dies gilt sowohl für das Königreich als auch für die Flämische und die Französische Gemeinschaft und für das Gebiet der Hauptstadt Brüssel. So gibt es für das Königreich in den allgemeinen Krankenhäusern 68 779 Betten statt der 57 557 vorgesehenen; in Flandern 37 882 statt 32 876, in Brüssel 9 293 statt 5 866 und in Wallonien 21 604 statt 18 806.

Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft keinen Überschuss an Krankenhausbetten gibt.

1.1.3. Aus Vorangehendem wird ersichtlich, dass die damals festgelegten Kriterien allgemein weit überschritten wurden. Das bedeutet, dass die verfügbaren Mittel auf eine zu grosse Anzahl Betten verteilt werden müssen. In einer Zeit in der die verfügbaren Mittel stets knapper werden, wird die Verringerung der Anzahl Betten immer notwendiger.

Diese Verringerung ist ausserdem erforderlich, um die Qualität der Pflege beizubehalten, und, wenn möglich, sogar zu verbessern.

Durch die Verringerung der Anzahl Betten müsste es auch möglich sein, geeignete alternative Möglichkeiten der Pflege zu schaffen.

##### 1.2. Anpassung der Pflegeinfrastruktur aufgrund der demografischen Veränderungen.

1.2.1. Neben der Problematik der überzähligen Krankenhausbetten stellt sich, insbesondere aufgrund der Alterung der Bevölkerung, auch das Problem der Anpassung unserer Pflegeinfrastruktur.

Nach den jüngsten Prognosen wird die Anzahl der Betagten von 65 Jahren und mehr zwischen 1986 und 2025 im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung noch von 14,3 % auf 19,6 % steigen.

In dieser Entwicklung ist insbesondere der Zuwachs bei den Hochbetagten von 85 Jahren und mehr hervorzuheben, da diese Bevölkerungsgruppe eine ganz besondere Gesundheitsproblematik aufwirft.

1.2.2. Angesichts dieser demographischen Veränderungen ist es notwendig, unsere Gesundheitsinfrastruktur entsprechend anzupassen. Deshalb begann man auch vor einigen Jahren mit der Einrichtung von Krankenhausdiensten, die besonders für kürzere Aufenthalte von akut erkrankten Betagten gedacht sind. In diesen sogenannten geriatrischen Diensten (G), die von einem Internisten-Geriatrer geleitet werden, wird eine intensive Pflege angeboten, um zu vermeiden, dass gewisse Erkrankungen zu einer Behinderung führen, und um die Heimkehr oder die Rückkehr in ein Ersatzmilieu zu ermöglichen.

Bis vor kurzem gab es praktisch keine Einrichtungen, um pflegebedürftige Personen aufzunehmen, die keine weitere spezialisierte ärztliche Pflege benötigen. Derartige Einrichtungen werden jedoch alleine schon wegen der Alterung der Bevölkerung unbedingt erforderlich. Die gesetzliche Grundlage für diese sogenannten Alten- und Pflegeheime wurde Ende 1982 geschaffen.

Finanziell wurde die Gründung dieser Heime durch die Nichtinbetriebnahme, die Schliessung oder Umstrukturierung von Krankenhausdiensten ermöglicht.  
Auf diese Weise sind etwa 4 000 Betten eingerichtet worden.

- 1.2.3. Angesichts der zu erwartenden Alterung der Bevölkerung müssen die Bemühungen um eine angepasste Pflegeinfrastruktur fortgesetzt werden.

So müssen die G-Dienste unter Beachtung des Konzeptes des Dienstes eingerichtet werden.

Ferner sollte man sich auch weiterhin um die Schaffung von Alten- und Pflegeheimen bemühen, damit der auf diesem Gebiet bestehende Bedarf gedeckt wird.

### 1.3. Anwendung der neuen medizinischen Technologien.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche neue medizinische Techniken in der Gesundheitspflege eingeführt, und zwar sowohl im Bereich der Diagnostik als auch der Therapie.

Die neuen medizinischen Techniken sind oft wirksamer als die klassischen Methoden. Die Anschaffung und die Nutzung dieser medizinischen Apparate liegen kostenmässig jedoch häufig höher. Mit den neuen medizinischen Techniken kann jedoch auch gespart werden, weil dadurch auf überholte Techniken verzichtet und der Krankenhausaufenthalt verkürzt oder sogar vermieden werden kann. Daher muss der Gebrauch der neuen Technologien im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten und unter der Voraussetzung, dass die Anlage qualitativ entsprechend verwendet wird, gefördert werden.

## 2. Institutioneller Rahmen.

- 2.1. Aufgrund der Verfassungsrevision von 1980 und des Sondergesetzes vom 8. August 1980 über die Reform der Institutionen wurden die Zuständigkeiten von Staat und Gemeinschaften auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik wie folgt aufgeteilt :

- Programmierung : Der Staat legt die Grundregeln fest, insbesondere die Programmierungskriterien; die Gemeinschaften bestimmen die Prioritäten bei der Anwendung und fassen die individuellen Programmierungsbeschlüsse.
- Anerkennung : Der Staat legt die Grundnormen in bezug auf die Organisation fest; die Gemeinschaften bestimmen die übrigen Normen und sind für die Gewährung und den Entzug der Anerkennung zuständig.
- Finanzierung der Funktionskosten der Krankenhäuser : Diese fällt ausschliesslich in den Zuständigkeitsbereich des Staates, genau wie die K.I.V.

Nach diesem Schema legt der Staat den allgemeinen Rahmen fest : Was die Gemeinschaften innerhalb dieses Rahmens gewähren, wird bezüglich der Funktionskosten für die Finanzierung durch den Staat (Haushalt Volksgesundheit, Haushalt L.I.K.I.V.) berücksichtigt.

- 2.2. Um die in Punkt 1 beschriebenen Zielsetzungen innerhalb der bestehenden Staatsstruktur durchführen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Staat und Gemeinschaften erforderlich.

Der Staat muss verschiedene Massnahmen treffen, um diese Ziele zu verwirklichen und den Haushaltsausgleich im Haushaltsplan der Volksgesundheit bzw. der L.I.K.I.V. zu erzielen. Der auf nationaler Ebene zuständige Minister muss diese Massnahmen treffen können. Infolge der Staatsreform fallen individuelle Beschlüsse bezüglich Bau, Anerkennung, Schliessung und Zuerkennung von Anlagen jedoch in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaften.

## 3. Grundsätze bezüglich der zu treffenden Massnahmen.

Zwischen Staat und Gemeinschaften besteht ein Konsens in den drei unter Punkt 1 dargelegten Zielen.

- 3.1. Die Anzahl Krankenhausbetten muss abgebaut und die Qualität der angebotenen Pflege verbessert werden.
- 3.2. Die alternativen Pflegemöglichkeiten müssen weiterhin gefördert werden, um dem Bedarf der u.a. infolge der Alterung der Bevölkerung entsteht, zu entsprechen.
- 3.3. Die neuen Technologien müssen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten und unter qualitativ günstigen Bedingungen verwendet werden.

Für die drei festgesetzten Ziele werden nachstehend die Massnahmen aufgezählt, über die ein Konsens zwischen Staat und Gemeinschaften erzielt worden ist.

Diesbezüglich muss bemerkt werden, dass diese Ziele eine Fortführung des am 22. Juli 1982 zwischen Staat und Gemeinschaften abgeschlossenen Vereinbarungsprotokolls darstellen. Die in dieser ersten Vereinbarung verankerten Grundsätze stellen daher auch jetzt noch den Eckpfeiler der zukünftigen Politik dar und werden deshalb auch weiterhin von den Parteien beachtet.

## 4. Kontrolle und Verringerung der Bettenzahl.

Es besteht ein Konsens über verschiedene Massnahmen, zur besseren Kontrolle des gegenwärtigen und zukünftigen Angebots an Krankenhausbetten. Diese Massnahmen sind eine Fortführung des Vereinbarungsprotokolls und des K.E. Nr. 60 vom 22. Juli 1982 wodurch dem Zuwachs der Bettenanzahl Einhalt geboten wurde. Demnach dürfen auch nur dann neue Betten eingerichtet werden, wenn mindestens eine gleiche Anzahl Betten abgebaut wird. Parallel dazu wurde ein Entschädigungssystem für die Nichteinrichtung und den Abbau von Krankenhausbetten vorgesehen.

- 4.1. Um das Angebot zukünftig besser kontrollieren zu können werden folgende Massnahmen in Durchführung des K.E. Nr. 407 vom 18. April 1986 von den Gemeinschaften angewandt.

4.1.1. Um die Anzahl der Programmierungsbeschlüsse bezüglich Bau, Vergrösserung, Umänderung oder Umgestaltung von Krankenhäusern besser zu kontrollieren, werden diese Beschlüsse im Rahmen der grundsätzlichen Regelung der Programmierung zeitlich begrenzt. Dies soll gleichzeitig ermöglichen, Programmierungsbeschlüsse, die nicht ausgeführt wurden, unter Berücksichtigung des Bedarfs, der ja mit der Zeit ändern kann, zu revidieren. Um den Unterschied zwischen den Programmierungsbeschlüssen und dem prinzipiellen Einverständnis (eines Begriffs aus der Regelung bezüglich der Zuschussgewährung) zu verdeutlichen, wird der Programmierungsbeschluss fortan « Genehmigung » genannt.

4.1.2. Um eine bessere Kontrolle über die Umänderungsarbeiten zu erzielen, die ohne Bettenzuwachs einhergehen, werden diese zukünftig ebenfalls dem Genehmigungsverfahren unterworfen. Dies ermöglicht es den Gemeinschaften zu überprüfen, ob diese Arbeiten dem Programm entsprechen oder nicht.

- Diese Massnahme wird nicht nur eine bessere Kontrolle über die Ausgaben ermöglichen, sondern auch zu einer wirksameren Kontrolle über die Bettenzahl und gegebenenfalls zu einem Abbau derselben beitragen.
- Durch Königlichen Erlass, über den mit den Gemeinschaften beraten worden ist, werden die allgemeinen Ausnahmeregelungen zwecks Genehmigung von geringfügigen Umänderungsarbeiten mit begrenzter finanzieller Tragweite festgesetzt. Diese Ausnahmen werden jedoch genau festgelegt.
- 4.1.3. Infolge des Moratoriums über Krankenhausbetten werden manchmal unterbelegte Betten abgebaut um neue Krankenhausbetten einzurichten, die zusätzlich oft mit höheren Kosten verbunden sind als die abgebauten Betten. Dies kann durch Anwendung von Artikel 21bis, § 3 des Gesetzes über die Krankenhäuser vermieden werden. Im Rahmen dieser Bestimmung ist vereinbart worden, die Einrichtung von Krankenhausbetten durch den Abbau von M-, N-, und E-Betten prinzipiell zu verbieten. Die Ausdehnung solcher Massnahmen auf andere Krankenhausdienste erfolgt in Absprache mit den Gemeinschaften.
- 4.2. Zusätzlich zu den in Punkt 4.1. bezeichneten Massnahmen müssen auch solche zum Abbau der Anzahl Krankenhausbetten getroffen werden,
- 4.2.1. Der Staat und die Gemeinschaften haben vereinbart, dass die Krankenhausbetten auf die in den Programmierungskriterien festgelegte Anzahl verringert werden.
- 4.2.2. Die gegenwärtig geltenden Kriterien sind aufgrund des Gutachtens des Nationalen Ausschusses für Krankenhausprogrammierung festgelegt worden.  
Auf Grund unzureichender Angaben hatten die Gutachten dieses Ausschusses jedoch nur einen vorläufigen Charakter. Eine wissenschaftliche Auswertung der gegenwärtigen Programmierungskriterien wird erfolgen. Bezüglich der Auswertung der Programmierungskriterien werden die Gemeinschaften über die Definition des Auftrags unterrichtet. Diese Studie muss spätestens am 31. Dezember 1986 abgeschlossen sein, damit entsprechende Massnahmen rechtzeitig getroffen werden können.
- 4.2.3. Die Verminderung der Bettenzahl kann aufgrund des Artikels 21 des Gesetzes über die Krankenhäuser durchgeführt werden. Durch diese Bestimmung wird es insbesondere dem König ermöglicht, die Regeln und Modalitäten hinsichtlich der Streichung überzähliger Betten festzulegen. Diese Bestimmung ist in vorgenannten K.E. Nr. 407 zwecks Verwirklichung der unter 4.2.1. bezeichneten Zielsetzung genau bestimmt worden.  
Der Begriff « überzählige Betten » wird dort definiert als das was im Verhältnis zu den Programmierungskriterien überzählig ist.
- 4.3. In Absprache mit den Gemeinschaften werden Massnahmen zum grösstmöglichen freiwilligen Abbau von Krankenhausbetten getroffen.
- 4.4. Krankendienstleistungen müssen gestrichen werden können, insofern ihre Arbeitsweise die Qualitätsnormen nicht mehr erfüllt. Daher ist im K.E. Nr. 407 für das Gesetz über die Krankenhäuser ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen worden, dass die Anerkennung der Krankenhäuser und Krankendienstleistungen von einer Reihe von Qualitätserfordernissen abhängt. Auf die Grundlage dieses Prinzips, ist eine Übereinkunft bezüglich der Untersuchung der folgenden Anerkennungsbedingungen getroffen worden :
- 4.4.1. Die gute Arbeitsweise eines Krankenhauses kann von seiner Struktur abhängen. Deshalb muss festgelegt werden, über welche Art bzw. Arten von Diensten ein Krankenhaus verfügen muss, um anerkannt zu werden.
- 4.4.2. Ein Krankenhaus muß ferner über ein Minimum an Betten verfügen, um unter guten Bedingungen funktionieren zu können.  
Daher wird unter Berücksichtigung, insbesondere der Art der Tätigkeiten des Krankenhauses sowie seiner besonderen Lage die Mindestkapazität geprüft, die gegebenenfalls je Krankenhaus festgelegt werden muß.
- 4.4.3. So muß ein Krankendienst auch über ein Minimum an Betten verfügen können, um unter qualitativ gerechtfertigten Umständen zu funktionieren.  
Daher muß ebenfalls geprüft werden, welche gegebenenfalls die Mindestkapazität je Dienst sein sollte. Diese kann je nach Art des Dienstes unterschiedlich sein.
- 4.4.4. Letztendlich muß geprüft werden, ob ein Krankendienst nicht außer einer Mindestzahl Betten auch noch über ein bestimmtes Tätigkeitsniveau verfügen muß. Dieses wird als erforderliches Mindestmaß für eine qualitativ zufriedenstellende Arbeitsweise angesehen. Dieses findet ihren Ausdruck z.B. im Durchschnitt der belegten Betten, in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, in der Art und der Anzahl der erteilten Pflege, so zum Beispiel der Anzahl Entbindungen für einen M. Dienst und der Anzahl neurochirurgischer Eingriffe in einem neurochirurgischen Dienst, usw.  
Im Gesetz über die Krankenhäuser ist die Rechtsgrundlage zur Festlegung des Tätigkeitsniveaus je Dienst geschaffen worden.  
Die Anzahl anerkannter Betten wird gegebenenfalls entsprechend des vorgesehenen Tätigkeitsniveaus angepaßt, damit eine optimale Arbeitsweise erreicht wird.  
Bezüglich der Ausführungserlasse, in denen die obenerwähnten Anerkennungsbedingungen festgelegt werden, erfolgt eine Absprache mit den Gemeinschaften.  
Um eine qualitativ gute Arbeitsweise der Krankenhäuser zu gewährleisten, verpflichten sich die Gemeinschaften dafür zu sorgen, daß die Anerkennungsnormen der Krankenhäuser strikt eingehalten werden.
- 4.5. Die Verringerung der Bettenzahl kann auch durch die Förderung von Krankenhauszusammenschlüssen erfolgen. Durch den K.E. Nr. 407 wurde der Begriff « Krankenhauszusammenschluß » in das Gesetz über die Krankenhäuser eingeführt, insbesondere die Bestimmungen bezüglich der Anerkennung, der Programmierung und der Finanzierung.  
Der Krankenhauszusammenschluß wird als formelle juristische Verpflichtung zwischen zwei oder mehreren Krankenhäusern definiert, die sich zur Zusammenarbeit verpflichten. Diese Zusammenarbeit kann eine bessere Abstimmung der Krankenhäuser aufeinander bewirken und infolge der Aufgabenteilung zu einer Rationalisierung der Bettenzahl führen. Durch das Gesetz wurde nicht allein das Konzept des Krankenhauszusammenschlusses eingeführt, es wurden ebenfalls die Möglichkeiten zur Bildung von Zusammenschlüssen geschaffen.

- 4.6. Es besteht Übereinstimmung darin, die Bettenzahl im Verhältnis zur Überkapazität gegenüber der Programmierung zu verringern, und zwar in der Flämischen Gemeinschaft, in der Französischen Gemeinschaft und in den beiden Gemeinschaften zugehörigen Krankenhäusern des zweisprachigen Gebietes der Hauptstadt Brüssel.  
Bei der Verwirklichung des globalen Ziels der Verringerung der Bettenzahl muß für dessen Durchführung den spezifischen Situationen in den verschiedenen Regionen und den verschiedenen Krankenhausbereichen Rechnung getragen werden.  
Dabei wird berücksichtigt, daß alle Hauptdienste zur Erteilung der erforderlichen Pflege zur Verfügung stehen.
- 4.7. Die Schliessung von Krankenhausdiensten muß mit geeigneten Begleitmaßnahmen verbunden sein. Die praktische Durchführung erfolgt in Absprache mit den Gemeinschaften.
- 4.7.1. Eine dieser Maßnahmen sieht die Gewährung einer Entschädigung vor. Diese Möglichkeit besteht jetzt schon aufgrund des Königlichen Erlasses vom 20. Juni 1983.  
Man ist übereingekommen, das System der Entschädigungen aufgrund der fast dreijährigen praktischen Erfahrung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, damit es ein wirksames Instrument bei der Verringerung der Anzahl Betten darstellt.  
In diesem Sinne haben sich Staat und Gemeinschaften dahingehend geeinigt, daß das Verfahren zur Gewährung einer Entschädigung verkürzt werden soll.  
Der obengenannte Erlass wird dahingehend abgeändert, daß der Staat die Akten überprüfen und die Entschädigung auszahlen kann.  
Die Gemeinschaft übermittelt der nationalen Behörde den Entschädigungsantrag, wobei sie eine Bescheinigung über ihre Zustimmung zur Schließung und/oder Umänderung vorlegt.
- 4.7.2. Wie bereits in Punkt 1 erwähnt, müssen durch den Abbau der Anzahl Betten Mittel frei gemacht werden können, um die Qualität der Pflege zu verbessern.  
So wird gleichzeitig ein Teil des Personals, das infolge der Schließung normalerweise entlassen würde, im Dienst bleiben können.  
In derselben Optik wird außerdem die Teilzeitbeschäftigung gefördert werden, um so viele Arbeitsplätze wie möglich zu erhalten. Dies wird ebenfalls die Schließung vereinfachen.  
Damit dieses Ziel erreicht wird, ist durch den K.E. Nr. 407 in das Gesetz über die Krankenhäuser das Prinzip eingeführt worden, demzufolge Krankenhäuser, die die Bettenzahl durch innere Umstrukturierung oder die Schaffung eines Krankenhauszusammenschlusses oder einer Fusion verringern, einen zusätzlichen Betrag zur Verbesserung der Qualität der angebotenen Pflege erhalten können.
5. Alternative Form der Pflege :  
Die verantwortlichen Politiker von Staat und Gemeinschaften sind sich der Notwendigkeit bewußt, andere Formen der Pflege zu fördern. Diese können einerseits eine vertretbare Alternative im Pflegebereich darstellen und sind andererseits kostengünstiger als eine Hospitalisierung.  
Die Entwicklung dieser alternativen Form der Pflege muss zu einem Abbau der Anzahl Krankenhausbetten führen.
- 5.1. Im Rahmen des Vereinbarungsprotokolls vom 22. Juli 1982 wurde bereits beabsichtigt, Artikel 5 des Gesetzes vom 27. Juli 1978 durchzuführen.  
Inzwischen wurden die notwendigen Ausführungsmaßnahmen zur Einrichtung von etwa 4 000 Pflegebetten erlassen.
- 5.1.1. Es ist vereinbart worden, dass die Anzahl Pflegebetten erhöht werden muss, um den Pflegebedarf nachzukommen, der durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung entsteht. Die hierzu erforderlichen Mittel müssen durch eine Verringerung der finanziellen Mittel im Krankenhauswesen zur Verfügung gestellt und gefunden werden.
- 5.1.2. Bei der Zuteilung der Pflegebetten müssen die Gemeinschaften darauf achten,  
a) dass die Pflegebetten gut verteilt werden,  
b) dass die Pflegebetten in anerkannten Altenheime gewährt werden. Auch von Krankenhäusern unabhängige Altenheime müssen über derartige Bette für ihre pflegebedürftigen Betagten verfügen können.  
c) dass die Pflegebetten, die durch die Streichung von Krankenhausbetten zur Verfügung stehen gerecht unter die verschiedenen Träger verteilt werden.
- 5.1.3. Um die unter 5.1.2. angestrebte Zielsetzung zu verwirklichen, wird ein Teil der zu verteilenden Pflegebetten je Gemeinschaft zurückbehalten. Der zuständige Gemeinschaftsminister verteilt dann diese Betten.
- 5.1.4. Um die Krankenhäuser zum freiwilligen Abbau der Anzahl Betten zu motivieren, werden die bei Abschluss des Protokolls bestehenden Äquivalenzregeln hinsichtlich der Schaffung von Pflegeheimen infolge des Abbaus von akuten Krankenhausbetten überprüft.
- 5.1.5. Gemäss dem Vereinbarungsprotokoll vom 22. Juli 1982 wurden Erlasse verabschiedet, damit Dienste, die ihre Funktion als V- Dienste nicht mehr erfüllen, in Alten und Pflegeheime umgewandelt werden. Es ist ebenfalls vereinbart worden, diesen Umwandlungsprozess noch zu fördern und zu beschleunigen.  
Es ist ebenfalls vereinbart worden, mit den Gemeinschaften eine nationale Auswertung der V- Dienste vorzunehmen, die nicht umgewandelt werden. Diese Auswertung wird aufzeigen, ob V- Dienste zukünftig noch erforderlich sind.  
Wenn ja, muß festgelegt werden, nach welchem Konzept und für welchen Bedarf.  
Im Rahmen der oben umrissenen Zielsetzung werden die beibehaltenen V- Dienste während einer festgelegten Beobachtungsperiode anhand eines Einregistrierungssystems überprüft.  
Die Auswertungsphase erstreckt sich über 12 Monate.  
Während dieser Periode wird eine Reihe von Daten bei der Aufnahme der Patienten, am Ende jedes Quartals und und bei der Entlassung der Patienten gespeichert.  
Die gespeicherten Daten werden von einem Kontrollausschuss ausgewertet, der sich aus Ärzten zusammensetzt, die die Versicherungsträger und die Träger der V- Dienste vertreten, sowie aus akademisch ausgebildeten Geriatern und aus Ärzten der Inspektionsdienste der Gemeinschaften und des Ministeriums für Volksundheit.  
Dieser Kontrollausschuss wird aufgrund der anonymen gespeicherten Daten einen Auswertungsbericht erstellen und anhand dieses Berichtes eine Antwort auf die aufgeworfenen Fragen bezüglich des Bedarfs an V- Diensten und deren Konzept geben.
- 5.1.6. Man ist übereingekommen, parallel zu der Gründung von Alten- und Pflegeheimen die Programmierung der G- Dienste durchzuführen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Dienste auch effektiv die Funktion von Geriatriediensten ausüben.

- 5.2. Es ist vereinbart worden die Hauspflege zu fördern.  
Durch den Abbau der Anzahl Betten müssen die notwendigen finanziellen Mittel zur Förderung der Hauspflege freigemacht werden.  
Die Verbreitung dieser Form der Pflege muß insbesondere aufgrund der Alterung der Bevölkerung fortgesetzt werden, wobei das Endziel darin besteht, den Krankenhausaufenthalt, dank eines gut entwickelten Systems der Hauspflege, zu vermeiden oder soweit wie möglich zu verkürzen.  
Zu diesem Zweck verpflichtet sich der Staat im Rahmen der im Haushalt vorgesehenen Möglichkeiten die Bestimmung des K.I.V. Gesetzes, die durch das Gesetz vom 1. August 1985 eingefügt worden ist, durchzuführen wodurch die Erteilung einer täglichen Pauschalentschädigung für Patienten genehmigt wird, die unter gewissen Bedingungen zu Hause gepflegt werden.  
Die Patienten, deren Gesundheitszustand der umfangreichsten Pflege bedarf und die die erforderliche Hilfe erhalten müssen, um in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können, haben in diesem Falle Vorrang.  
Der besseren Koordinierung der Erteilung der Pflege unter Wahrung der freien Wahl der Pflegeeinrichtung wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt.  
Unter Wahrung der jeweiligen Befugnisbereiche werden der Staat und die Gemeinschaften eingehende Absprachen über die Art der zukünftigen Politik im Bereich der Hauspflege halten.  
In diesem Rahmen werden die Probleme bezüglich der Koordinierung der Hauspflege und der Finanzierung dieser Koordinierung erörtert werden.
6. Übereinstimmung besteht darüber, stundenweise Krankenhausaufenthalt zu fördern.  
Hierbei wird insbesondere an eintägige Krankenhausaufenthalte für chirurgische Eingriffe gedacht. Der stundenweise Krankenhausaufenthalt bietet zahlreiche Vorteile :
- Bestimmte Leistungen und Eingriffe, die normalerweise mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, können ebenso wirksam und sicher ohne einen solchen Aufenthalt durchgeführt werden; somit kann man Pfl egetage einsparen und die Kosten verringern;
  - Der Patient kann schneller nach Hause zurückkehren.
  - Ein derartiger Krankenhausaufenthalt wird ihn weniger kosten als ein mehrtägiger Aufenthalt;
  - Die Wartelisten können gegebenenfalls reduziert werden;
  - Die Krankenhausbetten können für schlimmere Fälle freigehalten werden;
  - Die Reduzierung der Aufenthaltstage kann zu einem Abbau der Anzahl Betten führen.
- Aus obenerwähnten Gründen muss der stundenweise Krankenhausaufenthalt finanziell gefördert werden, unter der Voraussetzung, dass dadurch allgemein ein Abbau der Anzahl Betten erzielt wird.  
Zugleich muss darauf geachtet werden, dass der stundenweise Krankenhausaufenthalt die Bedürfnisse deckt und unter guten Bedingungen erfolgt.
7. Es ist vereinbart worden, die Politik des Abbaus überschüssiger Betten in den psychiatrischen Einrichtungen fortzuführen.
8. Es besteht Übereinstimmung darüber, dass den Patienten, die eine psychiatrische Einrichtung verlassen, die Möglichkeit geboten werden muss, sich in beschützenden Wohnstätten weiter pflegen zu lassen, insofern diese Pflege von psychiatrischen Einrichtungen überwacht wird.  
Diese Betreuung kann auch von sozial-psychologischen Diensten und den zu diesem Zweck anerkannten Zentren erfolgen.
- 8.1. Zur Gewährleistung dieser Form der Pflege ist im Gesetz über die Krankenhäuser durch den K.E. Nr. 407 die erforderliche gesetzliche Grundlage geschaffen worden.  
Die Bestimmungen des besagten Gesetzes müssen insbesondere auf die beschützenden Wohnstätten ausgedehnt werden können.
- 8.2. Wie für die Krankenhäuser, ist zukünftig auch für die Einrichtung von Plätzen in beschützenden Wohnstätten eine vorherige Genehmigung erforderlich.  
Diese wird vom zuständigen Gemeinschaftsminister erteilt.
- 8.3. Aufgrund der Begrenzung der Mittel und der Bettenkapazität in den psychiatrischen Einrichtungen wird die Schaffung von Plätzen in beschützenden Wohnstätten global vom Abbau überschüssiger Betten in den psychiatrischen Anstalten abhängen. Im Rahmen dieser Zielsetzung wird eine sogenannte allgemeine Äquivalenzregel festgesetzt.
- 8.4. Die Anzahl Plätze in beschützenden Wohnstätten wird unter Berücksichtigung der Anzahl T-Betten (Vp einbegriffen), die sich aufgrund der aktuellen Programmierung rechtfertigen, festgesetzt.
9. Anwendung der neuen medizinischen Technologien.
- 9.1. Es ist vereinbart worden, die Programmierung der großen medizinischen Anlagen in ein System von großen medizinisch-technischen Diensten abzuändern. Die Rechtsgrundlage dafür wurde durch den Königlichen Erlaß Nr. 284 vom 31. März 1984 geschaffen. Zukünftig wird dieser Erlaß für die diversen großen medizinischen Anlagen zur Ausführung gelangen.
- 9.2. Eine erste Anwendung wird für den Axial-transversalen Computertomographen, den sogenannten Scanner, erfolgen.  
Die Programmierung dieses Gerätes wird einer qualitativen Einschätzung unterliegen.  
So ist vereinbart worden, dass die Installation eines Scanners in einem Dienst für optische Abbildung von verschiedenen Anerkennungsbedingungen abhängen muss.  
Die Finanzierung durch die Krankenversicherung wird nur dann gewährt, wenn dem Dienst eine Anerkennung entsprechend den festgelegten Normen gewährt worden ist.  
Um eine doppelte Finanzierung für die Investitionskosten zu vermeiden, wird die nun geltende Bezuschussung zu 100 % der Investitionskosten abgeschafft.
- 9.3. Diese Prinzipien werden unter anderem auch für die Herzradiologiedienste, die Radiotherapiedienste und die Dialysesstationen angewendet.
10. Die Gemeinschaften verpflichten sich, der nationalen Regierung gemäss dem Sondergesetz vom 8. August 1980 alle Beschlüsse über die Programmierung, die Erteilung von Zuschüssen und Anerkennung von Krankenhäusern sowie die Genehmigung der Installation von großen medizinischen Anlagen mitzuteilen.  
Ferner werden sie alle Übertretungen, hinsichtlich der diesbezüglichen Gesetzgebung mitteilen.
11. Der Staat und die Gemeinschaften können überein, die Gutachten ihrer jeweiligen Beratungsorgane über die Programmierung und die Anerkennung der Dienste für Gesundheitspflege auszutauschen.
12. Inkrafttreten des Protokolls :
- 12.1. Die Massnahmen des vorliegenden Protokolls, für die kein Gesetz, kein Dekret und keine Verordnung erforderlich ist, treten mit Unterzeichnung des Protokolls in Kraft.
- 12.2. Die übrigen Massnahmen treten ab dem Augenblick des Inkrafttretens der gesetzlichen Bestimmung, Dekret oder Verordnung in Kraft.

13. Die zuständigen nationalen Minister wenden die im vorliegenden Protokoll vorgesehenen Maßnahmen auf Krankenhäuser an, für die die nationale Regierung Entscheidungsgewalt hat.

Brüssel, den 25. Juli 1986.

J.-L. DEHAENE,  
Minister für soziale Angelegenheiten  
und institutionelle Reformen

J. GOL,  
Vize-Premierminister,  
Justizminister und Minister für institutionelle  
Reformen

J. LENSSSENS,  
Gemeinschaftsminister  
für Volksgesundheit und Umwelt

A. BERTOUILLE,  
Minister für Gesundheit,  
Unterrichtswesen und Mittelstand,  
der Französischen Gemeinschaft  
von Belgien

J. MARAITE,  
Gemeinschaftsminister  
für Sport, Tourismus, Familien  
und Gesundheitspolitik

2 AUGUSTUS 1986. — Circulaire bestemd  
voor de beheersorganen van de ziekenhuizen

*Betreft* : Commentaar bij de ministeriële besluiten van 2, 6 en 7 augustus 1986, m.b.t. de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van het budget en de verschillende bestanddelen ervan alsmede voor de vergelijking van de kosten en de vaststelling van de quota de verpleegdagen.

1. INLEIDING

De wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen werd door koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986 ingrijpend gewijzigd wat het toepassingsgebied, de financiering en de erkenning van ziekenhuizen betreft. Bovendien werd er een regeling uitgewerkt m.b.t. het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in relatie tot het ziekenhuisbeheer.

De principes van de nieuwe financieringswijze, die sedert 1985 geleidelijk werden doorgevoerd, zijn thans duidelijk opgenomen in de ziekenhuiswet, meer bepaald in artikel 5. Deze principes en de toepassingswijzen werden uiteengezet in de circulaire van 2 augustus 1985 en in de brochure van oktober 1985 « Naar een nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen ».

De basisprincipes van de nieuwe financieringswijze zien er, nogmaals kort samengevat, als volgt uit :

1. De vaststelling van een provisioneel budget per ziekenhuis.
2. De opsplitsing van het budget in een geïndexeerd en een niet-geïndexeerd gedeelte.
3. De berekening van het budget op grond van het performantieniveau van elk ziekenhuis ten opzichte van een groep vergelijkbare ziekenhuizen die eigen is aan elk ziekenhuis.
4. De aanwijzing van een vast gedeelte en een variabel gedeelte in functie van het aantal verpleegdagen.
5. De progressieve toepassing van het nieuw financieringssysteem.

Deze principes en de wijze waarop ze moeten uitgevoerd dienen thans in het kader van de nieuwe wet te worden geplaatst. Zo moeten op grond van artikel 5 van de wet de voorwaarden en regels voor het vaststellen van het budget en van de bestanddelen ervan, de wijzen waarop de kosten worden vergeleken en de dagquota worden bepaald, moeten worden vastgelegd in een ministerieel besluit en wel vanaf 1 januari 1986.

Hiertoe werd vooreerst het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 getroffen waarin de grondregels worden uiteengezet voor de berekening en de herziening van het budget. De twee ministeriële besluiten van 6 en 7 augustus 1986 leggen de specifieke voorwaarden en regelen vast voor de berekening en herziening van de begroting en van de dagquota voor de dienstjaren 1986 en 1987. Die drie ministeriële besluiten vullen elkaar aan. De ministeriële besluiten die specifiek voor 1986 en 1987 gelden, preciseren het basisbesluit van 2 augustus 1986 en bevatten tevens een regeling voor bepaalde punten waarvoor in het basisbesluit nog geen algemene oplossing kon worden gegeven.

2 AOUT 1986. — Circulaire  
aux organes de gestion des hôpitaux

*Objet* : Commentaires sur les arrêtés ministériels des 2, 6 et 7 août 1986 déterminant les conditions et règles de fixation du budget et des différents éléments constitutifs ainsi que les règles de comparaison des coûts et la fixation des quotas des journées d'hospitalisation.

1. INTRODUCTION

Suite à l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986 la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux a été fondamentalement modifiée au point de vue du champ d'application, du financement et de l'agrément des hôpitaux. Le médecin hospitalier a reçu un statut. Son rôle a été mis en relation avec la gestion de l'hôpital.

Les principes du nouveau mode de financement mis en place progressivement depuis 1985 sont à présent clairement repris dans la loi sur les hôpitaux, plus précisément à l'article 5. Les principes et les modalités d'application ont été exposés dans la circulaire du 2 août 1985 et dans la brochure d'octobre 1985 intitulée « Vers un nouveau mode de financement ».

Pour rappel les principes essentiels du nouveau mode de financement sont les suivants :

1. La fixation d'un budget prévisionnel par hôpital.
2. La décomposition du budget entre une partie indexée et non-indexée.
3. Le calcul du budget à partir du niveau de performance de chaque hôpital par rapport à un groupe d'hôpitaux comparables et propre à chaque hôpital.
4. L'identification d'une partie fixe et d'une partie variable en fonction du nombre de journées d'hospitalisation.
5. La progressivité dans l'application du nouveau mode de financement.

Ces principes et leurs modalités d'exécution doivent à présent s'inscrire dans le contexte de la nouvelle loi. C'est ainsi que conformément à l'article 5 de la loi, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs, les modalités de comparaison des coûts et de détermination des quotas des journées doivent être fixées par arrêté ministériel et ce à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1986.

Pour ce faire, un arrêté ministériel de base a été pris fixant les règles de base de calcul et de révision du budget. Les deux arrêtés ministériels suivants fixent les conditions et les règles particulières de calcul et de révision du budget et du quota des journées pour les années 1986 et 1987. Ces trois arrêtés ministériels se complètent. Les arrêtés ministériels spécifiques pour 1986 et 1987 précisent certains points de l'arrêté ministériel de base qui n'ont pas encore un caractère permanent.