

Art. 5. Onze Minister van Buitenlandse Betrekkingen en Onze Staatssecretaris voor Landbouw zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Motril — Spanje, 5 augustus 1986.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Buitenlandse Betrekkingen,
L. TINDEMANS

De Staatssecretaris voor Landbouw,
P. DE KEERSMAEKER

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN VAN HET GEZIN

N. 86 — 1264

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 1983 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

I. Inleiding

In het besluit dat U ter ondertekening wordt voorgelegd wordt het besluit inzake de schadeloosstellingsregeling op verschillende punten gewijzigd.

De voorgestelde wijzigingen moeten worden gesitueerd binnen het beleidsobjectief om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen.

Daarom zullen in het voorliggend Verslag eerst het objectief van de Regering worden geschetst alsmede de motieven voor de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.

Vervolgens worden de verschillende onderdelen van de bedverminderingsoperatie uiteengezet om daarna aan te geven welke verschillende voorbereidende stappen reeds werden gezet. Tenslotte zal in concreto gehandeld worden over de eerste fase van de bedverminderingsoperatie.

II. Objectief van de Regering

1. Het aantal ziekenhuisbedden overschrijdt in ruime mate de eertijds vastgestelde programmatiecriteria. De Regering heeft daarom, in het kader van het regeerakkoord, beslist het aantal bedden tot op het niveau van de programmatiecriteria te verminderen.

2. Ter uitvoering van dit objectief werden in het spaarplan van de Regering de volgende concrete beslissingen genomen :

a) sluiting van 2 000 acute bedden in 1987 en van 4 000 acute bedden in 1988 in de algemene niet-academische ziekenhuizen;

b) niet-terugbetaling van sana- en S-thermalisme-diensten vanaf 1 januari 1987;

c) verdere vermindering van de residuaire bedden en moratorium in de psychiatrische ziekenhuizen.

3. De bedverminderingmaatregel zoals voorzien in het spaarplan slaat niet op de bedden met een universitair karakter. Voor de universitaire bedden bestaat immers een specifieke programmatie. Wel werd in het kader van het spaarplan beslist om de budgetten van de universitaire ziekenhuizen te verminderen. Deze ziekenhuizen hebben immers als supra-regionale instellingen ook een lokale functie te vervullen. Deze functie heeft betrekking op gemiddeld 33 % van de universitaire bedden. De verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen moet dan ook, volgens de Regering, voor de bedden met een lokale functie worden aangepast.

Art. 5. Notre Ministre des Relations extérieures et Notre Secrétaire d'Etat à l'Agriculture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Motril — Espagne, le 5 août 1986.

BAUDOIN

Par le Roi :

Le Ministre des Relations extérieures,
L. TINDEMANS

Le Secrétaire d'Etat à l'Agriculture,
P. DE KEERSMAEKER

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE

F. 86 — 1264

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juin 1983 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation

RAPPORT AU ROI

Sire,

I. Introduction

Le projet d'arrêté qui est soumis à votre signature, modifie l'arrêté relatif au règlement de l'indemnisation en divers points.

Les modifications proposées doivent être situées dans l'objectif de la politique de réduction du nombre de lits hospitaliers.

C'est pourquoi, le présent rapport esquisse d'abord l'objectif du gouvernement ainsi que les motifs de la réduction du nombre de lits.

Les différentes parties de cette opération de réduction sont ensuite exposées et suivies d'une énumération des différentes phases préparatoires déjà réalisées. Enfin, la première phase de cette réduction sera examinée concrètement.

II. Objectif du Gouvernement

1. Le nombre de lits d'hôpitaux excède largement les critères de programmation fixés dans le passé. Aussi, dans le cadre de l'accord de Gouvernement, celui-ci a-t-il décidé de ramener le nombre de lits au niveau des critères de programmation.

2. Pour réaliser cet objectif, le Gouvernement a pris les mesures concrètes suivantes dans le cadre du plan d'assainissement :

a) fermeture de 2 000 lits aigus en 1987 et de 4 000 lits aigus en 1988 dans les hôpitaux généraux non-universitaires;

b) non-remboursement des soins en services de sanatorium et de thermalisme S à partir du 1er janvier 1987;

c) poursuite de la réduction du nombre résiduaire de lits et moratoire dans les hôpitaux psychiatriques.

3. La mesure de réduction du nombre de lits prévue dans le plan d'assainissement ne concerne pas les lits d'hôpitaux universitaires. En effet, ceux-ci sont régis par une programmation spécifique. Certes, il a été décidé dans le cadre du plan d'assainissement de réduire les budgets alloués aux hôpitaux universitaires. Ceux-ci ont, en tant qu'établissements suprarégionaux, également une fonction locale à remplir. Cette fonction concerne en moyenne 33 % des lits universitaires. Le prix de journée des hôpitaux universitaires doit dès lors, pour le Gouvernement, être adapté pour les lits ayant une fonction locale.

III. Motieven voor de bedvermindering

1. De vermindering van het aantal ziekenhuisbedden is noodzakelijk omdat door de overschrijding van de criteria de beschikbare middelen over een te groot aantal bedden moeten worden verspreid. Dit komt geenszins de kwaliteit van de verzorging ten goede. Door een vermindering van het aantal bedden moet het mogelijk zijn de kwaliteit van de verzorging te verbeteren. De regering heeft daarom beslist om één vierde van de middelen die door de vermindering van het aantal bedden vrijkomen, te herinvesteren. Deze herinvestering zal vnl. worden aangewend om het personeelseffectief in de ziekenhuizen te verhogen.

2. Door het bestaan van overtalige bedden wordt de leefbaarheid en de goede werking van ziekenhuizen in het gedrang gebracht. Met name gebeurt het dat ziekenhuizen naast elkaar over dezelfde diensten beschikken zonder dat tussen beide instellingen inspanningen tot coördinatie worden ondernomen. Hierdoor geraken ziekenhuisdiensten onderbezet of valt het voor dat de ligduur gevoelig het nationaal gemiddelde overtreft.

De bedverminderingsoperatie moet dan ook worden aangegrepen om de ziekenhuizen, zonodig, te herstructureren en een meer optimale functionering en samenwerking mogelijk te maken.

3. Door de bedvermindering zullen ook middelen kunnen worden vrijgemaakt om andere vormen van verzorging te realiseren. Deze zijn overigens noodzakelijk om de hospitalisaties te kunnen inkorten of zelfs te voorkomen. Hierbij wordt ondermeer gedacht aan de daghospitalisatie die sterk dient te worden gestimuleerd. Anderzijds moeten ook kansen worden geboden aan de verdere ontplooiing van de thuisgezondheidszorg. Tenslotte dient door de bedvermindering, voornamelijk in de V-diensten, de toename van het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen verzekerd te worden.

IV. Evaluatie van de programmatiecriteria

1. Een evaluatie van de programmatiecriteria dringt zich om meerdere redenen op:

a) De programmatiecriteria kwamen tot stand op basis van adviezen van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. Ofschoon de Commissie voor de vaststelling van de criteria uitging van algemeen aanvaarde regels, bestempelde zij haar adviezen steeds als « voorlopig » en dit bij gebrek aan voldoende gegevens.

b) Sinds de programmatiecriteria werden vastgesteld zijn nieuwe diagnostische en therapeutische technieken ontwikkeld die toelaten het aantal hospitalisaties te beperken of in te korten.

Dit komt overigens tot uiting in het dalend aantal verpleegdagen en in een toenemend aantal daghospitalisaties.

De ontwikkeling van andere verzorgingsvormen, zoals rust- en verzorgingstehuizen, vermindert eveneens de behoefte aan ziekenhuisbedden.

c) Door de medische vooruitgang is er een steeds grotere specialisatie van de geneeskunde ontstaan. Dit geldt zowel voor de hospitalisatiediensten als voor de medico-technische diensten. Van daar dan ook de vraag naar een meer correcte omschrijving van de behoeftecijfers.

d) De jongste jaren hebben ook de demografische gegevens een grondige wijziging ondergaan. Met name is het aantal geboorten sterk gedaald. Anderzijds is er een veroudering van de bevolking ontstaan; deze trend zal zich de volgende decennia wellicht verder zetten.

Bij het vaststellen van de ziekenhuisbehoeften moet hiermee ongetwijfeld rekening worden gehouden.

2. Omtrent de evaluatie van de programmatiecriteria zal aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies worden gevraagd. Teneinde de Raad in staat te stellen dit advies uit te brengen, zal een wetenschappelijk rapport worden voorbereid.

De onderzoeksoopdracht zal in een eerste fase prioriteit betrekking hebben op de evaluatie van de programmatiecriteria voor de algemene akute ziekenhuisdiensten. Deze eerste fase dient afgerond te zijn tegen 31 december 1986.

De evaluatie van de programmatiecriteria moet toelaten te bepalen over hoeveel bedden en van welke soort ons land in de volgende jaren moet beschikken om de verzorgingsbehoeften te kunnen dekken. Anderzijds zal hieruit ook voortspruiten tot op welk niveau het aantal ziekenhuisbedden moet worden aangepast.

V. Verschillende onderdelen van de bedverminderingsoperatie

1. De Regering gaat ervan uit dat de bedvermindering bij voorkeur op vrijwillige basis dient tot stand te komen. Daartoe zullen op zeer korte termijn een reeks van stimuli worden gecreëerd die moeten toelaten per 1 juni 1987 een zicht te verwerven op het aantal bedden dat aldus kan worden gereduceerd.

III. Motifs de la réduction

1. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux est indispensable car le dépassement des critères a pour conséquence que les moyens disponibles doivent être répartis sur un trop grand nombre de lits. Ce qui ne profite nullement à la qualité des soins. Une réduction du nombre de lits doit dès lors permettre d'améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de réinvestir un quart des moyens dégagés par la réduction du nombre de lits. Ce réinvestissement servira principalement à augmenter l'effectif des hôpitaux.

2. La présence de lits excédentaires menace la viabilité et le bon fonctionnement des hôpitaux. C'est ainsi que des hôpitaux voisins disposent des mêmes services sans que ces établissements entreprennent un effort de coordination entre eux. Ce qui provoque une sous-occupation de certains services hospitaliers ou une durée de séjour sensiblement supérieure à la moyenne nationale.

Il faut dès lors profiter de l'opération de réduction du nombre de lits pour éventuellement restructurer les hôpitaux et améliorer encore leur fonctionnement pour permettre cet assainissement.

3. La réduction du nombre de lits permettra de dégager les moyens pour réaliser d'autres formes de soins qui sont d'ailleurs nécessaires pour réduire ou même éviter les hospitalisations. On songe ici, entre autres, à l'hospitalisation de jour qu'il convient de stimuler sérieusement. Il faut par ailleurs permettre aussi le développement des soins à domicile. Enfin, la réduction du nombre de lits — surtout des services V — doit permettre d'accroître le nombre de lits des maisons de repos et de soins.

IV. Evaluation des critères de programmation

1. Une évaluation des critères de programmation s'impose pour plusieurs raisons:

a) Les critères de programmation sont issus d'avis de la commission nationale de programmation hospitalière. Bien que pour leur fixation, la commission se soit basée sur des règles généralement admises, elle a toujours qualifié ses avis de « provisoires » en raison du manque de données suffisantes.

b) Depuis la fixation des critères de programmation, de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques ont été mises au point qui permettent de limiter le nombre d'hospitalisations ou de les écourter.

Ceci se perçoit d'ailleurs dans la diminution du nombre de journées d'hospitalisation, et dans l'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour.

Le développement d'autres formes de soins, telles que les maisons de repos et de soins, diminue aussi les besoins en lits hospitaliers.

c) Les progrès de la médecine ont régénéré une spécialisation médicale toujours plus poussée, tant pour les services hospitaliers que pour les services médico-techniques. C'est pourquoi les chiffres relatifs aux besoins nécessitent une définition plus exacte.

d) Ces dernières années ont connu de profonds changements démographiques. La natalité a fortement diminué. D'autre part la population accuse un vieillissement important; cette tendance se poursuivra probablement durant les prochaines décennies.

Il faudra certainement en tenir compte lors de la fixation des besoins hospitaliers.

2. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur l'évaluation des critères de programmation sera demandé. Un rapport scientifique sera établi afin de lui permettre de donner son avis.

Dans une première phase, l'étude portera en priorité sur l'évaluation des critères de programmation des services hospitaliers généraux aigus. Cette première phase devra être achevée pour le 31 décembre 1986.

L'évaluation des critères de programmation doit permettre de définir le nombre et le type de lits dont notre pays devra disposer les prochaines années pour couvrir les besoins. Cette étude révélera aussi jusqu'à quel niveau le nombre de lits doit être adapté.

V. Les différentes parties de l'opération

1. Le Gouvernement part du principe que la réduction du nombre de lits doit, de préférence, s'opérer volontairement. A cet effet, une série de stimulants seront créés à court terme pour permettre de se faire, à partir du 1er juin 1987 une idée du nombre de lits pouvant être réduit.

Deze stimuli zullen er op gericht zijn de middelen die uit de bedvermindering vrijkomen ten dele te heroriënteren naar kwaliteitsverbetering en andere vormen van verzorging.

Deze stimuli worden onder punt VII nader toegelicht.

2. Voor zover de bedreductie niet algeheel op vrijwillige basis kan worden gerealiseerd zal een kader worden gecreëerd om de bedvermindering tot stand te brengen. De bedvermindering kan op twee manieren totstandkomen. Vooreerst door een herstructurering en een betere organisatie van de ziekenhuizen en van de ziekenhuisdiensten via de erkenningsnormen. Dit wordt verder uiteengezet onder punt VI van dit verslag.

Een tweede werkwijze bestaat erin om via de programmatie, met name op basis van artikel 21 van de ziekenhuiswet, modaliteiten en regelen te bepalen voor de afschaffing van overtallige ziekenhuisbedden.

3. Het objectief van de Regering om het aantal bedden in 1987 met 2 000 te verminderen zal wellicht nog niet gerealiseerd zijn bij de aanvang van het jaar 1987. Toch zal met ingang van 1 januari 1987 het globale budget dat voor de financiering van de ziekenhuizen in 1987 kan worden aangewend, reeds met het equivalent van 2 000 bedden worden verminderd.

Deze vermindering mag zich evenwel niet vertalen in een lineaire aanpassing van de individuele ziekenhuisbudgetten, maar moet selectief gebeuren.

Meer bepaald zal, zoals overigens gesuggereerd door de Nationale Raad van ziekenhuisvoorzieningen, rekening worden gehouden met de bezettingsgraad en met de ligduur, naargelang het soort van ziekenhuisdienst.

VI. Betere omschrijving van de ziekenhuisfuncties

1. Op korte termijn moet werk worden gemaakt van meer aangepaste erkenningsnormen met het oog op een betere structurering en een meer optimale en rationele organisatie van de ziekenhuizen. Via de erkenningsnormen moet aldus de kwaliteit van de verzorging kunnen worden bevorderd.

2. Omtrent deze nieuwe kwaliteitsnormen werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies gevraagd.

Inmiddels heeft de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen zijn advies uitgebracht. Voor de vaststelling van de nieuwe normen zullen de grote principes die in dit advies vervat liggen richtinggevend zijn.

Deze beginselen kunnen kort als volgt worden samengevat.

2.1. De Nationale Raad is van oordeel dat een ziekenhuis op een functionele wijze moet gestructureerd zijn. Het ziekenhuis moet nl. over bepaalde diensten beschikken. Het ziekenhuis dient ook een minimale bedcapaciteit te omvatten. De Raad stelt tevens voor dat de continuïteit van de zorgen gewaarborgd wordt, hetgeen een permanente medische aanwezigheid van een arts in het ziekenhuis vergt.

2.2. Aan de door de Raad vooropgestelde structuur en capaciteit van een ziekenhuis kan ook worden beantwoord door het vormen van een ziekenhuisgroepering. Het betreft met name ziekenhuizen die beslissen om, binnen een bepaalde geografische omschrijving, samen te werken. Deze samenwerking moet er toe leiden dat de verschillende ziekenhuizen die aan de groepering deelnemen beter op elkaar afgestemd geraken, wat moet leiden tot een meer rationele werking.

2.3. De Nationale Raad is van oordeel dat, zonder te willen vooruitlopen op bijzondere situaties in rurale zones, iedere dienst van een ziekenhuis of van een ziekenhuisgroepering over een minimum aantal bedden moet beschikken.

2.4. Ten slotte stelt de Raad voorop dat iedere ziekenhuisdienst een bepaald activiteitsniveau moet hebben. Met name moet dit niveau in principe per dienst worden geëvalueerd in functie van de gemiddelde bezettingsgraad en de gemiddelde verblijfsduur ten aanzien van de nationale gemiddelden.

VII. Stimuli voor een vrijwillige vermindering van het aantal acute ziekenhuisbedden

Algemene voorwaarden

De ziekenhuisbeheerders die vóór 1 juni 1987 beslissen om een ziekenhuis of een gedeelte daarvan te sluiten, en deze beslissing uitvoeren vóór 31 december 1987, zullen van een aantal voordelen kunnen genieten.

Zij zullen hun beslissing evenwel vóór 1 juni 1987 moeten bekendmaken. De stimuli zullen bovendien pas kunnen worden verworven nadat de sluiting effectief heeft plaats gehad. Indien de sluiting echter pas na 31 december 1987 effectief wordt zullen de voordelen niet meer worden toegekend, tenzij het ziekenhuisbudget met het equivalent van de te sluiten bedden wordt verminderd.

Ces stimulants viseront à réorienter en partie les moyens dégagés par la réduction du nombre de lits vers une amélioration de la qualité et d'autres formes de soins.

Ces stimulants sont exposés au point VII.

2. Dans la mesure où la réduction du nombre de lits ne pourra être réalisée volontairement, un cadre sera créé en vue d'opérer la réduction de lits. Cette réduction peut se faire de deux manières. D'abord par une restructuration et une meilleure organisation des hôpitaux et des services hospitaliers par les normes d'agrément. Ceci est exposé au point VI du présent rapport.

Une seconde méthode consiste à fixer à l'aide de la programmation, et notamment sur la base de l'article 21 de la loi sur les hôpitaux, les modalités et les règles de la suppression des lits excédentaires.

3. L'objectif du Gouvernement de réduire le nombre de lits de 2 000 unités en 1987 ne sera probablement pas réalisé au début de cette année-là. Le budget global, qui pourra être utilisé au financement des hôpitaux en 1987, sera cependant déjà diminué de l'équivalent de 2 000 lits à partir du 1er janvier 1987.

Cette réduction ne peut pourtant pas s'exprimer dans une adaptation linéaire du budget de chaque hôpital mais doit se faire de façon sélective.

Comme le Conseil national des établissements hospitaliers l'a d'ailleurs suggéré on tiendra compte du degré d'occupation et de la durée d'hospitalisation, selon le type de service hospitalier.

VI. Meilleure définition des fonctions hospitalières

1. A court terme, il faut élaborer des normes d'agrément mieux adaptées en vue d'une structuration et d'une organisation meilleures des hôpitaux. La qualité des soins doit pouvoir être améliorée par le biais des normes d'agrément.

2. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers a été demandé sur ces nouvelles normes de qualité.

Le Conseil national des établissements hospitaliers a émis son avis entretemps. Les grands principes de cet avis guideront la fixation des nouvelles normes.

Ces principes peuvent être résumés comme suit.

2.1. Le Conseil national des établissements hospitaliers estime qu'un hôpital doit être structuré d'une manière fonctionnelle. L'hôpital doit notamment disposer de certains services. L'hôpital doit avoir aussi une capacité minimale de lits. Le Conseil propose également que la continuité des soins soit garantie, ce qui y nécessite une présence médicale permanente.

2.2. On peut aussi confirmer à la structure et à la capacité proposée par le Conseil par la construction de groupements d'hôpitaux. Il s'agit ici d'hôpitaux qui décident de collaborer dans les limites d'une circonscription géographique déterminée. Cette collaboration doit aboutir à une meilleure harmonisation des hôpitaux qui en font partie, ce qui doit donner lieu aussi à un fonctionnement plus rationnel.

2.3. Le Conseil estime que, sans vouloir préjuger de situations particulières dans des zones rurales, chaque hôpital ou groupement hospitalier doit disposer d'un nombre minimal de lits.

2.4. Enfin, le Conseil préconise que chaque service hospitalier doit avoir un degré d'activité déterminé. Ce niveau doit en principe être évalué par service en fonction du degré moyen d'occupation et de la durée moyenne de séjour par rapport à la moyenne nationale.

VII. Stimulants en vue d'une réduction volontaire du nombre de lits aigus

Conditions générales

Les gestionnaires qui décident, avant le 1er juin 1987, de fermer un hôpital ou une partie de celui-ci et qui exécuteront cette décision avant le 31 décembre 1987 pourront profiter d'une série d'avantages.

Ils devront cependant faire connaître leur décision avant le 1er juin 1987. En outre, ces stimulants ne seront acquis qu'après fermeture effective. Ces avantages ne seront plus accordés si la fermeture a lieu après le 31 décembre 1987, à moins que le budget de l'hôpital soit réduit de l'équivalent des lits à supprimer.

Indien de sluiting met eerbiediging van deze voorwaarden plaats heeft, zal van de hiernavolgende voordelen kunnen worden genoten :

1. Ziekenhuizen die hun bedcapaciteit met minstens 10 % verminderen kunnen één vierde van de ontstane bezuiniging terugkrijgen, onder de vorm van een verhoging van het budget, om voor de resterende bedden hun personeelseffectief te verhogen teneinde de kwaliteit van de geboden verzorging of de werking van het ziekenhuis te verbeteren.

Dit voordeel kan ook worden verworven indien ziekenhuizen in het kader van een samenwerkingsverband ertoe komen om hun globale capaciteit met 10 % te verminderen, of indien het bewijs wordt geleverd dat een ander ziekenhuis tot een dergelijke reductie overgaat.

2. Een ziekenhuis dat zijn bedcapaciteit vermindert krijgt de mogelijkheid om tot maximum 70 % van de weerhouden investeringslasten voor een nieuwbouw of verbouwing af te schrijven in de verpleegdagprijs. Deze vermindering moet ingeval van nieuwbouw evenwel mathematisch overeenstemmen met minstens 25 % van de bestaande capaciteit; in voorkomend geval moet de reductie evenwel minimum steeds 50 bedden bedragen. Het voordeel geldt eveneens wanneer een ziekenhuis het bewijs levert dat elders een bedvermindering ontstaat die overeenstemt met 25 procent van de bedoelde bedcapaciteit.

Het voordeel geldt slotte ook wanneer 2 of meerdere ziekenhuizen samen tot nieuwbouw beslissen en hun gezamenlijke capaciteit met minstens 25 % verminderen.

In geval van verbouwingswerken moet minstens 25 % worden vermindert in verhouding tot het aantal bedden dat wordt vervangen, met dien verstande dat dit nooit lager mag zijn dan 30 bedden.

Om dit voordeel te bekomen moet, in afwijking met de voormelde algemene voorwaarden, de aanvraag vóór 1 januari 1988 worden ingediend. De sluiting moet effectief worden uitgevoerd binnen een vastgesteld tijdschema.

Dit voordeel mag, binnen bepaalde perken, worden gecombineerd met het voordeel vermeld onder punt 1.

De verhoogde afschrijvingsmogelijkheid heeft het voordeel dat de instellingen een grotere zekerheid van financiering zullen hebben. De werken zullen ook sneller kunnen worden aangevat en uitgevoerd.

3. Ter stimulering van de bedvermindering zullen de regelen inzake de schadeloosstelling worden gewijzigd.

3.1. De ziekenhuizen die aan de algemene voorwaarden voldoen krijgen het recht op een verhoogde schadeloosstelling.

Deze zal met name in voorkomende gevallen worden opgetrokken met 15 procent t.o.v. de huidige vergoeding.

Indien de sluiting evenwel betrekking heeft op een gans ziekenhuis of op een volledige ziekenhuisdienst bedraagt de verhoging 20 procent.

De verhoogde schadeloosstelling mag worden gecombineerd met het voordeel voorzien onder punt 1 en punt 2.

3.2. De verhogingen gelden evenwel niet voor de V-diensten. Deze kunnen immers door het koninklijk besluit van 2 augustus 1985 reeds genieten van de verhoogde schadeloosstelling, met name a ratio van 60 % van de residuwaarde van de goederen.

Om de reconversie van V-diensten aan te moedigen zal de bij koninklijk besluit van 2 augustus 1985 verhoogde schadeloosstelling enkel nog gelden voor zover de reconversie van V-diensten naar R.V.T. vóór 1 januari 1987 wordt aangekondigd.

3.3. De procedure van de schadeloosstelling zal tevens aanzienlijk worden ingekort om de financiële middelen sneller ter beschikking te kunnen stellen.

Met name zal de aanvraag tot schadeloosstelling, nadat ze door de Gemeenschapsminister werd overgemaakt, behandeld worden door de nationale minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft. Deze laatste zal het bedrag rechtstreeks aan de aanvrager uitbetalen. De Gemeenschapsminister zal evenwel nog steeds de aanvrager in kennis stellen van het bedrag van de schadeloosstelling.

3.4. De schadeloosstelling zal voortaan ook worden gefinancierd door het nationale Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen i.p.v. door het Ministerie van Volksgezondheid.

De nieuwe regelen inzake de schadeloosstelling vormen het voorwerp van het besluit dat aan Zijne Majesteit wordt voorgelegd.

Si la fermeture a lieu conformément aux conditions, on pourra bénéficier des avantages suivants :

1. Les hôpitaux qui réduisent le nombre de leurs lits de 10 % au moins, pourront récupérer, sous forme d'augmentation de leur budget, un quart de l'économie réalisée et augmenter ainsi leur effectif pour les lits restants afin d'améliorer la qualité des soins dispensés ou le fonctionnement de l'hôpital.

Cet avantage peut s'acquérir aussi si par une collaboration d'hôpitaux une réduction de 10 % du nombre total de lits est atteinte ou s'il est prouvé qu'un autre hôpital procède à une telle réduction.

2. L'hôpital, qui réduit le nombre de ses lits de 25 % au moins, acquiert la possibilité d'amortir un maximum de 70 % des charges d'investissement, retenues d'une construction ou d'une transformation dans son prix de journée. En cas de construction nouvelle, cette réduction doit correspondre mathématiquement à 25 % au moins de la capacité en lits existante; dans ce cas la réduction doit toujours porter sur 50 lits au moins. Cet avantage est également accordé lorsque l'hôpital apporte la preuve qu'un nombre de lits correspondant à 25 % de la capacité visée, est ainsi réduit ailleurs.

Enfin, l'avantage vaut aussi lorsque 2 ou plusieurs services hospitaliers décident une nouvelle construction ou réduisent leur capacité commune de 25 % au moins.

En cas de reconditionnement au moins 25 %, doit être réduit au prorata du nombre de lits qui sont remplacés, étant entendu que cette réduction du nombre de lits ne peut jamais être inférieur à 30 lits.

Par dérogation aux conditions générales précitées, la demande devra être introduite avant le 1er janvier 1988, pour bénéficier de cet avantage. La fermeture doit être effective dans un délai fixe.

Dans des limites déterminées cet avantage et celui mentionné au point 1 peuvent être combinés.

La possibilité d'amortir un montant plus élevé assurera davantage le financement des hôpitaux. Les travaux pourront être entrepris et achevés plus rapidement.

3. Pour inciter à réduire le nombre de lits les règles en matière d'indemnisation seront modifiées.

3.1. Les hôpitaux qui satisfont aux conditions générales ont droit à une indemnisation majorée.

Dans des cas, celle-ci sera augmentée de 15 pourcent par rapport à l'indemnité actuelle.

S'il s'agit de la fermeture de tout un hôpital ou de tout un service, l'augmentation est de 20 pourcent.

L'indemnisation majorée peut être combinée à l'avantage prévu au point 1 et au point 2.

3.2. Les augmentations ne valent cependant pas pour les services V. Par l'arrêté royal du 2 août 1985 ceux-ci peuvent, en effet, bénéficier déjà de l'indemnisation majorée à concurrence de 60 % de la valeur résiduaire des biens.

En vue d'encourager la conversion des services V, l'indemnisation majorée par l'arrêté royal du 2 août 1985 ne vaudra que pour autant que la conversion de services V en services M.R.S. soit annoncée avant le 1er janvier 1987.

3.3. La procédure d'indemnisation sera sensiblement abrégée pour accélérer l'octroi des moyens financiers.

Notamment, la demande d'indemnisation, transmise par le Ministre communautaire, sera examinée par le Ministre national qui a le prix de journée dans ses attributions. Ce dernier paiera directement le montant au demandeur. Cependant, c'est le Ministre communautaire qui informera encore toujours le demandeur du montant de l'indemnisation.

3.4. L'indemnisation sera dorénavant financé aussi par le Fonds national de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales, et non pas par le Ministère de la Santé publique.

Les nouvelles règles en matière d'indemnisation font l'objet de l'arrêté qui est soumis à Votre Majesté.

4. Behoudens voor de desaffectatie van V-bedden kan geen recht meer worden bekomen op verzorgingsbedden bij desaffectatie van algemene ziekenhuisbedden.

De ziekenhuizen die aan de algemene voorwaarden voldoen en die geen gebruik wensen te maken van de voordelen voorzien onder punt 1 of punt 2, kunnen evenwel nog per gedesaffecteerd ziekenhuisbed aanspraak maken op 2 verzorgingsbedden, waarvan minstens 1 in een erkend rustoord.

Voor de ziekenhuizen die aan de algemene voorwaarden voldoen en gebruik wensen te maken van één van de voordelen voorzien onder punt 1 of punt 2, kunnen per gedesaffecteerd ziekenhuisbed aanspraak maken op 1 verzorgingsbed.

Voor de desaffectatie van M, E en N bedden kan voortaan geen recht meer worden bekomen op verzorgingsbedden.

Per 1 januari 1987 vervalt voor de V-diensten het voordeel van 2,5 verzorgingsbedden per gedesaffecteerd V-bed, tenzij de aanvraag voordien werd ingediend.

Na 1 januari 1987 kunnen nog slechts 2 verzorgingsbedden per gedesaffecteerd V-bed worden bekomen.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,

Van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE

30 JULI 1986. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 1983 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op artikel 67 van de Grondwet;

Gelet op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980, het koninklijk besluit nr. 60 van 22 juli 1982 en het koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986, inzonderheid op artikel 6, § 10;

Gelet op het koninklijk besluit van 20 juni 1983 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 11 februari 1985, 9 maart 1985 en 2 augustus 1985;

Gelet op het protocolakkoord van 25 juli 1986 tussen de Nationale Regering en de Executieven der Gemeenschappen;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de procedure voor het bekomen van de schadeloosstelling voor de sluiting van ziekenhuizen of van ziekenhuisdiensten dient te worden ingekort teneinde de ziekenhuisbeheerders sneller over de schadeloosstelling te laten beschikken;

Overwegende dat de bedragen van de schadeloosstelling tijdelijk dienen te worden verhoogd om op korte termijn het aantal ziekenhuisbedden te kunnen verminderen;

Overwegende dat de schadeloosstellingsregeling aldus aantrekkelijker zal worden gemaakt en derhalve een grotere stimulans kan betekenen tot bedvermindering in de ziekenhuissector;

Overwegende dat de inrichtende machten der ziekenhuizen van de wijzigingen van de schadeloosstellingsregeling dringend in kennis moeten worden gesteld;

4. Le droit à des lits de soins par désaffectation de lits d'hôpitaux généraux ne pourra plus être obtenu, sauf pour la fermeture de lits V.

Les hôpitaux qui satisfont aux conditions générales et qui ne souhaitent pas profiter des avantages prévus au point 1 ou au point 2, peuvent néanmoins encore prétendre à 2 lits de soins par lit hospitalier mis hors service, dont 1 dans une maison de repos agréée.

Les hôpitaux qui satisfont aux conditions générales et souhaitent profiter d'un des avantages prévus aux points 1 ou 2, peuvent prétendre à 1 lit de soins par lit hospitalier désaffecté.

La désaffectation de lits M, E et N ne donne dorénavant plus droit à des lits de soins.

L'avantage de 2,5 lits de soins par lit V désaffecté expire le 1er janvier 1987 à moins que la demande ne soit introduite avant.

Après le 1er janvier 1987 on ne pourra obtenir que 2 lits de soins par lit V désaffecté.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,

De Votre Majesté,
le très fidèle
et très respectueux serviteur,

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

30 JUILLET 1986. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juin 1983 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation

BAUDOUIIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'article 67 de la Constitution;

Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par la loi du 8 août 1980, l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982 et l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986, notamment l'article 6, § 10;

Vu l'arrêté royal du 20 juin 1983 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation, modifié par les arrêtés royaux des 11 février 1985, 9 mars 1985 et 2 août 1985;

Vu le protocole d'accord du 25 juillet 1986 entre le Gouvernement national et les Exécutifs des Communautés;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant que la procédure pour l'obtention de l'indemnisation pour la fermeture des hôpitaux ou des services hospitaliers doit être abrégée afin que les gestionnaires d'hôpitaux puissent disposer plus rapidement de l'indemnisation;

Considérant que les montants de l'indemnisation doivent être majorés temporairement afin de pouvoir réduire le nombre de lits d'hôpitaux à court terme;

Considérant que les règles de l'indemnisation seront ainsi plus attrayante et un meilleur stimulant d'une diminution du nombre de lits dans le secteur hospitalier;

Considérant que les pouvoirs organisateurs doivent être mis d'urgence au courant de cette modification de la procédure;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 20 juni 1983 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 11 februari 1985, 9 mei 1985 en 2 augustus 1985, worden de woorden « Ministerie van Volksgezondheid » vervangen door « Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen ».

Art. 2. Artikel 8, 1^o, eerste lid, van het voormelde besluit, zoals gewijzigd door het besluit van 2 augustus 1985, wordt als volgt aangevuld :

« In voorkomend geval dient de beslissing tot sluiting of desaffectatie evenwel vóór 1 januari 1987 te worden genomen en moet de beslissing, behoudens bij toepassing van artikel 23bis, § 2, uiterlijk op 31 december 1987 zijn uitgevoerd. »

Art. 3. Na artikel 8 van hetzelfde besluit wordt een artikel 8bis ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 8bis. § 1. De overeenkomstig artikel 7 en artikel 8 berekende bedragen van de schadeloosstelling worden verhoogd indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan :

1^o de beslissing om een ziekenhuis of een gedeelte daarvan te sluiten of te desaffacteren wordt vóór 1 juni 1987 aan de Minister bevoegd voor de toepassing van de ziekenhuisprogrammatie medegedeeld;

2^o de sluiting of desaffectatie wordt effectief uitgevoerd vóór 31 december 1987.

Van de in het vorige lid vermelde datum van 31 december 1987 kan evenwel, bij gedeeltelijke sluiting van een ziekenhuis, worden afgeweken indien de beheerder een getuigschrift kan voorleggen van de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, waaruit blijkt dat, met ingang van 1 januari 1988, het budget van het ziekenhuis wordt verminderd a rato van het equivalent van de bedvermindering waartoe de beheerder heeft beslist.

3^o de bedden in het ziekenhuis of in een gedeelte daarvan, dat wordt gesloten of gedesaffecteerd, worden niet vervangen door andere ziekenhuisbedden en worden niet in aanmerking genomen om andere ziekenhuisbedden in gebruik te nemen.

§ 2. De in § 1 bedoelde verhoging bedraagt :

1^o 20 percent bij sluiting of desaffectatie van een ziekenhuis of van een ziekenhuisdienst;

2^o 15 percent in de andere gevallen dan deze bedoeld in 1^o;

§ 3. Komen niet in aanmerking voor de verhoogde schadeloosstelling :

1^o de sluiting of desaffectatie van een ziekenhuis dat uitsluitend bestaat uit bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (V);

2^o de bedden in diensten zoals bedoeld in 1^o, in geval een gedeelte van een ziekenhuis wordt gesloten of gedesaffecteerd. »

Art. 4. De afdelingen 2 en 3 van Hoofdstuk V worden vervangen door een afdeling 2 waarvan de tekst luidt als volgt :

« Afdeling 2. Vaststelling van het bedrag van de schadeloosstelling en uitbetaling ervan.

Art. 16. De aanvraag tot schadeloosstelling wordt samen met de in artikel 15 bedoelde verantwoordingsstukken door de Minister die de aanvraag heeft ontvangen, overgezonden naar de Minister die de verpleegdagprijs voor de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 17. Het bedrag van de schadeloosstelling wordt, voor zover aan alle gestelde voorwaarden is voldaan, door de Minister die de verpleegdagprijs voor de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, vastgesteld overeenkomstig de regelen van dit besluit.

Art. 18. Het vastgestelde bedrag van de schadeloosstelling, evenals de berekeningswijze ervan, worden schriftelijk medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de toepassing van de ziekenhuisprogrammatie.

Art. 19. Het bedrag van de schadeloosstelling wordt door de Minister die de verpleegdagprijs voor de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft aan de aanvrager uitbetaald voor zover de in artikel 18 bedoelde Minister tegen dit bedrag geen bezwaar heeft laten gelden binnen de vijftien dagen nadat hij hiervan in kennis werd gesteld.

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans l'article 1er de l'arrêté royal du 20 juin 1983 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation, modifié par les arrêtés royaux des 11 février 1985, 9 mai 1985 et 2 août 1985, les mots « Ministère de la Santé publique » sont remplacés par « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales ».

Art. 2. L'article 8, 1^o, alinéa premier, dudit arrêté, modifié par l'arrêté du 2 août 1985, est complété comme suit :

« Le cas échéant, la décision de fermeture ou de désaffectation doit cependant être prise avant le 1er janvier 1987, et sauf en cas d'application de l'article 23bis, § 2, être exécutée au plus tard le 31 décembre 1987. »

Art. 3. Un article 8bis rédigé comme suit, est inséré dans le même arrêté :

« Art. 8bis. § 1. Les montants de l'indemnisation calculés conformément aux articles 7 et 8 seront majorés, si les conditions suivantes sont remplies :

1^o la décision de fermer ou de désaffecter un hôpital ou une partie de celui-ci est communiquée au Ministre compétent pour l'application de la programmation hospitalière avant le 1er juin 1987;

2^o la fermeture ou la désaffectation est effective avant le 31 décembre 1987.

De cette date du 31 décembre 1987 on pourra cependant déroger en cas de fermeture partielle d'un hôpital, si le gestionnaire peut produire une attestation du Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions, d'où il appert qu'à partir du 1er janvier 1988, le budget de l'hôpital sera réduit au prorata de l'équivalent de la réduction du nombre de lits décidée par le gestionnaire.

3^o les lits de l'hôpital ou de la partie, qui en sera fermée ou désaffectée, ne seront pas remplacés par d'autres lits d'hôpitaux et ne seront pas pris en considération pour la mise en service d'autres lits d'hôpitaux.

§ 2. La majoration dont question au § 1 s'élève à :

1^o 20 pourcent en cas de fermeture ou de désaffectation d'un hôpital ou d'un service hospitalier;

2^o 15 pourcent dans les cas autres que ceux visés au 1^o;

§ 3. N'entrent pas en ligne de compte pour l'indemnisation majorée :

1^o la fermeture ou la désaffectation d'un hôpital comprenant uniquement des lits de services pour le traitement de malades atteints de maladies de longue durée (V);

2^o les lits de services visés au 1^o, en cas de fermeture ou de désaffectation partielle d'un hôpital. »

Art. 4. Les sections 2 et 3 du chapitre V sont remplacés par une section 2 rédigée comme suit :

« Section 2. Fixation et paiement du montant de l'indemnisation.

Art. 16. Le Ministre qui a reçu la demande d'indemnisation la transmettra, avec les pièces justificatives visées à l'article 15, au Ministre compétent pour le prix de journée des hôpitaux.

Art. 17. Le Ministre compétent pour le prix de journée des hôpitaux fixera le montant de l'indemnisation conformément aux règles du présent arrêté, pour autant que toutes les conditions soient remplies.

Art. 18. Le montant de l'indemnisation et son mode de calcul sont communiqués par écrit au Ministre compétent pour l'application de la programmation hospitalière.

Art. 19. Le Ministre compétent pour le prix de journée des hôpitaux payera le montant de l'indemnisation au demandeur pour autant que dans les quinze jours de sa notification au Ministre visé à l'article 18, celui-ci n'ait fait valoir aucune objection quant à ce montant.

Art. 20. Indien de in artikel 18 bedoelde Minister binnen de voormelde tijdsperiode toch bezwaren maakt tegen het voorgestelde bedrag dan wordt door hem overleg gepleegd met de Minister die de verpleegdagprijs voor de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft teneinde in onderling akkoord het bedrag vast te stellen dat door laatstgenoemde Minister aan de aanvrager zal worden uitbetaald.

Art. 21. Het bedrag van de schadeloosstelling dat aan de aanvrager wordt uitbetaald kan evenwel van ambtswege door de Minister die de verpleegdagprijs voor de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft worden verminderd met de voorschotten die door hem kunnen worden teruggevorderd krachtens het koninklijk besluit van 2 juni 1976 houdende regeling van de vereffening van voorschotten aan de ziekenhuizen. Deze voorschotten worden teruggevorderd in verhouding tot het aantal bedden dat gedesaffecteerd wordt.

Art. 22. De Minister die bevoegd is voor de toepassing van de ziekenhuisprogrammatie stelt de aanvrager in kennis van het bedrag van de schadeloosstelling. Hierbij wordt melding gemaakt van de vermindering die gebeurlijk overeenkomstig artikel 21 van dit besluit wordt toegepast.

Art. 5. De bepalingen van dit besluit treden als volgt in werking :

- 1° artikel 1 vanaf 1 januari 1987;
- 2° de overige artikelen vanaf de datum van publicatie van dit besluit.

Art. 6. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Motril, 30 juli 1986.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
J.-L. DEHAENE

N. 86 — 1265

30 JULI 1986. — Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen, die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, gewijzigd bij de wet van 11 juli 1966 en de wet van 6 juli 1973 en het koninklijk besluit nr. 60 van 22 juli 1982, inzonderheid op artikel 6, § 9;

Gelet op het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 1 september 1967, 19 maart 1970, 21 november 1972 en 15 mei 1975;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het percentage van de toelagen voor de bouw en de verbouwing van ziekenhuizen dient te worden gewijzigd ten einde bij een substantiële vermindering van het aantal ziekenhuisbedden toe te laten dat een groter percentage van de investeringslasten in de verpleegdagprijs kan worden opgenomen;

Overwegende dat deze maatregel een stimulans kan betekenen om bij nieuwbouw of verbouwing een belangrijke rationalisering van het beddenbestand te realiseren;

Overwegende dat de bekendmaking van deze maatregel dringend geboden is gelet op de objectieven van de Regering om op korte termijn het aantal ziekenhuisbedden te verminderen;

Art. 20. Si, dans ce délai, le Ministre visé à l'article 18 émet des objections quant au montant proposé, il se concerta avec le Ministre compétent pour le prix de journée des hôpitaux afin de fixer, de commun accord, le montant que ce dernier payera au demandeur.

Art. 21. Le montant de l'indemnisation payé au demandeur peut toutefois être diminué d'office par le Ministre qui a le prix de journée des hôpitaux dans ses attributions, des avances qu'il peut récupérer en application de l'arrêté royal du 2 juin 1976 fixant les modalités d'octroi d'avance aux hôpitaux. La récupération de ces avances se fera proportionnellement au nombre de lits désaffectés.

Art. 22. Le Ministre compétent pour l'application de la programmation hospitalière notifie le montant de l'indemnisation au demandeur en mentionnant la diminution éventuellement appliquée conformément à l'article 21 du présent arrêté.

Art. 5. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur comme suit :

- 1° article 1er, à partir du 1er janvier 1987;
- 2° les autres articles, à la date de la publication du présent arrêté.

Art. 6. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Motril, le 30 juillet 1986.

BAUDOIN

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
J.-L. DEHAENE

F. 86 — 1265

30 JUILLET 1986. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux

BAUDOIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par les lois du 11 juillet 1966, et du 6 juillet 1973, et par l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982, notamment l'article 6, § 9;

Vu l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi de subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, modifié par les arrêtés royaux des 1er septembre 1967, 19 mars 1970, 21 novembre 1972 et 15 mai 1975;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant que le taux des subventions pour la construction et le reconditionnement d'hôpitaux doit être modifié afin que lors d'une réduction substantielle du nombre de lits, un pourcentage plus élevé du coût d'investissement puisse être inclus dans le prix de journée;

Considérant que cette mesure peut stimuler une rationalisation importante du nombre de lits lors d'une nouvelle construction ou d'un reconditionnement;

Considérant qu'il est urgent de notifier cette mesure eu égard aux objectifs du Gouvernement de réduire à court terme le nombre de lits d'hôpitaux;