

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN VAN HET GEZIN

N. 86 — 1030

Koninklijk besluit houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

1. Een nieuw wettelijk kader.

Het besluit dat aan Zijne Majesteit ter ondertekening wordt voorgelegd geeft uitvoering aan artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen. Dit artikel werd gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986 (*Belgisch Staatsblad* van 6 mei 1986). Krachtens dit besluit kunnen nieuwe soorten van normen worden bepaald voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Vooraleer in te gaan op de wijze waarop de nieuwe bepalingen zullen worden uitgevoerd lijkt het wenselijk eerst te herinneren aan de inhoud van het nieuw wettelijk kader alsmede aan de motieven voor de wetswijziging.

1.1. Vooreerst werd het mogelijk gemaakt om in de erkenningsnormen te bepalen over welk soort van dienst of diensten een ziekenhuis moet beschikken, alsmede welke de minimale bedcapaciteit hoort te zijn. Zoals in het Verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit nr. 407 reeds werd gesteld, werd deze nieuwe wetsbepaling ingegeven door de bekommernis te beschikken over ziekenhuizen die een minimale omvang hebben. Deze vereiste moet bijdragen tot het vormen van economisch meer leefbare entiteiten die meer garanties bieden voor een goede kwalitatieve verzorging.

1.2. Een andere wijziging heeft betrekking op de vereisten inzake de erkenning van de ziekenhuisdiensten. Zoals het wenselijk is om een minimale omvang van het ziekenhuis te hebben, zo is het ook geboden d.w.z. ziekenhuisdiensten over een minimale bedcapaciteit beschikken.

Het volstaat evenwel niet een minimum aantal bedden per dienst te hebben. In deze diensten moet ook een voldoende activiteit worden uitgevoerd die beantwoordt aan het concept van de dienst. Vandaar dat tevens een activiteitsniveau per soort van ziekenhuisdienst kan worden vastgesteld. Ook deze bepaling is ingegeven door de zorg voor een goede kwaliteit en de leefbaarheid van de diensten.

1.3. In het kader van de beperktheid der middelen moet de samenwerking tussen ziekenhuizen sterk worden aangespoord. Ziekenhuizen moeten met name afspraken kunnen maken om, in het kader van hun voorzieningen, een taakverdeling door te voeren om aldus meer complementair aan elkaar te worden en rationalisering mogelijk te maken. Omwille van dit motief werd in de wet de notie « ziekenhuisgroepering » ingevoerd. Dit begrip dient door de Koning nader te worden omschreven. Tevens kunnen voor groeperingen bijzondere erkenningsnormen worden vastgesteld.

2. Situering van de nieuwe erkenningsnormen in het beleidskader.

2.1. De nieuwe bepalingen van de wet zoals ze hierboven werden samengevat beogen een meer rationele organisatie van de ziekenhuizen en een optimale aanwending van de infrastructuur. Zoals in het Verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit nr. 407 werd opgemerkt hebben de nieuwe bepalingen dan ook een weerslag op de programmatie en de financiering van de ziekenhuizen.

Aangezien de toepassing van de uitvoeringsbesluiten tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort werd met de Gemeenschappen over de nieuwe wetsbepalingen overleg gepleegd. Dit overleg is uitgemond in een protocolakkoord dat op 25 juli 1980 door de Nationale Regering en de Executieven van de Gemeenschappen werd goedgekeurd.

2.2. Het voorliggend besluit moet ook worden gesitueerd in het kader van het beleid van de Regering om in de ziekenhuizen herstructureringen op gang te brengen en aldus de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Dit alles wordt verwoord in de beleidsnota die de Regering terzake op 25 juli 1986 heeft goedgekeurd nadat hierover eveneens met de Gemeenschappen overleg werd gepleegd (zie het Verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit van 30 juli 1986 tot wijziging van de regelen inzake de schadeloosstelling voor de sluiting van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, alsmede de brochure « Conception van de bedverminderingsoperatie en concretisering van de Eerste fase, Kabinet van de Minister van Sociale Zaken, augustus 1986).

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA FAMILLE

F. 86 — 1930

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

RAPPORT AU ROI

Sire,

1. Un nouveau cadre légal.

Le projet d'arrêté qui est soumis à l'approbation de Votre Majesté donne exécution à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux. Cet article a été modifié par l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986 (*Moniteur belge* du 6 mai 1986). Celui-ci permet de fixer de nouvelles sortes de normes d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers.

Avant d'aborder la manière dont les nouvelles dispositions seront exécutées, il est souhaitable de rappeler la teneur du nouveau cadre légal et les motifs de la modification de la loi.

1.1. C'est ainsi qu'il est d'abord possible de stipuler dans les normes d'agrément de quelle sorte de service(s) un hôpital doit disposer et quelle doit être la capacité minimale en lits de celui-ci. Comme il a déjà été rappelé dans le Rapport au Roi de l'arrêté royal n° 407, cette nouvelle disposition de loi s'inspire du souci de disposer d'hôpitaux d'une dimension et d'une capacité en lits minimales. Cette condition doit contribuer à la constitution d'entités économiquement viables garantissant une bonne qualité des soins.

1.2. Une autre modification concerne les exigences en matière d'agrément des services hospitaliers. Comme il est souhaitable que l'hôpital ait une dimension minimale, il est tout aussi souhaitable que des services hospitaliers aient une capacité minimale en lits.

Il ne suffit cependant pas d'avoir un nombre minimum de lits par service. Il faut aussi que ces services aient une activité suffisante qui réponde au concept du service. Il faut dès lors aussi qu'un taux d'activité par sorte de service hospitalier puisse être fixé. Cette disposition s'inspire donc du souci d'une bonne qualité et de la viabilité des services.

1.3. Comme les moyens financiers sont limités, il est nécessaire d'encourager la collaboration entre hôpitaux. Des hôpitaux doivent pouvoir conclure des accords pour être en état de répartir des tâches selon leurs équipements, être ainsi complémentaires et leur permettre de rationaliser. C'est la raison pour laquelle la notion de « groupement hospitalier » est introduite dans la loi. Cette notion doit être précisée par le Roi. Des normes d'agrément particulières peuvent être imposées à ces groupements.

2. Exécution des nouvelles normes d'agrément dans le cadre de la politique.

2.1. Les nouvelles dispositions de la loi telles qu'elles ont été résumées ci-avant visent à une meilleure rationalisation de l'organisation des hôpitaux et à utiliser au mieux leur infrastructure. Ces nouvelles dispositions ont dès lors une répercussion sur la programmation et le financement des hôpitaux.

Comme l'application des arrêtés d'exécution est de la compétence des Communautés, ces nouvelles dispositions ont fait l'objet d'une concertation avec ces dernières. Cette concertation a abouti à un protocole d'accord qui a été approuvé par le Gouvernement National et les Exécutifs des Communautés, le 25 juillet 1980.

2.2. L'arrêté doit aussi être situé dans le cadre de la politique gouvernementale en vue de pousser les restructurations hospitalières et d'améliorer ainsi la qualité des soins. Tout ceci a été formulé dans la note politique approuvée par le Gouvernement le 25 juillet 1980, après concertation avec les Communautés (voir Rapport au Roi de l'arrêté royal du 30 juillet 1980 modifiant les règles d'octroi de l'indemnisation pour la fermeture d'hôpitaux ou de services hospitaliers et dans la brochure « Conception de l'opération de réduction du nombre de lits et concrétisation de la première phase, Cabinet du Ministre des Affaires sociales, août 1986).

2.3. Hierbij moge nog worden opgemerkt dat de Regering voor de herstrukturering van de ziekenhuisinfrastructuur zoveel mogelijk wenst beroep te doen op de vrijwillige medewerking van de ziekenhuizen. De Regering is evenwel van oordeel dat de nieuwe erkenningsnormen reeds in de vrijwillige fase van de aanpassing van de infrastructuur dienen bekend te zijn zodat met de nieuwe normen kan worden rekening gehouden alvorens deze definitief van kracht worden. Aldus moeten de beheerders, met kennis van alle elementen, gebruik kunnen maken van de stimuli die hen in de vrijwillige fase worden geboden.

2.4. 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 wordt het globale budget van het Rijk dat voor de financiering van de ziekenhuizen in 1987 kan worden aangewend, reeds met het equivalent van 2 000 bedden verminderd. Deze vermindering mag zich niet vertalen in een lineaire aanpassing van de ziekenhuisbudgetten, maar zal selectief gebeuren.

Met name zal bij de vaststelling van de verpleegdagenquota rekening worden gehouden met de ligduur en de bezettingsgraad. Het zijn overigens de diensten die structureel onderbezet zijn of een te lange ligduur hebben die tot sluiting moeten overgaan. In die zin zal de aanpassing van de quota in de vrijwillige fase van de bedvermindering een signaal betekenen voor diene die hun bedcapaciteit moeten aanpassen.

### 3. Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Op 10 juli 1986 werd door de Nationale Raad advies uitgebracht over de nieuwe vast te stellen erkenningsnormen. Het advies kan als volgt worden samengevat.

3.1. Een algemeen ziekenhuis moet over tenminste 90 ziekenhuisbedden beschikken, alsmede over de ziekenhuisdiensten algemene heekunde en algemene interne geneeskunde.

Tevens dient het te beschikken over anesthesiologie, radiologie, klinische biologie en voorzieningen voor revalidatie. In elk ziekenhuis moet de continuïteit van de zorgen voor alle gehospitaliseerde patiënten worden gewaarborgd, hetgeen de permanente aanwezigheid van een arts veronderstelt.

3.2. De Raad meent dat ook aan de omschrijving van een algemeen ziekenhuis kan worden voldaan door meerdere ziekenhuizen die zich groeperen, op voorwaarde evenwel dat deze tezamen een entiteit van minstens 150 bedden vormen. Tevens moet door de groepering als geheel aan de andere voorwaarden van het ziekenhuisconcept worden voldaan. De afstand tussen de ziekenhuizen van de groepering dient evenwel beperkt te zijn. De groepering moet gebaseerd zijn op functionele en structurele factoren en onderlinge complementariteit en moet leiden tot een meer rationele werking. De groepering vormt het voorwerp van een verbintenis waarin een reeks van aangelegenheden moeten geregeld worden.

3.3. Ieder van de ziekenhuisdiensten moet over een minimumbedcapaciteit beschikken. Het activiteitsniveau moet per ziekenhuisdienst geëvalueerd worden in functie van de gemiddelde bezettingsgraad en van de gemiddelde ligduur ten aanzien van de nationale gemiddelden. Voor de ligduur moeten afwijkingen kunnen worden verantwoord. Tenslotte stelt de Raad voor iedere dienst een « normaal geachte bezettingsgraad » voorop.

### 4. Inhoud van het voorliggend besluit.

#### 4.1. Toepassingsgebied.

Het besluit is niet van toepassing voor :

- a) psychiatrische ziekenhuizen;
- b) geïsoleerde V-diensten;
- c) geïsoleerde S-diensten al of niet gecombineerd met H of V-diensten.

Voor de sub a) en b) bedoelde instellingen wordt een specifiek beleid gevoerd. De sub c) bedoelde S-diensten bestrijken zeer uiteenlopende domeinen in de geneeskunde; deze diensten dienen aan een diepgaand onderzoek te worden onderworpen om op basis hiervan hun uiteindelijke bestemming te bepalen.

#### 4.2. De algemene inrichting van de ziekenhuizen.

4.2.1. We beschikken thans over te veel ziekenhuizen. Dit is een totaal voorbijgestreefde toestand in een land met zulke kleine oppervlakte, met zulke bevolkingsdichtheid en met zulke wegeninfrastructuur. Het aantal ziekenhuizen dient te worden verminderd, met dien verstande dat deze over een minimale bedcapaciteit moeten beschikken. Hiervoor gelden zowel medische als financieel-economische redenen.

Door de medische evolutie bestaat er een trend naar subspecialisatie. Teneinde aan de diverse specialisten waarover een basisziekenhuis moet beschikken toe te laten een voldoende praktijkervaring op te doen, is een minimale bedcapaciteit onontbeerlijk. Ook voor de verpleegkundige organisatie geldt deze zorg.

2.3. Remarquons ici que pour la restructuration de l'infrastructure hospitalière, le Gouvernement tient à faire appel à la collaboration volontaire des hôpitaux. Le Gouvernement estime cependant que les nouvelles normes d'agrément doivent être connues pour la phase de l'adaptation volontaire des infrastructures de sorte que l'on puisse tenir compte des nouvelles normes avant qu'elles n'entrent définitivement en vigueur. Les gestionnaires doivent donc pouvoir utiliser tous les stimulants offerts au cours de la phase de réduction volontaire en connaissant tous les éléments.

2.4. L'objectif du Gouvernement de réduire le nombre de lits de 2 000 unités en 1987 ne sera probablement pas encore réalisé au début de cette année-là. Le budget global du Royaume qui pourra être affecté au financement des hôpitaux en 1987, sera cependant diminué de l'équivalent de 2 000 lits. Cette réduction ne peut pas se traduire par une adaptation linéaire des budgets des hôpitaux mais se fera de manière sélective.

Lors de la fixation des quotas des journées d'hospitalisation on tiendra notamment compte de la durée de séjour et du taux d'occupation. Ce sont d'ailleurs les services qui ont une durée trop longue d'hospitalisation, qui doivent fermer. C'est dans ce sens que l'adaptation des quotas durant la phase de réduction volontaire du nombre de lits sera un signal pour ceux qui doivent adapter leur capacité en lits.

### 3. Avis du Conseil national des équipements hospitaliers.

Le Conseil national des équipements hospitaliers a émis son avis sur les nouvelles normes d'agrément à fixer, le 10 juillet 1986. Cet avis peut être résumé comme suit :

3.1. Un hôpital général doit disposer d'au moins 90 lits et des services hospitaliers de chirurgie générale et de maladies internes.

Il doit avoir aussi une anesthésiologie, radiologie, biologie clinique et réadaptation fonctionnelle. La continuité des soins aux patients hospitalisés doit être garantie dans chaque hôpital, ce qui suppose la présence permanente d'un médecin.

3.2. Le Conseil estime que plusieurs hôpitaux, qui se groupent, peuvent aussi répondre à la définition d'un hôpital général, à condition toutefois qu'ils forment ensemble une entité d'au moins 150 lits. Le groupement en tant qu'ensemble doit répondre aussi aux autres conditions du concept hospitalier. La distance entre les hôpitaux du groupement doit cependant être limitée. Le groupement doit être fondé sur des facteurs fonctionnels et structurels, et la complémentarité mutuelle. Il doit aboutir à un fonctionnement plus rationnel. Le groupement fait l'objet d'un contrat qui règle une série de questions.

3.3. Chaque service hospitalier doit avoir une capacité minimale en lits. Le niveau d'activité doit être évalué pour chaque service hospitalier en fonction du taux moyen d'occupation et de la durée moyenne d'hospitalisation par rapport aux moyennes nationales. Des dérogations à la durée de séjour doivent pouvoir être justifiées. Enfin, le Conseil national propose pour chaque service « un taux d'occupation considéré comme normal ».

### 4. Teneur du projet d'arrêté.

#### 4.1. Champ d'application.

L'arrêté ne s'applique pas aux :

- a) hôpitaux psychiatriques;
- b) services V isolés;
- c) services S isolés combinés ou non à des services H ou V.

Une politique spécifique est menée pour les établissements visés sous a) et b). Les services S visés sous c) englobent des domaines très différents de la médecine. Il faut les soumettre à un examen approfondi afin de pouvoir en fixer la destination définitive.

#### 4.2. L'organisation générale de l'hôpital.

4.2.1. Nous disposons actuellement de trop d'hôpitaux. C'est une situation totalement dépassée pour un pays de petite superficie, d'une telle densité de population et d'infrastructure routière. Il faut diminuer le nombre d'hôpitaux, étant entendu que ceux-ci doivent disposer d'une capacité minimale en lits, pour des raisons médicales, financières et économiques.

L'évolution de la médecine engendre une tendance à une spécialisation plus poussée. Afin de permettre aux divers spécialistes, dont un hôpital de base doit disposer, d'acquérir une expérience pratique suffisante, une capacité minimale en lits est indispensable. Ceci vaut aussi pour l'organisation infirmière.

Een vermindering van het aantal ziekenhuizen laat overigens toe de beschikbare middelen te verdelen over minder ziekenhuizen, maar van een zekere omvang, waardoor de kwaliteit kan worden opgetrokken door een grotere personeelsbestaffing.

De evolutie van de medische wetenschap heeft tevens de ontwikkeling van steeds betere medische apparatuur voor gevolg gehad. Dergelijke investeringen zijn, zowel vanuit medisch als vanuit economisch oogpunt, maar verantwoord in ziekenhuizen waar een voldoende gebruik ervan kan worden verzekerd.

Kleinere ziekenhuizen missen dan ook schaafeffect. Dit geldt bij allerhande aankopen, computerisering, enz.

Ook op het vlak van nieuwbouw en verbouwingswerken zijn kleinere ziekenhuizen relatief duur.

Teveel ziekenhuizen werken kostenverhogend en kwaliteitsverlagend: de ziekenhuisfunctie vervaagt alsmaar, en onderbezetting en te lange ligduren worden er door in de hand gewerkt. Door het aantal ziekenhuizen te verminderen zal de rol van het «akute»: ziekenhuis worden versterkt.

4.2.2. Uitgaande van hetgeen voorafgaat moeten ziekenhuizen zich kunnen groeperen tot een minimale capaciteit van 150 bedden zoals door de Nationale Raad werd geadviseerd. Dit cijfer moet dan ook als een minimumcapaciteit worden vooropgesteld voor het toekomstige algemeen akute ziekenhuis. Binnen deze capaciteit kunnen de nodige basisdiensten en functies worden voorzien en kan de permanente aanwezigheid van een geneesheer worden verzekerd. Het voorliggend besluit voorziet eveneens dat per ziekenhuis een maximum bedcapaciteit zal worden vastgesteld, eventueel rekening houdend met de aard van de activiteiten. Hierover zal advies worden gevraagd aan de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. In gebieden die meer afgelegen zijn, kan desgevallend een minimum van 120 akute bedden worden aanvaard.

Wat de in het besluit gehanteerde afstand betreft dient opgemerkt dat moet rekening worden gehouden met de bestaande wegeninfrastructuur.

Dit gegeven mag niet worden beschouwd als een planmatig criterium maar moet eerder een waarborg zijn voor een voldoende gebruik van de infrastructuur.

Voor de ziekenhuizen die bestaan bij het invoeggetreden van het voorliggend besluit kan tijdelijk in een overgangsperiode, als minimale bednorm 90 akute bedden worden weerhouden. Bij nieuwbouw of belangrijke aanpassingswerken moeten de ziekenhuizen via hergroeperingen beantwoorden aan het toekomstig concept.

#### 4.3. De groepering van ziekenhuizen.

In het licht van wat voorafgaat krijgt de groepering van ziekenhuizen een bijzondere betekenis, voornamelijk voor ziekenhuizen die niet aan de minimale eisen van de overgangsperiode voldoen.

De groepering kan met name gelden als een voorbereidende stap naar een nieuwbouwproject dat aan de minimale eisen van het toekomstige ziekenhuisconcept beantwoordt. Wanneer dergelijke groeperingen worden gevormd is het van belang dat garanties worden ingebouwd opdat de toekomstige minimumcapaciteit kan gerealiseerd worden.

Een ziekenhuis dat niet aan het toekomstig concept beantwoordt, noch qua aantal bedden noch qua soorten van diensten, moet minstens over 75 akute bedden beschikken om tot een groepering toe te treden.

Binnen een dergelijke groepering moet één van de ziekenhuizen een motorfunctie vervullen om een dynamiek naar de hergroepering op gang te brengen. In deze groepering moet een rationalisering van het aantal bedden kunnen verwezenlijkt worden via herstruktureringen die van bij de aanvang reeds ten dele moeten doorgevoerd worden.

Deze rationalisering mag evenwel niet voor gevolg hebben dat de capaciteit van de akute bedden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering met meer dan 5 procent zakt onder de minimumdrempel van 75 bedden om tot een groepering toe te treden (hetzij 72 bedden) indien deze ziekenhuizen binnen de groepering verder willen blijven bestaan en erkend worden.

Een dergelijke groepering zal een aanloop betekenen naar een hergroepering in één ziekenhuiscomplex met één beheer.

Daarnaast kan een groepering ook worden gevormd door ziekenhuizen die elk afzonderlijk weliswaar aan de minimale eisen voldoen maar waar door taakverdeling een zekere complementariteit kan worden nagestreefd. Dergelijke groeperingen moeten, wanneer ze van een bepaalde omvang zijn, in aanmerking kunnen komen voor toewijzing van bijzondere voorzieningen, zoals sommige soorten van zware medische uitrusting.

Groeperingen zijn samenwerkingsverbanden die een duurzaam karakter moeten vertonen; ze dienen daarom te worden geformaliseerd onder de vorm van een verbintenis waarin een reeks van aangelegenheden moeten geregeld worden.

Une réduction du nombre d'hôpitaux permet d'ailleurs de répartir les moyens disponibles entre moins d'hôpitaux mais d'une certaine dimension, et de relever aussi la qualité par un personnel mieux encadré.

L'évolution de la science médicale a entraîné une amélioration de l'appareillage médical. De tels investissements ne sont justifiés, tant du point de vue médical que du point de vue économique, que dans des hôpitaux qui peuvent en assurer une utilisation suffisante.

Pour des hôpitaux plus petits l'effet de grandeur et de quantité ne joue pas pour toutes sortes d'achats, l'informatisation, etc.

Ils sont aussi relativement plus coûteux pour leur construction et les travaux d'aménagement.

Trop d'hôpitaux ont pour conséquence que les coûts augmentent et que la qualité devient inférieure: la fonction hospitalière s'atténue. La sous-occupation et la prolongation de la durée d'hospitalisation en sont les conséquences. Une réduction du nombre d'hôpitaux renforcera le rôle de l'hôpital aigu.

4.2.2. C'est en raison de ce qui précède que des hôpitaux doivent pouvoir se grouper pour former une capacité minimale de 150 lits, comme le suggère le Conseil national des établissements hospitaliers. Ce nombre doit être fixé comme la capacité minimale de l'hôpital général de demain. C'est en se fondant sur cette capacité qu'on peut prévoir les services et les fonctions de base. La présence permanente d'un médecin spécialiste peut y être assuré. Le présent projet d'arrêté dispose aussi qu'un maximum de lits sera fixé pour chaque hôpital, éventuellement en tenant compte de la nature des activités. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sera demandé à ce sujet. Dans des régions plus éloignées, un minimum de 120 lits aigus peut être admis.

Précisons au sujet des distances mentionnées dans l'arrêté qu'il y a lieu de tenir compte de l'infrastructure routière existante.

Cette donnée ne doit pas être considérée comme un critère planifié mais doit plutôt être une garantie de l'utilisation suffisante de l'infrastructure.

Pour les hôpitaux existant à l'entrée en vigueur du présent arrêté, un minimum de 90 lits aigus peut être admis temporairement ou durant une période transitoire. En cas de nouvelle construction ou d'importants aménagements, les hôpitaux devront s'adapter au concept futur par des regroupements.

#### 4.3. Le groupement d'hôpitaux.

Le groupement d'hôpitaux acquiert ainsi une signification particulière, surtout pour les hôpitaux qui ne répondent pas aux conditions minimales durant la période transitoire.

Le groupement peut notamment être considéré comme une étape préparatoire à un projet de construction nouvelle qui répond aux exigences minimales du concept de l'hôpital de l'avenir. Lors de la formation de tels groupements, il importe de prévoir des garanties pour pouvoir réaliser la capacité minimale future.

Un hôpital qui ne répond pas au concept de demain ni quant au nombre de lits ni quant à la sorte de services, doit disposer d'au moins 75 lits aigus pour adhérer à un groupement.

Un des hôpitaux du groupement doit être l'élément moteur d'une dynamique pour un regroupement. Le nombre de lits du groupement doit pouvoir être rationalisé par des restructurations, qui doivent déjà être réalisées partiellement dès le début.

Cette rationalisation ne peut cependant avoir pour conséquence que la capacité en lits aigus des hôpitaux du groupement tombe à plus de 5 % sous le seuil des 75 lits aigus (soit 72 lits) pour adhérer à un groupement, si ces hôpitaux veulent rester au sein du groupement et demeurer agréés.

Un tel groupement sera l'amorce d'un regroupement dans un seul complexe hospitalier avec une seule gestion.

Par ailleurs, le groupement peut aussi être constitué d'hôpitaux qui répondent individuellement aux conditions minimales mais où une certaine complémentarité peut être réalisée par une répartition des tâches. De tels groupements, d'une certaine ampleur, peuvent entrer en ligne de compte pour l'attribution d'équipements, telles que certaines sortes d'appareillage médical lourd.

Les groupements sont des associations qui doivent avoir un caractère durable. Ils doivent donc être formalisés sous forme d'un accord qui règle une série de questions.

De juridische vorm van de overeenkomst kan verscheiden zijn: het kan bvb. gaan om een V.Z.W. of een vereniging zoals bedoeld in artikel 118 van de O.C.M.W.-wet. Het kan ook een gewone schriftelijke overeenkomst zijn, met dien verstande dat deze in ieder geval minimum 10 jaar moet gelden.

Tussen de beheerders van de betrokken ziekenhuizen moet een overkoepelend orgaan worden opgericht dat over wezenlijke bevoegdheden kan beschikken. De overeenkomst moet door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, worden goedgekeurd.

De groepering wordt door deze Minister periodisch erkend, complementair aan de erkenning die individueel aan de ziekenhuizen wordt verleend. De erkenning van de groepering moet desgevallend kunnen worden ingetrokken indien de voorwaarden van de overeenkomst niet meer worden nageleefd of indien een groepering onvoldoende dynamisch blijkt te zijn.

#### 4.4. De fusie tussen ziekenhuizen.

Een ziekenhuis dat niet tot een groepering kan of wenst toe te treden zou desgevallend een fusie kunnen aangaan met een ander ziekenhuis en derhalve worden uitgebaat door één beheerder.

De diensten van een ziekenhuis worden bij voorkeur op éénzelfde campus gevestigd of in de onmiddellijke omgeving van elkaar. Omtrent de notie « onmiddellijke omgeving » mag geen misverstand bestaan. Dit betekent dat ziekenhuizen quasi naast elkaar moeten gelegen zijn zodat ze een functioneel geheel kunnen vormen.

Indien dit niet het geval is, moet de bevoegde Minister afwijkingen kunnen toestaan voor zover deze gepaard gaan met een vergunning om de verschillende gebouwen fysisch in één complex te integreren binnen een periode van 5 jaren. Deze periode moet desgevallend kunnen worden verlengd ten einde toe te laten dat de bouwwerken kunnen voltooid worden. Het is evident dat in een dergelijke situatie de juridische fusie met één erkenningsnummer minstens moet gepaard gaan met een rationalisatie zoals deze voor een groepering wordt geveerd.

4.5. De inrichting en werking van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten.

4.5.1. Ieder van de diensten van een ziekenhuis of van een ziekenhuisgroepering moet beschikken over een minimum aantal bedden. Voor de diensten geriatrie en neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling bestaat reeds een minimum. Er is geen reden om deze cijfers nu reeds te herzien.

Voor de diensten chirurgie en inwendige geneeskunde werd in de praktijk meestal uitgegaan van 30 bedden als minimum. Deze cijfers worden thans bevestigd.

Voor de dienst kindergeneeskunde is 20 bedden een minimum indien men een verpleegkundige continuïteit wil verzekeren. Het kan evenwel verantwoord zijn in bepaalde gevallen dit minimum op 15 bedden vast te stellen, met name in afgelegen gebieden of in kleinere provinciale steden die deze dienst anders niet beschikbaar zouden hebben.

Voor de kraaminrichting kan enkel een streefcijfer worden vastgesteld. Hier is het aantal bedden eerder van ondergeschikt belang. Veel meer gewicht moet in casu worden gegeven aan het aantal bevallingen. De kraaminrichting mag nooit geïsoleerd worden opgesteld maar moet in principe steeds deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis; de functionele en organisatorische erkenningsnormen zullen voor deze diensten worden herzien. Hierin moet worden voorzien dat de functie neonatale zorg in de dienst zelf dient verzekerd te worden, althans wat als de courante zorg kan beschouwd worden.

De eigenlijke dienst voor neonatale zorg is een zgn. zware dienst met minstens 15 bedden. Hierin moeten voornamelijk risicogevoallen worden opgenomen. Deze dienst vergt dan ook een specifieke medische permanentie. Ook voor deze dienst zullen op korte termijn nieuwe normen worden afgekondigd.

Er weze overigens opgemerkt dat, in het kader van de beoogde kwaliteitsverzekering, naast de meer kwantitatieve normen die in dit besluit worden vastgesteld ook kwalitatieve normen zullen worden bepaald inzake de medische, paramedische en verpleegkundige omkadering. Hierover zal eveneens aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen advies worden gevraagd.

4.5.2. Een dienst moet niet alleen over een minimum aantal bedden beschikken maar moet bovendien een bepaald activiteitsniveau vertonen. Deze wordt uitgedrukt in bezettingsgraad en in ligduur.

De jaarlijkse gemiddelde bezettingsgraad van iedere ziekenhuisdienst dient te worden geëvalueerd op basis van wat door de Nationale Raad als de normale bezettingsgraad wordt beschouwd. Indien de gemiddelde bezettingsgraad gedurende 23 opeenvolgende jaren onder de referentienorm blijft dan kan men spreken van een structurele onderbezetting.

La forme juridique de l'accord peut varier: il peut s'agir, par exemple d'une A.S.B.L. ou d'une association visée à l'article 118 de la loi sur les C.P.A.S.. Ce peut être aussi une simple convention écrite, étant entendu qu'elle doit être conclue, en tout cas, pour au moins 10 ans.

Les gestionnaires des hôpitaux concernés doivent constituer entre eux un organe de coordination disposant de compétences réelles. La convention doit être approuvée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions.

Ce Ministre doit périodiquement donner son agrément au groupement, en plus de l'agrément qui est accordé individuellement à chaque hôpital. L'agrément du groupement peut être retiré si les conditions de l'accord ne sont plus respectées ou si le groupement n'est pas suffisamment dynamique.

#### 4.4. Fusion d'hôpitaux.

L'hôpital qui ne peut ou ne veut pas faire partie d'un groupement peut éventuellement fusionner avec un autre et donc être exploité par un seul gestionnaire.

Il est préférable que les services d'un hôpital soient situés dans un même endroit ou dans les environs immédiats de façon à former un seul ensemble fonctionnel. Il ne peut y avoir de malentendu au sujet de la notion de « environs immédiats ». Elle signifie que les hôpitaux doivent quasiment être situés l'un à côté de l'autre de manière à pouvoir former un ensemble fonctionnel.

Si tel n'est pas le cas, le Ministre compétent doit pouvoir accorder des dérogations pour autant qu'elles soient accompagnées de l'autorisation d'intégrer les différents bâtiments en un seul complexe, dans un délai de 5 ans. Le cas échéant, cette période doit pouvoir être prorogée afin de permettre le parachèvement des travaux. Il est évident que, dans un tel cas, la fusion juridique sous un seul numéro d'agrément doit au moins aller de pair avec une rationalisation telle qu'elle est exigée d'un groupement.

4.5. Organisation et fonctionnement des différentes sortes de services hospitaliers.

4.5.1. Chaque service d'un hôpital ou d'un groupement d'hôpitaux doit disposer d'un nombre minimum de lits. Un minimum a déjà été fixé pour les services de geriatrie, de neuropsychiatrie d'observation et de traitement. Il n'y a aucune raison de revoir ces chiffres maintenant.

Pour les services de chirurgie et de médecine interne, on s'est pratiquement basé sur un minimum de 30 lits. Ces chiffres sont confirmés.

Pour la pédiatrie il faut un minimum de 20 lits si l'on veut assurer la continuité des soins infirmiers. Dans certains cas, il se justifie cependant de fixer ce minimum à 15 lits, notamment dans des régions éloignées ou dans des petites villes provinciales qui sinon ne disposeraient pas de tels services.

Pour une maternité on ne peut que fixer un chiffre de référence. Le nombre de lits est d'importance secondaire. Il faut attacher plus d'importance au nombre d'accouchements. Une maternité ne peut jamais être isolée mais doit, en principe, toujours faire partie d'un hôpital général; les normes d'agrément pour l'organisation et le fonctionnement de ces services seront revues. Il y a lieu d'y prévoir que les soins aux nouveaux-nés doivent être assurés dans le service même, du moins ce qui peut être considéré comme soins courants.

Le service des nouveaux-nés est un service dit lourd d'au moins 15 lits. Il faut y admettre les cas à risque. Ce service exige dès lors une permanence médicale spécifique. Pour ces services aussi de nouvelles normes seront fixées à brève échéance.

Remarquons d'ailleurs que dans le cadre de l'amélioration qualitative, en plus des normes quantitatives fixées dans le présent arrêté, d'autres normes qualitatives, seront fixées en matière d'encadrement médical, paramédical et infirmier. Le Conseil national des établissements hospitaliers sera également consulté à ce sujet.

4.5.2. Un service ne doit non seulement disposer d'un nombre minimum de lits mais avoir aussi un niveau déterminé d'activité. Celui-ci s'exprime en taux d'occupation et en durée d'hospitalisation.

Le taux moyen annuel d'occupation de chaque service hospitalier doit être évalué sur la base de ce que le Conseil national des établissements hospitaliers considère comme taux d'occupation normal. On peut parler de sous-occupation structurelle lorsque le taux d'occupation moyen reste sous la norme de référence durant trois années consécutives.

Indien dit fenomeen zich voordoet dan dient het aantal erkende bedden te worden herleid tot het aantal bedden dat met de referentienorm correspondeert. Bij het onderzoek van de bezettingsgraad dient nagegaan of niet op een systematische wijze transferten van patiënten tussen verschillende soorten ziekenhuisdiensten worden uitgevoerd om de vereiste bezettingsgraden in ieder van de diensten te bereiken.

Wat de kraaminrichtingen betreft wordt de bezetting uitgedrukt op basis van het aantal bevallingen. Met name moeten tijdens een periode van 3 jaren gemiddeld 400 bevallingen per jaar worden uitgevoerd. Is dit niet het geval dan dient de erkenning te worden ingetrokken. Voor de kraaminrichtingen en de diensten kindergeneeskunde dient overigens te worden gestreefd naar het samenvoegen van diensten uit twee of meerdere ziekenhuizen teneinde de minimale massa bevallingen te bereiken.

De jaarlijkse gemiddelde ligduur van iedere dienst moet worden geëvalueerd op basis van de nationale gemiddelde ligduur voor de overeenstemmende dienst. Indien deze gedurende 3 opeenvolgende jaren met een nader te bepalen percentage wordt overschreden dan moet van ambtswege een onderzoek worden ingesteld. Dit belet uiteraard niet dat ook buiten deze gevallen een geregeld toezicht plaats vindt.

De instelling moet vanzelfsprekend de kans worden geboden om de abnormale ligduur te verantwoorden. Indien deze niet kan worden verantwoord dan dient hiervan aan de betrokken instanties verslag te worden uitgebracht en dienen conclusies te worden geformuleerd op het vlak van het al dan niet verlengen van de erkenning of van de gebruikelijke aanpassing van het aantal erkende bedden op basis van wat als een verantwoorde ligduur kan worden beschouwd.

De normen inzake bezettingsgraad en ligduur worden voor het eerst op 1 januari 1988 toegepast, en dit op basis van de meest recent beschikbare gegevens van drie opeenvolgende jaren. Nadien worden de normen telkens om de 5 jaren toegepast.

#### 4.6. Specifieke situaties.

Teneinde toe te laten regelingen te treffen voor uitzonderlijke situaties kunnen afwijkingen op de normen worden toegestaan mits een speciale procedure te volgen. Het betreft hier dezelfde procedure als deze voorzien voor het moratorium van het aantal ziekenhuisbedden.

#### 4.7. Invoegegetreden.

Het besluit treedt in voege op 1 januari 1988 behoudens de bepalingen inzake de groeperingen die onmiddellijk invoegegetreden, alsmede deze in verband met de vestigingsplaats van de ziekenhuizen.

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

8 DECEMBER 1986. — Koninklijk besluit houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen

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 door de wet van 6 juli 1973, het koninklijk besluit nr. 60 van 22 juli 1982, de wet van 13 maart 1985 en het koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986, inzonderheid op artikel 2;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 15 april 1965, 19 november 1965, 18 september 1966, 12 januari 1970, 16 februari 1971, 15 februari 1974, 13 juni 1974, 1 juli 1970, 29 maart 1977, 1 december 1977, 19 oktober 1978, 18 juli 1980, 12 april 1984, 25 juni 1985 en 7 juli 1986;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Erkenning;

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

Si ceci se produit, le nombre de lits agréés doit être ramené à la norme de référence. En examinant le taux d'occupation il y a lieu de voir si des patients ne sont pas systématiquement transférés d'un service à l'autre afin d'atteindre le taux d'occupation dans chaque service.

Le taux d'occupation des maternités est exprimé sur la base du nombre d'accouchements. Il faut notamment qu'au cours d'une période de trois ans, 400 accouchements par an y aient lieu. Si tel n'est pas le cas l'agrément peut être retiré. Pour les maternités et la pédiatrie, il faut d'ailleurs s'efforcer de rassembler les services de deux ou plusieurs hôpitaux pour atteindre ainsi le nombre minimal d'accouchements.

La durée annuelle moyenne d'hospitalisation dans chaque service doit être évaluée sur la base de la durée moyenne nationale du service correspondant. Si celui-ci est dépassé durant trois années consécutives d'un pourcentage à déterminer, une enquête sera instaurée d'office. Cela n'empêche évidemment pas d'effectuer un contrôle régulier en dehors de ces deux cas.

Il faut que l'établissement puisse justifier la durée anormale de séjour. S'il ne le peut, on en fera rapport aux instances concernées et on formulera des conclusions en ce qui concerne la prolongation ou non de l'agrément ou de l'adaptation éventuelle du nombre de lits agréés sur la base de ce qui peut être considéré comme durée justifiée d'hospitalisation.

Les normes en matière de taux d'occupation et de durée d'hospitalisation seront appliquées pour la première fois le 1er janvier 1988 et ce, sur la base des données les plus récentes disponibles de trois années consécutives. Ensuite les normes seront appliquées tous les cinq ans.

#### 4.6. Situations spécifiques.

Afin de pouvoir prendre des dispositions pour des situations exceptionnelles, des dérogations aux normes peuvent être accordées, à condition de suivre une procédure spécifique. Il s'agit de la même procédure que celle prévue pour le moratoire du nombre de lits hospitaliers.

#### 4.7. Entrée en vigueur.

L'arrêté entrera en vigueur le 1er janvier 1988, sauf les dispositions relatives aux groupements d'hôpitaux qui entrent immédiatement en vigueur, ainsi que celles relatives à la localisation des hôpitaux.

J'ai l'honneur,

Sire,  
d'être de Votre Majesté,  
les très respectueux et  
très fidèle serviteur,  
  
Le Ministre des Affaires sociales,  
J.-L. DEHAENE

8 DECEMBRE 1986. — Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter

BAUDOUIN, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux modifiée par la loi du 6 juillet 1973, l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982, la loi du 13 mars 1985 et l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986, notamment l'article 2;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 définissant les normes que les hôpitaux et leurs services doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux des 15 avril 1965, 19 novembre 1965, 18 septembre 1966, 12 janvier 1970, 16 février 1971, 15 février 1974, 13 juin 1974, 1er juillet 1976, 29 mars 1977, 1er décembre 1977, 19 octobre 1978, 18 juillet 1980, 12 avril 1984, 25 juin 1985 et 7 juillet 1986;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section agrément;

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

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 gezondheidsbeleid er op gericht is om door aanvullende erkenningsnormen de kwaliteit van de verzorging te verbeteren, de financiële middelen beter te besteden en via herstructureringen een rationalisering van de ziekenhuisstructuur mogelijk te maken;

Overwegende dat de samenwerking van ziekenhuizen moet worden bevorderd door juridisch gestalte te geven aan de notie ziekenhuisgroepering zoals ingevoerd door het koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986;

Overwegende dat de bekendmaking van de nieuwe aanvullende erkenningsnormen en de omschrijving van het begrip « ziekenhuisgroepering » dringend geboden is ten einde de beheerders in de fase van de vrijwillige vermindering van het aantal bedden toe te laten tijdig hiermee rekening te houden;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

#### HOOFDSTUK I. — Toepassingsgebied

**Artikel 1.** De bepalingen van dit besluit gelden voor alle ziekenhuizen behoudens voor :

- 1° de psychiatrische ziekenhuizen;
- 2° de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V);
- 3° de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten (kenletter S), al of niet samen met sub 2° bedoelde diensten of diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H).

#### HOOFDSTUK II. — Algemene inrichting van de ziekenhuizen

**Art. 2. § 1.** Ieder ziekenhuis moet beschikken over :

1° een minimum van 150 bedden, exclusief bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V);

2° de hiernavolgende soorten van ziekenhuisdiensten :

- a) een dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C);
- b) een dienst voor diagnose en voor geneeskundige behandeling (kenletter D);
- c) een dienst voor geriatrie (kenletter G) of een kraaminrichting (kenletter M) of een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E);

3° de hiernavolgende functies :

- a) anesthesiologie;
- b) radiologie;
- c) klinische biologie;
- d) revalidatie;

4° de permanente aanwezigheid van een geneesheer.

§ 2. Het aantal bedden waarover een ziekenhuis maximaal mag beschikken wordt door Ons bepaald, binnen een periode van vijf jaren vanaf de bekendmaking van dit besluit, eventueel rekening houdend met de aard van de activiteiten van de ziekenhuizen.

§ 3. De verschillende diensten van een ziekenhuis moeten zich situeren op éénzelfde vestigingsplaats of in de onmiddellijke omgeving van elkaar zodat ze een functioneel geheel vormen dat overeenstemt met het ziekenhuis dat ten minste beantwoordt aan de normen zoals bedoeld in § 1.

Een afwijking op deze regel kan slechts worden toegestaan door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, in afwachting van de integratie van de verschillende diensten in één ziekenhuiscomplex.

De maximumduur van de in het vorige lid bedoelde afwijking wordt vastgesteld op vijf jaar. Deze termijn kan evenwel worden verlengd ten einde toe te laten dat de bouwwerken, die worden uitgevoerd met het oog op de integratie van de diensten op één vestigingsplaats, kunnen worden beëindigd.

**Art. 3.** Bij wijze van afwijking op artikel 2, § 1, 1° mag een ziekenhuis beschikken over minimum 120 bedden, exclusief bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V), zo dit ziekenhuis gevestigd is in een gemeente van 25 000 inwoners of minder en het dichtst bijgelegen ziekenhuis, uitgezonderd deze vermeld in artikel 1, ten minste 15 km verder ligt.

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

Vu l'urgence;

Considérant que la politique de santé vise à améliorer la qualité des soins par des normes complémentaires d'agrément, à mieux utiliser les moyens financiers et à permettre une rationalisation de la structure hospitalière par des restructurations;

Considérant qu'il y a lieu de stimuler la collaboration entre hôpitaux en donnant une forme juridique à la notion de groupement d'hôpitaux introduite par l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986;

Considérant que la publication des nouvelles normes complémentaires d'agrément et de la définition de la notion de « groupement d'hôpitaux » s'impose d'urgence afin de permettre aux gestionnaires d'en tenir compte à temps lors de la phase de la réduction volontaire du nombre de lits;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

#### CHAPITRE I. — Champ d'application

**Article 1<sup>er</sup>.** Les dispositions du présent arrêté valent pour tous les hôpitaux, sauf pour :

- 1° les hôpitaux psychiatriques;
- 2° les hôpitaux qui disposent exclusivement de services pour le traitement de malades atteints d'affections de longue durée (indice V);
- 3° les hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés (indice S) combinés ou non des services visés au 2° ou aux services d'hospitalisation normale (indice H).

#### CHAPITRE II. — Organisation générale de l'hôpital

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** Chaque hôpital doit disposer :

1° d'un minimum de 150 lits, exclus les lits dans des services pour le traitement des patients atteints d'affections de longue durée (indice V);

2° des sortes de services hospitaliers suivants :

- a) un service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C);
- b) un service de diagnostic et de traitement médical (indice D);
- c) d'un service de gériatrie (indice G) ou d'une maternité (indice M) ou d'un service de pédiatrie (indice E);

3° des fonctions suivantes :

- a) anesthesiologie;
- b) radiologie;
- c) biologie clinique;
- d) réadaptation fonctionnelle.

4° d'un médecin présent en permanence.

§ 2. Le nombre maximum de lits dont un hôpital peut disposer est fixé par Nous, dans un délai de cinq ans à partir de la publication du présent arrêté en tenant compte éventuellement de la nature des activités de l'hôpital.

§ 3. Les différents services d'un hôpital doivent être situés en un même endroit ou dans les environs immédiats, pour qu'ils forment une unité fonctionnelle qui correspond au moins à l'hôpital répondant aux normes visées au § 1<sup>er</sup>.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses compétences, qu'en attendant l'intégration des différents services dans un seul complexe hospitalier.

La durée de la dérogation est fixée à cinq ans. Ce délai pourra toutefois être prorogé de façon à permettre la fin des éventuels travaux de construction permettant l'intégration dans un seul site.

**Art. 3.** En dérogation à l'article 2, § 1, 1° un hôpital peut disposer d'au moins 120 lits, exclus les lits des services pour le traitement de malades atteints d'affections de longue durée (indice V), si l'hôpital est situé dans une commune de 25 000 habitants ou moins, et l'hôpital le plus proche distant de 15 km au moins sauf un des types mentionnés à l'article 1.



**Art. 4. § 1.** Tijdens een overgangperiode van vijf jaar kan voor ziekenhuizen die bestaan en erkend zijn op de dag van de bekendmaking van dit besluit worden afgeweken van de bepalingen van de artikels 2 en 3, op voorwaarde dat deze ziekenhuizen minstens beschikken over :

1° 90 bedden, exclusief de bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V);

2° de hiernavolgende soorten van ziekenhuisdiensten :

a) een dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C);

b) een dienst voor diagnose en voor geneeskundige behandeling (kenletter D);

3° de hiernavolgende functies :

a) anesthesiologie;

b) radiologie;

c) klinische biologie;

d) revalidatie;

4° de permanente aanwezigheid van een geneesheer.

§ 2. Voor de toepassing van § 1, 1°, wordt rekening gehouden met het aantal bestaande en erkende bedden op 31 december 1985.

**Art. 5.** Bij wijze van afwijking op artikel 4, § 1, 1°, mag een ziekenhuis beschikken over minder dan 90 bedden, exclusief bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V), indien het ziekenhuis gevestigd is in een gemeente met tenminste 20 000 inwoners en het dichtst bijgelegen ziekenhuis, uitgezonderd deze vermeld in artikel 1, ten minste 15 km verder ligt.

**Art. 6.** De in artikel 3, 4 en 5 voorziene afwijkingen gelden niet meer wanneer het ziekenhuis :

1° ofwel wordt vervangen door een nieuwhouwwerk;

2° ofwel wordt uitgebreid;

3° ofwel dusdanig wordt verbouwd dat de kostprijs twintig procent overschrijdt van de maximum kostprijs per bed welke in aanmerking wordt genomen voor het verlenen van toelagen voor de bouw van ziekenhuizen.

Voor het beoordelen van de sub 3° bedoelde regel wordt rekening gehouden met het geheel van de bouwwerken die, vanaf de bekendmaking van dit besluit, in openlopende stadia worden verricht.

### HOOFDSTUK III. — De ziekenhuisgroepering

**Art. 7.** Onder het begrip « ziekenhuisgroepering » wordt verstaan een door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, erkend juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen waarbij afspraken worden gemaakt tot taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, disciplines en/of uitrustingen om aldus beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

**Art. 8.** Een groepering dient, om te worden erkend, steeds te beantwoorden aan de volgende voorwaarden :

1° de groepering bestaat hoogstens uit 3 ziekenhuizen, tenzij een afwijking wordt toegestaan door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft;

2° de ziekenhuizen van de groepering zijn niet meer dan 20 km van elkaar verwijderd;

3° de groepering moet gezamenlijk ten minste beantwoorden aan de eisen voorzien in artikel 2, § 1.

**Art. 9.** Een groepering van ziekenhuizen kan worden gevormd tussen ziekenhuizen die elk afzonderlijk voldoen aan de normen voorzien in artikel 2, zonder dat toepassing wordt gemaakt van artikel 10, § 1, 3° van dit besluit.

**Art. 10. § 1.** Indien een ziekenhuis niet voldoet aan de bepalingen van artikel 2, en tot een groepering wenst toe te treden dan moet de groepering om te worden erkend voldoen aan de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 8, alsmede aan de hiernavolgende bijkomende voorwaarden :

1° elk ziekenhuis moet beschikken over ten minste 75 bedden op het ogenblik dat het tot de groepering toetreedt, exclusief de bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V);

2° één van de ziekenhuizen van de groepering moet ten minste voldoen aan de voorwaarden voorzien in artikel 2, § 1 of in artikel 3;

3° de erkenning van de groepering gaat gepaard met een vermindering van het aantal bedden die overeenstemt met ten minste 5 procent van de globale bedcapaciteit van de ziekenhuizen van de groepering, zoals deze bestond en erkend was op het ogenblik van de bekendmaking van dit besluit.

§ 2. De in § 1, 3°, bedoelde vermindering mag evenwel niet tot gevolg hebben dat de capaciteit van de ziekenhuizen van de groepering minder dan 72 bedden bedraagt.

**Art. 4. § 1<sup>er</sup>.** Au cours d'une période transitoire de cinq ans, les hôpitaux qui existent et sont agréés le jour de la publication du présent arrêté peuvent déroger aux dispositions des articles 2 et 3, à condition qu'ils disposent au moins :

1° de 90 lits, exclus les lits pour le traitement de patients atteints de maladies de longue durée (indice V);

2° des sortes de services hospitaliers suivant :

a) un service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C);

b) un service de diagnostic et de traitement médical (indice D);

3° des fonctions suivantes :

a) anesthésiologie;

b) radiologie;

c) biologie clinique;

d) réadaptation fonctionnelle.

4° d'un médecin présent en permanence.

§ 2. Pour l'application du § 1<sup>er</sup>, 1°, il sera tenu compte du nombre de lits agréés existant au 31 décembre 1985.

**Art. 5.** En dérogation à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 1°, un hôpital peut disposer de moins de 90 lits, à l'exclusion des lits des services pour le traitement de patients atteints d'affections de longue durée (indice V), si l'hôpital est situé dans une commune d'au moins 20 000 habitants, et l'hôpital le plus proche distant d'au moins 15 km sauf un des types mentionnés à l'article 1<sup>er</sup>.

**Art. 6.** Les dérogations visées aux articles 3, 4 et 5 ne s'appliquent plus si :

1° l'hôpital est remplacé par une nouvelle construction;

2° ou est agrandi;

3° ou est aménagé de telle façon que le coût dépasse de vingt pour cent le coût maximal par lit pris en considération pour l'octroi de subsides pour la construction d'hôpitaux.

Pour apprécier la règle visée au 3°, il est tenu compte de l'ensemble des travaux effectués en stades successifs depuis la publication du présent arrêté.

### CHAPITRE III. — Le groupement d'hôpitaux

**Art. 7.** On entend par « groupement d'hôpitaux » une collaboration hospitalière durable, juridiquement formalisée et reconnue par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, en vue d'une répartition des tâches et d'une complémentarité en matière d'offre de services, disciplines et/ou équipements afin de mieux répondre ainsi aux besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins.

**Art. 8.** Le groupement doit toujours satisfaire aux conditions suivantes pour être agréé :

1° comprendre 3 hôpitaux tout au plus, sauf dérogation accordée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions;

2° les hôpitaux des groupement ne sont pas distants entre eux de plus de 20 km.

3° le groupement dans son ensemble doit au moins répondre aux conditions prévues à l'article 2, § 1<sup>er</sup>.

**Art. 9.** Des hôpitaux qui satisfont individuellement aux normes de l'article 2 peuvent constituer un groupement d'hôpitaux, sans appliquer l'article 10, § 1, 3°, du présent arrêté.

**Art. 10. § 1<sup>er</sup>.** Un hôpital qui ne satisfait pas aux dispositions de l'article 2, et qui souhaite adhérer à un groupement, doit, pour être agréé, satisfaire aux conditions de l'article 8 ainsi qu'aux conditions supplémentaires suivantes :

1° chaque hôpital doit disposer d'au moins 75 lits au moment de son adhésion au groupement, à l'exclusion des lits des services pour le traitement de patients atteints d'affections de longue durée (indice V);

2° un des hôpitaux du groupement doit au moins satisfaire aux conditions des articles 2, § 1<sup>er</sup> ou 3;

3° l'agrément du groupement est assorti d'une diminution du nombre de lits correspondant à au moins 5 pour cent de la capacité totale en lits des hôpitaux du groupement tel qu'il existait et était agréé à la date de la publication du présent arrêté.

§ 2. La réduction dont question au § 1<sup>er</sup>, 3° ne peut toutefois avoir comme conséquence, que la capacité en lits des hôpitaux soit inférieure à 72 lits.

Een afwijking op deze regel kan worden toegestaan door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, in afwachting van de integratie van de betrokken ziekenhuizen in één ziekenhuiscomplex binnen een tijdschema vastgesteld door de hierboven bedoelde Minister.

§ 3. Voor de toepassing van de in § 1, 3<sup>o</sup> en § 2 gestelde voorwaarden wordt geen rekening gehouden met bedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V).

Art. 11. § 1. De beheerders van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering sluiten een overeenkomst af die goedgekeurd moet worden door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. In de § 1 bedoelde overeenkomst worden ten minste de volgende aangelegenheden geregeld :

- 1<sup>o</sup> de doelstelling;
- 2<sup>o</sup> de juridische vorm van de samenwerkingsovereenkomst;
- 3<sup>o</sup> de taakverdeling op het vlak van het aanbod van diensten en specialismen, met inbegrip van de uitrusting;
- 4<sup>o</sup> de rationalisatie die desgevallend uit de sub 3<sup>o</sup> bedoelde taakverdeling voortspruit;
- 5<sup>o</sup> de oprichting, de samenstelling, de taken en de werking van het coördinatiecomité zoals bedoelde in artikel 12;
- 6<sup>o</sup> de beheersbeslissingen die desgevallend het akkoord van het coördinatiecomité vergen;
- 7<sup>o</sup> het opname- en ontslagbeleid, de coördinatie van het medisch beleid, de medische stafwerking en de organisatie van de medische wacht;
- 8<sup>o</sup> de organisatie van gebeurlijke gemeenschappelijke activiteiten;
- 9<sup>o</sup> de middelen die voor de sub 8<sup>o</sup> bedoelde activiteiten zullen worden aangewend alsmede het beheer en het gebruik ervan;
- 10<sup>o</sup> de personeelsproblemen voor de sub 8<sup>o</sup> bedoelde activiteiten alsmede de gebeurlijke overplaatsing van personeel van de ene inrichting naar een andere;
- 11<sup>o</sup> de gebruikstarieven- en modaliteiten van de voorzieningen in de groepering;
- 12<sup>o</sup> de financiële afspraken;
- 13<sup>o</sup> verzekeringen;
- 14<sup>o</sup> de regeling voor geschillen tussen de partijen;
- 15<sup>o</sup> de duur van de overeenkomst en de opzeggingsmodaliteiten, met inbegrip van een gebeurlijke proefperiode.

§ 3. De overeenkomst dient voor tenminste tien jaar te worden aangegaan, behoudens indien de groepering intussen tot een fusie heeft geleid. De termijn voor de opzegging van de overeenkomst bedraagt ten minste twee jaar vóór het verstrijken van de overeenkomst.

Art. 12. § 1. Het coördinatiecomité zoals bedoeld in artikel 11, § 2, 5<sup>o</sup> bestaat uit vertegenwoordigers van de beheerders van de onderscheidene ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering.

§ 2. Het coördinatiecomité heeft, benevens de taken die in de in artikel 11, § 2, 5<sup>o</sup> bedoelde overeenkomst worden voorzien, tenminste de hiernavolgende opdrachten :

- a) het waakt over de uitvoering van de overeenkomst;
- b) het stelt alles in het werk om door taakverdeling een zo groot mogelijke complementariteit na te streven en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren;
- c) het pleegt overleg over alle beslissingen tot nieuwbouw of uitbreiding of verbouwing van de ziekenhuizen of tot wijziging van de aard van de bedden of van de diensten, met inachtneming van de sub b) bedoelde principes.

§ 3. Bij de aanvraag van een vergunning zoals bedoeld in artikel 6, § 7, laatste lid, van de wet op de ziekenhuizen, wordt een verslag van het coördinatiecomité gevoegd waaruit het in § 2, c) bedoelde overleg moet blijken.

#### HOOFDSTUK IV. — Inrichting en werking van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten

##### Afdeling 1. — De minimum bedcapaciteit per dienst

Art. 13. § 1. Ieder van de diensten van een ziekenhuis of van een ziekenhuisgroepering moet beschikken over een minimum aantal bedden dat als volgt wordt vastgesteld :

- 1<sup>o</sup> een dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (kenletter C) : 30 bedden;

Une dérogation à cette règle pourra être accordée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, en attendant l'intégration des hôpitaux concernés dans un seul complexe hospitalier, dans un délai fixé par le Ministre précité.

§ 3. Pour l'application des conditions fixées au § 1er, 3<sup>o</sup>, et § 2, il n'est pas tenu compte des lits des services pour le traitement des patients atteints d'affections de longue durée (indice V).

Art. 11. § 1<sup>er</sup>. Les gestionnaires des hôpitaux qui font partie du groupement conclueront une convention qui devra être approuvée par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions.

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

- 1<sup>o</sup> l'objectif;
- 2<sup>o</sup> la forme juridique de la convention de collaboration;
- 3<sup>o</sup> la répartition des tâches dans le domaine de l'offre des services et spécialités, y compris de l'équipement;
- 4<sup>o</sup> la rationalisation qui résulte éventuellement de la répartition des tâches visées au 3<sup>o</sup>;
- 5<sup>o</sup> la création, la composition, les tâches et le fonctionnement du comité de coordination visé à l'article 12;
- 6<sup>o</sup> les décisions de gestion qui exigent, éventuellement, l'accord du comité de coordination;
- 7<sup>o</sup> la politique d'admission et de fin d'hospitalisation, la coordination de la politique médicale, le fonctionnement du staff médical et l'organisation de la garde médicale;
- 8<sup>o</sup> l'organisation d'activités communes éventuelles;

9<sup>o</sup> les moyens qui seront affectés aux activités visées au 8<sup>o</sup> ainsi que leur gestion et usage;

10<sup>o</sup> les problèmes de personnel pour les activités visées au 8<sup>o</sup> ainsi que le transfert éventuel de personnel entre établissements;

11<sup>o</sup> les tarifs d'utilisation et les modalités usuelles des équipements du groupement;

12<sup>o</sup> les accords financiers;

13<sup>o</sup> les assurances;

14<sup>o</sup> le règlement des litiges entre les parties;

15<sup>o</sup> la durée de la convention et les modalités de résiliation, y compris une période d'essai éventuelle.

§ 3. La convention sera conclue pour au moins dix ans, sauf si entretemps le groupement a donné lieu à une fusion. Le délai de résiliation de la convention est d'au moins deux ans avant l'expiration de la convention.

Art. 12. § 1<sup>er</sup>. Le comité de coordination visé à l'article 11, § 2, 5<sup>o</sup> est composé de représentants des gestionnaires des hôpitaux qui font partie du groupement.

§ 2. Outre les tâches prévues à l'article 11, § 2, 5<sup>o</sup> le comité de coordination assurera au moins les missions suivantes :

a) il veillera à l'exécution de la convention;

b) il mettra tout en œuvre afin d'atteindre par la répartition des tâches, à une complémentarité la plus grande possible et afin d'améliorer la qualité des soins;

c) il se concertera sur toutes les décisions de constructions nouvelles, d'extension ou d'aménagement des hôpitaux ou de modification à la nature des lits ou des services, dans le respect des principes visés sous b).

§ 3. A la demande d'autorisation visée à l'article 6, § 7, dernier alinéa, de la loi sur les hôpitaux sera joint un rapport du comité de coordination qui fait état de la concertation visée au § 2, c).

#### CHAPITRE IV. — Organisation et fonctionnement des différentes sortes de services hospitaliers

##### Section 1. La capacité minimale en lits par service

Art. 13. § 1<sup>er</sup>. Chaque service d'un hôpital ou d'un groupement d'hôpitaux doit disposer d'un nombre minimum de lits fixe comme suit :

- 1<sup>o</sup> un service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C) : 30 lits;



2° een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D) : 30 bedden;

3° een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) : 20 bedden;

4° een dienst voor vroeggeboren en zwakke kinderen (kenletter N) : 15 bedden, met dien verstande dat zich in dezelfde inrichting een kraaminrichting moet bevinden waarin tenminste 1 500 bevallingen per jaar worden verricht;

5° een dienst voor geriatrie (kenletter G) : 24 bedden;

6° een dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L) : 15 bedden;

7° een dienst voor tuberculosebehandeling in algemene ziekenhuizen (kenletter B) : 15 bedden;

8° een dienst voor neuro-psiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A) : 30 bedden.

§ 2. In afwijking van § 1, 3° mag een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) beschikken over tenminste 15 bedden :

a) in gebieden waar de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 25 km verder bevindt;

b) in gemeenten met minstens 20 000 inwoners voor zover de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 15 km verder bevindt.

§ 3. Voor de toepassing van de minimale bedcapaciteit per soort van dienst, mogen de bedden van gelijksoortige diensten opgesteld in de onderscheiden ziekenhuizen van een ziekenhuisgroepering niet worden samengeteld.

Art. 14. § 1. Voor de minimale bedcapaciteit van een kraaminrichting (kenletter M) geldt, ongeacht of deze deel uitmaakt van een ziekenhuisgroepering, 15 bedden als een streefcijfer.

§ 2. De kraaminrichting mag niet geïsoleerd opgesteld staan, maar moet steeds deel uitmaken van een ziekenhuis bestaande uit tenminste :

1° een dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (kenletter C);

2° een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D).

#### Afdeling 2. — Het activiteitsniveau per dienst

##### Subafdeling 1. — Uitdrukking van het activiteitsniveau

Art. 15. Iedere bestaande en erkende ziekenhuisdienst moet een bepaald activiteitsniveau hebben. Dit niveau wordt uitgedrukt in functie van de bezettingsgraad en van de ligduur in de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten.

##### Subafdeling 2. — Bezettingsgraad

Art. 16. De gemiddelde bezettingsgraad van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten moet gemiddeld tijdens drie opeenvolgende jaren ten minste beantwoorden aan een bepaald percentage van bezetting. Dit percentage van bezetting wordt voor ieder van de hiernavolgende diensten als volgt vastgesteld :

1° de dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (kenletter C) : 80 %;

2° de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D) : 80 %;

3° de dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) : 75 %;

4° de dienst voor vroeggeboren en zwakke kinderen (kenletter N) : 75 %;

5° de dienst voor geriatrie (kenletter G) : 80 %;

6° de dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L) : 80 %;

7° de dienst voor tuberculosebehandeling in algemene ziekenhuizen (kenletter B) : 80 %;

8° de dienst voor neuro-psiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A) : 80 %;

9° de dienst voor hospitalisatie (kenletter H) : 80 %.

Art. 17. In de kraaminrichting (kenletter M) moet gemiddeld tijdens drie opeenvolgende jaren een bezettingsgraad worden bereikt die overeenstemt met minstens 400 bevallingen per jaar.

Art. 18. Het in artikel 16 en in artikel 17 vastgesteld activiteitsniveau, respectievelijk voor diensten voor kindergeneeskunde (kenletter E) en voor kraaminrichtingen (kenletter M), geldt niet indien deze opgericht zijn, hetzij :

1° in een gebied waar de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 25 km verder bevindt;

2° in een gemeente met minstens 20 000 inwoners waarbij de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 15 km verder bevindt.

Art. 19. § 1. Indien de in artikel 16 bedoelde bezettingsgraad niet wordt bereikt, wordt het aantal bestaande en erkende bedden aangepast overeenkomstig de formules die in bijlage I van dit besluit worden vastgesteld.

§ 2. De erkenning van de kraaminrichtingen (kenletter M) die niet voldoen aan de bepaling van artikel 17, wordt ingetrokken.

2° un service de diagnostic et de traitement médical (indice D) : 30 lits;

3° un service de pédiatrie (indice E) : 20 lits;

4° un service des prématurés et enfants débiles (indice N) : 15 lits, étant entendu que le même hôpital doit disposer d'une maternité où sont effectuées au moins 1 500 accouchements par an.

5° un service de gériatrie (indice G) : 24 lits;

6° un service pour maladies contagieuses (indice L) : 15 lits;

7° un service de traitement de la tuberculose en hôpital général (indice B) : 15 lits;

8° un service de neuro-psiatrie pour l'observation et le traitement (indice A) : 3 lits.

§ 2. En dérogation au § 1er, 3° un service de pédiatrie (indice E) doit disposer au moins de 15 lits :

a) dans des régions où le même service le plus proche est distant d'au moins 25 km;

b) dans des communes d'au moins 20 000 habitants, pour autant que le même service soit distant d'au moins 15 km.

§ 3. Pour l'application de la capacité minimale en lits par sorte de service, les lits de services identiques établis dans les hôpitaux du groupement ne peuvent être additionnés.

Art. 14. § 1er. Le nombre minimum de lits d'une maternité (indice M), faisant partie ou non d'un groupement d'hôpitaux, est, à titre de référence, de 15 unités.

§ 2. La maternité ne peut pas être isolée, mais doit toujours faire partie d'un hôpital comprenant au moins :

1° un service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C);

2° un service de diagnostic et de traitement médical (indice D).

#### Section 2. — Niveau d'activité par service

##### Sous-section 1. — Expression du niveau d'activité

Art. 15. Chaque service hospitalier existant et agréé doit avoir un certain niveau d'activité. Ce niveau est exprimé en fonction du taux d'occupation et de la durée de séjour dans les différentes sortes de services hospitaliers.

##### Sous-section 2. — Taux d'occupation

Art. 16. Le taux moyen d'occupation des différentes sortes de services hospitaliers doit répondre en moyenne pendant trois années consécutives au moins à un pourcentage déterminé d'occupation. Ce pourcentage d'occupation est fixé comme suit pour chacun des services ci-après :

1° le service de diagnostic et de traitement chirurgical (indice C) : 80 %;

2° le service de diagnostic et de traitement médical (indice D) : 80 %;

3° le service de pédiatrie (indice E) : 75 %;

4° le service des prématurés et enfants débiles : (indice N) : 75 %;

5° le service de gériatrie (indice G) : 80 %;

6° le service des maladies contagieuses (indice L) : 80 %;

7° le service de traitement de la tuberculose en hôpital général (indice B) : 80 %;

8° le service de neuropsychiatrie, d'observation et de traitement (indice A) : 80 %;

9° le service d'hospitalisation simple (indice H) : 80 %.

Art. 17. La maternité (indice M) doit en moyenne durant trois années consécutives avoir un taux d'occupation correspondant à au moins 400 accouchements par an.

Art. 18. Le niveau d'activité fixé aux articles 16 et 17 respectivement pour les services de pédiatrie (indice E) et les maternités n'est pas applicable s'ils sont établis :

1° dans une région où le même service le plus proche est distant d'au moins 25 km;

2° dans une commune d'au moins 20 000 habitants où le même service le plus proche est distant d'au moins 15 km.

Art. 19. § 1er. Si le taux d'occupation fixé à l'article 16 n'est pas atteint, le nombre de lits existants et agréés sera adapté selon les formules fixées à l'annexe du présent arrêté.

§ 2. L'agrément des maternités (indice M) ne répondant pas à la disposition de l'article 17 sera rapporté.

Art. 20. De normen inzake de bezettingsgraden worden voor het eerst toegepast op 1 januari 1988, en vervolgens om de 5 jaar, op basis van de laatste beschikbare gegevens van drie opeenvolgende jaren.

#### Subafdeling 3. — Ligduur

Art. 21. De jaarlijkse gemiddelde ligduur wordt voor ieder van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten, zoals bedoeld in artikel 16 en in artikel 17, geëvalueerd op basis van de nationale gemiddelde ligduur die voor iedere soort van dienst jaarlijks wordt vastgesteld door de Minister die nationaal de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 22. § 1. Indien de nationale gemiddelde ligduur met een door Ons vast te stellen percentage gedurende drie opeenvolgende jaren voor een dienst wordt overschreden, wordt door de geneesheer-inspecteur, aangeduid door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, een onderzoek ingesteld naar het al of niet verantwoord zijn van de ligduuroverschrijding.

§ 2. Met het oog op de verlenging van de erkenning wordt in het in § 1 bedoelde geval een rapport opgesteld door de aangeduide geneesheer-inspecteur waarin zijn bevindingen worden vermeld inzake het al dan niet verantwoord zijn van de ligduuroverschrijding alsmede zijn conclusies inzake de erkenning van de dienst.

Art. 23. De normen inzake de ligduur worden voor het eerst toegepast op 1 januari 1988, en vervolgens om de 5 jaar, op basis van de laatste beschikbare gegevens van drie opeenvolgende jaren.

#### HOOFDSTUK V. — Slotbepalingen

Art. 24. § 1. De erkenning van ziekenhuisgroeperingen, ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten zal ten aanzien van de toepassing van de artikelen 5, 7 en 12 van de wet op de ziekenhuizen slechts uitwerking hebben nadat een afschrift van het erkenningsbesluit aan de bevoegde Nationale Minister werd voorgelegd.

§ 2. Afwijkingen op de normen van dit besluit kunnen worden toegestaan door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, voor zover deze gepaard gaan met het akkoord van de bevoegde Nationale Minister dat de erkende bedden in aanmerking komen voor de toepassing van de artikelen 5, 7 en 12 van de wet op de ziekenhuizen.

Art. 25. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1988, behoudens de bepalingen van artikel 2, § 3, en van Hoofdstuk III die in werking treden op het ogenblik van de bekendmaking van dit besluit.

Art. 26. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 december 1986

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE

Bijlage 1

Berekening van het te verminderen aantal erkende bedden

Gebruikte afkortingen :

$B_i$ =	aantal bestaande en erkende bedden op datum $i$
$M_i$ =	aantal maanden dat de bedden $B_i$ in dienst waren
$i$ =	1e dag van elke maand van het jaar
$\Sigma$ =	sommatieteken
G.A.B. =	gemiddeld beddenaantal per jaar
T.G.A.B. =	Totaal G.A.B. van vb. 1984 t/m 1986
V =	gerealiseerd aantal verpleegdagen
V.T. =	Totaal V van vb. 1984 t/m 1986
J.V.B. =	jaargemiddeld aantal verpleegdagen per bed tijdens de referentieperiode
J.G.B. =	jaargemiddelde bezetting tijdens de referentieperiode
N.N. =	Nationale referentienorm inzake bezettingsgraad
V.B. =	verantwoord aantal erkende bedden
B.B. =	Bestaande en erkende bedden op vb. 31.12.1986
O.B. =	Te verminderen aantal erkende bedden

Art. 20. Les normes relatives aux taux d'occupation seront appliquées pour la première fois le 1er janvier 1988 et ensuite tous les 5 ans, sur la base des dernières données disponibles de trois années consécutives.

#### Sous-section 3. — Durée d'hospitalisation

Art. 21. La durée moyenne annuelle d'hospitalisation pour chaque sorte de services hospitaliers visés aux articles 16 et 17, sera évaluée sur la base de la durée moyenne nationale d'hospitalisation fixée annuellement pour chaque sorte de service par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 22. § 1er. Si, pendant trois années consécutives, la durée moyenne nationale d'hospitalisation est dépassée pour un service à concurrence d'un pourcentage à fixer par Nous, le médecin-inspecteur désigné par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, enquêtera sur le dépassement justifié ou non, de la durée d'hospitalisation.

§ 2. En vue de la prorogation de l'agrément, le médecin-inspecteur rédigera, dans le cas visé au § 1er, un rapport dans lequel il mentionnera ses constatations sur le dépassement, justifié ou non, de la durée d'hospitalisation ainsi que ses conclusions sur l'agrément du service.

Art. 23. Les normes relatives à la durée d'hospitalisation seront appliquées pour la première fois le 1er janvier 1988, ensuite tous les 5 ans, sur la base des dernières données disponibles de trois années consécutives.

#### CHAPITRE V. — Dispositions finales

Art. 24. § 1er. L'agrément de groupements d'hôpitaux, d'hôpitaux et de services hospitaliers n'aura d'effet pour l'application des articles 5, 7 et 12 de la loi sur les hôpitaux qu'après production d'une copie de l'arrêté d'agrément au Ministre national compétent.

§ 2. Des dérogations aux normes du présent arrêté peuvent être accordées par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, pour autant que ces dérogations soient assorties d'un accord du Ministre national compétent afin que les lits agréés entrent en ligne de compte pour l'application des articles 5, 7 et 12 de la loi sur les hôpitaux.

Art. 25. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1988, sauf les dispositions de l'article 2, § 3, et du Chapitre III qui entrent en vigueur le jour de la publication du présent arrêté.

Art. 26. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 8 décembre 1986.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

Annexe 1

Calcul du nombre de lits agréés à réduire

Abréviations :

$L_i$ =	nombre de lits existants et agréés à la date $i$
$M_i$ =	nombre de mois dont les lits $L_i$ était en service
$i$ =	la 1ère journée de chaque mois de l'année
$\Sigma$ =	signe de sommation
N.M.L. =	nombre moyen de lits annuel
T.N.M.L. =	Total N.M.L. de p.ex. 1984 à 1986 inclus
J =	nombre de journées d'hospitalisation réalisées
T.J. =	Total J de p.ex. 1984 à 1986 inclus
M.J.L. =	moyenne annuelle de journées d'hospitalisation par lit pendant la période de référence
O.M.A. =	occupation moyenne annuelle pendant la période de référence
N.N. =	Norme nationale de référence en matière de taux d'occupation
N.L. =	nombre justifié de lits agréés
L.S. =	Lits en service et agréés au p.ex. 31.12.1986
L.R. =	Lits agréés à réduire

1. Berekening van het gemiddeld beddenaantal per jaar.

$$G.A.B. = \frac{1}{12} (B_1 \times M_1) -$$

2. Berekening van de jaar-gemiddelde bezetting per dienst voor de referentieperiode (vb. 1983-1984-1985).

$$- G.A.B. 1983 + G.A.B. 1984 + G.A.B. 1985 = G.B.J.T.$$

$$- V - 1983 + 1984 + 1985 = V.T.$$

$$- \frac{V.T.}{T.G.A.B.} = J.V.B.$$

$$- \frac{J.V.B. \times 100}{365} = J.G.B.$$

3. Vaststelling van structurele onderbezetting.

Indien de J.G.B. < N.N. is er een structurele onderbezetting die aanleiding geeft tot een berekening van het te verminderen aantal erkende bedden.

4. Berekening van het verantwoorde aantal erkende bedden.

$$\frac{J.V.B. \times B.B. \times 100}{N.N. \times 365} = V.B.$$

5. Berekening van het aantal te verminderen erkende bedden.

$$B.B. - V.B. = O.B.$$

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 8 december 1986.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :  
De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE

N. 86 — 1931

8 DECEMBER 1986. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 21bis, § 3, van de wet op de ziekenhuizen met betrekking tot de S-diensten andere dan S-thermalismediënen

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 60 van 22 juli 1982 en het koninklijk besluit nr. 204 van 31 maart 1984;

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 aanvullende erkenningsnormen zoals bedoeld in Ons besluit van 8 december 1986 niet van toepassing zijn voor de S-diensten om wille van de zeer verscheiden en specifieke pathologie die in deze diensten elk afzonderlijk wordt behandeld;

Overwegende dat voor de S-thermalismediënen reeds specifieke beslissingen werden getroffen door Onze besluiten van 12 april 1984 en 30 juli 1986;

Overwegende dat ten aanzien van de S-diensten andere dan S-thermalismediënen, voorlopige maatregelen moeten worden getroffen in afwachting van een diepgaand onderzoek naar de definitieve bestemming van deze diensten;

Overwegende dat deze maatregelen gelijktijdig moeten worden genomen op het ogenblik van de bekendmaking van Ons voormeld besluit van 8 december 1986 en dat het derhalve dringend geboden is de beheerders van deze diensten hiervan op de hoogte te stellen;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het aantal op 1 december 1986 bestaande en erkende bedden in diensten voor specialiteiten (kenletter S), andere dan deze in diensten voor « thermalisme », mag niet meer verhogen.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 december 1986.

1. Calcul du nombre moyen de lits annuel.

$$N.M.L. = \frac{1}{12} (L_1 \times M_1)$$

2. Calcul de l'occupation moyenne annuelle par service pour la période de référence (ex. 1983-1984-1985).

$$- N.M.L. 1983 + N.M.L. 1984 + N.M.L. 1985 = T.N.M.L.$$

$$- J - 1983 + 1984 + 1985 = T.J.$$

$$- \frac{T.J.}{T.N.M.L.} = M.J.L.$$

$$- \frac{M.J.L. \times 100}{365} = O.M.A.$$

3. Fixation de la sous-occupation structurelle.

Si O.M.A. < N.N. il y a sous-occupation structurelle qui donne lieu au calcul du nombre de lits agréés à réduire.

4. Calcul du nombre justifié de lits agréés.

$$\frac{M.J.L. \times L.S. \times 100}{N.N. \times 365} = N.L.$$

5. Calcul du nombre de lits agréés à réduire.

$$L.S. - N.L. = L.R.$$

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 8 décembre 1986.

BAUDOUIN

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

F. 86 — 1931

8 DECEMBRE 1986. — Arrêté royal précisant les règles visées à l'article 21bis, § 3, de la loi sur les hôpitaux pour les services S, autres que S-thermalisme

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux telle qu'elle a été modifiée par l'arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982 et par l'arrêté royal n° 204 du 31 mars 1984;

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

Vu l'urgence;

Considérant que les normes complémentaires d'agrément visées dans Notre arrêté du 8 décembre 1986 ne sont pas d'application aux services S en raison des pathologies très différentes et spécifiques qui sont traitées individuellement dans ces services;

Considérant que pour les services S-thermalisme des mesures spécifiques ont déjà été prises par Nos arrêtés des 12 avril 1984 et 30 juillet 1986;

Considérant qu'il y a lieu de prendre des mesures à l'égard des services S autres que les services S-thermalisme, en attendant une enquête approfondie sur la destination définitive de ces services;

Considérant que ces mesures doivent être prises simultanément, au moment de la publication de Notre arrêté précité du 8 décembre 1986 et que les gestionnaires de ces services doivent dès lors en être informés d'urgence;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Le nombre de lits agréés et existants au 1er décembre 1986 dans les services de spécialité (indice S), autres que dans les services « thermalisme », ne peut plus augmenter.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets au 1er décembre 1986.