

F. 97 — 1183

[C - 97/22295]

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté que nous avons l'honneur de soumettre à Votre Majesté vise à procéder, en exécution des décisions prises lors du conclave budgétaire, à la fermeture de lits aigus hospitaliers excédentaires,

Les modifications prévues ont fait l'objet d'une large concertation avec les Communautés/Régions, ce qui a abouti à un consensus quasi général en ce qui concerne les mesures à prendre.

I. Objectif

1. Les normes d'agrément existantes, contenues dans l'arrêté royal du 30 janvier 1989 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, devront être strictement respectées, sans préjudice des mesures transitoires à prévoir.

1.1.1. Chaque hôpital général doit disposer d'au moins 150 lits, des services de base et des fonctions nécessaires ainsi que de la permanence médicale; on ne peut plus se servir du groupement pour maintenir des hôpitaux ne répondant pas à ces exigences minimums.

Un agrandissement d'échelle sera réalisé dans le secteur hospitalier en encourageant les groupements et les fusions entre hôpitaux, entre autres par le biais de la suppression de la réduction de 5% du nombre total de lits en cas de fusion volontaire avant fin 1998.

1.1.2. En vue d'une utilisation optimale des moyens disponibles, il y a lieu d'éviter autant que possible les doubles emplois dans l'offre de services.

En outre, la spécialisation de l'art de guérir et le maniement d'appareils sophistiqués requièrent la présence de personnel médical, infirmier et paramédical de diverses disciplines, présence qui ne peut être garantie que si les hôpitaux atteignent un niveau d'activité minimum.

Les hôpitaux sont donc encouragés à organiser une répartition des tâches et une complémentarité plus efficaces, en les incitant à collaborer. Cela est faite en revalorisant le statut du groupement.

On prendra en outre un arrêté-cadre spécifique qui définit le statut de l'association d'hôpitaux visant à une collaboration entre un ou plusieurs services ou fonctions.

1.2. En ce qui concerne la présence obligatoire des 5 fonctions de base au sein de l'hôpital, cette contrainte est assouplie.

1.3. Les normes d'agrément existantes relatives au niveau d'activité minimum d'une maternité devront être strictement respectées.

1.4. La norme d'agrément existante relative à la capacité en lits minimum d'un service pédiatrique devra être strictement respectée.

1.5. La prochaine application des normes d'occupation est avancée au 1^{er} octobre 1997.

2. La nécessité de promouvoir les formes de collaboration entre hôpitaux reste.

2.1. En ce qui concerne les groupements on impose des normes complémentaires au groupement, axées sur la collaboration effective entre les hôpitaux qui en font partie.

2.2. En même temps, les règles relatives à la constitution d'une fusion sont assouplies. Ainsi, l'obligation de parvenir à terme à une implantation sur un site unique est abrogée et la distance kilométrique maximum entre deux hôpitaux qui fusionnent est relevée.

3. Parallèlement à la fermeture obligatoire de lits, on encourage une fermeture de lits volontaire.

4. En vue de préserver l'emploi au maximum, les économies réalisées résultant de la fermeture obligatoire seront recyclées au macro-niveau en faveur de l'emploi à concurrence de 50%. En ce qui concerne la fermeture volontaire, cette partie de l'économie de 50% qui ne retourne pas à l'établissement lui-même, sera recyclée au macro-niveau en faveur de l'emploi.

N. 97 — 1183

[C - 97/22295]

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van besluit dat wij de eer hebben aan Uwe Majesteit voor te leggen beoogt om, in uitvoering van de beslissingen genomen op het begrotingsconclaaf, over te gaan tot de sluiting van overtollige acute ziekenhuisbedden,

Omtrent bedoelde wijzigingen werd ruim overleg gepleegd met de Gemeenschappen/Gewesten, wat aanleiding gaf tot een quasi consensus omtrent de te nemen maatregelen.

I. Doelstelling.

1. De bestaande erkenningsnormen, vervat in het koninklijk besluit van 30 januari 1989 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, zullen strikt moeten nageleefd worden, onverminderd bepaalde overgangsmatregelen.

1.1.1. Ieder algemeen ziekenhuis moet over minimum 150 bedden, de nodige basisdiensten en functies en medische permanente beschikken; de groepering zal niet langer kunnen aangegrepen worden om ziekenhuizen in stand te houden die niet aan deze minimumvereisten voldoen.

Binnen de ziekenhuissector zal een schaalvergroting gerealiseerd worden, door de groeperingen en fusies tussen ziekenhuizen aan te moedigen, onder meer via de afschaffing van de verplichte inlevering van 5% van het globaal aantal bedden ingeval van vrijwillige fusie vóór het einde van 1998.

1.1.2. Met het oog op een optimale aanwending van de beschikbare middelen dienen zoveel mogelijk overlappings in het aanbod van diensten vermeden te worden.

Bovendien vereist de specialisering van de geneeskunst en de bediening van gesofistikeerde apparatuur de aanwezigheid van medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel van uiteenlopende disciplines, aanwezigheid die slechts kan gegarandeerd worden wanneer de ziekenhuizen een voldoende activiteitsniveau halen.

Ziekenhuizen worden bijgevolg aangezet tot betere taakverdeling en complementariteit, door ze aan te sporen tot samenwerking. Dit gebeurt door het statuut van de groepering te revaloriseren.

Bovendien zal er een specifiek kaderbesluit genomen worden dat het statuut van de ziekenhuisassociatie omschrijft, waarbij een samenwerking rond één of meerdere diensten of functies wordt beoogd.

1.2. Wat de verplichte aanwezigheid van de 5 basisfuncties binnen de muren van het ziekenhuis betreft wordt er een versoepeling doorgevoerd.

1.3. De bestaande erkenningsnormen inzake minimum activiteitsniveau van een kraaminrichting zullen strikt moeten worden nageleefd.

1.4. De bestaande erkenningsnorm inzake de minimum bedcapaciteit van een pediatriedienst, zal strikt moeten nageleefd worden.

1.5. De eerstvolgende toepassing van de vastgestelde bezettingsnormen wordt vervroegd tot 1 oktober 1997.

2. De noodzaak blijft om samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen te bevorderen.

2.1. Voor de groeperingen worden er bijkomende voorwaarden gesteld, gericht op de daadwerkelijke samenwerking tussen de groeperende ziekenhuizen.

2.2. Tegelijkertijd worden de regels voor het aangaan van een fusie versoepeld. Met name wordt de verplichting om op termijn te komen tot een vestiging op één enkele plaats opgeheven en wordt de maximale kilometerafstand tussen twee ziekenhuizen die fusioneren opgetrokken.

3. Parallel met de verplichte afbouw van bedden wordt een vrijwillige beddenafbouw gestimuleerd.

4. Met het oog op het maximaal behoud van de tewerkstelling zal 50% van de gerealiseerde besparingen, tweeweggebracht door verplichte sluiting op macro-niveau, ten gunste van de tewerkstelling gerecycleerd worden. Voor wat de vrijwillige sluiting betreft wordt dat gedeelte van de 50% besparing, dat niet naar de instelling zelf terugvloeit, op macro-niveau en ten gunste van de tewerkstelling gerecycleerd.

II. Mesures prises.

1. Capacité minimum en lits des hôpitaux.

1.1.1. Le cadre juridique est créé pour la fermeture au 1^{er} janvier 1998 de tous les hôpitaux aigus ne disposant pas de 150 lits au 1^{er} octobre 1997, à l'exception des lits des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (index Sp) destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs, des services de base et des fonctions nécessaires ainsi que de la permanence médicale et n'auront pas procédé à une fusion dans le courant 1997.

L'obligation de disposer de 150 lits ne vaut pas pour les services de gériatrie isolés. En cas de groupement ou de fusion avec un service G isolé, les lits de ce service isolé ne sont pas pris en compte pour la fixation du nombre minimum de lits.

Les hôpitaux fusionnés doivent, dans leur ensemble, répondre à la norme précitée.

On maintient la dérogation existante en vertu de laquelle un hôpital ne doit disposer que d'un minimum de 120 lits, à l'exclusion des lits des services spécialisés de traitement et de réadaptation fonctionnelle (indice Sp) destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs, au cas où l'hôpital en question est situé dans une commune de 25 000 habitants ou moins et si l'hôpital le plus proche est distant d'au moins 15 km.

Une dérogation est également prévue pour les hôpitaux disposant de moins de 120 lits, lorsque l'hôpital le plus proche, relevant de la même Communauté, se situe à une distance de 50 km au minimum.

1.1.2. En dépit du renforcement du concept de groupement, il convient d'encourager les hôpitaux à fusionner. Les hôpitaux qui procèdent à une fusion volontaire avant le 31 décembre 1998, ne doivent pas fermer de lits. Les hôpitaux qui fusionnent volontairement après cette date ne doivent fermer chacun qu'un nombre de lits égal à 5% du nombre de lits du plus petit hôpital fusionné.

2. Présence minimum de 5 fonctions à l'hôpital.

2.1. L'arrêté royal du 30 janvier 1989 est modifié en ce sens qu'il suffira désormais qu'un hôpital puisse effectuer les activités de base en ce qui concerne la biologie clinique et l'officine hospitalière. Le concept d'activité de base sera explicité ultérieurement.

2.2. Pour ce qui concerne les prestations qui ne relèvent pas de l'activité de base, il suffira que l'hôpital puisse faire appel, dans le cadre d'un accord de collaboration, à un laboratoire de biologie clinique complète et une officine hospitalière complète.

3. Présence minimum de 2 services de base à l'hôpital.

L'obligation de disposer d'un service C ainsi que d'un service D est convertie en l'obligation de disposer d'un service où l'on pratique tant des activités chirurgicales que des activités afférentes à la médecine interne.

Les obligations actuellement imposées à chacun des services précités (services C et D), sont imposées de manière cumulée au nouveau service mixte C-D (la capacité minimum en lits du service C-D s'élèvera à 60).

4. Dérogation au concept de base de l'hôpital

On prévoit une dérogation à l'obligation de disposer de 150 lits, d'un service qui effectue des activités chirurgicales ainsi que des activités dans le domaine de la médecine interne (service C-D), d'un autre service de base, pour les hôpitaux qui effectuent à la fois des prestations chirurgicales et de médecine interne, exclusivement pour les enfants ou pour le traitement de tumeurs.

5. Niveau minimum d'activité de la maternité (400 accouchements)

5.1. Les adaptations nécessaires sont apportées visant à avancer au 1^{er} octobre 1997 la date de la prochaine application de la norme relative au niveau d'activité minimum d'une maternité. Cette application sera fondée sur les données des années 1994, 1995 et 1996.

5.2. Au 1^{er} janvier 1998, toute maternité qui n'atteint pas le niveau d'activité annuel de 400 accouchements en moyenne durant trois années successives, doit être fermé à moins que :

1° l'hôpital disposant d'une telle maternité réalise une fusion dans le courant de l'année 1997. Le cas échéant, si le niveau d'activité de cette maternité est inférieur à 275 accouchements, la maternité de l'hôpital fusionné devra constituer un service homogène sur un site unique, au plus tard 2 ans après la publication de l'arrêté modifiant l'arrêté précité du 30 janvier 1989.

II. Genomen maatregelen.

1. Minimale bedcapaciteit ziekenhuizen.

1.1.1. Het juridisch kader is geschapen voor de sluiting, op 1 januari 1998, van alle acute ziekenhuizen die op 1 oktober 1997 niet beschikken over 150 bedden, exclusief bedden in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven, de nodige basisdiensten en functies en medische permanentie en die in de loop van 1997 geen fusie realiseren.

De verplichting om over 150 bedden te beschikken geldt niet voor de geïsoleerde geriatriediensten. Ingeval van groepering of fusie met een geïsoleerde G-dienst worden de bedden van deze geïsoleerde dienst niet in rekening genomen voor de vaststelling van het minimum aantal bedden.

De gefusioneerde ziekenhuizen moeten, in hun globaliteit, beantwoorden aan voormelde norm.

De bestaande afwijking dat een ziekenhuis slechts moet beschikken over een minimum van 120 bedden, exclusief de bedden in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven, zo het gevestigd is in een gemeente van 25 000 inwoners of minder en het dichtst bijgelegen ziekenhuis, ten minste 15 km verder ligt, blijft behouden.

Er wordt tevens een afwijking voorzien voor die ziekenhuizen met minder dan 120 bedden, wanneer het dichtstbijzijnde ziekenhuis, behorend tot dezelfde Gemeenschap, zich op een afstand van minimum 50 km bevindt.

1.1.2. Het inhoudelijk beter invullen van de groepering belet niet dat ziekenhuizen worden aangemoedigd om fusies aan te gaan. Ziekenhuizen die voor 31 december 1998 overgaan tot vrijwillige fusie dienen geen bedden in te leveren, ziekenhuizen die na die datum overgaan tot vrijwillige fusie moeten ieder slechts een aantal bedden inleveren gelijk aan 5% van het aantal bedden van het kleinste fusionerende ziekenhuis.

2. Minimum aanwezigheid van 5 functies in het ziekenhuis

2.1. Het koninklijk besluit van 30 januari 1989 wordt gewijzigd in die zin dat het voortaan zal volstaan dat een ziekenhuis, voor wat de klinische biologie en de ziekenhuisapotheek betreft, de basisactiviteiten kan verrichten. Het begrip basisactiviteit zal later geëxpliciteerd worden.

2.2. Voor wat de prestaties betreft die de basisactiviteit te buiten gaan zal het volstaan dat het ziekenhuis, via samenwerkingsakkoorden, beroep kan doen op een volledig uitgebouwd laboratorium voor klinische biologie en een volledig uitgebouwde ziekenhuisapotheek.

3. Minimum aanwezigheid van 2 basisdiensten in het ziekenhuis.

De verplichting om over een C-dienst én een D-dienst te beschikken wordt gewijzigd in de verplichting over een dienst te beschikken waar zowel chirurgische activiteiten als activiteiten in het domein van de inwendige geneeskunst worden verricht.

De verplichtingen die nu aan elk der bedoelde diensten (C-en D-diensten) opgelegd worden, worden gecumuleerd opgelegd aan de nieuwe gemengde C-D-dienst (de minimum bedcapaciteit van de C-D-dienst bedraagt 60).

4. Afwijking op het basisconcept van het ziekenhuis.

Op de verplichting om te beschikken over 150 bedden, een dienst waar zowel chirurgische activiteiten als activiteiten in het domein van de inwendige geneeskunst wordt verricht (C-D-dienst) en een andere basisdienst en 5 basisfuncties, wordt een afwijking voorzien voor ziekenhuizen die terzelfdertijd chirurgische verstrekkingen en verstrekkingen van inwendige geneeskunst verrichten exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren.

5. Minimaal activiteitsniveau van kraaminrichting (400 bevallingen).

5.1. De nodige aanpassingen zijn aangebracht om de datum van de eerstvolgende toepassing van de norm inzake het minimum activiteitsniveau van een kraaminrichting te vervroegen tot 1 oktober 1997. Deze toepassing zal gebaseerd zijn op de gegevens van de jaren 1994, 1995 en 1996.

5.2. De kraaminrichtingen, die gemiddeld, gedurende 3 opeenvolgende jaren, het activiteitsniveau van 400 bevallingen per jaar niet bereiken, zullen op 1 januari 1998 moeten sluiten, tenzij :

1° het ziekenhuis dat over bedoelde kraaminrichting beschikt in de loop van 1997 een fusie realiseert. In voorkomend geval zal, indien het activiteitsniveau van die kraaminrichting lager is dan 275 bevallingen, de kraaminrichting van het gefusioneerde ziekenhuis, ten laatste 2 jaar na de publikatie van het besluit tot wijziging van voormeld besluit van 30 januari 1989, een homogene dienst op één vestigingsplaats moeten vormen.

Cette maternité fusionnée devra répondre à toutes les normes en vigueur en matière d'agrément et de niveau d'activité;

2° pour ce qui concerne l'application des normes relatives au niveau d'activité, la maternité n'ait déjà atteint le niveau de 400 accouchements durant l'année 1996.

5.3. Si l'hôpital apporte la preuve qu'au cours d'une des années de référence visées au point 5.1., on a réalisé d'importants travaux de transformation qui ont eu une influence négative sur le niveau d'activité de la maternité, l'année de référence en question est neutralisée lors du calcul du niveau d'activité de ce service.

A titre de preuve, l'hôpital devra présenter l'autorisation relative aux travaux délivrée par le Ministre communautaire/régional compétent. Une copie de l'autorisation en question doit être transmise à l'Administration des Soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

Si plusieurs maternités situées dans la même commune ne répondent pas à la norme d'activité précitée, cette norme d'activité ne sera appliquée qu'au(x) service(s) le(s) moins performant(s) sauf autre accord entre les hôpitaux concernés, de sorte qu'une maternité soit maintenue dans la commune en question.

5.4. La dérogation existant pour les maternités créées dans une région où le service similaire le plus proche est distant d'au moins 25 km ou dans une commune d'au moins 20.000 habitants où le service similaire le plus proche est distant d'au moins 15 km, est maintenue et élargie aux hôpitaux distants d'au moins 50 km de l'hôpital le plus proche, relevant de la même Communauté.

6. Capacité minimum en lits et activité minimum dans les services pédiatriques (15 lits occupés à 70 %)

6.1. Les adaptations nécessaires sont apportées afin de créer le cadre juridique pour la fermeture le 1^{er} janvier 1998 de chaque service de pédiatrie ne disposant pas de 15 lits, occupés à 70% au 1^{er} octobre 1997, moyennant correction en fonction du nombre négatif de journées d'hospitalisation (DJN), à moins que l'hôpital qui dispose d'un tel service pédiatrique procède, dans le courant de l'année 1997, à une fusion. L'application s'effectue sur base des pathologies des années 1993 et 1995.

6.2. Le cas échéant, si ce service de pédiatrie dispose de moins de 10 lits, le service de pédiatrie de l'hôpital fusionné doit constituer un service homogène sur un site unique, au plus tard 2 ans après la publication du présent arrêté. Ce service fusionné devra répondre à toutes les normes en vigueur en matière d'agrément et de niveau d'activité.

6.3. Si l'hôpital apporte la preuve qu'au cours d'une des années de référence visées au point 6.1., on a réalisé d'importants travaux de transformation qui ont eu une influence négative sur le niveau d'activité du service de pédiatrie, l'année de référence en question est neutralisée lors du calcul du niveau d'activité de ce service.

A titre de preuve, l'hôpital devra présenter l'autorisation relative aux travaux délivrée par le Ministre Communautaire/Régional compétent. Une copie de l'autorisation en question doit être transmise à l'Administration des Soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

Si plusieurs services pédiatriques situés dans la même commune, pour des raisons de sous-occupation, tombent en dessous du seuil minimum de capacité en lits, la norme d'occupation ne sera appliquée qu'au(x) service(s) le(s) moins performant(s) sauf autre accord entre les hôpitaux concernés, de sorte qu'un service pédiatrique soit maintenu dans la commune en question.

6.4. Les services pédiatriques qui ne disposent pas de 15 lits peuvent procéder à une reconversion interne de lits hospitaliers aigus d'un autre index en lits E afin de pouvoir atteindre la capacité minimum en lits, s'ils peuvent prouver que l'activité pédiatrique dans les services E de 1996 était suffisante pour occuper 15 lits à 70%.

6.5. Les services pédiatriques qui ne disposent pas de 15 lits peuvent procéder à une reconversion interne de lits hospitaliers aigus d'un autre index en lits E afin de pouvoir atteindre la capacité minimum en lits, si l'hôpital qui dispose d'un tel service peut prouver que l'activité dans les services E de 1996 était suffisante pour occuper 15 lits à 70%.

6.6. Les services pédiatriques qui ne répondent pas aux conditions visées au point 6.1. et qui, dans le courant de l'année 1997, n'ont pas encore adhéré à une fusion, doivent être fermés au 1^{er} janvier 1998.

Deze gefusioneerde kraaminrichting zal moeten beantwoorden aan alle vigerende erkenningsnormen en normen inzake het activiteitsniveau;

2° wanneer de kraaminrichting, voor wat deze toepassing van de normen inzake activiteitsniveau betreft, gedurende het jaar 1996 vooralsnog het niveau van de 400 bevallingen bereikte.

5.3. Indien het ziekenhuis het bewijs levert dat er, gedurende één der in 5.1. bedoelde referentiejaren, belangrijke verbouwingswerken verricht werden die het activiteitsniveau van de kraaminrichting in negatieve zin beïnvloedden, wordt bedoeld referentiejaar bij de berekening van het activiteitsniveau voor die dienst geneutraliseerd.

De bewijsvoering zal erin bestaan de vergunning voor de werken, afgeleverd door de bevoegde Gemeenschaps/Gewestminister voor te leggen. Een kopie van bedoelde vergunning dient overgemaakt te worden aan het Bestuur van de Gezondheidszorg van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Indien meerdere kraaminrichtingen, gelegen in dezelfde gemeente niet voldoen aan bovenvermelde activiteitsnorm, wordt de activiteitsnorm slechts toegepast op de minst performante dienst of diensten behoudens andersluidend onderling akkoord tussen betrokken ziekenhuizen, zodanig dat er in de bedoelde gemeente een kraaminrichting blijft bestaan.

5.4. De bestaande afwijking voor kraaminrichtingen die opgericht zijn in een gebied waar de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 25 km verder bevindt of in een gemeente met minstens 20.000 inwoners waarbij de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 15 km verder bevindt blijft behouden en wordt aangevuld met die ziekenhuizen waarvoor het dichtstbijzijnde ziekenhuis, behorend tot dezelfde Gemeenschap, zich op een afstand van minimum 50 km bevindt.

6. Minimale bedcapaciteit en minimaal activiteitsniveau in pediatrie-diensten (15 bedden bezet aan 70 %)

6.1. De nodige wijzigingen zijn aangebracht teneinde het juridisch kader te scheppen voor de sluiting op 1 januari 1998 van iedere pediatriedienst die op 1 oktober 1997 niet beschikt over 15 bedden, bezet aan 70%, gecorrigeerd met het negatief aantal ligdagen (NAL), tenzij het ziekenhuis dat over bedoelde pediatriedienst beschikt, in de loop van 1997 overgaat tot een fusie. De toepassing gebeurt op basis van de pathologieën van de jaren 1993 en 1995.

6.2. In voorkomend geval moet, indien die pediatriedienst over minder dan 10 bedden beschikt, de pediatriedienst van het gefusioneerde ziekenhuis, ten laatste 2 jaar na de publicatie van onderhavig besluit, een homogene dienst op één vestigingsplaats vormen. Deze gefusioneerde dienst zal moeten beantwoorden aan alle vigerende erkenningsnormen en normen inzake activiteitsniveau.

6.3. Indien het ziekenhuis het bewijs levert dat er, gedurende één der in 6.1. bedoelde referentiejaren, belangrijke verbouwingswerken verricht werden die het activiteitsniveau van de pediatriedienst in negatieve zin beïnvloedden, wordt bedoeld referentiejaar bij de berekening van het activiteitsniveau voor die dienst geneutraliseerd.

De bewijsvoering zal erin bestaan de vergunning voor de werken, afgeleverd door de bevoegde Gemeenschaps/Gewestminister voor te leggen. Een kopie van bedoelde vergunning dient overgemaakt te worden aan het Bestuur van de Gezondheidszorg van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Indien meerdere pediatriediensten, gelegen in dezelfde gemeente, omwille van onderbezetting onder de minimale bedcapaciteitsdrempel zakken, wordt de bezettingsnorm slechts toegepast op de minst performante dienst of diensten behoudens andersluidend onderling akkoord tussen betrokken ziekenhuizen, zodanig dat er in de bedoelde gemeente een pediatriedienst blijft bestaan.

6.4. Pediatriediensten die niet beschikken over 15 bedden kunnen overgaan tot interne reconversie van acute ziekenhuisbedden van een andere kenletter naar E-bedden teneinde de minimale bedcapaciteit te bereiken, indien ze kunnen aantonen dat de pediatrie-activiteit in de E-diensten tijdens het dienstjaar 1996, voldoende was om 15 bedden aan 70% te bezetten.

6.5. Pediatriediensten die niet beschikken over 15 bedden kunnen overgaan tot interne reconversie van acute ziekenhuisbedden van een andere kenletter naar E-bedden teneinde de minimale bedcapaciteit te bereiken, indien het ziekenhuis dat over een dergelijke dienst beschikt kan aantonen dat de activiteit in de E-dienst van 1996, voldoende was om 15 bedden aan 70% te bezetten.

6.6. De pediatriediensten die niet beantwoorden aan de in punt 6.1. bedoelde voorwaarden en die in de loop van 1997 nog geen fusie hebben aangegaan moeten op 1 januari 1998 gesloten zijn.

6.7. Pour les services pédiatriques situés dans une commune telle que visée au point 5.4., la dérogation existante est maintenue et élargie aux hôpitaux distants d'au moins 50 km de l'hôpital le plus proche, relevant de la même Communauté.

7. Application des normes relatives au taux d'occupation des autres services que les maternités.

7.1. La date de la prochaine application des normes relatives au taux d'occupation minimum est avancée au 1^{er} octobre 1997. Cette application sera fondée sur les données pondérées en fonctions des pathologies des années 1993 et 1995.

7.2. Les lits sous-occupés doivent être fermés au 1^{er} octobre 1997.

Ce nombre de lits est réduit de manière proportionnelle dans le(s) groupe(s) de lits à l'origine de la sous-occupation de l'hôpital.

7.3. Si l'hôpital apporte la preuve qu'au cours d'une des années de référence visées au point 7.1., on a réalisé d'importants travaux de transformation qui ont eu une influence négative sur le taux d'occupation d'un service déterminé, l'année de référence en question est neutralisée lors du calcul du taux d'occupation de ce service.

A titre de preuve, l'hôpital devra présenter l'autorisation relative aux travaux délivrée par le Ministre communautaire/régional compétent. Une copie de l'autorisation en question doit être transmise à l'Administration des Soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

8. Promotion de la collaboration entre hôpitaux.

8.1. A tous les groupements, les conditions complémentaires suivantes sont imposées :

1° les tâches du comité de coordination du groupement sont renforcées. Le Comité devra obligatoirement se réunir plusieurs fois par an et rédiger un rapport annuel. Ce rapport devra être transmis au Ministre compétent et constituera une exigence en matière d'agrément;

2° toute décision d'investissement, de création de nouveaux services ou de nouveaux services médico-techniques par les hôpitaux du groupement doit être approuvée par le comité de coordination. En l'absence d'une telle décision du comité de coordination, on ne peut délivrer aucune autorisation ni aucun agrément;

3° afin de parvenir à une collaboration optimale, les hôpitaux doivent désigner un coordinateur médecin en chef, un coordinateur du département infirmier, un coordinateur général ainsi qu'un comité médical commun composé de représentants des différents conseils médicaux. Les coordinateurs assistent à la réunion du comité de coordination;

4° les hôpitaux du groupement conservent chacun leur site mais doivent viser à une répartition efficace des tâches, de sorte qu'ils soient, à terme, réellement complémentaires les uns par rapport aux autres. A cet effet, ils doivent élaborer un plan qui doit être communiqué au ministre communautaire ou régional qui en suit l'application.

Le groupement ne peut donner lieu à des implantations monospécialisées (à l'exception de la gériatrie subaiguë et des services Sp).

8.2. L'adhésion à un groupement n'est plus suffisante pour répondre à la norme relative au concept minimum de l'hôpital (150 lits, un service C-D, un autre service de base, cinq fonctions de base et une permanence médicale).

8.2.1. Les hôpitaux qui ne répondent pas au concept minimum de 150 lits, d'un service C-D, d'un autre service de base, de cinq fonctions de base et d'une permanence médicale doivent fusionner dans le courant de l'année 1997 (avec réduction obligatoire de 5% de la capacité en lits).

8.2.2. En ce qui concerne la réduction obligatoire de la capacité en lits en cas de fusion, on inscrit dans l'arrêté de fusion le principe du dernier hôpital adhérent, de sorte que lors de fusions successives, la réduction de la capacité en lits ne soit opérée que sur la capacité en lits de l'hôpital adhérent à une fusion existante.

8.3. Si des hôpitaux disposant d'une capacité en lits de 150 lits aigus ou plus, ainsi que des services, des fonctions et de la permanence médicale nécessaire fusionnent, ils ne doivent pas fermer 5% de lits si la fusion a lieu avant le 31 décembre 1998 et ils ne doivent fermer chacun qu'un nombre de lits égal à 5% du nombre de lits du plus petit hôpital fusionné, si la fusion a lieu après le 31 décembre 1998.

8.4. Afin d'encourager des groupements et des fusions, on supprime l'exigence selon laquelle les groupements et les fusions ne peuvent être composés que de trois hôpitaux au maximum.

6.7. Voor de pediatriediensten die gelegen zijn in een gemeente als bedoeld in punt 5.4. wordt de bestaande afwijking behouden en wordt aangevuld met die ziekenhuizen waarvoor het dichtstbijzijnde ziekenhuis, behorend tot dezelfde Gemeenschap, zich op een afstand van minimum 50 km bevindt.

7. Toepassing van de normen inzake de bezettingsgraad voor andere diensten dan de kraaminrichtingen.

7.1. De datum van de eerstvolgende toepassing van de normen inzake de minimale bezettingsgraad wordt vervroegd tot 1 oktober 1997. Bedoelde toepassing zal gebaseerd zijn op de pathologie gewogen gegevens van de jaren 1993 en 1995.

7.2. Bedoelde onderbezette bedden moeten op 1 oktober 1997 gesloten zijn.

Bedoeld aantal bedden worden op evenredige wijze verminderd in die groep of groepen van ziekenhuisdiensten die aan de basis liggen van de onderbezetting van het ziekenhuis.

7.3. Indien het ziekenhuis het bewijs levert dat er, gedurende één der in punt 7.1. bedoelde referentie jaren, belangrijke verbouwwerken verricht werden die de bezettingsgraad van een bepaalde dienst in negatieve zin beïnvloedden, wordt bedoeld referentiejaar bij de berekening van de bezettingsgraad voor die dienst geneutraliseerd.

De bewijsvoering zal erin bestaan de vergunning voor de werken, afgeleverd door de bevoegde Gemeenschaps/Gewestminister voor te leggen. Een kopie van bedoelde vergunning dient overgemaakt te worden aan het Bestuur van de Gezondheidszorg van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

8. Bevorderen van de samenwerking tussen ziekenhuizen

8.1. Aan alle groeperingen worden volgende bijkomende voorwaarden gesteld :

1° de taken van het coördinatiecomité van de groepering worden versterkt. Het Comité zal meerdere keren per jaar verplicht samenkomen en een jaarlijks rapport opstellen. Dit rapport moet worden overgemaakt aan de bevoegde Minister en zal een erkenningsvereiste vormen;

2° elke beslissing inzake investeringen, tot oprichting van nieuwe diensten of van nieuwe medisch-technische diensten door de ziekenhuizen van de groepering moet door het coördinatiecomité worden goedgekeurd. Zonder dergelijke beslissing van het coördinatiecomité kunnen geen vergunningen of erkenningen worden afgeleverd;

3° teneinde te komen tot een optimale samenwerking moeten de ziekenhuizen overgaan tot de aanduiding van een hoofdgeneesheer-coördinator, een coördinator van het verpleegkundig departement, een algemeen coördinator evenals tot de oprichting van een gemeenschappelijk medisch comité, samengesteld uit afgevaardigden van de onderscheiden medische raden. De coördinatoren wonen de vergadering van het coördinatiecomité bij;

4° de ziekenhuizen van de groepering behouden ieder hun campus, maar moeten betrachten om tot een efficiënte taakverdeling te komen zodat ze op termijn daadwerkelijk complementair zijn ten opzichte van elkaar. Daartoe moeten ze een plan uitwerken, dat aan de Gemeenschaps- of Gewestminister moet worden overgezonden, welke de toepassing ervan opvolgt.

De groepering mag niet leiden tot mono-specialistische vestigingen (behalve sub-acute geriatrie en Sp-diensten).

8.2. Het toetreden tot een groepering volstaat niet langer om te beantwoorden aan de norm inzake het minimumconcept van het ziekenhuis (150 bedden, een C-D-dienst, een andere basisdienst, vijf basisfuncties en medische permanentie).

8.2.1. Ziekenhuizen die niet beantwoorden aan het minimumconcept van 150 bedden, een C-D-dienst, een andere basisdienst, vijf basisfuncties en medische permanentie dienen in de loop van 1997 over te gaan tot fusie (met verplichte inlevering van 5% van de bedcapaciteit).

8.2.2. Voor wat de verplichte bedvermindering ingeval van fusie betreft wordt het principe van de laatst bijgekome in het fusiebesluit ingeschreven zodat, bij opeenvolgende fusies, de bedvermindering slechts doorgevoerd wordt op het aantal bedden van het ziekenhuis dat tot een reeds bestaande fusie toetreedt.

8.3. Indien ziekenhuizen met een bedcapaciteit van 150 acute bedden of meer, de nodige diensten, functies en medische permanentie, een fusie aangaan moeten ze geen 5% van de bedden afbouwen indien de fusie plaatsvindt voor 31 december 1998 en moeten ze elk slechts een aantal bedden afbouwen, gelijk aan 5% van het aantal bedden van het kleinste fusionerende ziekenhuis, indien de fusie plaatsvindt na 31 december 1998.

8.4. Teneinde groeperingen en fusies te stimuleren wordt de vereiste dat ze slechts tussen maximum drie ziekenhuizen kunnen afgesloten worden geschrapt.

8.5. L'homogénéité des services au sein du groupement et de la fusion doit être garantie.

Si un hôpital faisant partie de la fusion ou du groupement dispose d'un ou de plusieurs types de services dont la capacité en lits est inférieure à 2/3 de la capacité minimum fixée, les lits de ce type de service doivent être regroupés sur le même site. Les hôpitaux doivent préciser dans le plan de fusion ou de groupement, les modalités suivant lesquelles l'homogénéité ou la complémentarité d'une fusion ou d'un groupement sera organisée sur différents sites.

Les hôpitaux disposent d'une période transitoire de 2 ans après la signature de l'accord de groupement ou de fusion pour se conformer à la norme. Le plan de fusion ou de groupement doit être approuvé par les Communautés/Régions.

8.6. Si l'hôpital fusionné dispose de plusieurs services hospitaliers analogues, éventuellement dispersés sur différents sites, chacun de ces services doit séparément répondre à toutes les normes d'agrément visées, excepté celle relative à la capacité minimum en lits à condition que cette capacité en lits ne soit pas inférieure à 2/3 du minimum fixé.

8.7. En ce qui concerne la réduction visée aux points 8.2.1 et 8.3., il est prise en compte le nombre de lits déjà antérieurement fermés dans l'hôpital concerné dans le cadre d'un groupement ou d'une fusion.

Toutefois, l'éventuelle fermeture de lits d'un hôpital qui, au moment de la fusion, ne fait plus partie du groupement, n'est pas prise en compte.

8.8. La distance entre hôpitaux de la fusion ne peut dépasser 25 km. Toutefois, ils peuvent être davantage éloignés l'un de l'autre lorsqu'il n'y a pas deux hôpitaux aigus dans ce rayon.

Les hôpitaux de la fusion peuvent être distants de plus de 25 km s'ils faisaient déjà partie d'un même groupement au 1^{er} décembre 1996.

8.9.1. Les règles actuellement en vigueur en matière de capacité maximum d'un hôpital fusionné sont modifiées. En principe, la capacité en lits ne pourra pas être supérieure à 1 000 lits. Les Ministres communautaires/régionaux peuvent accorder une dérogation de 10% maximum aux hôpitaux qui se trouvent dans une des 5 grandes agglomérations (Bruxelles, Anvers, Liège, Gand et Charleroi).

8.9.2. Le principe de base est qu'il est préférable que le nombre de lits d'un hôpital fusionné ne dépasse pas une capacité déterminée. La ratio legis sous-jacente est qu'un hôpital ne peut pas disposer d'une capacité excessive pour des raisons à la fois qualitatives et économico-financières. De plus, la crainte est que, si trop d'hôpitaux de grande dimension voient le jour, tous souhaiteront disposer de services spécialisés lourds et donc onéreux, pour lesquels, de surcroît, la demande est limitée.

Toutefois, une analyse de la situation du pays a montré qu'en vertu de la règle précitée, un certain nombre de fusions sont désormais impossibles, en particulier dans les grandes agglomérations, où deux ou plusieurs hôpitaux disposent facilement d'une capacité totale supérieure à 1 000 lits. Or, il peut s'avérer opportun dans ce genre de situations de réaliser des fusions afin précisément de permettre des rationalisations, là où ces hôpitaux disposent des mêmes types de services. Cette dérogation ne créera pas de situations arbitraires puisqu'elle ne sera valable que dans les grandes agglomérations. En d'autres termes, on a inséré dans l'arrêté lui-même un critère précis autorisant le dépassement de la capacité au-delà de 1 000 lits.

9. Réduction volontaire du nombre de lits.

9.1. La réduction volontaire de lits est encouragée.

9.2. Comme dans le passé, une indemnisation est prévue pour les hôpitaux qui procèdent à une importante fermeture de lits.

En outre, l'économie réalisée sera recyclée à concurrence de 50%. Ainsi, pour les hôpitaux qui ferment volontairement au moins 10% de leurs lits, l'économie réalisée retournera à l'établissement à concurrence de 25%. Les 25% restants seront recyclés au macro-niveau.

Pour les hôpitaux qui ferment volontairement moins de 10% de leurs lits, une prime d'indemnisation de certains frais fixes sera versée. Le solde des 50% de l'économie réalisée sera également recyclé au macro-niveau.

10. Recyclage en cas de réduction de lits obligatoire.

L'économie réalisée à la suite d'une fermeture obligatoire de lits sera recyclée à concurrence de 50% au macro-niveau.

11. Possibilités complémentaires de reconversion.

Des possibilités complémentaires de reconversion de lits hospitaliers en lits Sp et MSP ainsi qu'en places d'habitation protégée sont offertes aux hôpitaux qui procèdent à une fermeture volontaire de lits et qui n'ont pas opté pour un des incitants visés sous point 9. Cette reconversion n'est pas possible dans le cadre d'une réduction de lits imposée du fait que le niveau d'activité fixé n'est pas atteint.

8.5. Binnen de groepering en de fusie moet de homogeniteit van de diensten gegarandeerd worden.

Indien evenwel een ziekenhuis dat van de groepering of fusie deel uitmaakt over één of meerdere types van diensten beschikt waarvan de bedcapaciteit lager wordt dan 2/3 van de vastgestelde minimum bedcapaciteit, moeten de bedden van bedoeld type dienst op dezelfde vestigingsplaats gegroepeerd zijn. De ziekenhuizen moeten in het fusie- of groeperingsplan preciseren op welke wijze de homogeniteit of complementariteit van de groepering of van het fusieziekenhuis op verschillende sites zal geregeld worden.

De ziekenhuizen beschikken over een overgangperiode van 2 jaar na de ondertekening van de groeperings- of fusie-overeenkomst om hieraan te beantwoorden. Het groeperings- of fusieplan moet door de Gemeenschappen/ Gewesten goedgekeurd worden.

8.6. Indien het gefusioneerde ziekenhuis beschikt over meerdere gelijksoortige ziekenhuisdiensten, eventueel verspreid over verschillende campussen, dient ieder van die diensten afzonderlijk te beantwoorden aan alle desbetreffende erkenningsnormen behalve deze inzake minimum bedcapaciteit, mits deze bedcapaciteit niet lager is dan 2/3 van het vastgestelde minimum.

8.7. Bij de in 8.2.1. en 8.3. bedoelde vermindering wordt rekening gehouden met de in de betrokken instelling reeds vroeger gesloten bedden in het kader van een groepering of een fusie.

Eventuele sluiting van bedden in een ziekenhuis dat op het ogenblik van de fusie niet langer deel uitmaakt van de groepering wordt evenwel niet in rekening genomen.

8.8. De onderlinge afstand tussen de ziekenhuizen van de fusie mag niet meer zijn dan 25 km. De ziekenhuizen van de fusie kunnen evenwel verder van elkaar verwijderd zijn wanneer er zich geen twee acute ziekenhuizen binnen die cirkel bevinden.

De ziekenhuizen van de fusie mogen verder dan 25 km van elkaar verwijderd zijn wanneer ze, op 1 december 1996 reeds deel uitmaakten van eenzelfde groepering.

8.9.1. De huidige regeling inzake maximumcapaciteit van het fusieziekenhuis wordt gewijzigd. In beginsel zal de maximum capaciteit niet meer dan 1 000 bedden mogen bedragen. De Gemeenschappen/ Gewestminister kan hierop een afwijking van maximum 10% verlenen voor ziekenhuizen die zich bevinden binnen één der 5 grote agglomeraties (Brussel, Antwerpen, Luik, Gent en Charleroi).

8.9.2. Het uitgangspunt is dat het aantal bedden van een gefusioneerd ziekenhuis een bepaalde capaciteit beter niet overschrijdt. De ratio legis hiervan is dat een ziekenhuis zowel om kwalitatieve als om financieel-economische motieven niet over een te grote capaciteit mag beschikken. Bovendien bestaat ook de vrees dat indien te veel grote ziekenhuizen ontstaan deze allemaal zullen willen beschikken over zware gespecialiseerde en dus dure diensten waarvan bovendien de behoefte beperkt is.

Na analyse van de toestand in het land is evenwel gebleken dat door voornoemde regel een aantal fusies onmogelijk worden gemaakt, inzonderheid in grote agglomeraties, waar twee of meerdere ziekenhuizen samen vrij gemakkelijk over meer dan 1 000 bedden beschikken. Toch kan het aangewezen zijn om in deze situaties fusies te kunnen realiseren precies om rationalisering mogelijk te maken, daar waar deze ziekenhuizen over dezelfde soorten van diensten beschikken. Door deze uitzondering te weerhouden zullen geen arbitraire situaties worden gecreëerd omdat de uitzondering beperkt wordt tot grote agglomeraties. Met andere woorden, in het besluit zelf is een duidelijk criterium aangegeven om afwijkingen boven de 1 000 bedden toe te staan.

9. Vrijwillige bedvermindering.

9.1. De vrijwillige bedvermindering wordt gestimuleerd.

9.2. Zoals in het verleden wordt er een schadeloosstelling voorzien voor die ziekenhuizen die overgaan tot een belangrijke afbouw van bedden.

Bovendien zal 50% van de gerealiseerde besparing gerecycleerd worden, met name zal, voor die ziekenhuizen die vrijwillig minstens 10% van hun bedden sluiten 25% van de gerealiseerde besparing terugvloeien naar de instelling. De overige 25% van de gerealiseerde besparing zal op macro-niveau gerecycleerd worden.

Voor die ziekenhuizen die vrijwillig minder dan 10% van de bedden sluiten zal een premie ter vergoeding van zekere vaste kosten uitgekeerd worden. Het saldo van de 50% van de besparing zal eveneens op macro-niveau gerecycleerd worden.

10. Recyclage ingeval van verplichte bedvermindering

Ingeval van verplichte bedvermindering zal 50% van de gerealiseerde besparing op macro-niveau gerecycleerd worden.

11. Bijkomende mogelijkheden tot reconversie.

Aan de ziekenhuizen die vrijwillig bedden sluiten en niet opteren voor één der in punt 9 bedoelde stimuli worden bijkomende mogelijkheden tot reconversie van ziekenhuisbedden naar Sp- en PVT-bedden en naar plaatsen van beschut wonen, geboden worden. Deze reconversie is niet mogelijk in het kader van de verplichte bedvermindering wegens het niet bereiken van het vastgestelde activiteitsniveau.

11. Dérogation au moratoire institué par l'arrêté royal du 18 janvier 1996

L'obligation d'homogénéité des services au sein du groupement entraînera une augmentation du nombre de lits tant au niveau de l'hôpital qu'à celui des services hospitaliers de type déterminé.

L'arrêté de blocage du 18 janvier 1996 sera dès lors adapté afin de permettre aux hôpitaux faisant partie d'un groupement de satisfaire à cette obligation.

Nous avons l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
les très respectueux
et très fidèles serviteurs,
La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN
Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,
M. COLLA

[C - 97/2229501]

6 MAI 1997. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et modifiée par les lois des 30 décembre 1988 et 21 décembre 1994, notamment l'article 69;

Vu l'arrêté royal du 30 janvier 1989 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, modifié par les arrêtés royaux des 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 20 août 1996 et 6 mai 1997;

Vu l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, modifié par les arrêtés royaux des 12 octobre 1993 et 23 décembre 1993;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, émis le 23 février 1996;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 84, alinéa 1^{er}, 2°, inséré par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence motivée par le fait que les mesures d'économies en matière d'application, obligatoire des normes d'agrément existantes et de fermeture obligatoire des lits sous-occupés doivent être exécutées d'urgence afin, d'une part, de réaliser l'équilibre financier de la sécurité sociale et, d'autre part, d'informer les hôpitaux au plus vite de ces mesures;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné dans un délai de trois jours;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, modifié par les arrêtés royaux des 12 octobre 1993 et 23 décembre 1993, sont apportées les modifications suivantes :

1° le point 2° est abrogé;

2° dans le point 3° les mots "à des services visés au 2° ou" sont supprimés.

11. Afwijking op moratorium ingesteld bij het koninklijk besluit van 18 januari 1996

De verplichting tot homogeniteit van diensten binnen de groepering heeft voor gevolg dat het aantal bedden zowel binnen een ziekenhuis als binnen een bepaald type van ziekenhuisdienst zal verhogen.

Het blokkeringsbesluit van 18 januari 1996 wordt dan ook aangepast teneinde de ziekenhuizen die van een groepering deel uitmaken in staat te stellen aan deze verplichting te voldoen.

Wij hebben de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar
De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN
De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,
M. COLLA

[C - 97/2229501]

6 MEI 1997. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en gewijzigd door de wetten van 30 december 1988 en 21 december 1994, inzonderheid op artikel 69;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 januari 1989 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, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 12 oktober 1993, 23 december 1993, 28 maart 1995, 20 augustus 1996 en 6 mei 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 12 oktober 1993 en 23 december 1993;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, uitgebracht op 23 februari 1996;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 84, eerste lid, 2°, ingevoegd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd door het feit dat de besparingsmaatregelen inzake verplichte toepassing van de bestaande erkenningsnormen en verplichte sluiting van onderbezette bedden dringend moeten worden uitgevoerd om enerzijds het financieel evenwicht van de sociale zekerheid te realiseren en om anderzijds de ziekenhuizen hiervan dringend op de hoogte te kunnen stellen;

Gelet op het advies van de Raad van State, uitgebracht binnen een termijn van drie dagen;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en van Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 12 oktober 1993 en 23 december 1993, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het punt 2° wordt opgeheven;

2° in punt 3° worden de woorden "sub 2° bedoelde diensten of" geschrapt.

Art. 2. Dans l'article 3 du même arrêté royal, sont apportées les modifications suivantes :

1° le point 1° est abrogé;

2° dans le point 2° les modifications suivantes sont apportées :

a) les mots "700 lits" sont remplacés par les mots "1 000 lits";

b) les mots « Dans le chiffre précité, les lits des services pour le traitement de malades atteints d'affection de longue durée (indice V) ne sont pas compris. » sont supprimés;

c) les mots "de patients atteints d'affections chroniques (indice Sp(chronique))" sont remplacés par les mots "(index Sp) destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs";

d) les mots "peut accorder une dérogation au nombre de lits précité, pour autant que la fusion ne dépasse jamais 1 000 lits, et à la condition qu'il est ainsi mieux répondu aux objectifs généraux visés à l'article 6, § 2, 1° du présent arrêté" sont remplacés par les mots "peut accorder une dérogation de maximum 10% au nombre de lits précités, aux hôpitaux qui se trouvent dans une des 5 grandes agglomérations (Bruxelles, Anvers, Liège, Gand et Charleroi)";

3° dans le point 3° sont apportées les modifications suivantes :

a) les mots "plus de 10 km" sont remplacés par les mots "plus de 25 km";

b) les mots "Les hôpitaux de la fusion peuvent toutefois être éloignés de plus de 10 km l'un de l'autre s'il n'y a pas deux hôpitaux dans ce rayon" sont remplacés par les mots "Toutefois, les hôpitaux de la fusion peuvent être davantage éloignés l'un de l'autre lorsqu'il n'y a pas deux hôpitaux aigus dans ce rayon";

c) il est complété par l'alinéa suivant :

« Les hôpitaux de la fusion peuvent être distants de plus de 25 km s'ils faisaient déjà partie d'un même groupement au 1^{er} décembre 1996. » ;

4° l'article est complété comme suit :

« 4° il y a lieu de réaliser l'homogénéité des services au sein de la fusion.

Si un hôpital faisant partie de la fusion dispose d'un ou de plusieurs types de services dont la capacité en lits est inférieure à 2/3 de la capacité minimum fixée, les lits de ce type de service doivent être regroupés sur le même site, étant entendu qu'en ce qui concerne le service C-D, une capacité minimum de 30 lits sur chaque site suffit.

Les hôpitaux disposent d'une période transitoire de deux ans après la signature de l'accord de fusion pour se conformer à la norme.

Les fusions d'hôpitaux qui sont agréées au moment de la publication du présent article, disposeront d'une période transitoire de deux ans, prenant cours à la date d'entrée en vigueur du présent article, pour répondre aux conditions visées dans le deuxième alinéa;

5° Si l'hôpital fusionné dispose de plusieurs types de services hospitaliers, éventuellement dispersés sur différents sites, chacun de ces services doit séparément répondre aux normes d'agrément visées, et ce, sans préjudice des dispositions du point 4°. »

Art. 3. Dans l'article 5 du même arrêté royal, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 1^{er} est complété comme suit :

« , étant entendue que, lors de fusions successives, la réduction ne soit opérée que sur la capacité en lits de l'hôpital adhérent à une fusion existante » ;

2° dans le § 3, les mots "des services pour le traitement des patients atteints d'affections de longue durée (indice V)" sont remplacés par les mots "des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (index Sp) destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs";

Art. 2. In artikel 3 van hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° punt 1° wordt opgeheven;

2° in punt 2° worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) de woorden "700 bedden" worden vervangen door de woorden "1 000 bedden";

b) de woorden « In het voormelde cijfer zijn bedden in de diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V) niet inbegrepen. » worden geschrapt;

c) de woorden "bestemd voor patiënten met chronische aandoeningen (kenletter Sp(chronisch))" worden vervangen door de woorden "(kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven";

d) de woorden "kan een afwijking toestaan op het hierboven vermelde aantal bedden, met dien verstande dat de fusie nooit 1 000 bedden mag overschrijden, op voorwaarde dat daardoor beter kan worden voldaan aan de algemene doelstellingen zoals bedoeld in artikel 6, § 2, 1° van dit besluit" worden vervangen door de woorden "kan een afwijking van maximum 10% toestaan op het hierboven vermelde aantal bedden, voor ziekenhuizen die zich bevinden binnen één der vijf grote agglomeraties (Brussel, Antwerpen, Luik, Gent en Charleroi)";

3° in punt 3° worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) de woorden "meer dan 10 km" worden vervangen door de woorden "meer dan 25 km";

b) de woorden "De ziekenhuizen van de fusie kunnen evenwel verder dan 10 km van elkaar verwijderd zijn wanneer er geen twee acute ziekenhuizen zich binnen bedoelde afstand bevinden" worden vervangen door de woorden "De ziekenhuizen van de fusie kunnen evenwel verder van elkaar verwijderd zijn wanneer er zich geen twee acute ziekenhuizen binnen die cirkel bevinden";

c) het wordt aangevuld met het volgende lid :

« De ziekenhuizen van de fusie mogen verder dan 25 km van elkaar verwijderd zijn wanneer ze, op 1 december 1996 reeds deel uitmaakten van eenzelfde groepering. » ;

4° het artikel wordt aangevuld als volgt :

« 4° binnen de fusie moet de homogeniteit van de diensten gerealiseerd worden.

Indien een ziekenhuis dat van de fusie deel uitmaakt over één of meerdere types van diensten beschikt waarvan de bedcapaciteit lager wordt dan 2/3 van de vastgestelde minimum bedcapaciteit, zullen de bedden van bedoeld type dienst op dezelfde vestigingsplaats moeten gegroepeerd zijn, met dien verstande dat, voor wat de C-D-dienst betreft, een minimumbedcapaciteit van 30 bedden op iedere vestigingsplaats volstaat.

De ziekenhuizen beschikken over een overgangperiode van 2 jaar na de ondertekening van de fusie-overeenkomst om hier aan te beantwoorden.

De fusies van ziekenhuizen die op het ogenblik van de bekendmaking van dit artikel erkend zijn, beschikken over een overgangperiode van twee jaar, die aanvangt op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel, om te beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in het tweede lid;

5° Indien het gefusioneerde ziekenhuis beschikt over meerdere gelijksoortige ziekenhuisdiensten, eventueel verspreid over verschillende camp, dient ieder van die diensten afzonderlijk te beantwoorden aan de desbetreffende erkenningsnormen, en dit, onverminderd de bepalingen van punt 4°. »

Art. 3. In artikel 5 van hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt aangevuld als volgt :

« , met dien verstande dat de vermindering, bij opeenvolgende fusies, slechts doorgevoerd wordt op het aantal bedden van het ziekenhuis dat tot een reeds bestaande fusie toetreedt » ;

2° in § 3 worden de woorden "in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V)" vervangen door de woorden "in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven";

3° le § 4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 4. En ce qui concerne la réduction visée au § 1^{er}, les lits qui ont été fermés dans le cadre de l'application de l'article 21 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 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, modifié par les arrêtés royaux du 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 20 août 1996 et 6 mai 1997 sont portés en déduction. »;

4° l'article est complété des paragraphes suivants :

« § 5. La réduction visée au § 1^{er} n'est pas d'application lorsque la fusion est opérée entre partenaires qui, au moment de cette fusion, constituaient déjà un groupement, et qu'au moment de l'adhésion à ce groupement, la capacité globale en lits des hôpitaux de celui-ci avait fait l'objet d'une réduction de 5%.

Toutefois, l'éventuelle fermeture de lits d'un hôpital qui, au moment de la fusion, ne fait plus partie du groupement, n'est pas prise en compte.

§ 6. La diminution visée au § 1^{er} ne s'applique pas aux hôpitaux qui satisfont individuellement aux normes visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté précité du 30 janvier 1989 pour autant que la fusion soit réalisée avant le 1^{er} janvier 1999. Si des hôpitaux visés fusionnent après le 31 décembre 1998, ils ne doivent fermer chacun un nombre de lits égal à 5% du nombre de lits du plus petit hôpital fusionné. »

Art. 4. Dans l'article 6, § 2, 6° du même arrêté royale les mots "à l'article 2, § 3, alinéa premier ou alinéa quatre, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 précité" sont remplacés par les mots "aux conditions prévues dans l'article 3, 4° et 5°".

Art. 5. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mai 1997.

Art. 6. Notre Ministre des Affaires sociale et Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions, sont, chacun en ce qui le concerne, chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 mai 1997.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,
M. COLLA

3° de § 4 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« § 4. Bij de in § 1 bedoelde vermindering worden de bedden die in het kader van de toepassing van artikel 21 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 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, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 12 oktober 1993, 23 december 1993, 28 maart 1995, 20 augustus 1996 en 6 mei 1997, gesloten werden, in mindering gebracht. »;

4° het artikel wordt aangevuld met de volgende paragrafen :

« § 5. De in § 1 bedoelde vermindering is niet van toepassing ingeval de fusie aangegaan wordt tussen partners die op het ogenblik van de fusie reeds samen een groepering vormen, mits er, in één of meerdere van de ziekenhuizen die van de groepering deel uitmaken, op het ogenblik van de toetreding tot die groepering reeds een bedvermindering van 5% van de globale bedcapaciteit van de ziekenhuizen van de groepering geschiedde.

Eventuele sluiting van bedden in een ziekenhuis dat op het ogenblik van de fusie niet langer deel uitmaakt van de groepering wordt evenwel niet in rekening genomen.

§ 6. De in § 1 bedoelde vermindering is niet van toepassing op die ziekenhuizen die ieder afzonderlijk beantwoorden aan de normen bedoeld in artikel 2, § 1, van voormeld besluit van 30 januari 1989, op voorwaarde dat de fusie gerealiseerd is vóór 1 januari 1999. Indien bedoelde ziekenhuizen na 31 december 1998 fusioneren moeten ze elk een aantal bedden afbouwen, gelijk aan 5% van het kleinste fusioneerende ziekenhuis. »

Art. 4. In artikel 6, § 2, 6° van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden "artikel 2, § 3, eerste lid of vierde lid, van het voormelde koninklijk besluit van 30 januari 1989" vervangen door de woorden "de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 4° en 5°".

Art. 5. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 mei 1997.

Art. 6. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen zijn ieder wat Hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 mei 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,
M. COLLA

F. 97 — 1184

[C - 97/22296]

6 MAI 1997. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 janvier 1996 précisant des règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne des lits dans des services d'hôpitaux généraux

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 32;

Vu l'arrêté royal du 18 janvier 1996 précisant des règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne des lits dans des services d'hôpitaux généraux;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 84, alinéa 1^{er}, 2°, inséré par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence motivée par le fait que les mesures, d'économies en matière d'application, obligatoire des normes d'agrément existantes et de fermeture obligatoire des lits sous-occupés doivent être exécutées d'urgence afin, d'une part, de réaliser l'équilibre financier de la sécurité sociale et, d'autre part, d'informer les hôpitaux au plus vite de ces mesures;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné dans un délai de trois jours;

N. 97 — 1184

[C - 97/22296]

6 MEI 1997. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 januari 1996 tot vaststelling van nadere regelen, bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot bedden in diensten van algemene ziekenhuizen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 32;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 januari 1996 tot vaststelling van nadere regelen, bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot bedden in diensten van algemene ziekenhuizen;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 84, eerste lid, 2°, ingevoegd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd door het feit dat de besparingsmaatregelen inzake verplichte toepassing van de bestaande erkenningsnormen en verplichte sluiting van onderbezette bedden dringend moeten worden uitgevoerd om enerzijds het financieel evenwicht van de sociale zekerheid te realiseren en anderzijds de ziekenhuizen hiervan dringend op de hoogte te kunnen stellen;

Gelet op het advies van de Raad van State, uitgebracht binnen een termijn van drie dagen;