

Gelet op het advies 42.481/3 van de Raad van State, gegeven op 27 maart 2007, met de toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 39, § 2 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 november 1992, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 2. De personeelsnorm uitgedrukt per 30 psychiatrische verzorgingsbehoevenden bedraagt 12,5 personeelsleden, waarvan maximaal 5 zorgkundigen zijn, en minimum 7,5 een kwalificatie moeten hebben van opvoeder, sociaal assistent, orthopedagoog, ergotherapeut, psycholoog, kinesitherapeut of verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige. »

Art. 2. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 29 februari 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Vu l'avis 42.481/3 du Conseil d'Etat, donné le 27 mars 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 39, § 2 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, modifié par l'arrêté royal du 9 novembre 1992, est remplacé par la disposition suivante :

« § 2. La norme de personnel pour 30 patients psychiatriques est 12,5 membres du personnel, dont au maximum 5 membres de personnel soignant, et au minimum 7,5 doivent avoir une qualification comme éducateur, assistant social, orthopédagogue, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute ou infirmier, par préférence, infirmier psychiatrique. »

Art. 2. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à le Bruxelles, le 29 février 2008.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

N. 2008 — 1048

[C — 2008/24104]

Interministeriële conferentie. — Aangangsel nr. 2 bij het protocol van 24 mei 2004 gesloten tussen de federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status

Gelet op het protocol gesloten tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet, betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status;

Gelet op het aangangsel nr. 1 bij het protocol van 24 mei 2004 gesloten tussen de federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status;

Gelet op het « Eindrapport van het federaal deskundigenplatform gecreëerd in naleving van het protocol van 24 mei 2004 betreffende het gezondheidsbeleid ten aanzien van patiënten in een persisterende vegetatieve status : Een aangepast Zorgnetwerk », van september 2006;

Gelet op het advies van de NRZV m.b.t. de structurele integratie van de proefprojecten inzake het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in permanent vegetatieve status (PVS) en minimaal responsieve status (MRS) van 14/09/2006;

Gelet op de beslissingen genomen bij de Raad van Ministers van 18 oktober 2006 betreffende de begroting 2007;

Overwegende het belang om voor personen die lijden aan een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en in het bijzonder voor de doelgroep PVS en MRS; aangepaste huisvestingsstructuren en verzorging te organiseren;

Overwegende de positieve evaluatie van het project dat in 2004 is opgesteld, is het belangrijk om het netwerk van zorgen voor de patiënten in PVS en MRS structureel te maken vanaf 1 juli 2007.

Tussen de Federale Overheid enerzijds, en de Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en de Franse (FGC) Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad en het Waalse Gewest anderzijds, hierna de deelgebieden genoemd, wordt het volgende overeengekomen :

HOOFDSTUK 1. — *Over het te voeren beleid*

De Federale Staat en de deelgebieden komen overeen om in uitvoering van de beslissingen genomen tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 11 december 2006 samen te werken

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

F. 2008 — 1048

[C — 2008/24104]

Conférence interministérielle. — Avenant n° 2 au protocole du 24 mai 2004 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant

Vu le protocole d'accord du 24 mai 2004, conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant;

Vu l'avenant n° 1 au protocole du 24 mai 2004 conclu entre le Gouvernement Fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant;

Vu le « Rapport final de la plate-forme nationale d'experts créée en application du protocole du 24 mai 2004 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : Un réseau de soins adapté » — de septembre 2006;

Vu l'avis du CNEH de 14/09/2006 relatif à l'intégration structurelle des projets pilotes en matière de politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif permanent (EVP) et en état pauci-relationnel (EPR);

Vu les décisions prises lors du Conseil des Ministres du 18 octobre 2006 concernant le budget 2007;

Considérant l'importance d'organiser des structures d'accueil et de soins adaptées aux personnes souffrant de lésions cérébrales non congénitales (LCNC) et plus particulièrement pour les patients EVP et EPR;

Considérant l'évaluation positive du projet établi en 2004, il est important de rendre le réseau de soins pour les patients en EVP et EPR structurel à partir du 1^{er} juillet 2007.

Il est convenu entre l'Etat Fédéral, d'une part et, d'autre part, les Communautés flamande, française et germanophone, les Commissions communautaires commune (COCOM) et française (COCOF) de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne, appelées, ci-après, les entités fédérées, ce qui suit :

CHAPITRE 1^{er}. — *De la politique à mener*

L'état fédéral et les entités fédérées s'accordent, en exécution des décisions prises au cours de la conférence interministérielle Santé publique du 11 décembre 2006, à collaborer en vue de poursuivre la

met het oog op de verdere structurering van een geïntegreerd zorgnetwerk voor de doelgroep PVS en MRS waarin de patiënt centraal staat en de zorgcontinuïteit wordt gewaarborgd.

Het zorgnetwerk is uitgewerkt op basis van de criteria expertise en nabijheid. Deze criteria variëren in de loop van het zorgnetwerk en zullen meebepalend zijn voor het verlenen van de erkenning door de Gemeenschappen en Gewesten (zie hoofdstuk 3) van 97 expertisebedden en 165 « ComaRVT-bedden » in de centra voor niet aangeboren hersenletsels (= erkende RVT's), hierna NAH-centra genoemd.

Daarnaast zullen in de gemengde interkabinettenwerkgroep « Ouderenzorgbeleid » en « Chronische ziekten – niet aangeboren hersenletsel », volgende thema's verder worden uitgewerkt :

- het harmoniseren van de financiële discrepanties tussen de verschillende long-term care mogelijkheden;
- prioriteit geven aan patiënten van minder dan 65 jaar voor opname in de long-term sector;
- het operationaliseren en concretiseren van het zorg- en opnamebeleid in de instellingen van het VAPH en AWIPH;
- ter ondersteuning van de thuiszorg kortverblijf en dagrevalidatie als optie in de long-term care opnemen voor de NAH-centra;
- het aanpassen van de reglementering betreffende de ROB's om opname van patiënten van minder dan 65 jaar mogelijk te maken;
- het voorzien van bijkomende financiële middelen voor 0,5 FTE psycholoog vanaf 5 « ComaRVT-bedden » en dit ter ondersteuning van de omgeving van de patiënt en het hulpverlenende team;
- het verder analyseren van het financiële aspect van het benodigde materiaal in de NAH-centra;
- het geven van een formele erkenning aan de regionale overlegplatformen.

HOOFDSTUK 2. — *Programmatie*

Voor het Rijk wordt een maximum van 97 bedden (80 reeds bestaande en verhoogd met een uitbreiding van 17 bedden) voorzien op de afdelingen in de expertisecentra voor comapatiënten.

Naar aanleiding van de aanbevelingen van het « Eindrapport van het federaal deskundigenplatform, opgericht met toepassing van het protocol van 24 mei 2004 betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status: een aangepast zorgnetwerk » werd er in het kader van de begroting van de ziekteverzekering besloten om 17 nieuwe ziekenhuisbedden op te richten in expertisecentra.

De Federale Staat en de deelgebieden hebben zich ertoe verbonden deze expertisebedden te verdelen op basis van de verdeelsleutel van hoofdstuk 2 van het protocol van 24 mei 2004, namelijk 10 % voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 57 % voor de Vlaamse Gemeenschap en 33 % voor het Waalse Gewest.

De 97 bedden worden dus verdeeld als volgt :

- 10 bedden (2 extra bedden) voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
- 55 (9 extra bedden) voor de Vlaamse Gemeenschap;
- en 32 (6 extra bedden) voor het Waalse Gewest.

In de Duitstalige Gemeenschap bestaat er geen erkend expertisecentrum. Daarom kunnen personen woonachtig in deze Gemeenschap die in gelijkaardige afdelingen opgenomen zijn, in een NAH-centrum worden opgenomen, op voorwaarde dat via een voorafgaand overleg tussen de instelling waarin de patiënt verzorgd wordt en een expertisecentrum, een gunstig advies m.b.t. de opname wordt geformuleerd. Bovendien moeten die personen binnen de 3 dagen na hun opname in een NAH-centrum onderzocht worden door een geneesheer-specialist van een erkende afdeling van een expertisecentrum dat voor de externe liaisonfunctie instaat.

structuration d'un réseau de soins intégré pour le groupe cible ENVP et EPR qui mette le patient au centre des préoccupations et garantisse la continuité des soins.

Ce réseau a été développé sur base de critères d'expertise et de proximité. Ces critères varient tout au long du réseau de soins et seront déterminants pour l'octroi de l'agrément par les Communautés et Régions (voir chapitre 3) de 97 lits d'expertise et de 165 « lits MRS-Coma » dans les centres pour lésions cérébrales non congénitales (= MRS reconnues), ci-après dénommés centres LCNC.

Par la suite, les thèmes suivants seront développés dans le groupe de travail intercabineaux mixte « Politique de soins à mener à l'égard des personnes âgées » et « Maladies chroniques - lésions cérébrales non congénitales » :

- l'harmonisation des disparités financières entre les différentes possibilités de soins longue durée;
- la priorité à accorder aux patients de moins de 65 ans pour l'admission dans le secteur des soins longue durée;
- l'opérationnalisation et la concrétisation de la politique de soins et d'accueil dans les institutions de la VAPH et de l'AWIPH;
- en soutien aux soins à domicile, permettre le court-séjour et la revalidation de jour comme option dans les soins longue durée dans les centres LCNC;
- l'adaptation de la réglementation des MRPA afin de rendre possible l'admission de patients de moins de 65 ans;
- l'octroi de moyens financiers complémentaires pour l'engagement de 0,5 ETP psychologue à partir de 5 « lits MRS-Coma » et cela pour soutenir l'entourage du patient et l'équipe soignante;
- la poursuite de l'analyse de l'aspect financier du matériel nécessaire dans les centres LCNC;
- l'octroi d'une reconnaissance formelle aux plates-formes de concertation régionales.

CHAPITRE 2. — *De la programmation*

Pour l'ensemble du Royaume, le nombre maximum de lits prévus dans les départements pour patients comateux des Centres d'expertise est de 97 (80 lits existants et 17 lits supplémentaires).

Suite aux recommandations du « Rapport final de la plate-forme fédérale d'experts créée en application du protocole du 24 mai 2004 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : un réseau de soins adapté » il a été décidé, dans le cadre du budget de l'assurance maladie, de créer 17 nouveaux lits hospitaliers en centre d'expertise.

L'Etat fédéral et les entités fédérées se sont engagés à répartir ces lits hospitaliers d'expertise sur base de la clé de répartition présente au chapitre 2 du protocole du 24 mai 2004 à savoir 10% pour la Région de Bruxelles-Capitale, 57 % pour la Communauté flamande et 33 % pour la Région wallonne.

Les 97 lits se répartissent donc comme suit :

- 10 lits (soit 2 lits supplémentaires) pour la Région de Bruxelles-Capitale;
- 55 (soit 9 lits supplémentaires) pour la Communauté flamande;
- et 32 (soit 6 lits supplémentaires) pour la Région wallonne.

La Communauté germanophone n'a pas de centre d'expertise hospitalier agréé. Dès lors, spécifiquement pour cette communauté, les personnes hospitalisées dans des sections comparables peuvent être admises dans un centre LCNC moyennant une concertation préalable entre des médecins de l'institution dans laquelle est soignée le patient et d'un centre d'expertise, pour aboutir à un avis favorable en ce qui concerne l'admission dans un centre LCNC. En outre, dans les 3 jours qui suivent leur admission dans un centre LCNC, ces personnes doivent être examinés par un médecin spécialiste d'un service agréé d'un centre d'expertise qui garantit la fonction de liaison externe.

Voor het Rijk wordt binnen de programmatie RVT een maximum van 165 bedden voorzien met het oog op een bijzondere erkenning als NAH-centrum.

Op basis van de verdeelsleutel van hoofdstuk 2 van het protocol van 24 mei 2004 worden die 165 bedden verdeeld als volgt :

- 20 bedden voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
- 80 bedden voor de Vlaamse Gemeenschap;
- en 65 bedden voor het Waalse Gewest.

HOOFDSTUK 3

Criteria voor de toewijzing van de in hoofdstuk 2 vermelde capaciteit

1) De Federale staat en de deelgebieden komen overeen om bij de erkenning van de 97 ziekenhuisbedden in de expertisecentra rekening te houden met de volgende criteria :

— de bedden in de bestaande expertisecentra zullen worden erkend voor een capaciteit van minimum 4 bedden en maximum 20 bedden;

— de aanvullende bedden zullen eerst aan de bestaande expertisecentra toegekend worden in functie van de bezettingsgraad van de bestaande centra, zoals die blijkt uit het eindrapport van het voornoemde federale deskundigenplatform;

— en in functie van het gevraagde aantal plaatsen zoals blijkt uit de bevraging door de FOD Volksgezondheid begin 2007;

— Vervolgens kunnen bedden aan nieuwe instellingen toegekend worden met het oog op een gerechtvaardigde geografische spreiding om iedereen toegang tot de zorg te geven voor zover deze instellingen zich gespecialiseerd hebben in de doelgroep PVS/MRS.

De federale Staat vraagt aan de deelgebieden om hun keuze kenbaar te maken in functie van de bovenvermelde criteria en in functie van de specifieke kenmerken van hun deelgebied.

Bijgevolg wordt bijlage 2 van het protocol van 24 mei 2004 gesloten tussen de federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status, vervangen door de volgende bijlage :

Pour l'ensemble du Royaume, au sein de la programmation MRS, le nombre maximum de lits prévus en vue de la reconnaissance particulière comme centre LCNC est de 165 lits.

Sur base de la clé de répartition présente au chapitre 2 du protocole du 24 mai 2004, ces 165 lits se répartissent comme suit :

- 20 lits pour la Région de Bruxelles-Capitale;
- 80 lits pour la Communauté flamande;
- et 65 lits pour la Région wallonne.

CHAPITRE 3

Critères d'attribution de la capacité mentionnée au chapitre 2

1) L'Etat fédéral et les entités fédérées s'accordent sur les critères suivants en vue de la reconnaissance de 97 lits hospitaliers en centre d'expertise :

— dans les centres d'expertise existants, les lits seront reconnus de manière à disposer de centres d'une capacité minimale de 4 lits et maximale de 20 lits;

— les lits supplémentaires vont d'abord être attribués aux centres d'expertise existants en fonction du taux d'occupation tel qu'il ressort du Rapport final de la plate-forme fédérale d'experts susdit;

— et en fonction du nombre de places demandées tel qu'il ressort de l'enquête réalisée par le SPF Santé publique début 2007;

— Ensuite, des lits peuvent être attribués à de nouvelles institutions en veillant à une répartition géographique équitable afin de permettre à tous un accès aux soins pour autant que ces institutions soient spécialisées pour ce groupe cible EVP/EPR.

L'Etat fédéral demande aux entités fédérées de lui soumettre leur choix en fonction des critères énoncés ci-dessus et des spécificités propres à leur entité fédérée.

En conséquence, l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant est remplacé par l'annexe suivante :

Naam en adres van de expertisecentra voor comapatiënten — Nom et adresse des centres d'expertise pour les patients comateux	Aantal toegekende bedden — Nombre de lits attribués
Centre hospitalier universitaire Brugmann, Place Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles	4
Centre de Traumatologie et de Réadaptation, Place Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles	6
Centre hospitalier régional de Tournai, Bld du Roi Albert 1, 7500 Tournai	5
Centre hospitalier régional – Clinique Saint Joseph/Hôpital de Warquignies, avenue Baudouin de Constantinople 5, 7000 Mons	6
ISPPC-CHU Charleroi-Vésale-L. de Vinci, Rue de Gozée 706, 6110 Montigny-le-Tilleul	5
Les Cliniques de l'IPAL, rue Montagne Sainte-Walburge 4b, 4000 Liège	5
Centre neurologique et de Réadaptation fonctionnelle, rue Champs des Alouettes 70a, 4557 Fraiture	5
Centre neurologique William Lennox, allée de Clerlande 6, 1340 Ottignies	6
Heropbeuring VZW De Mick, Papestraat 30, 2930 Brasschaat	6
U.Z. Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent	6
VZW Werken Glorieux, A.Z. Zusters van Barmhartigheid, Glorieuxlaan 55, 9600 Ronse	4
A. Z. Salvator – Sint Ursula, Salvatorstraat 20, 3500 Hasselt	5
U.Z. Leuven campus Pellenberg, Weligerveld 1, 3212 Pellenberg	5
Ziekenhuis Inkendaal, Inkendaalstraat 1, 1602 Vlezenbeek	19
Heilig Hartziekenhuis VZW, Wilgenstraat 2, 8800 Roeselare	5
A.Z. Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge	5

2) De Federale Staat en de deelgebieden komen overeen om bij de erkenning van 165 bedden in de NAH-centra rekening te houden met de volgende criteria :

Rekening houdende met de vaststelling dat :

— de bezettingsgraden van de NAH-centra voor personen in PVS of MRS sterk uiteen lopen en dit zowel op gewestelijk als op provinciaal niveau;

— het totale aantal beschikbare bedden per deelgebied onveranderd blijft;

is het aangewezen om de verdeling van deze bedden te herzien binnen elk deelgebied, om een herverdeling door te voeren tussen de verschillende instellingen binnen het PVS/MRS project.

In januari 2007 werd een enquête gehouden onder alle RVT's die deelgenomen hebben aan het project :

— wenst het RVT zijn « ComaRVT-bedden » te behouden ? ja/nee;

— indien ja, wenst het RVT extra « ComaRVT-bedden » ? ja/nee;

— indien ja, hoeveel extra bedden?

Deze enquête heeft uitgewezen dat bij de RVT's die reeds « ComaRVT-bedden » hebben, de vraag naar nieuwe bedden het aantal beschikbare bedden met 38 eenheden overschrijdt.

Er werd derhalve besloten :

1° om binnen de deelgebieden een pool op te richten met

— de bedden van de RVT's die het project « coma » niet wensen verder te zetten;

— de bedden van de RVT's met bezettingsgraad nul;

— het aantal bedden van de RVT's waarvan de bezettingsgraad, zoals blijkt uit het Eindrapport van het federaal expertenplatform, minder dan 50 % bedraagt, te beperken tot 5.

2° De bedden van deze pool zullen eerst aan de NAH-centra toegekend worden in functie van de bezettingsgraad van de bestaande centra, zoals blijkt uit het Eindrapport van het voornoemde deskundigenplatform en in functie van het gevraagde aantal plaatsen zoals blijkt uit de bevraging door de FOD begin 2007.

Vervolgens kunnen bedden aan nieuwe instellingen toegekend worden met het oog op een gerechtvaardigde geografische spreiding om iedereen toegang tot de zorg te geven voor zover deze instellingen zich gespecialiseerd hebben in de doelgroep PVS/MRS.

De federale Staat vraagt aan de deelgebieden om de naam van de instellingen te bezorgen die uitgekozen zijn in functie van de bovenvermelde criteria en de specifieke kenmerken van hun deelgebied.

Bijgevolg wordt bijlage 3 van het protocol van 24 mei 2004 gesloten tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status, vervangen door de volgende bijlage :

2) L'Etat fédéral et les entités fédérées s'accordent sur les critères suivants en vue de la reconnaissance de 165 lits dans les centres LCNC :

Tenu compte des constats suivants :

— les taux d'occupation des centres LCNC aux personnes en EVP ou en EPR, présentent d'importantes disparités et ce, tant au niveau régional qu'au niveau provincial;

— le nombre total de lits disponibles par entité fédérée reste inchangé;

il est opportun de revoir la distribution de ces lits au sein de chacune des entités fédérées afin d'opérer un rééquilibrage entre les différentes institutions au sein du projet EVP/EPR.

En janvier 2007, toutes les MRS ayant participé au projet, ont été interrogées :

— la MRS souhaite-t-elle garder ses « lits MRS-coma » ? oui/non;

— si oui, la MRS souhaite-t-elle des « lits MRS-coma » supplémentaires ? oui/non;

— si oui, combien de lits supplémentaires?

Cette enquête a révélé que, au sein des MRS ayant déjà des « lits MRS-Coma », la demande de nouveaux lits excède de 38 unités le nombre de lits disponibles.

Il a dès lors été décidé :

1° de former dans les entités fédérées un pool constitué :

— des lits des MRS qui ne souhaitent pas poursuivre le projet « coma »;

— des lits des MRS présentant un taux d'occupation nul;

— de limiter à 5 le nombre de lits des MRS dont le taux d'occupation, tel qu'il ressort du Rapport final de la plate-forme fédérale d'experts, est inférieur à 50 %.

2° Les lits de ce pool vont d'abord être attribués aux centres LCNC en fonction du taux d'occupation des centres LCNC tel qu'il ressort du Rapport final de la plate-forme fédérale d'experts susdit et en fonction du nombre de places demandées tel qu'il ressort de l'enquête réalisée par le SPF début 2007.

Ensuite, des lits peuvent être attribués à des nouvelles institutions en veillant à une répartition géographique équitable afin de permettre à tous un accès aux soins pour autant que ces institutions soient spécialisées pour ce groupe cible EVP/EPR.

L'Etat fédéral demande aux entités fédérées de lui soumettre le nom des institutions retenues en fonction des critères énoncés ci-dessus et des spécificités propres à leur entité fédérée.

En conséquence, l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004 conclu entre le Gouvernement Fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant est remplacé par l'annexe suivante :

Naam en adres van de centra voor niet-aangeboren hersenletsels — Nom et adresse des centres pour lésions cérébrales non-congénitales	Aantal toegekende bedden — Nombre de lits attribués
Centre de Réadaptation Heysel-G. Brugmann, rue du Heysel, 1020 Bruxelles	10
Residentie Ter Kameren, Terhulpssteenweg 169, 1170 Watermaal-Bosvoorde	5
Woon- en Zorgcentrum Ten Kerselaere, Boonmarkt 27, 2220 Heist-op-den-berg	7
Heropbeuring VZW De Mick, Papestraat 30, 2930 Brasschaat	5
Woon- en Zorgcentrum De Regenboog, Regenbooglaan 14, 2070 Zwijndrecht	8
Woon- en Zorgcentrum Den Olm, Schoolstraat 55, 2820 Bonheiden	5
O.C.M.W. Genk - Rusthuis Heiderust weg naar As 58, 3600 Genk	5
R.V.T. Sint-Anna, Havenlaan 7, 3582 Koersel (Beringen)	8
VZW Zorg-Saam Zusters Kindsheid Jesu - Woon- en Zorgcentrum Sint-Elisabeth, Tieltsesteenweg 25, 9900 Eeklo	5

Naam en adres van de centra voor niet-aangeboren hersenletsels — Nom et adresse des centres pour lésions cérébrales non-congénitales	Aantal toegekende bedden — Nombre de lits attribués
Woon- en Zorgcentrum H. Hart, Marlboroughlaan 3, 9700 Oudenaarde	5
Woon- en Zorgcentrum De Vliet, Koevliet 8, 9240 Zele	5
R.V.T. Sint-Bernardus VZW, Egenhovenstraat 22, 3060 Bertem	7
Woon- en Zorgcentrum H.Hart VZW, Budastraat 30, 8500 Kortrijk	5
R.V.T. Sint-Janshospitaal, Steenakker 30, 8940 Wervik	5
R.V.T. Lindenhove, Bremlaan 5, 8300 Knokke-Heist	5
Belgisch Zee-instituut voor Orthopedie, Zeedijk 286-288, 8400 Oostende	5
Maison Marie Immaculée, Grand Chemin 64, 7063 Neufvilles	5
Les Foyers Saint-Joseph, avenue Baudouin de Constantinople 10, 7000 Mons	5
Résidence Le Royal, chaussée de Charleroi 115, 6150 Anderleus	5
M.R.S. Les Tournesols – Cliniques de l'IPAL, rue Basse-Wez 301, 4020 Liège	7
M.R.S. Saint-Joseph AIOMS, rue de la Clinique 24, 4850 Moresnet	5
M.R.S. le Mont-Falise, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy	5
M.R.S. Saint-Antoine, rue de Mageroux 55, 6762 Saint-Mard	5
M.R.S. Saint-Gengoux, rue de la Clinique 15, 6690 Vielsalm	5
Les Centres d'Accueil de Bouge a .s.b.l., rue Saint-Luc 10, 5004 Bouge	7
Foyer Sainte-Anne - Association Notre Dame a.s.b.l., rue du Belvédère 44, 5000 Namur	8
Home Dejaifve, rue Sainte-Brigide 43, 5070 Fosses-la-ville	5

Artikel 3. Deze bepalingen treden in werking vanaf 11 december 2006.

Voor de Federale Regering :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
D. DONFUT

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

St. VANACKERE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Der Minister für Jugend und Familie, Denkmalschutz,
Gesundheit und Soziales,
B. GENTGES

Voor het Verenigd College
van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
G. VANHENGEL

Article 3. Ces dispositions entrent en vigueur le 11 décembre 2006.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
D. DONFUT

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre de la Santé, de l'Action Sociale
et de l'Egalité des chances,
P. MAGNETTE

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

Le Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,

Mme C. FONCK

Pour le Collège de la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège, compétent pour la Santé,

B. CEREXHE