

inwoner zijn en waarin wordt bevestigd dat zij zich niet met een exploitatie of met verrichtingen van winstgevende aard bezighouden en dat zij in het land waarvan zij inwoner zijn vrijgesteld zijn van inkomstenbelastingen;

c) de activa van het fonds voor ten minste 75 pct. worden belegd in aandelen of delen als bedoeld in het eerste lid. »

Art. 2. Artikel 91, § 2, 5^o van hetzelfde besluit, vervangen door het koninklijk besluit van 7 december 1966 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1967, 11 januari 1974 en 16 maart 1977 wordt aangevuld als volgt :

« c) door in België gevestigde banken, Belgische openbare kredietinstellingen, spaarkassen die van een andere openbare instelling dan de Bankcommissie afhangen, private spaarkassen die aan de controle van voormelde Commissie zijn onderworpen of in artikel 1, tweede lid, 2^o, van het koninklijk besluit nr. 185 van 9 juli 1935 bedoelde financiële ondernemingen, aan in artikel 88, § 3, bedoelde gemeenschappelijke beleggingsfondsen. »

Art. 3. In artikel 97 van hetzelfde besluit, vervangen door het koninklijk besluit van 7 december 1966 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1967, 29 maart 1968, 11 januari 1974, 16 maart 1977, 18 maart 1977, 27 april 1981, 10 februari 1983, 7 april 1987, 29 december 1988 en 14 augustus 1989, wordt een § 2bis ingevoegd, luidend als volgt :

« § 2bis. De in de artikelen 88, § 3 en 91, § 2, 5^o, c, gestelde verza-king van de inning van roerende voorheffing wordt slechts toege-staan indien de beheersmaatschappij van het gemeenschappelijk beleggingsfonds aan de schuldenaar van de roerende voorheffing een attest overhandigt waarbij wordt bevestigd dat het gaat om inkomsten die worden verkregen ten voordele van een overeen-komstig artikel 88, § 3, erkend gemeenschappelijk beleggings-fonds. »

Art. 4. Dit besluit is van toepassing op de inkomsten toegekend of betaalbaar gesteld met ingang van 1 januari 1990.

Art. 5. Onze Minister van Financiën is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 januari 1990

BOUDEWIJN

Van Koningswege
De Minister van Financiën,

Ph. MAYSTADT

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 90 — 161

Protocol tussen de Nationale Regering en de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid krachtens artikel 59bis en artikel 59ter van de Grondwet met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid

Gelet op de respectieve bevoegdheden waarover de Staat en de in artikel 59bis en artikel 59ter van de Grondwet bedoelde overheden, hierna de Gemeenschappen genoemd, beschikken op het vlak van het gezondheidsbeleid;

Overwegende dat het geboden is, met respect voor ieders bevoegdheid en verantwoordelijkheid, tot een zo groot mogelijke coherentie te komen inzake het gezondheidsbeleid dat wordt gevoerd op het landelijke vlak en binnen iedere Gemeenschap;

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

Overwegende dat dit overleg heeft geleid tot het afsluiten van het hiernavolgende protocolakkoord.

livrent pas à une exploitation ou à des opérations de caractère lucratif et qu'ils sont exemptés de tout impôt sur les revenus dans le pays dont ils sont résidents;

c) les actifs du fonds soient affectés, à concurrence de 75 p au moins, en actions ou parts visés à l'alinéa 1er »

Art. 2. L'article 91, § 2, 5^o du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 7 décembre 1966 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1967, 11 janvier 1974 et 16 mars 1977 est complété comme suit

« c) par des banques établies en Belgique, des établissements publics belges de crédit, des caisses d'épargne relevant d'un établissement public autre que la Commission bancaire des caisses d'épargne privées soumises au contrôle de la Commission précitée ou des entreprises financières visées à l'article 1er alinéa 2^o de l'arrêté royal n^o 185 du 9 juillet 1935, à des fonds communs de placement visés à l'article 88, § 3. »

Art. 3. Dans l'article 97 du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 7 décembre 1966 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1967, 29 mars 1968, 11 janvier 1974, 16 mars 1977, 16 mars 1977, 27 avril 1981, 10 février 1983, 7 avril 1987, 29 décembre 1988 et 14 août 1989, il est inséré un § 2bis rédigé comme suit :

« § 2bis. La renonciation à la perception du précompte mobilier prévue aux articles 88, § 3, et 91, § 2, 5^o, c, est subordonnée à la condition que la société de gestion du fonds commun de placement délivre au débiteur du précompte mobilier une attestation certifiant qu, s'agit de revenus qui sont perçus au profit d'un fonds commun de placement agréé conformément à l'article 88 § 3 »

Art. 4. Le présent arrêté est applicable aux revenus attribués ou mis en paiement à partir du 1er janvier 1990.

Art. 5. Notre Ministre des Finances est chargé de l'exécution du présent arrêté

Donné à Bruxelles le 18 janvier 1990

BAUDOUIN

Par le Roi
Le Ministre des Finances

Ph MAYSTADT

MINISTERE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F 90 — 161

Protocole entre le Gouvernement national et les autorités compétentes en matière de politique de santé en vertu des articles 59bis et 59ter de la Constitution en ce qui concerne la politique de santé à mener

Vu les compétences respectives en matière de politique de santé dont disposent l'Etat et les autorités visées aux articles 59bis et 59ter de la Constitution, dénommées ci-après les Communautés

Considérant qu'il s'impose, dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun, d'aboutir à la plus grande cohérence possible en ce qui concerne la politique de santé menée au niveau national ainsi qu'au sein de chaque Communauté;

Considérant que l'on a pris l'initiative d'une concertation entre l'Etat et les Communautés afin d'aboutir à une telle cohérence

Considérant que cette concertation a mené à la conclusion du présent protocole d'accord

Institutioneel kader

Ingevolge de grondwetsherzieningen van 1980 en 1988 en de bijzondere wetten tot hervorming der instellingen werden de bevoegdheden tussen de Nationale Staat en de Gemeenschappen verdeeld

Inzake het gezondheidsbeleid werden de bevoegdheden als volgt verdeeld

1 De Nationale Staat is bevoegd gebleven voor de organieke wetgeving

2 Inzake de programmatie bepaalt de Staat de basisregelen, meer in het bijzonder de programmatiecriteria; de Gemeenschappen bepalen de prioriteiten bij de toepassing en nemen de individuele programmaïebeslissingen.

3 De Staat bepaalt de nationale erkenningsnormen; de Gemeenschappen bepalen de overige normen en zijn bevoegd voor het toestaan en intrekken van de erkenning. De Gemeenschappen zijn eveneens bevoegd voor het toezicht en de inspectie van de instellingen vanuit het oogpunt van de gezondheidszorg.

4 Voor de door de organieke wetgeving geregelde financiering van de exploitatie van de ziekenhuizen is de Staat bevoegd; ook de Z.I.V. is de uitsluitende bevoegdheid van de Staat.

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

1 Acute ziekenhuizen

1.1 Globale behoeften

1.1.1 Vaststellingen

- a) De jongste jaren werd een beleid gevoerd om het aantal ziekenhuisbedden te reduceren en deze hierdoor beter in overeenstemming te brengen met de behoeften. Het aantal acute ziekenhuisbedden in het Rijk is hierdoor afgenomen van 60 815 bedden op 1 januari 1982 naar 55 986 bedden op 1 januari 1989, hetzij een vermindering van 4 829 bedden.
- b) Globaal genomen blijft er in de acute ziekenhuissector ten aanzien van de thans geldende programmatiecriteria een overschot aan bedden bestaan, met name van 8 942 bedden. De overcapaciteit blijft groot in de zgn. C en D diensten. De criteria voor de programmatie van ziekenhuisbedden werden in de Duitse Gemeenschap niet bereikt.
- c) Gelet op de evolutie van de medische wetenschap en van de medische technologie zal de ligduur in de acute ziekenhuizen nog kunnen worden verkort en zal het aantal acute ziekenhuisbedden nog verder kunnen worden verminderd.

1.1.2 Maatregelen

- a) Gelet op de voorgaande beschouwingen zijn derhalve nog inspanningen noodzakelijk om het aantal acute ziekenhuisbedden te reduceren. Dit kan worden gerealiseerd enerzijds door toepassing van de activiteitsregelen in het kader van de erkenningsnormen zoals vastgesteld door het koninklijk besluit van 30 januari 1989 en anderzijds door stimuli tot bedvermindering.
- b) De vrijwillige bedvermindering wordt thans gestimuleerd door de recyclagemogelijkheid voorzien in het ministerieel besluit van 9 november 1988 alsmede door de schadeloosstelling voorzien in het koninklijk besluit van 19 mei 1987. Er zal overwogen worden in hoeverre de bestaande stimuli kunnen worden verlengd en in hoeverre bijkomende stimuli noodzakelijk zijn, b.v.b. op het vlak van de reconversie van acute ziekenhuisbedden naar bedden in rust- en verzorgingstehuizen. In elk geval zal de vermindering van C en D bedden kunnen gecompenseerd worden door R.V.T.-bedden.
- c) De bedreductie zal verder nog worden bevorderd door het uitbouwen van faciliteiten voor daghospitalisatie op grond van de wet van 30 december 1988 die de ziekenhuiswet heeft gewijzigd. Alvorens ter zake algemeen geldende maatregelen worden genomen zullen binnen een kort tijdsbestek een aantal experimenten worden opgezet.
- d) Ten einde over een zo rationeel mogelijk gebruikte infrastructuur te beschikken zal tevens de totstandkoming van ziekenhuisgroeperingen en van samenwerkingsverbanden worden aangemoedigd in het kader van de ziekenhuisreglementering

Cadre institutionnel

Les révisions de la Constitution de 1980 et 1988 ainsi que les lois spéciales de réformes institutionnelles ont entraîné une nouvelle répartition des compétences entre l'Etat national et les Communautés.

Les compétences en matière de politique de la santé ont été réparties comme suit :

1. L'Etat national reste compétent pour la législation organique.

2. L'Etat arrête les règles de base de la programmation, en particulier les critères; les Communautés fixent les priorités lors de l'application et prennent les décisions individuelles de programmation.

3. L'Etat arrête les normes nationales d'agrément; les Communautés fixent les autres normes et sont compétentes pour l'octroi et le retrait de l'agrément. Les Communautés sont également compétentes pour le contrôle et l'inspection des établissements dans l'optique de la santé publique.

4. L'Etat est compétent pour le financement de l'exploitation des hôpitaux réglé par la législation organique; l'A.M.I. relève également de la compétence exclusive de l'Etat.

Conformément à ce schéma, l'Etat fixe le cadre général; ce qui est octroyé par les Communautés dans ce cadre entre en ligne de compte pour un financement par l'Etat (budget de la Santé publique, budget de l'I.N.A.M.I.).

1. Hôpitaux aigus

1.1. Besoins globaux

1.1.1. Constatations

- a) La politique de ces dernières années avait pour but de réduire le nombre de lits hospitaliers afin de mieux le faire correspondre aux besoins. Le nombre de lits aigus a de la sorte été ramené de 60 815 au 1er janvier 1982 à 55 986 au 1er janvier 1989, soit une diminution de 4 829 unités.
- b) Le secteur hospitalier aigu continue à présenter un excédent de lits par rapport aux normes de programmation en vigueur, à savoir 8 942 lits. La surcapacité reste importante dans les services C et D. Les critères de programmation dans la Communauté germanophone ne sont pas atteints.
- c) L'évolution de la science et de la technique médicales permettront d'encore abréger la durée d'hospitalisation et de réduire le nombre de lits aigus.

1.1.2. Mesures

- a) Au vu des considérations qui précèdent, il est nécessaire de poursuivre les efforts en matière de réduction du nombre de lits. Cet objectif peut être atteint d'une part par l'application des règles d'activité dans le cadre des normes d'agrément fixées par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 et d'autre part par des incitants à la réduction du nombre de lits.
- b) La réduction volontaire des lits est actuellement stimulée en raison d'une part des possibilités de recyclage prévues par l'arrêté ministériel du 9 novembre 1988 et d'autre part de l'indemnisation prévue par l'arrêté royal du 19 mai 1987. On envisagera la possibilité de proroger les incitants actuels ainsi que la nécessité éventuelle d'incitants complémentaires, p.ex. dans le cadre de la reconversion des lits aigus en lits M.R.S. En tout cas la réduction des lits C et D pourra donner compensation en lits M.R.S.
- c) Le développement de l'hospitalisation de jour, rendue possible par la loi du 30 décembre 1988 qui a modifié la loi sur les hôpitaux, favorisera encore davantage cette réduction. Les mesures de portée générale seront précédées d'expériences de courte durée.
- d) Afin de disposer d'une infrastructure la plus rationnelle possible, la réglementation hospitalière continuera à stimuler la création de groupements hospitaliers et d'accords de coopération.

1.2. Globaal erkenningsbeleid

1.2.1. Uitgangspunt : het koninklijk besluit van 30 januari 1989.

Het koninklijk besluit van 8 december 1986, vervangen door het koninklijk besluit van 30 januari 1989, heeft het concept uitgetekend van het toekomstig acuut ziekenhuis door de omschrijving van het minimum aantal bedden, de soorten van diensten en functies, en het vereiste activiteitsniveau. Tevens werd de ziekenhuisgroepering gedefiniëerd.

1.2.2. Doelstellingen voor de toekomst.

Binnen dit globaal concept zal het beleid zich in de volgende jaren toespitsen op vier doelstellingen :

- het ziekenhuis moet progressief evolueren van een indeling van bedden volgens de diensten naar een indeling van bedden volgens de functies overeenkomstig de wettelijke basis daartoe gecreëerd door de voormelde wet van 30 december 1986;
- binnen het globale ziekenhuisconcept moet de functie van de daghospitalisatie duidelijk kunnen worden omschreven op grond van de evaluatie van de ervaring die zal worden opgedaan met de pilootexperimenten;
- de werking van de ziekenhuizen moet verder geoptimaliseerd worden door het invoeren van kwaliteitsnormen, alsmede door vormen van kwaliteitstoetsing. Binnen dit objectief moet inzonderheid aandacht worden besteed aan de verpleegkundige werking en de bestendige vorming van het ziekenhuispersoneel.
- er zal gestreefd worden naar een zo groot mogelijke integratie van de verschillende beroepsgroepen en hun activiteiten in het ziekenhuis.

1.3. Geriatrie

1.3.1. De geriatriedienst als uitgangspunt van een geriatrisch beleid.

De veroudering van de bevolking vergt dat alles in het werk wordt gesteld om via een acute geriatrie het chronisch karakter van aandoeningen bij bejaarden zoveel als mogelijk te voorkomen.

De geriatriedienst onder de leiding van een erkend internist-geriater biedt daartoe een geschikt kader.

1.3.2. Doelstellingen voor de toekomst

Ten einde de geriatrische functie in het acuut ziekenhuis te optimaliseren moeten volgende doelstellingen worden nagestreefd :

- de geriatriedienst moet op grond van de toestand zoals deze zich sinds 1985 heeft ontwikkeld, worden doorgevoerd ten einde de knelpunten in de werking ervan op te sporen en hieraan tijdig te kunnen verhelpen;
- de geriatriedienst moet zich opstellen als een schakel binnen het geheel van de voorzieningen voor bejaarden. De werking ervan moet met name complementair zijn aan de andere voorzieningen. Er dient dan ook met deze voorzieningen een goede wisselwerking te worden gecreëerd inzonderheid met de rust- en verzorgingshuizen en met de thuisverzorging.

1.4. Moeder- en kinddiensten

1.4.1. Materniteiten

Ten einde een optimale werking van de materniteiten te garanderen werd voorzien in een minimum aantal bevalingen dat jaarlijks moet worden bereikt.

In overleg met de Gemeenschappen moet een balans worden gemaakt van de toestand zoals deze zich sinds 1987 heeft hertekend.

1.4.2. Neonatale zorgen

Door het koninklijk besluit van 15 augustus 1987 werd voorzien in twee niveaus van neonatale zorgen: de niet-intensieve zorgen in het kader van de n-afdeling en de intensieve zorgen in de N-diensten. Inmiddels werd de vergoeding qua personeelseffectieven zowel voor de n-afdeling als voor de N-diensten opgetrokken door het ministerieel besluit van 9 november 1988.

Overeenkomstig vroegere beleidsafspraken dient de nieuwe structuur voor de neonatale zorgen in 1990 het voorwerp uit te maken van een wetenschappelijke evaluatie.

1.2. Politique globale d'agrément

1.2.1. Point de départ : l'arrêté royal du 30 janvier 1989.

L'arrêté royal du 8 décembre 1986, remplacé par l'arrêté royal du 30 janvier 1989, a défini le futur hôpital aigu en précisant le nombre minimum de lits, les types de services et de fonctions ainsi que le niveau d'activité requis. Le groupement d'hôpitaux a également été défini.

1.2.2. Objectifs futurs.

Dans le cadre de ce concept global, la politique de ces prochaines années sera axée sur quatre objectifs :

- l'hôpital doit progressivement passer d'une répartition des lits selon les services à une répartition des lits selon les fonctions, la base légale à cet effet ayant été créée par la loi du 30 décembre 1988 précitée;
- il faut aboutir à une définition claire de la fonction d'hospitalisation de jour dans le cadre du concept hospitalier global, ceci sur la base de l'expérience acquise lors de l'évaluation des expériences pilotes;
- il y a lieu d'optimiser le fonctionnement des hôpitaux par l'introduction de normes de qualité et de contrôle de cette dernière. Il convient, dans cette optique, d'accorder une attention particulière au travail infirmier et à la formation permanente du personnel hospitalier;
- on veillera à intégrer le plus possible les divers groupes professionnels et leurs activités dans l'hôpital.

1.3. Gériatrie

1.3.1. Le service de gériatrie comme point de départ d'une politique gériatrique.

Eu égard au vieillissement de la population, il faut mettre tout en œuvre afin d'éviter autant que possible, par le biais d'une gériatrie aiguë, le passage à la chronicité des affections chez les personnes âgées.

Le service de gériatrie, placé sous la direction d'un interniste-gériatre reconnu, constitue un cadre approprié à cet effet.

1.3.2. Objectifs futurs

Afin d'optimiser la fonction gériatrique dans l'hôpital aigu, il convient de poursuivre les objectifs suivants :

- compte tenu de la situation qui s'est développée depuis 1985, il y a lieu de procéder à une évaluation approfondie du service de gériatrie afin d'en détecter les problèmes de fonctionnement et d'y remédier à temps;
- le service de gériatrie doit constituer un maillon de l'ensemble des équipements pour personnes âgées. Son fonctionnement doit en l'occurrence être complémentaire de celui des autres équipements. Il faut en outre créer une bonne collaboration entre ces équipements et notamment les maisons de repos et de soins et les soins à domicile.

1.4. Services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie

1.4.1. Maternités

Afin de garantir un fonctionnement optimal des maternités, un nombre minimum annuel d'accouchements a été prévu.

Il y a lieu d'établir, en concertation avec les Communautés, un bilan de la situation telle qu'elle s'est redessinée depuis 1987.

1.4.2. Soins néonataux

L'arrêté royal du 15 août 1987 a prévu deux niveaux de soins néonataux, à savoir les soins non intensifs dans le cadre de la section n et les soins intensifs en service N. L'arrêté ministériel du 9 novembre 1988 a entre-temps relevé les normes de personnel tant pour la section n que pour le service N.

Eu égard aux accords conclus au niveau politique, la nouvelle structure des soins néonataux doit faire objet d'une évaluation scientifique en 1990.

1.4.3. Pédiatrie

Ten einde de pediatrie te verbeteren zal aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen worden gevraagd om, in samenwerking met de betrokken wetenschappelijke middelen, de reglementering inzake de pediatrie te verbeteren en de invoering van de functie « pediatrie » te bestuderen.

1.5. Zware medische apparatuur en zware medische diensten

1.5.1. Uitgangspunt

De evolutie inzake de medische technologie heeft ongetwijfeld een belangrijke bijdrage geleverd tot de vooruitgang van de geneeskunde. Ook in de toekomst mag worden verwacht dat de medische technologie een grote invloed zal blijven uitoefenen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Binnen het Departement van Volksgezondheid zal de evolutie van de medische technologie dan ook op de voet worden gevolgd ten einde hiermee tijdig rekening te kunnen houden bij de beleidsvoering.

De nieuwe technologie moet binnen de beschikbare mogelijkheden en rekening houdend met de stand der wetenschap alle kansen kunnen krijgen.

- 1.5.2. De ervaring die in het verleden met de planning van zware medische apparatuur werd opgedaan, heeft uitgewezen dat een apparaat niet op zich mag worden beschouwd maar moet gesitueerd worden binnen de globale infrastructuur van een ziekenhuis. Er wordt daarom geopteerd voor een omhuizing van de programmatie van de zware medische apparatuur naar een programmatie en/of erkenning van diensten.

In dit opzicht werd reeds werk gemaakt van de erkenning van diensten voor medische beeldvorming. In deze context moet op korte termijn ook de planning van de nucleaire magnetische resonantietomograaf worden omgebogen naar een programmatie en/of erkenning van diensten met dergelijke apparaten.

In dezelfde lijn zal het beleid meer bepaald er ook op gericht zijn andere diensten, zoals bvb. de diensten voor hart-radiologie, de hemodialysediensten en de radiotherapie-diensten te onderwerpen aan specifieke normen o.m. op het vlak van de kwaliteit, de spreiding en de activiteit.

- 1.5.3. Naast de zgn. zware medisch-technische diensten dient er naar gestreefd te worden om de kwalitatieve werking van de zgn. zware medische hospitalisatiediensten (zoals neurochirurgie- en hartchirurgiediensten) te verbeteren. Tevens dient hun aantal beter afgestemd te worden op de behoeften om te belleten dat her en der diensten worden opgericht die niet aan een voldoende kritische massa beantwoorden.

Binnen dit kader dient ook een duidelijke omschrijving te worden gegeven van de diensten voor intensieve zorgen en van de spoedgevallendiensten.

2. Chronische zorg

2.1. V-diensten

2.1.1. Huidige toestand

Het beleid dat de voorgaande jaren werd gevoerd heeft geleid tot een vrijwillige vermindering van het aantal V-bedden. Dit aantal evolueerde met name van 9 019 bedden op 1 januari 1982 naar 5 693 bedden op 1 januari 1989. Hierbij dient te worden genoteerd dat binnen het laatstgenoemde cijfer zich 528 V-bedden bevinden die zich progressief reconverteren naar rust- en verzorgingsbedden. Tevens dient te worden vastgesteld dat er zich in de Duitse Gemeenschap geen V-bedden bevinden.

2.1.2. Toekomst

Het bestaand aanbod aan V-diensten werd inmiddels onderworpen aan een doorlichting door een commissie ad hoc waarin, naast deskundigen, ook de Gemeenschappen en de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd waren. Het rapport van deze Commissie zal, overeenkomstig de ziekenhuiswet, voor advies aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen worden voorgelegd.

Op basis van het rapport van de Commissie zal binnenkort een beslissing worden genomen rond de bestemming die in de toekomst aan de V-diensten zal worden voorbehouden.

1.4.3. Pédiatrie

Afin d'accroître la qualité des soins pédiatriques, le Conseil national des établissements hospitaliers sera prié de revoir, en collaboration avec les milieux scientifiques concernés, la réglementation en matière de soins pédiatriques, et d'étudier l'introduction d'une fonction « pédiatrie ».

1.5. Appareillage et services médicaux lourds

1.5.1. Point de départ

L'évolution de la nouvelle technologie médicale, qui a incontestablement contribué de façon importante au progrès de la médecine, continuera probablement à exercer une grande influence sur l'évolution des soins de santé. Le Département de la Santé publique suivra dès lors de près l'évolution de la technologie médicale afin d'en tenir compte en temps voulu pour la définition de la politique à mener.

La nouvelle technologie doit se voir offrir toutes ses chances compte tenu des moyens disponibles et de l'état de la science.

- 1.5.2. L'expérience acquise en matière de programmation d'appareillages médicaux lourds a montré qu'un appareil ne peut être considéré isolément, mais doit être situé dans le cadre de l'infrastructure globale de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle on a opté pour l'aménagement de la programmation de l'appareillage médical lourd en une programmation et/ou un agrément de services.

L'agrément des services d'imagerie médicale constitue un premier pas dans ce sens. Dans ce contexte, la programmation du rémnographe (R.M.N.) doit à court terme céder la place à une programmation et/ou un agrément des services utilisant ce type d'appareil.

Dans le même ordre d'idées, la politique visera à soumettre notamment à des normes spécifiques, entre autres sur le plan de la qualité, de la répartition géographique et de l'activité, d'autres services comme par exemple la cardiologie, l'hémodialyse et la radiothérapie.

- 1.5.3. Outre les services médico-techniques lourds, il faut s'efforcer d'améliorer le fonctionnement qualitatif des services d'hospitalisation « lourds » (par exemple la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque). Il faut également mieux faire correspondre leur nombre aux besoins afin d'éviter la création de services n'atteignant pas une masse critique nécessaire.

Il convient également, dans ce cadre, de définir clairement les services de soins intensifs et d'urgences.

2. Soins chroniques

2.1. Services V

2.1.1. Situation actuelle

La politique des années écoulées a permis une réduction volontaire du nombre de lits V : celui-ci est passé de 9 019 au 1er janvier 1982 à 5 693 au 1er janvier 1989. Il convient de noter que ce dernier chiffre comprend 528 lits V faisant l'objet d'une reconversion progressive en lits M.R.S. On peut constater l'absence des lits V en Communauté germanophone.

2.1.2. Situation future

L'offre actuelle en matière de services V a entre-temps fait l'objet d'une étude approfondie par une commission ad hoc où siégeaient non seulement des experts, mais aussi des représentants des Communautés et des organismes assureurs. Conformément à la loi sur les hôpitaux, le rapport de cette commission sera soumis pour avis au Conseil national des établissements hospitaliers.

Sur la base du rapport de cette commission, une décision sera prochainement prise concernant le sort futur des services V.

2.2. Psychogeriatric

2.2.1. Huidige toestand

Voor de opvang van zwaar dementerende bejaarden werd in 1987 een programmatie van 0,3 bedden per 1 000 inwoners voorzien. Totnogtoe werd deze programmatie niet bereikt. Voor deze diensten werd nooit in een omschrijving van het concept voorzien.

2.2.2. Beleidsvooruitzichten

Het concept van de dienst psychogeriatric zal worden omschreven. Daartoe zal het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen worden ingewonnen. Naar de toekomst toe zal eveneens worden onderzocht hoe door reconversie van andersoortige diensten de behoeften alsnog kunnen worden gedekt.

2.3. Rust- en verzorgingstehuizen

2.3.1. Vaststellingen

De sluiting van acute ziekenhuisbedden en de reconversie van V-bedden heeft geleid tot het oprichten van \pm 18 000 rust- en verzorgingsbedden. De programmatie van R.V.T.-bedden zal vóór 31 december 1989 worden herzien rekening houdend met (1) de demografische evolutie, (2) de beslissing inzake het toekomstig statuut van de V-diensten en (3) de forfaitaire vergoeding door het R.I.Z.I.V. voor patiënten die aan de R.V.T.-criteria voldoen en in rustoorden verblijven.

2.3.2. Kwalitatieve evaluatie

Het is aangewezen om de huidige werking van de R.V.T.'s aan een grondige evaluatie te onderwerpen. In het bijzonder dient hierbij de aandacht uit te gaan naar vier aspecten: de verzorgingscriteria, de medische werking, de verpleegkundige werking en de geneesmiddelenvoorziening. Hierbij dient tevens de interactie van deze aspecten te worden onderzocht.

Met het oog op de beleidsvorming terzake zal een enquête worden opgesteld die aan alle erkende rust- en verzorgingstehuizen zal worden toegestuurd. Uit deze enquête zullen de passende conclusies worden getrokken.

2.3.3. Pool aan R.V.T.-bedden

In het verleden van het vorige protokolakkoord van 25 juli 1986 zal een deel van het aantal R.V.T.-bedden, dat eventueel nog zou worden toegekend, opgenomen worden in een pool per Gemeenschap. Deze bedden zullen worden toegewezen door de bevoegde Gemeenschapsminister.

3. S- en H-diensten

Door de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen werd een advies uitgebracht over de S-diensten. Over de H-diensten zal nog aan de Nationale Raad een advies worden gevraagd. Op basis hiervan zal erlang een beleidsbeslissing worden genomen over de toekomstige bestemming die aan de S- en H-diensten moet worden gegeven.

4. Psychiatrie

4.1. Historische ontwikkeling

4.1.1. Opzet van de jaren zeventig

Het beleid van de jaren zeventig beoogde een meer dynamische psychiatrie te creëren die was gericht op de resocialisatie en reïntegratie van de patiënten. Daarom werden de PAAZ-diensten, en de A, T en K-diensten in de psychiatrische instellingen opgericht, werden partiële hospitalisatievormen ontwikkeld en werd een netwerk van diensten voor geestelijke gezondheidszorg uitgebouwd. Tevens zouden mentaal gehandicapten en dementerende bejaarden naar aangepaste voorzieningen worden overgebracht.

Via deze meer dynamische aanpak werd verwacht dat het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen zou kunnen worden vermindert.

4.1.2. Vaststellingen

Dit beleid is niet zonder resultaten gebleven. Het globaal aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen is vermindert van 26 553 bedden in 1971 tot 20 934 bedden in 1989, hetzij een vermindering met 5 619 bedden. Daartegenover staat dat het aantal psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen is gestegen van \pm 650 in 1971 naar \pm 3 200 in 1989, hetzij een vermeerdering met 2 550 bedden. Naast

2.2. Psychogériatrie

2.2.1. Situation actuelle

La programmation avait prévu en 1987 0,3 lits par mille habitants pour les déments séniles. Celle-ci n'a pas été réalisée. Le concept de ces services n'a jamais été défini.

2.2.2. Situation future

Il faut définir le concept de la psychogériatrie. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sera demandé à cet effet. Il y a lieu également de rechercher dans quelle mesure la reconversion d'autres types de services permettrait de couvrir les besoins.

2.3. Maisons de repos et de soins

2.3.1. Constatations

La fermeture de lits aigus et la reconversion de lits V ont permis la création de \pm 18 000 lits de repos et de soins. La programmation des lits M.R.S. sera revue avant le 31 décembre 1989, en tenant compte (1) de l'évolution démographique, (2) de la décision concernant le futur statut des lits V et (3) de l'indemnisation forfaitaire de l'I.N.A.M.I. pour des patients répondants aux critères M.R.S. dans les maisons de repos.

2.3.2. Evaluation qualitative

Il s'indiqua de soumettre le fonctionnement actuel des M.R.S. à une évaluation approfondie, en accordant une attention particulière à quatre aspects: les critères de soins, le fonctionnement médical, le fonctionnement infirmier et la distribution des médicaments. Il convient également d'étudier l'interaction de ces divers aspects.

Une enquête sera adressée à toutes les maisons de repos et de soins agréées afin d'en tirer les conclusions requises sur le plan de la politique à mener.

2.3.3. Pool de lits M.R.S.

Dans la même optique que celle du précédent protocole du 25 juillet 1986, une partie des lits M.R.S. restant éventuellement à attribuer sera versée à un pool par Communauté. Ces lits seront attribués par les Ministres compétents.

3. Services S et services H

Le Conseil national des établissements hospitaliers a émis un avis sur les services S. Il sera demandé un avis au Conseil national sur les services H. Sur la base de ce document, une décision sera prochainement prise concernant le sort futur des services S et H.

4. Psychiatrie

4.1. Evolution historique

4.1.1. Objectifs de la politique des années soixante-dix

La politique menée dans les années soixante-dix avait pour objectif de créer une psychiatrie plus dynamique visant à la resocialisation et à la réinsertion des patients. C'est pourquoi l'on a assisté à la création des services SPHG et des services A, T et K dans les établissements psychiatriques ainsi qu'au développement de différentes formes d'hospitalisation partielle et d'un réseau de services de santé mentale. On envisageait en outre le transfert des handicapés mentaux et des déments séniles vers des équipements appropriés.

On s'attend à ce que cette approche plus dynamique permette de réduire le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.

4.1.2. Constatations

Cette politique a porté ses fruits. Le nombre global de lits dans les hôpitaux psychiatriques a été ramené de 26 553 unités en 1971 à 20 934 en 1989, soit une réduction de 5 619 lits. D'autre part, le nombre de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux est passé de \pm 650 unités en 1971 à \pm 3 200 en 1989, soit un accroissement de 2 550 lits. Parallèlement à cette évolution positive, il y a lieu d'attirer l'atten-

deze positieve ontwikkeling dient gewezen te worden op enkele knelpunten die doorheen de jaren aan het licht zijn gekomen. Met name blijven er nog overvloedige bedden bestaan t.o.v. de toegestane geprogrammeerde bedden. Dit heeft ondermeer te maken met het ontbreken van alternatieve opvangstructuren. Daarenboven dient gewezen te worden op het moratorium van juli 1986. Tevens dient te worden vastgesteld dat de samenwerking tussen de intramurale en de extramurale zorgverlening vatbaar is voor verbetering.

4.2. Beleidsvooruitzichten

1. De uitgangspunten van het beleid der zeventiger jaren kunnen vandaag nog steeds worden onderschreven. Niettemin moet worden verholpen aan een aantal knelpunten om de aanvankelijk vooropgestelde doelstellingen sneller te kunnen realiseren.
2. Centraal staat hierbij de gedachte dat de psychiatrische zorgverlening in de ziekenhuizen intensief en specialistisch moet zijn; deze kan zowel betrekking hebben op acute als op chronische ziektebestanden. Het is overigens wenselijk een studie te ondernemen over de patiëntenpopulatie die in psychiatrische ziekenhuizen voorkomt.
3. Uitgaande van de bovenstaande beschouwingen dienen de bedden buiten moratorium in de psychiatrische ziekenhuizen, verplicht, versneld en progressief te worden omgeschakeld naar psychiatrische verzorgingstehuizen a rato van één psychiatrisch verzorgingsbed per psychiatrisch ziekenhuisbed. Eventueel zal, voor zover daartoe de behoefte bestaat, kunnen geopteerd worden voor plaatsen voor beschut wonen. Voor het aantal verzorgingsbedden of plaatsen voor beschut wonen dat aldus ontstaat, wordt een uitdovend statuut voorzien.
4. Gelet op het beginsel van een zo intensief mogelijke verzorging in het psychiatrisch ziekenhuis enerzijds, en op de reconversie van psychiatrische ziekenhuisbedden naar alternatieve verzorgingsvormen anderzijds dient de mogelijkheid te bestaan om in een beperkte mate T-bedden om te schakelen naar A-bedden, indien zulks aan een reële behoefte beantwoordt. Aldus moet er naar worden gestreefd om in het psychiatrisch ziekenhuis een zo intensief mogelijke verzorging te organiseren.
5. Parallel zullen ook T-bedden uit psychiatrische ziekenhuizen de kans worden geboden om op vrijwillige basis om te schakelen naar psychiatrische verzorgingsbedden of andere alternatieve verzorgingsvormen indien daardoor beter aan de behoeften wordt beantwoord. De reconversie zal via stimuli worden aangemoedigd ondermeer op het vlak van de schadeloosstelling, de personeelsomkadering voor de resterende bedden en de afschrijvingsmogelijkheden binnen de bouwkalender. De equivalentieregels van de omschakeling dienen de ontwikkeling van het beschut wonen ten goede te komen. De equivalentieregels zullen dusdanig worden vastgesteld dat één ziekenhuisbed aanleiding geeft tot één psychiatrisch verzorgingsbed of één plaats voor beschut wonen. Ten einde de reconversie op een geordende wijze te laten verlopen zullen de psychiatrische ziekenhuizen binnen een vastgestelde tijdsperiode de tijd krijgen om een optie te nemen, met dien verstande dat de uitvoering van de herstructurering binnen een redelijke termijn moet van start gaan.
6. De reconversie kan gedeeltelijk aanleiding geven tot het vormen van een pool per Gemeenschap van psychiatrische verzorgingsbedden, alsmede van plaatsen voor beschut wonen. Hierbij dient te worden genoteerd dat er tot op vandaag geen psychiatrische ziekenhuisbedden in de Duitse Gemeenschap bestaan.
7. In de psychiatrische verzorgingstehuizen dient een aangepaste omkadering te worden voorzien, rekening houdend met de verzorgingsbehoeften en met de psychiatrische problematiek. Uit de reconversiebeweging zullen middelen worden vrijgemaakt om de omkadering in alle T-diensten te verbeteren.
8. Er zal over gewaakt worden dat het geheel van de voorzieningen dat aldus tot stand komt, zowel qua psychiatrische ziekenhuisbedden, als qua alternatieve voorzieningen, op een billijke wijze wordt gespreid om de toegankelijkheid zo optimaal mogelijk te maken.
9. Binnen het globale psychiatrisch verzorgingsnet zullen tussen de intramurale- en de extramurale sector samenwerkingsverbanden worden opgezet waarin de aangesloten als gelijkwaardige partners in de samenwerking kunnen worden betrokken. Via deze samenwerkingsverbanden zullen ook patiënten door diensten voor geestelijke gezondheidszorg

tion sur un certain nombre de problèmes qui se sont fait jour au fil des ans, notamment l'existence d'un excédent de lits par rapport à la programmation octroyée. Ce phénomène est entre autres lié à l'absence de structures d'accueil alternatives. Il convient par ailleurs d'attirer l'attention sur le moratoire de juillet 1986. Force est en outre de constater que la collaboration entre les secteurs hospitalier et extra-hospitalier peut être améliorée.

4.2. Perspectives en matière de politique à mener

1. On peut encore toujours, aujourd'hui, souscrire aux points de départ de la politique des années soixante-dix. Il convient toutefois de remédier à un certain nombre de problèmes si l'on veut accélérer la réalisation des objectifs initialement proposés.
2. L'idée centrale est que les soins psychiatriques hospitaliers doivent être intensifs et spécialisés, et ce tant en ce qui concerne les pathologies aiguës que chroniques. Il s'avère d'ailleurs opportun de réaliser une étude de la population de patients séjournant dans les hôpitaux psychiatriques.
3. A la lumière des considérations précitées, il faut supprimer de façon obligatoire, accélérée et progressive tous les lits hors moratoire dans les hôpitaux psychiatriques, et ce par le biais d'une reconversion en homes de soins psychiatriques, à raison d'un lit de soins psychiatrique par lit hospitalier psychiatrique. Si le besoin existe, on pourra éventuellement opter pour des places d'habitations protégées. Le nombre de lits de soins ou de places d'habitations protégées ainsi créés aura un caractère extinctif.
4. Compte tenu du principe visant à assurer des soins aussi intensifs que possible à l'hôpital psychiatrique d'une part et à la reconversion de lits hospitalo-psychiatriques en formes alternatives de soins d'autre part, il convient de donner la possibilité de reconvertir, sur une base volontaire et de façon limitée, des lits T en lits A, pour autant que cela réponde à un besoin réel. Il y a dès lors lieu de veiller, dans les hôpitaux psychiatriques, à organiser des soins les plus intensifs possibles.
5. Parallèlement, les hôpitaux psychiatriques auront la possibilité de reconvertir également, sur une base volontaire, des lits T en lits de soins psychiatriques ou en autres formes alternatives de soins si cela permet de mieux répondre aux besoins. La reconversion sera favorisée par des incitants, notamment sur le plan de l'indemnisation, de l'encadrement pour les lits restants et des possibilités d'amortissement dans le calendrier des constructions. Les règles d'équivalence pour la reconversion doivent favoriser le développement du secteur de l'habitation protégée. Les règles d'équivalence seront fixées de telle sorte qu'un lit hospitalier donne lieu à un lit de soins psychiatriques ou à une place d'habitation protégée. Afin de permettre un déroulement ordonné de la reconversion, les hôpitaux psychiatriques recevront un délai pour choisir une option, étant entendu que la mise en œuvre de la restructuration doit commencer dans un délai raisonnable.
6. La reconversion peut pour une partie donner lieu à la création, par Communauté, d'un pool de lits de soins psychiatriques ainsi que de places en habitation protégée. Il faut noter que, jusqu'à aujourd'hui, il n'existe pas de lits psychiatriques dans la Communauté germanophone.
7. Il convient de prévoir dans les homes psychiatriques un encadrement approprié, compte tenu des besoins en soins et des problèmes psychiatriques. On dégagera, de l'épuration de reconversion, les ressources nécessaires permettant d'améliorer l'encadrement de tous les services T.
8. On veillera à répartir de façon judicieuse les équipements ainsi créés, tant en ce qui concerne les lits hospitaliers psychiatriques que les équipements alternatifs, et ce afin de faciliter le plus possible l'accès.
9. On établira, à l'intérieur du réseau global de soins psychiatriques, des liens de collaboration entre les secteurs hospitaliers et extrahospitaliers, grâce auxquels les membres seront associés sur un pied d'égalité. Ces liens de collaboration permettront également à des services de santé mentale d'adresser des patients à des places d'habitation protégée ou à des homes de

kunnen worden doorgewezen naar plaatsen van beschut wonen en van doorgangstehuizen die ingevolge de desaffectatie van bedden in psychiatrische ziekenhuizen ontstaan. De modaliteiten van erkenning en financiering van deze samenwerkingsverbanden zullen op basis van de ziekenhuiswet nader worden bepaald.

5. Thuisverzorging

Het is onontbeerlijk dat nieuwe impulsen worden gegeven aan de thuisgezondheidszorg.

Alvorens veralgemeende maatregelen op dit vlak worden genomen zullen meerdere kortdurende experimenten met verschillende financieringswijzen worden ontwikkeld.

6. Uitwisseling van gegevens

De Nationale overheid en de Gemeenschappen komen overeen dat de door beide overheden verzamelde statistische gegevens wederzijds ter beschikking zullen worden gesteld voor de uitoefening van hun respectieve opdracht, met inachtneming van het vertrouwelijk karakter der gegevens.

7. Uitvoering van het protocolakkoord

De Nationale overheid en de Gemeenschappen zullen elkaar informeren over de wijze waarop dit protocolakkoord wordt uitgevoerd.

Brussel, 15 juni 1989.

De Minister van Sociale Zaken,
Ph. BUSQUIN

Minister van Sociale Zaken
en Gezondheid van de Franse Gemeenschap,
Ch. PICQUE

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid
en Brusselse Aangelegenheden,
H. WECKX

De Gemeenschapsminister van Jeugd,
Volwassenenwormig en Sociale Aangelegenheden,
M. GROSCH

De Minister van Institutionele Hervormingen,
J.-L. DEHAENE

De Minister van Institutionele Hervormingen,
Ph. MOUREAUX

séjour provisoire créés à la suite de la désaffectation de lits hospitaliers psychiatriques. Les modalités d'agrément et de financement de ces liens de collaboration seront prévues dans le cadre de la loi sur les hôpitaux.

5. Soins à domicile

Il est indispensable de donner de nouvelles impulsions au secteur des soins à domicile.

Avant de prendre des mesures généralisées dans ce domaine, l'on mettra sur pied des expériences de courte durée avec des modalités de financement différentes.

6. Echange de données

L'autorité nationale et les Communautés se sont mises d'accord pour mettre les données statistiques, collectées par celles-ci mutuellement à la disposition de chacun pour l'exercice de leurs missions respectives, en en respectant le caractère confidentiel.

7. Exécution de l'accord protocole

L'autorité nationale et les Communautés vont s'informer mutuellement de la manière dont le présent protocole est exécuté.

Bruxelles, le 15 juin 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé,
de la Communauté française,
Ch. PICQUE

Le Ministre communautaire de la Santé publique
et des Affaires bruxelloises,
H. WECKX

Le Ministre communautaire de la Jeunesse,
du Sport, de la Formation des Adultes
et des Affaires sociales,
M. GROSCH

Le Ministre des Réformes institutionnelles,
J.-L. DEHAENE

Le Ministre des Réformes institutionnelles,
Ph. MOUREAUX

MINISTERIUM DER SOZIALEN ANGELEGENHEITEN

D. 90 — 161

Protokoll zwischen der Nationalen Regierung und den aufgrund der Artikel 59bis und 59ter der Verfassung für die Gesundheitspolitik zuständigen Behörden in Bezug auf die zu führende Gesundheitspolitik

Aufgrund der jeweiligen Zuständigkeiten, die dem Staat und den in Artikel 59bis und Artikel 59ter der Verfassung erwähnten Behörden, nachstehend die Gemeinschaften genannt, auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik übertragen worden sind;

In der Erwägung, daß es angezeigt ist, unter Beachtung der Zuständigkeit und Verantwortung eines jeden zu einer größtmöglichen Kohärenz zu gelangen in der Gesundheitspolitik, die auf Ebene des Landes und innerhalb einer jeden Gemeinschaft geführt wird;

In der Erwägung, daß im Hinblick auf das Zustandekommen dieser Kohärenz die Initiative zu einer gemeinschaftlichen Beratung zwischen Staat und Gemeinschaften ergriffen wurde;

In der Erwägung, daß diese Beratung zum Abschluß des nachfolgenden Vereinbarungsprotokolls geführt hat;

Institutioneller Rahmen

Aufgrund der Verfassungsrevisionen von 1980 und 1988 und der Sondergesetze über institutionelle Reformen wurden die Zuständigkeiten zwischen der Nationalen Regierung und den Gemeinschaften aufgeteilt.

In Sachen Gesundheitspolitik wurden die Zuständigkeiten wie folgt aufgeteilt :

1. Der Nationale Staat bleibt weiterhin zuständig für die grundlegende Gesetzgebung.

2. In Sachen Programmierung legt der Staat die Grundregeln und insbesondere die Programmierungskriterien fest; die Gemeinschaften bestimmen die Prioritäten bei der Anwendung und fassen die individuellen Programmierungsbeschlüsse.

3. Der Staat legt die nationalen Anerkennungsnormen fest; die Gemeinschaften bestimmen die übrigen Normen und sind zuständig für die Gewährung und der Entzug der Anerkennung. Die Gemeinschaften sind ebenfalls zuständig für die Kontrolle und Inspektion der Einrichtungen im Hinblick auf die Gesundheitspflege.

4. Der Staat ist zuständig für die durch die grundlegenden Gesetze geregelte Finanzierung der Funktionskosten der Krankenhäuser; auch für die Kranken- und Invalidenversicherung ist ausschließlich der Staat zuständig.

Nach diesem Schema legt der Staat den allgemeinen Rahmen fest; was innerhalb dieses Rahmens von den Gemeinschaften bewilligt wird, findet Berücksichtigung für eine Finanzierung durch den Staat (Haushaltsplan der Volksgesundheit, Haushaltsplan des LIKIV).

1. Akute Krankenhäuser

1.1. Globale Bedürfnisse

1.1.1. Feststellungen

- a) Mit der in den letzten Jahren geführten Politik wurde eine Verringerung der Bettenzahl und eine bessere Abstimmung dieser Bettenzahl auf die Bedürfnisse bezweckt.
Die Anzahl der im Königreich vorhandenen akuten Krankenhausbetten wurde somit von 60 815 Betten am 1. Januar 1982 auf 55 986 Betten am 1. Januar 1989 reduziert, was einer Verringerung um 4 829 Betten entspricht.
- b) Global gesehen besteht auch jetzt noch angesichts der gegenwärtig geltenden Programmierungskriterien ein Überschuß von 8 942 Betten im akuten Krankenhausesektor. Dieser Überschuß ist immer noch groß in den sogenannten C- und D-Diensten.
In der Deutschsprachigen Gemeinschaft wurden die Kriterien für die Programmierung von Krankenhausbetten nicht erreicht.
- c) Angesichts der Entwicklung der Medizin und der medizinischen Technologie wird die Dauer der Aufenthalte in akuten Krankenhäusern noch verkürzt und die Anzahl akuter Krankenhausbetten noch weiter verringert werden können.

1.1.2. Maßnahmen

- a) Angesichts der vorerwähnten Feststellungen sind also noch weitere Bemühungen nötig, um die Anzahl akuter Krankenhausbetten zu reduzieren. Diese Verringerung kann erzielt werden einerseits, indem im Rahmen der Anerkennungsnormen, wie sie durch Königlichen Erlaß vom 30. Januar 1989 festgelegt worden sind, die Regeln in bezug auf die Tätigkeit angewandt werden, und andererseits, indem die Betreffenden durch geeignete Maßnahmen zur Verringerung der Bettenzahl angeregt werden.
- b) Die freiwillige Verringerung der Bettenzahl wird gegenwärtig stimuliert durch die Umstrukturierungsmöglichkeit, die im Ministeriellen Erlaß vom 9. November 1988 vorgesehen ist, sowie durch die Entschädigung, die im Königlichen Erlaß vom 19. Mai 1987 vorgesehen ist. Es ist zu überlegen, inwiefern die bestehenden Anregungen beibehalten werden können und inwiefern zusätzliche Anregungen notwendig sind, z.B. im Rahmen der Umwandlung akuter Krankenhausbetten in Alten- und Pflegeheimbetten.
Auf jeden Fall wird die Verringerung von C- und D-Betten durch Alten- und Pflegeheimbetten kompensiert werden können.
- c) Die Verringerung der Bettenzahl wird ferner noch durch den Ausbau der Möglichkeit zu stundenweisen Krankenhausaufhalten gefördert, die durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988 zur Abänderung des Gesetzes über die Krankenhäuser geschaffen worden ist.
Bevor diesbezüglich allgemein geltende Maßnahmen getroffen werden, müssen erst in einem beschränkten Zeitraum eine gewisse Anzahl Versuche angestellt werden.
- d) Im Hinblick auf eine möglichst rationelle Benutzung der Infrastruktur ist es schließlich noch angezeigt, im Rahmen der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser die Bildung von Krankenhauszusammenschlüssen und von Zusammenarbeitsverbänden zu fördern.

1.2. Globale Anerkennungspolitik

1.2.1. Ausgangspunkt : K.E. vom 30. Januar 1989

Der Königliche Erlaß vom 8. Dezember 1986, der durch den Königlichen Erlaß vom 30. Januar 1989 ersetzt worden ist, hat durch die Festlegung der Mindestanzahl Betten, der verschiedenen Arten von Diensten und Funktionen und des erforderlichen Tätigkeitsniveaus eine Definition des Konzeptes des zukünftigen akuten Krankenhauses gegeben. Gleichzeitig wurde auch der Begriff Krankenhauszusammenschluß definiert.

1.2.2. Zukünftige Zielsetzungen

Innerhalb dieses globalen Konzeptes wird sich die Politik in den kommenden Jahren auf 4 Zielsetzungen konzentrieren :

- a) Das Krankenhaus muß progressiv von einer Bettenaufteilung nach Diensten zu einer Bettenaufteilung nach Funktionen übergehen gemäß der zu diesem Zweck durch das vorerwähnte Gesetz vom 30. Dezember 1988 geschaffenen gesetzlichen Grundlage.
- b) Es muß eine deutliche Definition der Funktion des stundenweisen Krankenhausaufenthaltes im Rahmen des globalen Krankenhauskonzeptes geboten werden können, und dies aufgrund der Auswertung der Erfahrungen, die bei den verschiedenen Versuchen gesammelt werden konnten.
- c) Die Arbeitsweise der Krankenhäuser muß weiterhin optimiert werden, indem Qualitätsnormen eingeführt werden und die Qualität überprüft wird.
Innerhalb dieser Zielsetzung ist vor allem der Krankenpflegearbeit und der ständigen Weiterbildung des Krankenhauspersonals Aufmerksamkeit zu widmen.
- d) Es muß für eine größtmögliche Integration der verschiedenen Berufsgruppen und ihrer Tätigkeiten ins Krankenhaus gesorgt werden.

1.3. Geriatrie

1.3.1. Der geriatrische Dienst als Ausgangspunkt einer geriatrischen Politik

Angesichts der Alterung der Bevölkerung muß nun alles eingesetzt werden, damit anhand einer akuten Geriatrie vermieden wird, daß gewisse Erkrankungen bei Betagten in chronische Krankheiten umschlagen. Der von einem anerkannten Internisten-Geriater geleitete geriatrische Dienst bietet dazu den passenden Rahmen.

1.3.2. Zukünftige Zielsetzungen

Um die geriatrische Funktion im akuten Krankenhaus optimal gestalten zu können, müssen folgende Zielsetzungen angestrebt werden :

- a) Der geriatrische Dienst muß angesichts der Situation, wie sie sich seit 1985 entwickelt hat, einer gründlichen Untersuchung unterzogen werden, damit die Probleme, mit denen dieser Dienst bei seiner Arbeit konfrontiert wird, festgestellt und rechtzeitig beseitigt werden können.
 - b) Der geriatrische Dienst muß als Bindeglied innerhalb der Pflegeinfrastruktur für Betagte dienen. Seine Arbeit muß demnach diejenige der übrigen Pflegeinfrastruktur ergänzen.
- Daher ist auch für eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Pflegemöglichkeiten und insbesondere mit den Alten- und Pflegeheimen und der Hauspflege zu sorgen.

1.4. Entbindungsstation, Neugeborenenpflege und Pädiatrie

1.4.1. Entbindungsstationen

Im Hinblick auf eine optimale Arbeit der Entbindungsstationen wurde eine jährlich zu erreichende Mindestzahl Entbindungen vorgesehen. Nun muß zusammen mit den Gemeinschaften eine Bilanz der Lage, wie sie sich seit 1987 entwickelt hat, aufgestellt werden.

1.4.2. Neugeborenenpflege

Durch Königlichen Erlaß vom 15. August 1987 wurden auf dem Gebiet der Neugeborenenpflege zwei Ebenen vorgesehen : die Nicht-Intensivpflege im Rahmen der n-Station und die Intensivpflege in den N-Diensten. Inzwischen wurde die Vergütung für Personal sowohl für die n-Station als auch für die N-Dienste durch Ministeriellen Erlaß vom 9. November 1988 erhöht.

Gemäß früheren Vereinbarungen auf politischer Ebene muß die neue Struktur der Neugeborenenpflege 1990 den Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung bilden.

1.4.3. Pädiatrie

Im Hinblick auf eine qualitative Verbesserung der Kinderpflege wird der Nationale Rat für Krankenhausanstalten gebeten, in Zusammenarbeit mit den betroffenen wissenschaftlichen Kreisen eine Revision der Regelung in Sachen Kinderpflege vorzunehmen und die Möglichkeit der Einführung der Funktion « Pädiatrie » zu untersuchen.

1.5. Schwere medizinische Apparatur und schwere medizinische Dienste

1.5.1. Ausgangspunkt

Die Entwicklung der medizinischen Technologie hat zweifelsohne größerem Maße zum Fortschritt der Medizin beigetragen. Auch in Zukunft ist zu erwarten, daß die medizinische Technologie noch einen großen Einfluß auf die Entwicklung der Gesundheitspflege haben wird.

Das Ministerium der Volksgesundheit wird die Entwicklung der medizinischen Technologie dann auch aufmerksam verfolgen, um sie bei der Festlegung der zu führenden Politik rechtzeitig berücksichtigen zu können.

Dieser neuen Technologie müssen im Rahmen der verfügbaren Mittel und unter Beachtung des Standes der Wissenschaft alle Chancen geboten werden.

1.5.2. Die Erfahrung, die in der Vergangenheit bei der Planung schwerer medizinischer Apparate gemacht wurde, hat gezeigt, daß ein Apparat nicht auf sich betrachtet werden darf, sondern innerhalb der gesamten Infrastruktur eines Krankenhauses zu situieren ist.

Aus diesem Grunde wurde dann auch vorgezogen, statt der Programmierung von schweren medizinischen Apparaten die Programmierung und/oder Anerkennung von Diensten vorzunehmen.

In dieser Hinsicht wurden bereits Schritte unternommen im Bereich der Anerkennung von Diensten für medizinische Bilddarstellung. So muß in Kürze an Stelle der Planung von Kernspinspektroskopographen eher eine Programmierung und/oder Anerkennung von Diensten mit derartigen Apparaten vorgenommen werden.

Ebenso wird sich die verfolgte Politik in diesem Zusammenhang darauf konzentrieren, anderen Diensten wie z.B. den Herzzardiologiediensten, den Hämodialysediensten und den Radiotherapiediensten Sondernormen aufzuerlegen insbesondere in bezug auf Qualität, räumliche Verteilung und Tätigkeit.

1.5.3. Neben den sogenannten schweren medizinisch-technischen Diensten muß auch die qualitative Leistung der sogenannten schweren medizinischen Krankenhausedienste (wie z.B. der Dienste für Neurochirurgie und Herzchirurgie) verbessert werden. Gleichzeitig muß auch dafür gesorgt werden, daß die Anzahl dieser Dienste besser auf die Bedürfnisse abgestimmt wird, damit nicht hier und da Dienste errichtet werden, die nicht einer ausreichenden kritischen Masse entsprechen.

In diesem Rahmen muß auch eine deutliche Definition der Intensiv- und Notfallstationen gegeben werden.

2. Chronische Pflege

2.1. v-Dienste

2.1.1. Gegenwärtige Lage

Die Politik der vorangehenden Jahre hat zu einer freiwilligen Verringerung der Anzahl V-Betten geführt. Diese Anzahl ist von 9019 Betten am 1. Januar 1982 auf 5693 Betten am 1. Januar 1989 gesunken. Dabei ist noch zu bemerken, daß von diesen 5693 V-Betten 528 progressiv in Alten- und Pflegeheimbetten umgewandelt werden. Fern ist noch darauf hinzuweisen, daß in der Deutschsprachigen Gemeinschaft keine V-Betten vorhanden sind.

2.1.2. Zukunft

Inzwischen ist eine Ad-hoc-Kommission, in der neben Fachleuten auch Vertreter der Gemeinschaften und der Versicherungsanstalten tagten, mit der Untersuchung des gegenwärtigen Angebots an V-Diensten beauftragt worden. Der Bericht dieser Kommission ist gemäß dem Gesetz über die Krankenhäuser dem Nationalen Rat für Krankenhausanstalten zur Begutachtung zu unterbreiten.

Ausgehend vom Bericht dieser Kommission wird in Kürze ein Beschluß gefaßt werden über die zukünftige Bestimmung der V-Dienste.

2.2. Psychogeriatric

2.2.1. Gegenwärtige Lage

1977 wurden bei der Programmierung 0,3 Betten für 1 000 Einwohner zur Betreuung altersschwächerer Betagter vorgesehen.

Bis jetzt ist diese Programmierung nicht erreicht worden. Ferner ist auch das Konzept dieser Dienste noch nicht definiert worden.

2.2.2. Voraussichten

Das Konzept des Psychogeriatricdienstes muß noch definiert werden. Zu diesem Zweck muß das Gutachten des Nationalen Rates für Krankenhausanstalten eingeholt werden.

In Zukunft muß auch noch untersucht werden, inwiefern dieser Bedarf nicht noch nachträglich durch die Umwandlung anderer Dienste gedeckt werden könnte.

2.3. Alten- und Pflegeheime

2.3.1. Feststellungen

Durch den Abbau akuter Krankenhausbetten und die Umwandlung von V-Betten wurden \pm 18 000 zusätzliche Alten- und Pflegeheimbetten geschaffen.

Die Programmierung von Alten- und Pflegeheimbetten wird vor dem 31. Dezember 1989 neu festgelegt werden, und dies unter Beachtung (1) der demographischen Entwicklung, (2) des Beschlusses betreffend die zukünftige Stellung der V-Dienste und (3) der Pauschalvergütung, die das LIKTIV für Patienten gewährt, die den Alten- und Pflegeheim-Kriterien entsprechen und sich in einem Altenheim aufhalten.

2.3.2. Qualitative Untersuchung

Es ist angebracht, die gegenwärtige Arbeitsweise der Alten- und Pflegeheime einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen. Dabei ist vor allem den 4 folgenden Aspekten Aufmerksamkeit zu widmen: den Pflegekriterien, der medizinischen Arbeit, der Krankenpflegearbeit und der Versorgung mit Arzneimitteln.

Auch die Interaktion zwischen diesen Aspekten ist hierbei zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf die Ausarbeitung einer diesbezüglichen Politik muß eine Umfrage bei allen anerkannten Alten- und Pflegeheimen vorgenommen werden, aus der anschließend die geeigneten Schlussfolgerungen gezogen werden können.

2.3.3. Pool an Alten- und Pflegeheimbetten

Im Anschluß an das vorige Vereinbarungsprotokoll vom 25. Juli 1986 wird ein Teil der eventuell noch zu verteilenden Alten- und Pflegeheimbetten in einem Pool pro Gemeinschaft aufgenommen. Diese Betten sind dann vom zuständigen Gemeinschaftsminister zuzuteilen.

3. S- und H-Dienste

Der Nationale Rat für Krankenhausanstalten hat bereits ein Gutachten über die S-Dienste ausgearbeitet. Auch in bezug auf die H-Dienste wird der Nationale Rat für Krankenhausanstalten noch um die Abgabe eines Gutachtens gebeten werden.

Ausgehend von diesem Gutachten muß demnächst ein Beschluß gefaßt werden über die zukünftige Bestimmung der S- und H-Dienste.

4. Psychiatrie

4.1. Historische Entwicklung

4.1.1. Ziel der siebziger Jahre

Die Politik der siebziger Jahre war darauf gerichtet, eine dynamischere Psychiatrie zu schaffen, mit der die Resozialisierung und Wiedereingliederung der Patienten bezweckt werden sollte.

Aus diesem Grunde wurden dann auch SPHG-Dienste und A-, T- und K-Dienste in den psychiatrischen Anstalten geschaffen, wurden verschiedene Formen partieller Hospitalisierung entwickelt und wurde ein Netz von Diensten für Geistesgesundheitspflege ausgebaut. Ferner sollten geistig Behinderte und Altersschwachsinnige fortan in geeignete Einrichtungen untergebracht werden.

Durch diese dynamischere Vorgehensweise sollte die Anzahl Betten in psychiatrischen Krankenhäusern verringert werden können.

4.1.2. Feststellungen

Diese Politik ist nicht ohne Resultat geblieben. Die Gesamtzahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern ist von 26 553 Betten im Jahre 1971 auf 20 934 Betten im Jahre 1989 gesunken, was einer Verringerung um 5 619 Betten entspricht. Demgegenüber ist die Anzahl der Psychiatriebetten in den allgemeinen Krankenhäusern von \pm 650 Betten im Jahre 1971 auf \pm 3 200 Betten im Jahre 1989 gestiegen, was einem Zuwachs von 2 550 Betten entspricht. Neben dieser positiven Entwicklung traten im Laufe der Jahre jedoch auch verschiedene Probleme ans Licht. So gibt es immer noch überzählige Betten im Verhältnis zu der durch die Programmierung zuerkannten Bettenzahl.

Dieser Überschuß ist u.a. durch das Fehlen von alternativen Betreuungsstrukturen bedingt. Ferner ist noch auf das Moratorium von Juli 1986 hinzuweisen.

Gleichzeitig muß festgestellt werden, daß die Zusammenarbeit zwischen der klinischen und der außer-klinischen Pflegeleistung verbesserungsfähig ist.

4.2. Voraussichten

1. Die Ausgangspunkte der Politik der siebziger Jahre sind auch heute noch gültig. Dennoch sind eine gewisse Anzahl Probleme abzubauen, damit die ursprünglich gesteckten Ziele schneller erreicht werden können.

2. Im Mittelpunkt steht dabei der Gedanke, daß die psychiatrische Pflegeleistung in den Krankenhäusern intensiv und spezialisiert sein muß, und dies sowohl in bezug auf akute als auch auf chronische Krankheitszustände.

Es ist übrigens wünschenswert, eine Studie über die verschiedenen Arten von Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser anzulegen.

3. Angesichts der obenerwähnten Betrachtungen müssen alle nicht vom Moratorium betroffenen Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern unbedingt, schleunigst und progressiv in psychiatrische Pflegeheimbetten umgewandelt werden, wobei ein psychiatrisches Pflegeheimbett einem psychiatrischen Krankenhausbett entspricht. Eventuell können, sofern ein solches Bedürfnis vorhanden ist, an Stelle der psychiatrischen Pflegeheimbetten Plätze in beschützenden Wohnstätten vorgesehen werden. Die so geschaffenen Pflegeheimbetten oder Plätze in beschützenden Wohnstätten schaffen die anderen Betten ab.

4. Angesichts einerseits des Grundsatzes, nach dem eine möglichst intensive Pflege in den psychiatrischen Krankenhäusern gewährleistet werden muß, und andererseits der Umwandlung von psychiatrischen Krankenhausbetten in alternative Pflegeformen muß die Möglichkeit geboten werden, in beschränktem Maße T-Betten in A-Betten umzuwandeln, wenn dies einem realen Bedürfnis entspricht. Demnach muß in den psychiatrischen Krankenhäusern die Gestaltung einer möglichst intensiven Pflege angestrebt werden.
5. Parallel dazu soll den psychiatrischen Krankenhäusern auch die Möglichkeit zu einer freiwilligen Umwandlung der T-Betten in psychiatrische Pflegeheimbetten oder andere alternative Pflegeformen geboten werden, wenn eine solche Umwandlung den Bedürfnissen eher entspricht. Diese Umwandlung soll durch verschiedene Anregungen, insbesondere auf Ebene der Entschädigungen, der personellen Betreuung für die übrigbleibenden Betten und der Abschreibungsmöglichkeiten innerhalb des Baukalenders erleichtert werden. Die für die Umwandlung geltenden Äquivalenzregeln müssen die Entwicklung der beschützenden Wohnstätten fördern. Die Äquivalenzregeln sind so festzulegen, daß ein Krankenhausbett einem psychiatrischen Pflegeheimbett oder einem Platz in einer beschützenden Wohnstätte entspricht. Die psychiatrischen Krankenhäuser werden im Hinblick auf einen geordneten Verlauf der Umwandlung über eine gewisse Frist verfügen, um sich für die eine oder andere Möglichkeit zu entscheiden, wobei die Ausführung der Umwandlung jedoch innerhalb einer angemessenen Frist beginnen muß.
6. Die Umwandlung kann teilweise zur Bildung eines gemeinschaftlichen Pools an psychiatrischen Pflegeheimbetten sowie an Plätzen in beschützenden Wohnstätten führen. Dabei ist zu bemerken, daß bis heute keine psychiatrischen Krankenhausbetten in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vorhanden sind.
7. In den psychiatrischen Pflegeheimen muß eine angemessene Betreuung vorgesehen werden, die den Pflegebedürfnissen und der psychiatrischer Problematik Rechnung trägt. Diese gesamte Umwandlung wird Mittel freigeben, mit denen die Betreuung in allen T-Diensten verbessert werden soll.
8. Es ist darauf zu achten, daß die so geschaffenen Möglichkeiten sowohl hinsichtlich der psychiatrischen Krankenhausbetten als auch hinsichtlich der alternativen Pflegeformen gut verteilt werden, damit deren Zugänglichkeit so optimal wie möglich gestaltet werden kann.
9. Innerhalb des gesamten psychiatrischen Pflegenetzes werden zwischen dem klinischen und dem außerklinischen Sektor Zusammenarbeitsverbände geschaffen, deren Mitglieder als gleichwertige Partner an der Zusammenarbeit beteiligt sind. Diese Zusammenarbeitsverbände werden es den Diensten für geistige Gesundheitspflege ermöglichen, ihren Patienten Plätze in beschützenden Wohnstätten und Übergangsheimen zu vermitteln, die infolge des Abbaus von psychiatrischen Krankenhausbetten geschaffen werden. Die Modalitäten der Anerkennung und Finanzierung dieser Zusammenarbeitsverbände werden im Rahmen des Gesetzes über die Krankenhäuser vorgesehen.
5. Hauspflege
Es ist unentbehrlich, dem Hauspflegesektor neue Impulse zu geben. Bevor jedoch allgemeine Maßnahmen in diesem Bereich getroffen werden, müssen erst mehrere kurzfristige Versuche mit verschiedenen Finanzierungsmodalitäten angestellt werden.
6. Austausch von Informationen
Die Nationale Behörde und die Gemeinschaften sind übereingekommen, die jeweils von ihnen gesammelten statistischen Angaben unter Beachtung ihres vertraulichen Charakters im Hinblick auf die Ausübung ihres jeweiligen Auftrags auszutauschen.
7. Ausführung des Vereinbarungsprotokolls
Die Nationale Behörde und die Gemeinschaften werden sich gegenseitig informieren über die Art, auf die dieses Protokoll ausgeführt wird.

Brüssel, 15. Juni 1989.

Der Minister der Sozialen Angelegenheiten,
Ph. BUSQUIN

Der Minister der Französischen Gemeinschaft für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit,
Ch. PICQUE

Der Gemeinschaftsminister für Volksgesundheit und Brüsseler Angelegenheiten,
H. WECKX

Der Gemeinschaftsminister für Jugend, Sport, Erwachsenenbildung und Soziales,
M. GROSCH

Der Minister der Institutionellen Reformen,
J.-L. DEHAENE

Der Minister der Institutionellen Reformen,
Ph. MOUREAUX