

**MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT**

F. 93 — 2249

28 JUILLET 1993. — Protocole conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 59bis, 59ter et 108ter de la Constitution concernant la politique de santé à mener

Vu les compétences respectives dont l'Etat fédéral et les autorités visées à l'article 59bis, 59ter et 108ter de la Constitution, dénommées ci-après les Communautés, disposent en ce qui concerne la politique de santé;

Considérant qu'en vue de la réalisation du présent protocole d'accord, on a pris l'initiative d'une concertation conjointe entre l'Etat fédéral et les Communautés;

Considérant que le présent accord vise à prendre l'engagement de procéder, en exécution des décisions prises lors du conclave budgétaire, au blocage de services médicaux, à la fermeture de lits aigus hospitaliers excédentaires, à la reconversion de lits V et à l'élaboration d'un statut juridique de l'hôpital de jour.

1. Objectif.

1.1. L'Etat fédéral a décidé, après concertation avec les Communautés, de bloquer un certain nombre de services médicaux.

Les Communautés sont d'accord pour exécuter cette mesure.

1.1.1. Les services médicaux mentionnés ci-après seront limités au nombre existant et agréé à la date de publication au *Moniteur belge* de l'arrêté instaurant le moratoire:

sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson;

services d'hémodialyse hospitalière chronique et services d'autodialyse collective situés en dehors du site proprement dit de l'hôpital où se situe le service de tutelle.

1.1.2. L'Etat fédéral et les Communautés souhaitent aussi, à titre de mesure conservatoire, bloquer le nombre de services de cathétérisme cardiaque et de centres de chirurgie cardiaque. Les services de cathétérisme cardiaque seront bloqués au nombre existant et agréé à la date de publication au *Moniteur belge* de l'arrêté instaurant le moratoire.

Les centres de chirurgie cardiaque seront limités à ceux qui ont effectué en 1992 des prestations lourdes de chirurgie cardiaque et qui ont facturé celles-ci à l'assurance maladie.

Le nombre de services et de centres ainsi bloqué sera revu dès que des normes d'agrément pour les centres de chirurgie cardiaque auront été promulguées, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers.

1.2. L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour procéder à la fermeture de lits hospitaliers aigus excédentaires dans les services hospitaliers dont les taux moyens d'occupation des trois dernières années connues (1989-1990-1991) n'atteignent pas les taux d'occupation fixés par arrêté royal.

1.3. L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer qu'en principe 2000 des lits hospitaliers existant et agréés dans les services destinés au traitement des malades souffrant d'affections de longue durée (index V), donneront lieu à la création de formes de soins alternatives; une partie limitée de ces lits pourra, dans les limites des critères de programmation existants, être reconvertis en lits hospitaliers dans des services de gériatrie (index G) ou dans des services de spécialités (index S). Les 1600 lits V restants devront tous être reconvertis en lits hospitaliers dans des services de spécialités ou dans des services de gériatrie.

1.4. Par ailleurs, l'Etat fédéral étudiera, conjointement avec les Communautés, d'autres formes alternatives de soins en vue de développer des formules visant au maintien des patients à domicile. Ces alternatives pourront faire l'objet d'un avenant au présent protocole. Elles pourront être concrétisées sous la forme d'une expérience en matière de:

courts séjours en MRS;

centres de jour;

services intégrés de soins et d'aide à domicile.

A cette fin, un groupe de travail sera mis en place au sein des administrations, afin de formuler des propositions avant fin 1993.

1.5. L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer qu'il est urgent d'élaborer le statut juridique de l'hôpital de jour.

2. Mesures à prendre.

L'Etat fédéral se propose de prendre les mesures nécessaires en vue de réaliser les objectifs visés au point 1. Les Communautés, de leur côté, sont liées par ce protocole pour autant que l'Etat fédéral ait pris toutes les mesures nécessaires.

**MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFOMGEVING**

N. 93 — 2249

28 JULI 1993. — Protocol tussen de Federale Regering en de in artikel 59bis, 59ter en 108ter van de Grondwet bedoelde overheden inzake het te voeren gezondheidsbeleid

Gelet op de respectieve bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 59bis, 59ter en 108ter van de Grondwet bedoelde overheden, hierna de Gemeenschappen genoemd, op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

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

Overwegende dat voorliggend akkoord ertoe strekt de verbintenis aan te gaan om, in uitvoering van de beslissingen genomen op het begrotingsconclaaf, over te gaan tot de blokkering van medische diensten, de sluiting van overtollige acute ziekenhuisbedden, de reconversie van V-bedden en het uitwerken van een juridisch statuut voor het dagziekenhuis.

1. Doelstelling.

1.1. De Federale Staat heeft, na overleg met de Gemeenschappen, beslist een bepaald aantal medische diensten te blokkeren.

De Gemeenschappen zijn akkoord om deze maatregel uit te voeren.

1.1.1. De hiernavolgende medische diensten zullen worden beperkt tot het aantal diensten dat bestaand en erkend is op de datum van publikatie van het moratoriumbesluit in het *Belgisch Staatsblad*:

ziekenhuisafdelingen voor diagnose van wiegedood;

diensten voor chronische hemodialyse in een ziekenhuis en diensten voor collectieve autodialyse die zich situeren buiten de eigenlijke campus van het ziekenhuis waar de voogdijdienst zich bevindt.

1.1.2. De Federale Staat en de Gemeenschappen wensen ook, bij wijze van bewarende maatregel, het aantal hartcatheterisatie-diensten en het aantal hartchirurgiecentra te blokkeren. De hartcatheterisatielijken worden geblokkeerd op het aantal diensten dat bestaand en erkend is op de datum van publikatie in het *Belgisch Staatsblad* van het moratoriumbesluit.

De hartchirurgiecentra worden beperkt tot deze centra die in 1992 zware hartchirurgische ingrepen hebben verricht en gefactureerd aan de ziekteverzekeringsmaatschappijen.

Het aantal aldus geblokkeerde diensten en centra zal worden herzien van zodra, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, erkenningsnormen voor de centra voor hartchirurgie, uitgevaardigd zullen zijn.

1.2. De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het er over eens overtollige acute ziekenhuisbedden te sluiten in die ziekenhuisdiensten waarvan het gemiddelde bezettingsniveau van de drie laatste gekende jaren (1989-1990-1991) de bij koninklijk besluit vastgestelde bezettingsgraad niet bereiken.

1.3. De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het er over eens dat er van de nog bestaande en erkende ziekenhuisbedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V), in beginsel 2000 bedien aanleiding zullen geven tot de oprichting van alternatieve verzorgingsvormen; een beperkt gedeelte hiervan zal binnen de limieten van de bestaande programmaticriteria kunnen reconverteert naar ziekenhuisbedden in geriatriediensten (kenletter G) of in diensten voor specialiteiten (kenletter S). De overige 1600 V-bedden zullen allen reconverteert naar ziekenhuisbedden in diensten voor specialiteiten of in geriatriediensten.

1.4. Anderzijds zal de Federale Staat, samen met de Gemeenschappen, andere alternatieve verzorgingsvormen bestuderen met het oog op het ontwikkelen van formules die het behoud van de patiënt ten huize beogen. Deze alternatieven kunnen het voorwerp vormen van een aanvulling op het voorliggend protocolakkoord. Zij kunnen de vorm aannemen van een experiment inzake:

kort verblijf in RVTs;

dagcentra;

geïntegreerde diensten voor verzorging en hulp ten huize.

Met dit doel zal in de schoot van de administraties een werkgroep worden opgericht om voor eind 1993 voorstellen te formuleren.

1.5. De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat het dringend noodzakelijk is het juridisch statuut van het dagziekenhuis uit te werken.

2. Te nemen maatregelen.

De Federale Staat neemt zich voor de nodige maatregelen te treffen teneinde de in punt 1 vermelde doelstellingen te realiseren. De Gemeenschappen van hun kant zijn gebonden door dit protocolakkoord voor zover de Federale Staat alle noodzakelijke maatregelen heeft genomen.

2.1. Blocage du nombre de services médicaux.

2.1.1. Pour chaque Communauté, la liste des services existants et agréés qui sont retenus dans le cadre du moratoire figure à l'annexe 1 du présent protocole.

2.1.2. L'Etat fédéral s'engage à ajouter au présent protocole, avant fin septembre, la liste des centres de chirurgie cardiaque qui ont effectué en 1992 des interventions lourdes de chirurgie cardiaque et qui ont facturé celles-ci à l'assurance maladie.

2.1.3. Dans ce cadre, les institutions concernées auront 3 mois à partir de la publication de l'arrêté instaurant le moratoire, pour communiquer aux ministres compétents de la Commission communautaire commune et au ministre fédéral, le siège d'exploitation des 4 services de cathétérisme cardiaque à Bruxelles. Les ministres compétents décideront dans les deux mois de cette communication. S'il n'est pas répondu à ce qui précède, l'agrément de ces services sera retiré. Le siège d'exploitation unique de chacun des 4 centres doit être fonctionnel au plus tard un an après la décision susvisée des ministres compétents.

2.2. Suppression de lits hospitaliers.

2.2.1. Les Communautés s'engagent, en application de l'article 20, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, à adapter le nombre de lits existants et agréés conformément aux règles en matière de sous-occupation, mentionnées à l'annexe de l'arrêté précité.

2.2.2. Ladite réduction ne sera toutefois pas appliquée dans les services de gériatrie (index G) créés au cours d'une des années de référence mentionnées au point 1.2.

2.2.3. Lors du calcul du nombre de lits à supprimer, les effets des augmentations ou des diminutions de lits intervenues au cours d'une des années de référence mentionnées au point 1.2., seront neutralisées.

2.2.4. La mesure de réduction du nombre de lits visée au point 2.2.1. s'applique également aux maternités (index M) et aux services de pédiatrie (index E), étant entendu que :

le taux d'occupation minimum applicable aux services M et E s'élève à 65 %;

si l'application de la mesure de réduction du nombre de lits a pour conséquence que la capacité en lits des services E devient inférieure à 10 lits, ces services doivent être fermés.

Les services bénéficiant d'une dérogation en application de l'article 18 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 ne sont pas dispensés de diminuer leur capacité en lits jusqu'à un minimum de 15 lits pour les services E et de 10 lits pour les services M.

Les services de pédiatrie, autres que ceux visés à l'alinéa précédent, dont la capacité en lits diminue pour atteindre un niveau de 10 à 14 lits doivent introduire un plan de restructuration en vue de l'amélioration qualitative de la médecine pédiatrique par le biais d'une mise en commun de services existants et exécuter ce plan dans les deux ans qui suivent la publication des arrêtés réglant la procédure de fermeture.

L'agrément des maternités sera retiré si moins de 400 accouchements par an ont été pratiqués au cours des années 1989, 1990 et 1991, à moins qu'elles n'introduisent et réalisent dans les deux ans un plan de restructuration en vue d'une mise en commun soit avec des services concernés dans la région, soit avec d'autres maternités. Toutefois, les maternités qui, en 1992, ont encore atteint le niveau des 400 accouchements conservent leur agrément.

2.2.5. Les services hospitaliers, autres que les services E et M, pour lesquels la mesure de réduction du nombre de lits a pour conséquence que leur capacité en lits tombe en dessous du niveau minimum fixé (24 lits pour les services G, 30 lits pour les autres services) peuvent, le cas échéant, continuer à fonctionner pour autant que le nombre de lits manquants par rapport à ce niveau minimum ne soit pas supérieur à 5. Les hôpitaux concernés devront toutefois introduire un plan auprès des pouvoirs publics en vue d'une mise en commun de services semblables, plan qui doit être exécuté dans les 2 ans.

De même, un hôpital dont la capacité en lits tombe en dessous du niveau minimum, fixé à 150 lits (ou à 120 lits en application de l'article 3 de l'arrêté précité), peut continuer à fonctionner temporairement, dans le respect, toutefois, des dispositions de l'article 7 de l'arrêté royal précité qui prévoit un groupement ou une fusion.

Dans le cas où une fusion d'établissements est ainsi opérée, celle-ci ne devra pas nécessairement conduire à une intégration de ces deux institutions sur un même site.

2.2.6. Dans l'annexe 2 du présent protocole d'accord figure la liste des lits qui doivent être fermés au 1^{er} janvier 1994 pour chacune des Communautés.

2.1. Blokkering van medische diensten.

2.1.1. De lijst van de bestaande en erkende diensten die in het kader van het moratorium voor iedere Gemeenschap worden weerhouden, worden in bijlage 1 aan dit protocol toegevoegd.

2.1.2. De Federale Staat verbindt er zich toe vóór eind september aan dit protocol de lijst toe te voegen van de centra voor hartchirurgie die in 1992 zware hartchirurgische ingrepen hebben verricht en gefactureerd aan de ziekteverzekeringsmaatschappijen.

2.1.3. In dat kader krijgen de betrokken instellingen 3 maanden de tijd, vanaf de bekendmaking van het moratoriumbesluit, om de bevoegde ministers van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Federale minister in kennis te stellen van de vestigingsplaats van de 4 diensten voor hartcatheterisatie te Brussel. De ministers zullen binnen twee maanden beslissen. Indien niet wordt voldaan aan wat voorafgaat, zal de erkenning van die diensten worden ingetrokken. De enige vestigingsplaats van ieder der 4 centra moet uiterlijk één jaar na voormelde beslissing van de bevoegde ministers functioneel zijn.

2.2. Afschaffing van ziekenhuisbedden.

2.2.1. De Gemeenschappen verbinden er zich toe om, in toepassing van het artikel 20, § 1, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, het aantal erkende en bestaande bedden aan te passen conform de regels inzake onderbezetting, vermeld in bijlage bij voornoemd besluit.

2.2.2. Bedoelde vermindering zal evenwel niet doorgevoerd worden in de diensten voor geriatrie (kenletter G) die opgericht werden in de loop van één der in 1.2. vermelde referentiejaren.

2.2.3. Bij de berekening van het aantal af te schaffen bedden zal het effect van de bedverhogingen en -verminderingen die gedurende één der in 1.2. vermelde referentiejaren plaatsvonden worden geneutraliseerd.

2.2.4. De in punt 2.2.1. bedoelde bedvermindering wordt eveneens toegepast op de kraaminstellingen (kenletter M) en de diensten kindergeneeskunde (kenletter E), met dien verstande dat :

de gehanteerde minimale bezettingsgraad van de M- en E-diensten 65 % bedraagt;

indien de toepassing van de bedverminderingenmaatregel tot gevolg heeft dat de beddenkapaciteit van E-diensten onder de 10 bedden daalt, deze diensten moeten gesloten worden.

De diensten die een afwijking genieten zoals bedoeld in artikel 18 van voormeld besluit van 30 januari 1989 zijn niet vrij van de verplichting tot bedvermindering tot op het minimumniveau van 15 bedden voor de Ediensten en van 10 bedden voor de M-diensten.

De pediatriediensten, andere dan deze bedoeld in het vorige lid, wier bedcapaciteit daalt tot een niveau tussen 10 tot 14 bedden, dienen een plan in te dienen waarbij een herstructureringsplan wordt uitgewerkt met het oog op een kwalitatieve verbetering van de pediatrische geneeskunde door samenvoeging van bestaande diensten, en dit plan binnen een termijn van twee jaren na de bekendmaking van de besluiten die de sluiting regelen, uit te voeren.

De erkenning van de kraaminstellingen zal worden ingetrokken indien er tijdens de jaren 1989, 1990 en 1991 minder dan 400 bevallingen per jaar plaatsvonden tenzij met het oog op een samenvoeging, hetzij van de betrokken diensten in de regio, hetzij met andere kraaminstellingen, een herstructureringsplan wordt ingediend en binnen de twee jaar gerealiseerd wordt. De erkenning wordt evenwel behouden voor de materniteiten die in 1992 alsnog het aantal van 400 bevallingen bereiken.

2.2.5. Ziekenhuisdiensten, andere dan E- en M-diensten, waarvoor de bedvermindering voor gevolg heeft dat de bedcapaciteit tot onder de minimumdrempel zakt (24 bedden voor de G-diensten, 30 bedden voor de overige diensten), kunnen desgevallend verder blijven bestaan voor zover dit tekort niet meer dan 5 bedden onder de minimumdrempel bedraagt. De betrokken ziekenhuizen zullen evenwel een plan bij de overheid moeten indienen met het oog op samenvoeging van gelijksortige diensten. Dit plan moet binnen de 2 jaar worden uitgevoerd.

Zo ook zal een ziekenhuis dat in ditzelfde geval onder de minimum bedcapaciteit van 150 bedden zakt (of 120 bedden in toepassing van artikel 3 van voormeld besluit) tijdelijk kunnen blijven bestaan, met inachtneming evenwel van artikel 7 van het voorbeeld koninklijk besluit dat in een groepering of fusie voorziet.

Ingeval aldus een fusie van instellingen ontstaat zal deze niet noodzakelijk moeten leiden tot een integratie van beide instellingen op één campus.

2.2.6. In bijlage 2 van dit protocolakkoord volgt de lijst van de op 1 januari 1994 te sluiten bedden voor ieder van de Gemeenschappen.

2.2.7. Conformément à l'arrêté royal du 19 mai 1987, une indemnisation sera accordée aux institutions dont le nombre de lits agréés est diminué, pour autant que la fermeture porte au minimum sur une unité de soins architecturalement distincte, sauf pour les hôpitaux qui disposent de 150 lits aigus et moins.

2.3. Fermeture et reconversion de lits V.

Afin de permettre la réalisation de l'objectif visé au point 1.3., l'Etat fédéral et les Communautés préconisent l'application des principes suivants :

2.3.1. La mesure de réduction du nombre de lits ne s'applique pas aux lits Vp ni aux lits destinés au traitement de patients souffrant de sclérose en plaques, étant entendu que ces lits peuvent être reconvertis à concurrence d'un lit Vp ou 1 lit V vers 1 lit S nouveau statut. L'inventaire figure aux annexes 3 et 4 du présent protocole d'accord.

2.3.2. Les lits hospitaliers des services destinés au traitement des malades souffrant d'affectations de longue durée (lits V), tel que mentionné à l'annexe 5, seront reconvertis.

Cette opération de reconversion s'effectuera, dans une première phase, sur une base volontaire, en fonction des règles d'équivalence suivantes :

a) Règle de base

Afin de créer des unités S complètes de 20 lits, on appliquera la règle d'équivalence de base ci-après :

45 V =	45 V =
<ul style="list-style-type: none"> — 20 S (nouveau statut) ou 20 G au 1.1.94 — 25 MRS au 1.1.94 — 25 MRS au 1.1.95 	<ul style="list-style-type: none"> — 20 S (nouveau statut) or 20 G op 1.1.94 — 25 RVT op 1.1.94 — 25 RVT op 1.1.95

b) Variantes à la règle de base.

Afin de satisfaire les différents types de besoins en soins, on peut, au lieu de créer des lits de soins (MRS), opter pour la réalisation d'autres types de soins.

En outre, on peut également opter pour une création anticipée au 1.1.94 d'autres types de soins au lieu du 1.1.95 comme prévu dans la règle de base.

Pour rencontrer cette double préoccupation, on peut obtenir, au lieu d'un lit MRS selon la formule de base, en fonction du moment de la réalisation, les équivalences suivantes :

1 lit MRS au 1.1.94 ou au 1.1.95 dans la formule de base est aussi égal à	le second lit MRS dans la règle de base au 1.1.95 réalisé anticipativement au 1.1.94 est aussi égal à	1 RVT-bed op 1.1.94 or op 1.1.95 in de basisformule is ook gelijk aan	het tweede RVT-bed in de basisformule op 1.1.95 vervroegd realiseren op 1.1.94 is gelijk aan
(1 MRS) 0,35 S 0,85 MSP 2,80 HP 1,16 Pl. fam.	0,8 MRS 0,28 S 0,68 MSP 2,10 HP 0,93 Pl. fam.	(1 RVT) 0,35 S 0,85 PVT 2,60 BW 1,16 gez. pl.	0,8 RVT 0,28 S 0,68 PVT 2,10 BW 0,93 gez. pl.

c) fractionnement

Afin de pouvoir appliquer les règles d'équivalence précitées de manière souple, on peut également opter pour l'application de la règle de base et de ses variantes à un nombre de lits inférieur à 45 lits.

Ceci est possible à la condition que le rapport prévu dans la formule de base, soit maintenu.

d) arrondir les chiffres

Afin d'arriver à un nombre réel de lits, les chiffres obtenus dans le résultat final du calcul seront arrondis à l'unité de lit ou de place selon les règles mathématiques habituelles.

e) Compléments au-dessus des forfaits maisons de repos

L'Etat fédéral s'engage à examiner la possibilité d'attribuer, sous la forme d'un complément, l'équivalent financier d'un lit MRS, qui peut être réalisé à partir du 1.1.95, à un nombre, à déterminer, de lits de maisons de repos occupés par des personnes âgées bénéficiant du forfait C de remboursement INAMI.

Les lits de maisons de repos ainsi reconvertis en lits MRS doivent satisfaire à la norme correspondante en matière de personnel. En outre, la réalisation de ces lits MRS devra être une opération équilibrée sur le plan budgétaire pour l'ensemble du secteur des maisons de repos et des MRS. A la lumière de ce qui précède, la question du statut juridique des lits de maisons de repos qui bénéficient d'un forfait INAMI sera examinée.

2.2.7. Aan de instellingen, waarvoor, ingevolge hetgeen voorafgaat, het aantal erkende bedden wordt verminderd, zal conform het koninklijk besluit van 19 mei 1987 een schadeloosstelling worden verleend voor zover de sluiting minstens één architectonisch afzonderlijke verpleegeenheid vormt, behoudens voor de ziekenhuizen met 150 acute bedden en minder.

2.3. Sluiting en reconversie van V-bedden.

Teneinde het in punt 1.3. bedoelde objectief te bereiken worden door de Federale Staat en de Gemeenschappen volgende beginselen voorgesteld :

2.3.1. De Vp-bedden en de bedden waar patiënten met een multiple sclerose aandoening worden behandeld worden buiten de bedverminderingsoperatie gehouden, met dien verstande dat deze bedden kunnen reconverteert en rato van 1 Vp of 1 V bed naar 1 S bed nieuw statuut. De inventaris volgt in bijlage 3 en in bijlage 4 van dit protocolakkoord.

2.3.2. De ziekenhuisbedden in diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (V-bedden), zoals vermeld in bijlage 5, zullen gereconverteerd worden.

Deze reconversie-operatie zal in een eerste fase op vrijwillige basis geschieden, waarbij kan gebruik gemaakt worden van volgende equivalentieregelen :

a) Basisregel

Ten einde volledige S-eenheden van 20 bedden te kunnen creëren geldt de hiernavolgende basisequivalentieregel :

b) Varianten op de basisregel.

Ten einde tegemoet te kunnen komen aan de verschillende soorten van verzorgingsbehoeften kan ervoor geopteerd worden om in plaats van verzorgingsbedden (RVT) andere types van verzorging te realiseren.

Bovendien kan er ook voor geopteerd worden om de creatie van andere verzorgingsvormen die in de basisregel voorzien zijn op 1.1.95 te vervroegen tot 1.1.94.

Om aan deze dubbele bekommernis tegemoet te kunnen komen kan men in plaats van 1 RVT-bed in de basisformule, naargelang het tijdstip van de realisatie, de volgende equivalenties verkrijgen :

c) fractionering

Ten einde de voormelde equivalentieregels op een soepele wijze toe te kunnen passen kan er ook voor gekozen worden om de basisregel en de varianten op een kleiner aantal dan op 45 V-bedden toe te passen.

Dit kan voor zover evenwel de verhouding zoals voorzien in de basisformule, gehandhaafd blijft.

d) afronding van de cijfers

Ten einde tot een reëel aantal bedden te komen zullen de cijfers in het uiteindelijk resultaat van de berekening op de bed- of plaats-eenheid worden afgerekend volgens de gewone wiskundige regels.

e) Complementen op de rustoordforfaits

De Federale Staat verbindt zich ertoe de mogelijkheid te onderzoeken het financieel equivalent van 1 RVT-bed dat vanaf 1.1.95 kan gerealiseerd worden onder de vorm van een complement toe te wijzen aan een te bepalen aantal rustordbedden waarin zich bejaarden bevinden die van een C-RIZIV-terugbetalingsforfait genieten.

De rustordbedden die aldus RVT-bedden worden dienen aan de overeenkomstige personeelsnorm te voldoen. Bovendien zal de realisatie van deze RVT-bedden budgetair sluitend moeten zijn voor het geheel van de rustoord- en RVT-sector. In het licht hiervan zal de vraag worden onderzocht van het juridisch statuut van de rustordbedden die van een RIZIV-forfait genieten.

2.3.3. Indemnisation.

Les services V qui reconvertisseurs leurs lits en d'autres formes de soins bénéficieront d'une indemnisation. Une avance sera octroyée.

2.3.4. Non-replacement du personnel en interruption de carrière.

Une concertation sera engagée par le Ministre fédéral avec le Ministre de l'Emploi et du Travail et le Ministre de l'Intérieur afin que le personnel touché par la restructuration des lits V et optant pour une interruption de carrière ne doive pas être remplacé.

2.3.5. Le statut de la MRS.

2.3.5.1. Révision du critère de programmation des MRS.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer que le critère de programmation des MRS sera revu afin de permettre la réalisation de MRS supplémentaires.

2.3.5.2. Révision des normes d'agrément des MRS.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer que les normes d'agrément fonctionnelles et organisationnelles relatives aux MRS doivent être adaptées, plus particulièrement en ce qui concerne les dispositions en matière d'organisation médicale et de distribution des médicaments.

2.3.6. Statut des services S.

2.3.6.1. Concept des services S.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer que les lits V peuvent être reconvertis en 3000 lits S au maximum (voir point 2.3.2).

Ils sont également d'accord pour conserver le concept proposé dans l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, étant entendu que, au lieu de trois, quatre types de services S seront prévus, à savoir :

S-cardiopulmonaire;

S-neurologie (e.a. multiple sclérose);

S-locomoteur;

S-chronique (pathologies chroniques et polypathologies nécessitant des soins médicalisés prolongés et/ou des soins palliatifs).

La décision d'agrément mentionnera chaque fois le type de service. La définition du service S chronique doit préciser qu'il s'agit de patients qui nécessitent une surveillance médicale spécialisée continue en raison de leur état somatique et/ou psychique. Les services S doivent se consacrer à une même spécialité par unité de soins.

Tous les services S doivent satisfaire aux nouvelles normes, avec en principe un minimum de 20 lits S par service.

Les lits des services S existants qui ne satisfont pas aux nouvelles normes pourront être reconvertis; à cet égard, la suppression d'un lit S peut conduire à la création de deux lits MRS.

2.3.6.2. Programmation de lits S.

Les lits V peuvent être reconvertis au maximum en 3000 lits S-nouveau statut (= 0,3 lit % hab.). Dans ce chiffre 270 lits V, et, au-delà de ce chiffre, 32 lits H, tous occupés par des patients souffrant de sclérose en plaques, peuvent être reconvertis en 302 lits S-nouveau statut, pour autant qu'il s'agisse, dans chaque cas, d'une unité d'au moins 30 lits, conformément à la liste jointe en annexe au présent protocole.

Les lits S existants (959) peuvent être reconvertis en 959 lits S-nouveau statut (0,1 lit % hab.).

500 lits C, D ou H au maximum peuvent être reconvertis en 500 lits S-nouveau statut (0,05 lit % hab.).

Les lits Vp (757) peuvent être reconvertis en 757 lits S-nouveau statut au maximum (0,07 lits % habitants).

Au total, 5 248 lits S-nouveau statut, au maximum, peuvent être créés pour l'ensemble du Royaume, ce qui équivaut provisoirement à 0,52 lit par % habitant. Ce chiffre sera néanmoins adapté en fonction du nombre de lits V effectivement reconvertis en lits S.

2.3.6.3. Calendrier statut S.

Les arrêtés définissant le statut des services S seront promulgués dans les plus brefs délais.

2.3.7. Calendrier de la reconversion.

Les services V devront, dans les deux mois qui suivent la publication des arrêtés de reconversion et pour le 1^{er} décembre 1993 au plus tard, soumettre leur plan de reconversion à l'autorité communautaire compétente, avec copie au Ministre fédéral.

De leur côté, les Communautés s'engagent àachever le traitement des dossiers de reconversion au plus tard le 1^{er} février 1994.

2.3.3. Schadeloosstelling.

De V-diensten die hun bedden reconverteerden naar andere verzorgingsvormen zullen van een schadeloosstelling kunnen genieten. Een voorschot zal worden uitbetaald.

2.3.4. Niet vervanging personeel in loopbaanonderbreking.

Er zal door de Federale Minister een overleg gevoerd worden met de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en de Minister van Binnenlandse Zaken teneinde te bekomen dat het personeel dat getroffen wordt door de herstructurering van de V-diensten en dat voor een loopbaanonderbreking kiest, niet moet vervangen worden.

2.3.5. Het RVT-statut.

2.3.5.1. Herziening programmatie criterium RVT.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat het programmatie criterium voor RVT's zal herzien worden teneinde de realisatie van bijkomende RVT's mogelijk te maken.

2.3.5.2. Herziening van erkenningsnormen van RVT's.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat de functionele en organisatorische erkenningsnormen van de RVT's dienen aangepast te worden, meer in het bijzonder voor wat betreft de bepalingen inzake de medische organisatie en de geneesmiddelenbedeling.

2.3.6. Statut S-diensten.

2.3.6.1. S-diensten-concept.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat V-bedden kunnen reconverteerden naar maximaal 3000 S-bedden (zie punt 2.3.2).

Ze zijn eveneens akkoord het concept, voorgesteld in het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, te weerhouden, met dien verstande dat er vier types van S-diensten zullen worden voorzien in plaats van drie, met name :

S-cardiopulmonair;

S-neurologie (o.m. multiple sclerose);

S-locomotorisch;

S-chronisch (chronische pathologieën en polypathologieën die verlengde medische zorgen vergen en/of palliatieve zorgen).

De erkenningsbeslissing zal steeds het type vermelden. De omschrijving van S-chronisch moet aangeven dat het om patiënten gaat die een continu medisch-specialistisch toezicht nodig hebben omwille van hun somatische en/of psychische toestand. De S-diensten moeten zich per verzorgingseenheid toeleggen op eenzelfde specialiteit.

Alle S-diensten moeten aan de nieuwe normen voldoen, met in beginsel een minimum van 20 S-bedden per dienst.

De bedden van bestaande S-diensten die niet aan de nieuwe normen voldoen zullen kunnen gereconverteerd worden waarbij de afschaffing van één S-bed aanleiding kan geven tot 2 RVT-bedden.

2.3.6.2. Programmatie van S-bedden.

V-bedden kunnen omschakelen naar maximum 3000 S-bedden-nieuw statut (= 0,3 bed % inw.). Binnen dit aantal zullen 270 V-bedden, en, buiten dit aantal, 32 H-bedden, alle bezet door patiënten die lijden aan multiple sclerose, kunnen omschakelen naar 302 S bedden-nieuw statut, voor zover het telkens minstens om een eenheid van 30 bedden gaat, en dit overeenkomstig de lijst die als bijlage aan dit protocol wordt toegevoegd.

De (959) bestaande S-bedden kunnen omschakelen naar 959 S-bedden-nieuw statut (= 0,1 bed % inw.).

Maximum 500 C-, D- of H-bedden kunnen omschakelen naar 500 S-bedden-nieuw statut (0,05 bed % inw.).

De Vp-bedden (757) kunnen omschakelen naar maximum 757 S-bedden-nieuw statut (0,07 bed % inw.).

In het totaal kunnen er voor het Rijk maximaal 5 248 S-bedden-nieuw statut opgericht worden, wat voorlopig neerkomt op 0,52 bedden per % inwoners. Dit cijfer zal evenwel worden aangepast in functie van het reëel aantal V-bedden dat naar S zal omschakelen.

2.3.6.3. Timing S-statut.

De besluiten die het statut van de S-diensten omschrijven zullen zo spoedig mogelijk uitgevaardigd worden.

2.3.7. Timing van de reconversie.

De V-diensten zullen binnen de twee maanden na de publikatie van de reconversiebesluiten en ten laatste op 1 december 1993 hun reconversieplan aan de bevoegde Gemeenschapsoverheid, met afschrift aan de Federale Minister, moeten indienen.

De Gemeenschappen verbinden er zich van hun kant toe de reconversiedossiers uiterlijk op 1 februari 1994 af te handelen.

2.3.8. Reconversion automatique.

L'Etat fédéral et les Communautés conviennent que les lits V pour lesquels, au 1^{er} décembre 1993, aucune reconversion n'a été demandée seront reconvertis d'office à raison d'un lit V vers 2 lits M.R.S., dont 1 lit au 1.1.94 et 1 lit au 1.1.95.

2.4. Le statut juridique de l'hôpital de jour.

L'Etat fédéral et les Communautés approuvent les lignes de force que le Conseil national des établissements hospitaliers a formulées concernant le statut de l'hôpital de jour.

L'Etat fédéral et les Communautés souhaitent donner la priorité à l'éaboration d'un statut juridique pour l'hôpital chirurgical de jour. Toutefois, ils conviennent également de se pencher rapidement sur les autres types d'hôpitaux de jour tels que l'hôpital mixte de jour, l'hôpital oncologique de jour et l'hôpital pédiatrique de jour.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour définir l'hôpital chirurgical de jour comme une fonction hospitalière englobant un ensemble de prestations chirurgicales qui seront précisées.

Cette liste comprend en principe les prestations chirurgicales pour lesquelles il est prévu un maxiforfait ou un superforfait dans le cadre de l'assurance maladie. On opte pour une liste de prestations afin d'éviter que les activités chirurgicales qui s'effectuent actuellement dans le cabinet du médecin ne soient transférées en hospitalisation de jour.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer que les prestations figurant sur la liste doivent être effectuées dans un hôpital de jour agréé si elles ne sont pas réalisées en hospitalisation complète, et ce afin de prévenir la création d'hôpitaux de jour qui échappent au contrôle relatif aux prescriptions à respecter concernant la sécurité des patients.

On opte pour le modèle dans lequel l'hôpital de jour fait partie de l'hôpital général.

Ce choix est motivé par le souci de garantir, d'une part, la qualité des prestations au profit du patient admis en hôpital de jour, ce qui exige, entre autres, un contrôle des prescriptions à respecter concernant la sécurité des patients, identique à celui de l'hôpital général et, d'autre part, une utilisation rationnelle de l'infrastructure hospitalière libérée par suite de la diminution du nombre des hospitalisations classiques.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour déclarer que l'arrêté royal précité du 30 janvier 1989 doit être adapté. Ceci est indispensable pour neutraliser l'impact que la création d'un hôpital de jour peut avoir sur la capacité en lits minimum, le taux moyen d'occupation et la durée moyenne de séjour de l'hôpital ou des services hospitaliers.

2.5. Soins palliatifs.

Une réglementation adaptée au problème spécifique des soins palliatifs, aussi bien dans les hôpitaux qu'à domicile sera élaborée. A cette fin, l'Etat fédéral prendra l'initiative, en concertation avec les Communautés, de créer une commission d'experts qui sera chargée de présenter un rapport contenant des propositions concrètes endéans un délai de trois mois.

2.6. La Commission de recours.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord pour que l'article 76 de la loi sur les hôpitaux soit rapidement mis à exécution. L'Etat fédéral élaborera plus particulièrement les règles organiques de base y afférentes pour permettre la création d'une Commission de recours, telle que visée à l'article précité.

2.7. Priorités de politique spécifiques.

Dans le cadre des règles fixées par le présent protocole, et en respectant les compétences de chacun dans la réforme de l'Etat, les Communautés peuvent, en fonction des besoins spécifiques, fixer leurs propres priorités.

3. Contrôle et concertation réguliers.

L'Etat fédéral et les Communautés sont d'accord de se concerter régulièrement, et ceci entre autres concernant les modalités d'exécution du présent protocole.

2.3.8. Automatische omschakeling.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat de V-bedden voor dewelke op 1 december 1993 geen reconversie werd aangevraagd automatisch omgeschakeld zullen worden a ratio van 1 V-bed naar 2 R.V.T. bedden, waarvan 1 op 1.1.94 en 1 op 1.1.95.

2.4. Het juridisch statuut van het dagziekenhuis.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het eens met de krachtlijnen die de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen geformuleerd heeft aangaande het statuut van het dagziekenhuis.

De Federale Staat en de Gemeenschappen wensen voorrang te geven aan het uitwerken van een juridisch statuut voor het chirurgisch dagziekenhuis. Er wordt evenwel overeengekomen om spoedig werk te maken van de andere types van dagziekenhuizen, zoals het gemengde dagziekenhuis, het oncologisch dagziekenhuis en het pediatrisch dagziekenhuis.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens het chirurgisch dagziekenhuis te omschrijven als een ziekenhuisfunctie die een geheel van heelkundige verstrekkingen omvat zoals die nader zullen worden bepaald.

Deze lijst omvat in beginsel de chirurgische verstrekkingen waarvoor in de ziekteverzekerings een maxi- of superforfait wordt voorzien. Er wordt geopteerd voor een lijst van verstrekkingen teneinde te vermijden dat de chirurgische activiteiten die thans in het kabinet van de geneesheer geschieden naar de daghospitalisatie zouden getransfereerd worden.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat de op de lijst voorkomende verstrekkingen, indien ze niet verricht worden in volledige hospitalisatie, in een erkend dagziekenhuis moeten gebeuren. Dit ten einde te vermijden dat er her en der dagziekenhuizen opgericht worden die ontsnappen aan de controle op de in acht te nemen voorschriften voor patientenbeveiliging.

Er wordt geopteerd voor het model waarbij het dagziekenhuis deel uitmaakt van het algemeen ziekenhuis.

Deze keuze wordt gemotiveerd vanuit de zorg naar enerzijds kwaliteitsgarantie ten voordele van de in het dagziekenhuis opgenomen patiënt, wat onder meer eenzelfde controle op de in acht te nemen voorschriften voor patientenbeveiliging vereist als in het algemeen ziekenhuis, en anderzijds rationeel gebruik van ziekenhuisinfrastructuur die door vermindering van klassieke hospitalisaties wordt vrijgemaakt.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat het hierboven vermelde koninklijk besluit van 30 januari 1989 dient aangepast te worden. Zulks is noodzakelijk om de impact te neutraliseren die de oprichting van een dagziekenhuis kan hebben op de minimale beddenkapaciteit, de gemiddelde bezettingsgraad en de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis of van de ziekenhuisdiensten.

2.5. Palliatieve zorgen.

Er zal een regelgeving worden uitgewerkt die is aangepast aan het specifiek probleem van de palliatieve zorgen, dit zowel in de ziekenhuizen als in de thuisverzorging. Te dien einde zal de Federale Staat het initiatief nemen om, in overleg met de Gemeenschappen, een commissie van deskundigen samen te stellen die als opdracht zal hebben een verslag met concrete voorstellen op te maken, binnen een termijn van drie maanden.

2.6. De Beroepscommissie.

De Federale Staat en de Gemeenschappen zijn het erover eens dat spoedig uitvoering zal worden gegeven aan artikel 78 van de ziekenhuiswet. Met name zal de Federale Staat de desbetreffende organische basisregelen uitvaardigen zodat een Beroepscommissie, bedoeld in voormalig artikel, kan worden opgericht.

2.7. Specifieke beleidsprioriteiten.

In het kader van de in dit protocol bepaalde regels en binnen de respectieve bevoegdheden van de staatshervorming kunnen de Gemeenschappen in functie van verschillende noden eigen beleidsprioriteiten bepalen.

3. Toezicht en geregelde overleg.

De Federale Staat en de Gemeenschappen komen overeen op geregelde tijdstippen een overleg te voeren en dit ondermeer over de wijze waarop aan dit protocol uitvoering wordt gegeven.

Dans ce cadre, dès à présent et en respectant les compétences de chacun, une commission, composée des administrations concernées, est créée.

Bruxelles, le 28 juillet 1993.

Pour l'Etat fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

Le Ministre de l'Intégration sociale,
de la Santé publique et de l'Environnement,
M. DE GALAN

Pour la Commission communautaire commune :

Le Membre du Collège réuni
compétent pour la politique de Santé,
J.-L. THYS

Le Membre du Collège réuni
compétent pour la politique de Santé,
J. CHABERT

Pour la Communauté française :

La Ministre présidente du Gouvernement
de la Communauté française,
L. ONKELINX

Pour la Communauté flamande :

De Minister van Financiën en Begroting,
Welzijn, Gezin en Gezondheidsinstellingen,
W. DEMEESTER-DE MEYER

Pour la Communauté germanophone :
Der Gemeinschaftsminister der Exekutive
der deutschsprachigen Gemeinschaft,
J. MARAITE

In dit kader wordt, vanaf heden, met inachtneming van eenieders bevoegdheid, een commissie opgericht die samengesteld is uit de verschillende betrokken administraties.

Brussel, 28 juli 1993.

Voor de Federale Staat :

De Minister van Sociale Zaken,
B. ANSELME

De Minister van Maatschappelijke Integratie,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
M. DE GALAN

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

Het Lid van het Verenigd College
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
J.-L. THYS

Het Lid van het Verenigd College
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
J. CHABERT

Voor de Franse Gemeenschap :

La Ministre présidente du Gouvernement
de la Communauté française,
L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Gemeenschap :

De Minister van Financiën en Begroting,
Welzijn, Gezin en Gezondheidsinstellingen,
W. DEMEESTER-DE MEYER

Voor de Duitstalige Gemeenschap :
Der Gemeinschaftsminister der Exekutive
der deutschsprachigen Gemeinschaft,
J. MARAITE

MINISTÈRE DES FINANCES ET MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

F. 93 — 2250

24 SEPTEMBRE 1993. — Arrêté ministériel relatif au remboursement par anticipation du capital non amorti de l'emprunt 8 p.c. 1988-1995 contracté, sous la garantie de l'Etat, par le Fonds d'aide au redressement financier des communes

Le Ministre des Finances et le Ministre de l'Intérieur,

Vu l'arrêté royal du 10 octobre 1988 relatif à l'emprunt 8 p.c. 1988-1995 à contracter, sous la garantie de l'Etat, par le Fonds d'aide au redressement financier des communes, notamment l'article 5,

Arrête :

Article 1^{er}. En application de l'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1988 relatif à l'emprunt 8 p.c. 1988-1995 contracté, sous la garantie de l'Etat, par le Fonds d'aide au redressement financier des communes, il sera procédé au remboursement anticipé des obligations restant à amortir dudit emprunt.

Art. 2. Les obligations seront remboursées à 101,25 p.c. de leur valeur nominale le 28 octobre 1993 et cesseront de porter intérêt à partir de cette date.

Art. 3. Les obligations présentées au remboursement anticipé devront être munies des coupons d'intérêt non échus à la date d'exigibilité du capital et le montant des coupons manquants sera déboursé au Trésor.

Art. 4. Le remboursement des obligations, coupon d'intérêt n° 6 attaché, s'effectuera aux guichets du Caissier de l'Etat à la Banque Nationale de Belgique, à Bruxelles et en province.

MINISTERIE VAN FINANCIEN EN MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN AMBTENARENZAKEN

N. 93 — 2250

24 SEPTEMBER 1993. — Ministerieel besluit betreffende de vervroegde terugbetaling van het niet afgeloste kapitaal van de 8 pct. lening 1988-1995, met staatswaarborg aangegaan door het Hulpfonds tot financieel herstel van de gemeenten

De Minister van Financiën en de Minister van Binnenlandse Zaken,

Gelet op het koninklijk besluit van 10 oktober 1988 betreffende de 8 pct. lening 1988-1995, met staatswaarborg aan te gaan door het Hulpfonds tot financieel herstel van de gemeenten, inzonderheid artikel 5,

Besluit :

Artikel 1. In toepassing van artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1988 betreffende de 8 pct. lening 1988-1995, met staatswaarborg aangegaan door het Hulpfonds tot financieel herstel van de gemeenten, zal er worden overgegaan tot vervroegde terugbetaling van de nog af te lossen obligaties van desbetreffende lening.

Art. 2. De obligaties zullen worden terugbetaald tegen 101,25 pct. van de nominale waarde op 28 oktober 1993 en zullen variaf die datum geen interest meer opbrengen.

Art. 3. De obligaties aangeboden ter vervroegde terugbetaling moeten voorzien zijn van de op de datum van opvorderbaarheid van het kapitaal niet vervallen rentecoupons en het bedrag van de ontbrekende coupons zal aan de Schatkist vergoed worden.

Art. 4. De terugbetaling van de obligaties, rentecoupon nr. 6 aangehecht, zal geschieden aan de loketten van de Rijkskassier bij de Nationale Bank van België, te Brussel en buiten de hoofdstad.