

25 juli 1986.

**PROTOCOL TUSSEN DE NATIONALE REGERING EN DE GEMEENSCHAPSEXECUTIEVEN
MET BETREKKING TOT HET TE VOEREN GEZONDHEIDSBELEID.**

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Staat en de 3 Gemeenschappen van het land op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken ;

Overwegende dat het geboden is, met respect voor leders bevoegdheid en verantwoordelijkheid, tot een zo groot mogelijke coherentie te komen inzake het gezondheidsbeleid dat wordt gevoerd op het landelijke vlak, binnen iedere Gemeenschap, en t.a.v. de zgn. bicommunautaire instellingen in het tweetalig gebied van Brussel-Hoofdstad ;

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 ;

Tijdens dit overleg werd overeengekomen tussen de Staat en de Gemeenschappen onderhavig protocolakkoord af te sluiten. Dit akkoord bevat enerzijds de gemeenschappelijke doelstellingen van het te voeren beleid en anderzijds de maatregelen die ter verwezenlijking van deze doelstellingen door de respectievelijke partijen, binnen hun eigen bevoegdheid, zullen worden genomen.

1. Doelstellingen voor het gezondheidsbeleid.

1.1. Beddenreductie en kwaliteitsverbetering.

1.1.1. Sinds het moratorium aan bedden in de algemene ziekenhuizen per 1 juli 1982 werd ingevoerd, kwam er een einde aan de sinds jaren ongebreidelde groei van het aantal ziekenhuisbedden.

Het moratorium gaf zelfs een aanzet tot een vermindering van het aantal bedden.

Daar waar het aantal bedden in de algemene ziekenhuizen op 1 juli 1982 het cijfer van 69.855 had bereikt, werd dit met name teruggedrongen tot 68.779 bedden op 1 januari 1985; hetzij een vermindering met 1076 bedden in algemene ziekenhuizen. Op basis van de gegevens die over het jaar 1985 bekend zijn blijkt dat deze trend zich verderzet.

1.1.2. Ondanks deze nieuwe evolutie, moet toch worden vastgesteld dat ten aanzien van de programmatiecriteria, er een belangrijk overtal aan bedden blijft bestaan. Deze overcapaciteit bestaat zowel voor het Rijk, als voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, alsmede voor het hoofdstedelijk gebied van Brussel.

Zo zijn er voor het Rijk, in de algemene ziekenhuizen, 68.779 bedden tegenover 57.557 voorziene bedden. In Vlaanderen zijn er 37.882 bedden tegenover 32.876 bedden, in Brussel 9.293 bedden tegenover 5.866, en in Wallonië 21.604 bedden tegenover 18.806.

Hierbij dient evenwel opgemerkt dat er in de Duitse Gemeenschap geen overcapaciteit aan ziekenhuisbedden bestaat.

1.1.3. Uit hetgeen voorafgaat moge blijken dat de criteria zoals ze destijds werden vastgesteld, globaal genomen, gevoelig werden overschreden. Dit heeft tot gevolg dat de beschikbare middelen over een te groot aantal bedden moeten worden verspreid. In een tijd waar de voorhanden zijnde middelen steeds maar schaarser worden dringt zich hoe langer hoe meer de vraag op naar beddenreductie.

Deze beddenreductie is overigens noodzakelijk om de kwaliteit van de geboden verzorging te handhaven en deze zo mogelijk zelfs te verbeteren.

De beddenreductie moet het ten andere ook mogelijk maken meer aangepaste alternatieve verzorgingsmogelijkheden op te zetten.

1.2. Aanpassing van de verzorgingsinfrastructuur tengevolge van de demografische wijzigingen.

1.2.1. Naast de problematiek van de overcapaciteit aan bedden in ziekenhuizen stelt zich ook het probleem van de aanpassing van onze verzorgingsinfrastructuur, ingevolge o.m. de veroudering van de bevolking.

Volgens de jongste bevolkingsprognoses zal het aantal bejaarden van 65 jaar en ouder t.o.v. de ganse bevolking tussen 1986 en het jaar 2025 nog toenemen van 14,3 % naar 19,6 %.

Belangrijk hierbij is de toename van het aantal hoogbejaarden van 85 jaar en ouder. Deze bevolkingsgroep vertoont met name een complexe gezondheidsproblematiek.

1.2.2. In het licht van deze demografische wijzigingen is het noodzakelijk onze gezondheidsinfrastructuur aan te passen.

In de voorbije jaren werd daarom een aanvang gemaakt met de oprichting van meer aangepaste ziekenhuisdiensten voor de kortstondige opvang van acuut zieke bejaarden. In deze zgn. geriatriediensten (G), die onder de leiding staan van een internist, wordt een intensieve verzorging geboden om het invaliderend karakter van bepaalde aandoeningen te voorkomen en de terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu mogelijk te maken.

Tot voor kort bestonden nagenoeg geen voorzieningen voor de residentiële opvang van verzorgingsbehoevende bejaarden die geen continu specialistisch toezicht vergen. Nochtans bestaat, mede door de veroudering van de bevolking, een grote nood aan dit soort van voorzieningen. De wettelijke basis voor deze zgn. rust- en verzorgingstehuizen werd eind 1982 tot stand gebracht.

De oprichting van deze tehuizen werd financieel mogelijk gemaakt dank zij de niet-ingebruikneming of de sluiting of reconversie van ziekenhuisdiensten.

Tot op heden konden aldus zo'n 4000-tal verzorgingsbedden worden gecreëerd.

1.2.3. De veroudering van de bevolking die in het vooruitzicht wordt gesteld vergt dat de inspanningen worden verder gezet om onze verzorgingsinfrastructuur aan te passen.

Zo zal de programmatie van de G.diensten moeten worden gerealiseerd er over wakend dat het concept van de dienst gerespecteerd blijft.

Tevens zal verder werk moeten worden gemaakt van de oprichting van rust-en verzorgingstehuizen om de terzake bestaande behoeften te kunnen dekken.

1.3. Toepassing van de nieuwe medische technologie.

De jongste jaren werden in de gezondheidszorg tal van nieuwe medische technieken geïntroduceerd.

Het betreft zowel diagnostische als therapeutische mogelijkheden.

De nieuwe medische technieken zijn vaak veel doeltreffender dan de klassiek gebruikte methoden. De kostprijs van deze medische apparatuur loopt echter dikwijls hoog op, en dit zowel voor de investering als voor de exploitatie. De nieuwe medische technieken kunnen echter ook kostenbesparend zijn indien hierdoor verouderde technieken kunnen worden vermeden en de hospitalisatie kan worden ingekort of voorkomen.

Het gebruik van de nieuwe technologie moet dan ook worden gestimuleerd, met dien verstande evenwel dat dit binnen de perken van de financiële mogelijkheden moet gebeuren en op voorwaarde dat de apparatuur in kwalitatief goede omstandigheden wordt gehanteerd.

2. Institutioneel kader.

2.1. Ingevolge de grondwetsherziening van 1980 en de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen werden de bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid als volgt opgedeeld tussen de Nationale Staat en de Gemeenschappen :

- 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 programmatiebeslissingen;

- inzake de erkenning bepaalt de Staat de organieke basisnormen; de Gemeenschappen bepalen de overige normen en zijn bevoegd voor het toestaan en intrekken van de erkenning;

- inzake de financiering van de werking 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.).

2.2. Om de sub 1. beschreven doelstellingen binnen de bestaande staatsstructuur te kunnen realiseren is een nauwe samenwerking tussen de Staat en de Gemeenschappen noodzakelijk.

Voor de Staat dringen zich verschillende maatregelen op om deze doelstellingen te realiseren en het budgetaire evenwicht van de begrotingen van Volksgezondheid en van het R.I.Z.I.V. te bereiken. De nationaal bevoegde minister moet deze maatregelen kunnen treffen. Daartegenover staat dat ingevolge de staatsvorming individuele beslissingen inzake bouw, erkenning, sluiting en toewijzingen voor uitrustingen tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren.

3. Principiële uitgangspunten voor de te nemen maatregelen.

Er bestaat overeenstemming tussen de Staat en de Gemeenschappen nopens de 3 objectieven die onder punt 1 worden uiteengezet.

3.1. Het aantal ziekenhuisbedden moet worden verminderd en de kwaliteit van de geboden verzorging moet kunnen worden verbeterd.

3.2. De uitbouw van alternatieve verzorgingsmogelijkheden moet worden verdergezet om de behoeften, die vnl. ingevolge de veroudering van de bevolking ontstaan, te kunnen dekken.

3.3. De nieuwe technologie dient te worden toegepast binnen de perken van de financiële mogelijkheden, en in kwalitatief goede omstandigheden.

Hieronder worden voor de 3 gestelde objectieven de maatregelen opgesomd waaromtrent tussen de Staat en de Gemeenschappen een overeenstemming werd bereikt.

Hierbij weze opgemerkt dat deze objectieven in het verlengde liggen van het eerste protocolakkoord dat op 22 juli 1982 tussen de Staat en de Gemeenschappen werd afgesloten. De beginselen die in dit akkoord vervat liggen vormen dan ook nog steeds de hoeksteen voor het toekomstig beleid en zullen derhalve door de respektievelijke partijen geëerbiedigd blijven.

4. Beheersing en vermindering van het aantal bedden.

Er bestaat overeenstemming omtrent verschillende maatregelen die het toekomstige en bestaande aanbod aan ziekenhuisbedden beter moeten beheersen. Deze maatregelen vormen het verlengde van het protocolakkoord en van het K.B. n° 60 van 22 juli 1982 waardoor de toename van het aantal bedden werd tegengehouden. Nieuwe bedden kunnen hierdoor slechts worden ingebruikgenomen mits sluiting van minstens eenzelfde aantal bedden. Parallel hiermee werd voorzien in een systeem van schadeloosstelling voor de niet-ingebruikname en de sluiting van ziekenhuisbedden

4.1. Om naar de toekomst toe het aanbod beter in de hand te houden zullen door de Gemeenschappen de hierna volgende maatregelen, genomen in uitvoering van het K.B. nr.407 van 18 april 1986, worden toegepast.

4.1.1. Om het aantal programmatiebeslissingen inzake de bouw, de uitbreiding, de verbouwing of de reconversie van ziekenhuizen beter te beheersen, zullen deze, als algemene basisregel, in de tijd worden beperkt. Dit moet meteen ook toelaten de programmatiebeslissingen die niet tot uitvoering werden gebracht, te herzien in functie van de behoeften zoals deze mettertijd evolueren.

Om duidelijker het onderscheid te maken tussen de programmatiebeslissingen en het principiële akkoord, (d.i. een notie uit de subsidiëringsreglementering) wordt de programmatiebeslissing, voortaan de "vergunning" genoemd.

4.1.2. Om de verbouwingswerken waarmee geen verhoging van het aantal bedden gepaard gaat, beter in de hand te houden zal ook voor deze werken voortaan een programmatievergunning moeten worden bekomen. Aldus kan door de Gemeenschappen worden onderzocht of deze werken al of niet in het programma passen. Deze maatregel zal niet alleen leiden tot een betere beheersing van de uitgaven, maar zal ook bijdragen tot een meer efficiënte beddenbeheersing, en zo mogelijk zelfs tot een vermindering van overtallige bedden.

Bij koninklijk besluit, genomen na overleg met de Gemeenschappen, zullen algemene geldende uitzonderingen worden bepaald om kleine verbouwingswerken, met een beperkte financiële weerslag, zonder vergunning mogelijk te maken. Deze uitzonderingen zullen evenwel precies worden omschreven.

4.1.3. Ingevolge het moratorium aan ziekenhuisbedden gebeurt het dat onderbezette ziekenhuisbedden worden gesloten om nieuwe ziekenhuisbedden ingebruik te nemen, die bovendien vaak een hogere kostprijs hebben dan de gedesaffecteerde bedden. Dit kan worden voorkomen door toepassing te maken van artikel 21bis, § 3 van de ziekenhuiswet. In het kader van deze bepaling wordt overeengekomen de ingebruikname van ziekenhuisbedden door desaffectatie van M-, N- en E-bedden principiële te verbieden. De uitbreiding van dit soort van maatregel naar andersoortige ziekenhuisdiensten zal steeds in onderling overleg met de Gemeenschappen worden beslist.

4.2. Naast de sub 4.1. bedoelde maatregelen moeten ook maatregelen worden genomen om het aantal ziekenhuisbedden te reduceren.

4.2.1. Tussen de Staat en de Gemeenschappen bestaat er overeenstemming om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen tot op het niveau van de programmatiecriteria.

4.2.2. De criteria zoals deze thans gelden kwamen tot stand na advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. De adviezen van deze Commissie hadden evenwel een voorlopig karakter wegens gemis aan voldoende gegevens. Daarom zal een wetenschappelijk onderzoek worden opgezet om de vigerende programmatiecriteria te evalueren. De Gemeenschappen zullen op de hoogte worden gebracht van de omschrijving van de opdracht inzake de evaluatie van de programmatiecriteria.

Deze studie moet uiterlijk tegen 31 december 1986 voltooid zijn ten einde toe te laten tijdig de passende maatregelen te treffen.

4.2.3. De beddenreductie kan worden doorgevoerd op basis van artikel 21 van de ziekenhuiswet. Deze bepaling laat met name de Koning toe de regelen en de modaliteiten te bepalen voor de afschaffing van "overtallige bedden". Met het oog op de realisering van het sub 4.2.1. gestelde objectief werd deze bepaling door het voormelde K.B. nr.407 gepreciseerd. Met name wordt de notie "overtallige bedden" omschreven als wat overtalig is ten opzichte van de programmatiecriteria.

4.3. In overleg met de Gemeenschappen zullen een reeks van stimulerende maatregelen worden getroffen om de vrijwillige reductie van het aantal ziekenhuisbedden zoveel mogelijk aan te moedigen.

4.4. Ziekenhuisdiensten moeten kunnen worden afgeschaft indien deze kwalitatief niet goed functioneren.

In de ziekenhuiswet werd daarom door het K.B. nr.407 expliciet in de mogelijkheid voorzien de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten afhankelijk te maken van een reeks van kwaliteitsvereisten.

Uitgaande van dit principe bestaat er overeenstemming omtrent het onderzoek naar de volgende erkenningsvoorwaarden :

4.4.1. Het goed functioneren van een ziekenhuis kan afhangen van de wijze waarop het gestructureerd is. Het zou dan ook wenselijk kunnen zijn te bepalen over welk soort of soorten van ziekenhuisdiensten een ziekenhuis moet beschikken om te worden erkend.

4.4.2. Om in kwalitatief goede voorwaarden te kunnen functioneren zou het ook raadzaam kunnen zijn dat een ziekenhuis over een minimum aantal bedden beschikt. Daarom moet worden nagegaan welke minimum-capaciteit er gebeurlijk per ziekenhuis dient te worden vastgesteld rekening houdend ondermeer met de aard van de activiteiten van de ziekenhuizen, alsmede eventueel met de bijzondere localisatie ervan.

4.4.3. Zo ook zou het geboden kunnen zijn dat een ziekenhuisdienst over een minimum aantal bedden beschikt om in kwalitatief verantwoorde omstandigheden te functioneren.

Er moet dan ook worden onderzocht welke gebeurlijk de minimum-capaciteit per dienst dient te zijn.

Deze minimum-capaciteit, zou kunnen worden gedifferentieerd naargelang het soort van diensten.

4.4.4. Ten slotte dient te worden onderzocht of een ziekenhuisdienst naast een minimale bedcapaciteit, ook een bepaald activiteitsniveau moet hebben. Het activiteitsniveau wordt beschouwd als de noodzakelijke kritische massa om kwalitatief goed te functioneren. Dit kan zich uitdrukken bvb. in gemiddelde bezettingsgraad, gemiddelde ligduur, de aard en het aantal van de verstrekte zorgen, zoals aantal bevallingen voor een M-dienst, aantal neurochirurgische ingrepen voor een neurochirurgiedienst enz...

In de ziekenhuiswet werd de juridische basis gelegd om het activiteitsniveau per dienst te kunnen bepalen.

In uitvoering van het vooropgestelde activiteitsniveau zal gebeurlijk het aantal erkende bedden worden aangepast ten einde een meer optimale werking te verzekeren.

Met de Gemeenschappen zal overleg worden gepleegd over de uitvoeringsbesluiten waarin de hierboven bedoelde bijkomende erkenningsvoorwaarden worden vastgesteld.

Met het oog op het verzekeren van de goede kwalitatieve werking der ziekenhuizen zullen de Gemeenschappen nauwlettend toezien op de strikte naleving van de erkenningsnormen der ziekenhuizen.

4.5. Beddenreductie kan ook worden gerealiseerd door samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen te stimuleren. Daarom werd, door het K.B. nr.407, in de ziekenhuiswet, meer bepaald in de bepalingen die verband houden resp. met de erkenning, de programmatie en de financiering, de notie "ziekenhuisgroepering" ingevoerd. De ziekenhuisgroepering moet worden omschreven als een formele juridische verbintenis tussen twee of meerdere ziekenhuizen die zich er met name toe engageren om samen te werken. Deze samenwerking kan er toe leiden dat ziekenhuizen beter op elkaar afgestemd geraken en door taakverdeling een rationalisatie van hun beddenbestand doorvoeren. Naast de introductie van het begrip ziekenhuisgroepering, werd in de wet ook de basis voorzien om het vormen van groeperingen aan te moedigen.

4.6. Er is overeenstemming om de bedreductie door te voeren in verhouding tot de programmatorische overcapaciteit die wordt vastgesteld respectievelijk in de Vlaamse Gemeenschap, in de Franse Gemeenschap en in het tweetalig gebeid Brussel hoofdstad voor de zgn. bicommunautaire ziekenhuizen. De verwezenlijking van het globaal objectief van beddenreductie dient in zijn toepassing te worden gemodaliseerd, rekening houdend met de specifieke toestanden in de onderscheiden gebieden en ziekenhuisregio's. Er zal worden over gewaakt dat over alle basisdiensten kan worden beschikt om de vereiste gezondheidszorg te kunnen verlenen.

4.7. De sluiting van ziekenhuisdiensten moet gepaard gaan met de passende begeleidingsmaatregelen. Over de praktische uitvoering hiervan zal met de Gemeenschappen overleg worden gepleegd.

4.7.1. Eén van deze maatregelen behelst de toekenning van een schadeloosstelling. Dit is thans reeds mogelijk door het koninklijk besluit van 20 juni 1983. Er bestaat overeenstemming om het stelsel van de schadeloosstelling, op basis van de praktische ervaringen die sinds bijna 3 jaren werden opgedaan, te evalueren en zo nodig bij te sturen opdat het een efficiënt instrument zou zijn voor beddenvermindering.

In het licht hiervan wordt door de Staat en de Gemeenschappen overeengekomen om de procedure voor de toekenning van de schadeloosstelling sterk in te korten. Met name zal het voormelde besluit worden gewijzigd ten einde de behandeling van de dossiers, met inbegrip van de uitbetaling van de schadeloosstelling, door de Nationale Staat te laten geschieden.

De aanvraag tot schadeloosstelling zal door bemiddeling van de Gemeenschap aan de Nationale overheid worden overgemaakt, met voorlegging van een attest van de Gemeenschap waaruit blijkt dat deze akkoord gaat met de sluiting en/of reconversie.

4.7.2. Zoals onder punt 1 werd uiteengezet moeten uit de beddenreductie middelen worden vrijgemaakt om de kwaliteit van de zorgverstrekking te verbeteren. Hierdoor zal tevens een gedeelte van het personeel dat ingevolge de sluiting normaliter zou worden ontslagen, in dienst kunnen worden gehouden. In het kader hiervan zal er bovendien worden naar gestreefd om het deeltijds werk te bevorderen ten einde de tewerkstelling zoveel mogelijk te handhaven. Aldus zal het sluitingsproces op een meer soepele wijze verlopen. Om dit te realiseren werd, door het K.B. nr.407, in de ziekenhuiswet het principe ingeschreven dat ziekenhuizen die overgaan tot een beddenreductie door een interne herstructurering of door het vormen van een ziekenhuisgroepering of fusie, in hun budget een bijkomend bedrag kunnen krijgen om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren.

5. Alternatieve verzorgingsvormen.

De beleidsverantwoordelijken van de Staat en van de Gemeenschappen zijn zich bewust van de noodzaak om andere verzorgingsvormen te stimuleren : enerzijds omdat ze een volwaardig verzorgingsalternatief kunnen bieden en anderzijds omdat ze minder duur uitvallen dan de hospitalisatie. De ontwikkeling van deze alternatieve verzorgingsvormen moet tevens leiden tot een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.

5.1. In het kader van het protocolakkoord van 22 juli 1982 werd reeds beoogd uitvoering te geven aan artikel 5 van de wet van 27 juni 1978.

Inmiddels werden de nodige uitvoeringsmaatregelen getroffen waardoor tot op heden zo'n 4000 verzorgingsbedden konden tot stand komen.

5.1.1. Er bestaat overeenstemming om het aantal verzorgingsbedden op te drijven om aldus aan de verzorgingsbehoeften, die ingevolge de veroudering van de bevolking ontstaan, tegemoet te kunnen komen. Daartoe zullen de nodige middelen moeten worden vrijgemaakt. Deze zullen moeten worden gevonden door een vermindering van de middelen in de ziekenhuissector.

5.1.2. Bij de toewijzing van de verzorgingsbedden zal er door de Gemeenschappen worden over gewaakt dat :

- a) de verzorgingsbedden evenwichtig worden gespreid ;
- b) de verzorgingsbedden in erkende rustoorden worden toegestaan.
Ook rustoorden die geen binding met een ziekenhuis hebben moeten de kans krijgen voor hun verzorgingsbehoevende bejaarden over verzorgingsbedden te beschikken ;
- c) de verzorgingsbedden die ontstaan door de desaffectatie van ziekenhuisbedden, globaal genomen, billijk worden verdeeld tussen de verschillende soorten van inrichtende machten.

5.1.3. Teneinde de sub 5.1.2. gestelde objectieven te realiseren zal per Gemeenschap een gedeelte van de toe te wijzen verzorgingsbedden in een pool worden ondergebracht. Deze bedden zullen door de bevoegde Gemeenschapsminister worden toegewezen.

5.1.4. Teneinde de ziekenhuizen vrijwillig tot beddenvermindering aan te zetten zullen de, op het ogenblik van de ondertekening van dit protocol, bestaande equivalentieregels met betrekking tot de oprichting van verzorgingstehuizen ingevolge de desaffectatie van akute ziekenhuisbedden worden herzien.

5.1.5. Overeenkomstig het protocolakkoord van 22 juli 1982 werden een reeks van besluiten getroffen om V. diensten die niet de rol van ziekenhuisdienst vervullen er toe aan te zetten zich naar rust- en verzorgingstehuis te reconverteren.

Er bestaat overeenstemming om dit reconversie-proces verder te stimuleren en te versnellen.

Er wordt tevens overeengekomen om op nationaal vlak, in samenwerking met de Gemeenschappen, een evaluatie te maken van de V.diensten die zich niet omschakelen. Uit deze evaluatie zal blijken of er in de toekomst behoefte blijft bestaan aan een V.dienst. Zo ja, moet worden uitgemaakt volgens welk concept en voor welke behoefte. In het kader van het hierboven geschetste objectief zullen de V.diensten die zich niet omschakelen tijdens een in acht te nemen observatieperiode worden doorgelicht aan de hand van een registratiesysteem.

De evaluatieperiode zal lopen over een periode van 12 maanden. Tijdens deze periode zullen een reeks van gegevens worden geregistreerd respectievelijk bij de opname van de patiënten, na verloop van ieder trimester en bij het ontslag van de patiënten. De geregistreeerde gegevens zullen worden beoordeeld door een stuurgroep bestaande uit geneesheren van verzekeringsinstellingen, van de inrichtende machten van de V.diensten, geriaters van academisch niveau, alsmede geneesheren van de inspectiediensten der Gemeenschappen en van het Departement van Volksgezondheid.

Deze stuurgroep zal op basis van de geregistreeerde anonieme gegevens een evaluatierapport opstellen waarin een antwoord zal worden geboden op de hierboven gestelde vragen in verband met het concept van de V-dienst en de behoefte aan dit soort van diensten.

5.1.6. Er bestaat overeenstemming om parallel met de oprichting van de rust-en verzorgingstehuizen de programmatie van de G.diensten te realiseren.

Hierbij zal er over gewaakt worden dat deze diensten effectief de rol van geriatriedienst vervullen.

5.2. Er is overeenstemming om de thuisverzorging aan te moedigen.

De beddenreduktie moet het mogelijk maken de nodige financiële middelen te vinden om de thuisverzorging aan te moedigen.

Deze vorm van verzorging moet met name verder ontwikkeld worden mede ingevolge de veroudering van de bevolking.

De bedoeling is nl. de hospitalisatie zoveel mogelijk te voorkomen of in te korten door een goed werkende thuisverzorging.

Te dien einde verbindt de Staat er zich toe, binnen de financiële mogelijkheden, progressief uitvoering te geven aan de bepaling in de ZIV-wet, ingevoegd door de wet van 1 augustus 1985, die toelaat aan patiënten die zich onder bepaalde voorwaarden thuis laten verzorgen, een forfaitaire vergoeding per dag toe te kennen.

Hierbij zal prioriteit worden gegeven aan de meest verzorgingsbehoevenden die over de nodige bijstand moeten kunnen beschikken om zich in het thuismilieu te handhaven.

Een bijzondere aandacht zal worden besteed aan een betere coördinatie van de zorgverlening doch met respect voor de vrije keuze van zorgverstrekker.

Tussen de Staat en de Gemeenschappen zal nader overleg worden gepleegd over de wijze waarop, met respect voor ieders bevoegdheid, een coherent beleid op het vlak van de thuisgezondheidszorg kan worden gevoerd. In het kader hiervan zullen de problemen worden bestudeerd inzake de coördinatie van de thuisgezondheidszorg en de financiering van deze coördinatie.

6. Er bestaat eveneens overeenstemming om de partiële hospitalisatie te bevorderen.

Hierbij wordt ondermeer gedacht aan de daghospitalisatie voor chirurgische ingrepen. De partiële hospitalisatie biedt tal van voordelen.

- bepaalde prestaties of ingrepen die traditioneel met een hospitalisatie gepaard gaan, kunnen even doeltreffend en even veilig zonder ziekenhuisverblijf worden uitgevoerd. Daardoor kunnen verpleegdagen worden uitgespaard en kunnen derhalve de kosten worden gedrukt ;
- de patiënt kan sneller naar huis terugkeren. Voor hemzelf is de opname ook goedkoper dan bij een hospitalisatie van meerdere dagen ;
- wachtlijsten kunnen desgevallend worden verminderd ;
- de ziekenhuisbedden kunnen worden voorbehouden voor meer ernstige aandoeningen ;
- de vermindering van ligdagen kan leiden tot een vermindering van het aantal bedden.

Op grond van voornoemde redenen moet de partiële hospitalisatie financieel worden gestimuleerd, met dien verstande dat zulks, globaal genomen, moet leiden tot een beddenvermindering.

Tevens dient er te worden over gewaakt dat deze vorm van hospitalisatie de behoeften dekt, en dat deze verricht wordt in kwalitatief goede omstandigheden.

7. Er wordt overeengekomen dat voor de psychiatrische ziekenhuizen het beleid inzake de vermindering van het aantal residuaire bedden zal worden verdergezet.

8. Er bestaat overeenstemming om voor de psychiatrische patiënten die het psychiatrisch ziekenhuis verlaten de mogelijkheid te bieden zich verder te laten verzorgen in het kader van het beschut wonen, voor zover deze verzorging door het psychiatrisch ziekenhuis wordt begeleid. Deze begeleiding kan mede tot stand komen door de diensten voor geestelijke gezondheidszorg alsmede door daartoe erkende centra.

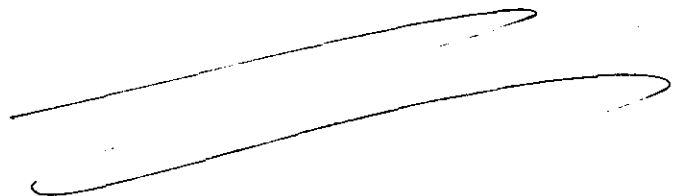
- 8.1. Om deze vorm van verzorging te kunnen verzekeren werd daartoe door het K.B. nr.407 in de ziekenhuiswet de nodige wettelijke basis voorzien. Met name moeten de bepalingen van de ziekenhuiswet tot het beschut wonen kunnen worden uitgebreid.
- 8.2. Zoals voor de ziekenhuizen, zal voortaan voor de oprichting van plaatsen voor beschut wonen een voorafgaandelijke vergunning worden vereist. Deze vergunning wordt afgeleverd door de daartoe bevoegde Gemeenschapsminister.
- 8.3. Gelet op de beperktheid der middelen enerzijds en op het bestaan van overtallige bedden in psychiatrische ziekenhuizen anderzijds, zal in globo aan de oprichting van plaatsen voor beschut wonen de voorwaarde worden verbonden van de afbouw van overtallige bedden in psychiatrische ziekenhuizen. Met name moeten de initiatieven van beschut wonen kunnen gefinancierd dank zij de middelen die vrijkomen uit de globale vermindering van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen.
- Daartoe zal als algemene en nationale basisregel een zgn. equivalentie worden vastgesteld.
- 8.4. Het aantal plaatsen voor beschut wonen zal worden bepaald in functie van het aantal T-bedden (Vp inbegrepen) dat actueel programmatorisch verantwoord is.

9. Toepassing van de nieuwe medische technologieën.

- 9.1. Er is overeenstemming om de programmatie van de zware medische apparatuur om te buigen naar een stelsel van zware medico-technische diensten.
De wettelijke basis daartoe werd gelegd door het K.B. n° 284 van 31 maart 1984. Naar de toekomst toe zal dit besluit, voor de diverse zware medische apparatuur, tot uitvoering worden gebracht.
- 9.2. Een eerste toepassing hiervan zal worden gemaakt voor de transversale axiale tomograaf met ingebouwd telsysteem of de zgn. scanner.
De programmatie van dit toestel zal worden omgebogen naar een kwalitatieve benadering. Met name is er overeenstemming om de installatie van een scanner in een dienst voor beeldvorming afhankelijk te maken van een reeks erkenningsvoorwaarden.
De financiering door de ziekteverzekering zal slechts worden toegekend voor zover aan de dienst een erkenning werd verleend overeenkomstig de gestelde normen. Ten einde dubbele financiering voor de investeringskosten te vermijden zal de thans geldende subsidiëring à rato van 100 % van de investeringskost, worden afgeschaft.
- 9.3. Gelijkaardige toepassingen zullen worden gemaakt voor o.m. de hartradiologie-diensten, de radiotherapiediensten en de dialysediensten.
10. De Gemeenschappen zullen, overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980, aan de nationale overheid, mededeling geven van alle beslissingen inzake de programmatie, de subsidiëring en de erkenning van de ziekenhuizen, alsmede van de toelatin

11. De Staat en de Gemeenschappen komen overeen om de adviezen van hun respectievelijke adviesorganen inzake de programmatie en de erkenning van voorzieningen van gezondheidszorg, aan elkaar uit te wisselen.
12. Inwerkingtreding van het protocol.
- 12.1. De maatregelen van dit protocol die geen wet, of decreet of reglementaire beschikking vergen, treden in werking op het ogenblik van de ondertekening van dit protocol.
- 12.2. De overige maatregelen treden in werking op het ogenblik dat bedoelde wettelijke, decretale of reglementaire beschikkingen uitwerking hebben.
13. De maatregelen voorzien in onderhavig protocol zullen ook worden toegepast door de betrokken Nationale Ministers ten aanzien van de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft.

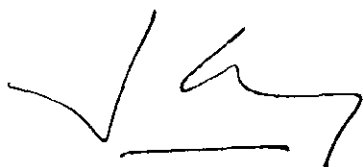
Brussel, 25 -07- 1986



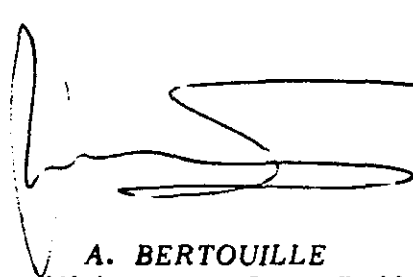
J.-L. DEHAENE
Minister van Sociale Zaken
en Institutionele Hervormingen



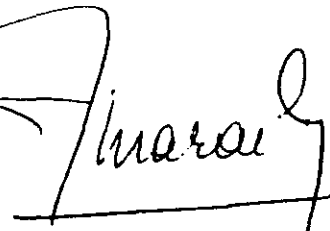
J. GOL
Vice-Eerste Minister, Minister
van Justitie en Institutionele
Hervormingen



J. LENSSENS
Gemeenschapsminister van
Volksgezondheid en Leefmilieu



A. BERTOUILLE
Minister van Gezondheid,
Onderwijs en Middenstand
van de Franse Gemeen-
schap van België



J. MARAITE
Gemeenschapsminister
voor Toerisme en Sport
Gezinsbeleid en Gezond-
heidsbeleid