

Maatregelen tot beheersing en vermindering
van het aantal bedden in de algemene ziekenhuizen

Protocol tussen de Nationale Regering
en de Franse en de Vlaamse Gemeenschapsexecutieve

1. Vaststellingen.

1.1. In vergelijking met de nationaal vastgelegde programmatiecriteria bestaat er voor gans het land een belangrijk overtal aan ziekenhuisbedden.

Zo waren er op 1 april 1982 in de algemene ziekenhuizen 69 855 bedden, tegenover 58 233 programmatorisch voorziene bedden (+ 20 pct.). De overschrijding doet zich voor zowel in Vlaanderen als in Wallonië als in Brussel. In Vlaanderen zijn er 33 578 bedden, tegenover 33 355 programmatorisch voorziene bedden (+ 15,7 pct.); in Wallonië 21 677 bedden, tegenover 18 983 (+ 14,2 pct.); in Brussel 9 600 bedden, tegenover 5 895 (+ 63,8 pct.; met inbegrip van de universitaire bedden).

1.2. Op dezelfde datum waren er nog \pm 6 500 bedden in opbouw. Indien al die bedden als ziekenhuisbedden zouden worden in gebruik genomen, dan komt men tot een programmatorische overschrijding van 31 pct. voor gans het land, van 24,4 pct. in Vlaanderen, van 28,7 pct. in Wallonië en 76,9 pct. in Brussel.

1.3. Op dezelfde datum waren er nog een tweeduizend bedden waarvoor een principiële akkoord werd gegeven, maar waarvan de bouwwerken nog niet zijn aangevat.

Indien ook deze bedden als ziekenhuisbedden zouden gerealiseerd worden, dan komt men tot een nog grotere programmatorische overschrijding.

1.4. Artikel 5 - artikel 209 van de wet op de budgettaire voorstellen 1980 die een Z.I.V.-tussenkost voorzie voor het zorgpakket in de rust- en verzorgingstehuizen werd tot op heden nog niet in uitvoering gesteld.

2. Situering van het overleg in het nieuw institutioneel kader.

2.1. Ingevolge de grondwetsherziening van 1980 en de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen is inzake ziekenhuizen de bevoegdheidsopdeling tussen Staat en Gemeenschappen schematisch als volgt :

— inzake programmatie bepaalt de Staat de basisregelen en meer in het bijzonder de programmatiecriteria; de Gemeenschappen bepalen de prioriteiten bij de toepassing en nemen de individuele programmatiebeslissingen;

— inzake erkenning bepaalt de Staat de normen die een weerslag hebben op de financiering van de ziekenhuizen; 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 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. De toepassing van het institutioneel schema geschetst onder 2.1. wordt in zijn logica doorkruist door het feit van de reeds bestaande en nog te verwachten overschrijding van het aantal ziekenhuisbedden (zie supra, sub. 1).

Het tegenaan van deze toestand noopt tot beslissingen waarbij zowel de Staat als de Gemeenschappen betrokken zijn. Door de programmatorische overschrijding van de ziekenhuisbedden ontstaat immers een ernstige bedreiging voor het budgettair evenwicht van de begrotingen Volksgezondheid en R.I.Z.I.V.; hiertegen moet de nationaal bevoegde minister maatregelen treffen. Daartegenover staat dat ingevolge de staatsvorming individuele beslissingen inzake bouw en erkenning tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren.

Mesures visant la maîtrise et la diminution
du nombre de lits dans les hôpitaux généraux

Protocole conclu entre le Gouvernement national
et les Exécutifs des Communautés française et flamande

1. Constatations.

1.1. Par comparaison aux critères de programmation nationale, il existe dans tout le pays un excédent de lits hospitaliers.

Au 1er avril 1982, les hôpitaux généraux comptaient 69 855 lits alors que le programme n'en prévoyait que 58 233 (+ 20 p.c.). Ledit excédent se manifeste en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. En Flandre, il y a 33 578 lits par rapport aux 33 355 lits prévus d'après les critères de programmation (+ 15,7 p.c.); en Wallonie 21 677 lits par rapport à 18 983 (+ 14,2 p.c.); à Bruxelles, il y a 9 600 lits par rapport à 5 895 (+ 63,8 p.c. en ce compris les lits universitaires).

1.2. A la même date + 6 500 lits étaient encore en construction. Au cas où tous les lits seraient utilisés comme lits d'hôpital, les critères de programmation seraient dépassés de 31 p.c. pour l'ensemble du pays, de 24,4 p.c. en Flandre, de 28,7 p.c. en Wallonie et de 76,9 p.c. à Bruxelles.

1.3. Toujours à la même date, environ 2 000 lits avaient fait l'objet d'un accord de principe, les travaux de construction n'étant cependant pas entamés. Au cas où ces lits seraient eux aussi réalisés comme lits d'hôpital, le dépassement du programme s'aggraverait davantage.

1.4. L'article 5 — article 209, de la loi relative aux propositions budgétaires 1980, prévoyant une intervention de l'A.M.I. dans l'enveloppe des soins dans les maisons de repos et de soins, n'a pas encore été mis à exécution à l'heure actuelle.

2. Situation de la concertation dans le nouveau cadre institutionnel.

2.1. En vertu de la révision de la Constitution et de la loi spéciale de réformes institutionnelles, la compétence dans le secteur des hôpitaux a été répartie schématiquement de la manière suivante :

— en matière de programmation, l'Etat établit les règles de base et plus particulièrement les critères de programmation; les Communautés arrêtent les priorités lors de l'application et prennent les décisions de programmation;

— en matière d'agrément, l'Etat fixe les normes qui ont un impact sur le financement des hôpitaux; les Communautés établissent les autres normes et sont compétentes quant à l'octroi et au retrait de l'agrément;

— en matière de financement du fonctionnement des hôpitaux, la compétence appartient à l'Etat; l'A.M.I. ressortit également à la compétence exclusive de l'Etat.

Selon ce schéma, l'Etat arrête le cadre général; ce que les Communautés accordent dans les limites dudit contexte général entre en considération pour le financement au niveau de l'Etat en ce qui concerne le fonctionnement (budget Santé publique, budget I.N.A.M.I.).

2.2. La logique de l'application du schéma institutionnel esquissé au 2.1. est compromise par le dépassement présent et futur du nombre de lits d'hôpital (voir supra, sub. 1).

Des décisions impliquant tant l'Etat que les Communautés sont requises pour remédier à cette situation. Le dépassement de la programmation des lits hospitaliers met sérieusement en péril l'équilibre budgétaire de la Santé publique et de l'I.N.A.M.I.; le Ministre compétent au niveau national doit prendre des mesures à cet effet. Toutefois, en vertu de la réforme de l'Etat, les décisions individuelles en matière de construction et d'agrément sont du ressort des Communautés.

Teneinde recht te laten wedervaren aan ieders bevoegdheid en verantwoordelijkheid en teneinde de grootst mogelijke coherentie in de respectieve aanpak te bereiken, werd het initiatief genomen tot een gezamenlijk overleg waarbij naar overeenstemming werd gezocht omtrent een geheel van maatregelen om de evolutie van het ziekenhuisbeddenbestand te beheersen.

Onderhavig protocol omvat de opsomming van deze maatregelen alsmede een aanduiding hoe en door wie ze zullen worden doorgevoerd.

3. Principiële uitgangspunten voor de te nemen maatregelen.

3.1. Er is overeenstemming om te zeggen dat de sub. 1.1. geschetste toestand qua programmatorische overschrijding in elk geval niet meer mag verergeren.

Prioriteit moet gegeven worden aan de verwezenlijking van dit objectief.

Bovendien zal betracht worden om de reeds bestaande bedoverschrijding zo dicht mogelijk tot het niveau van de criteria terug te dringen.

3.2. Er is overeenstemming om te zeggen dat de verwezenlijking van het globaal objectief moet gemodalisiseerd worden in zijn toepassing, rekening houdend met de specifieke toestanden in de onderscheiden gebieden en ziekenhuisregio's.

Met het oog hierop moet ook de basis gelegd worden voor het creëren van de noodzakelijke adviesstructuur, hierbij rekening houdend met de aanpassingen aan de ziekenhuiswet die zich opdringen ingevolge de staats hervorming op het vlak van de persoonsgebonden aangelegenheden.

3.3. Er is overeenstemming om te zeggen dat er moet voorzien worden in formules van schadeloosstelling voor gemaakte kosten of van vergoeding voor dekking van financiële gevolgen inherent aan sluiting, niet-exploitatie of reconversie van diensten.

4. Vooropgestelde maatregelen ter beheersing en vermindering van het aantal ziekenhuisbedden.

4.1. Er is overeenstemming omtrent het voornemen om in de nationale wet als bewarende maatregel in te schrijven dat de bestaande programmatorische overschrijding niet verder mag

De wet zal bepalen dat de ziekenhuizen die niet inbreuk op deze grondregel zouden functioneren worden uitgesloten van de toepassing van de financieringsregelen voorzien in de artikelen 5, 9 en 12 van de ziekenhuiswet.

De betrokken ziekenhuizen zullen een vergunning tot ingebruikname moeten voorleggen waaruit blijkt dat hun diensten worden ingebruik genomen, conform aan de vooropgestelde regel.

De vergunning tot ingebruikname wordt afgeleverd door de bevoegde Gemeenschapsministers en, voor wat de zgn. bi-communautaire ziekenhuizen in Brussel betreft, door de nationaal bevoegde ministers.

4.2. Ter explicitering van de sub. 4.1. vermelde regel en tot waarborg van de verwezenlijking ervan is er akkoord om te zeggen dat de Gemeenschappen geen aanvang van nieuwe werken meer zullen toelaten, tenzij :

— het gaat om werken die geen betrekking hebben op het aantal bedden;

— het gaat om werken die bestemd zijn om te voldoen aan de erkenningsnormen;

— het gaat om bouw van bedden die in vervanging komen van bestaande bedden, of die het aantal bedden verminderen.

Indien, met het oog op een betere spreiding en toegankelijkheid van de ziekenhuisvoorzieningen, in een bepaalde ziekenhuisregio bouw van bijkomende bedden wordt toegestaan, zal dit slechts gebeuren mits uitdrukkelijk aangeduide compensatoire vermindering.

In ziekenhuiszones waar programmatorische bedoverschrijding bestaat zal toelating tot nieuwbouw gepaard gaan met een effectieve vermindering ten overstaan van de situatie van overschrijding.

Wanneer, in specifieke omstandigheden, de uitvoering van de hoger opgesomde regelen niet mogelijk blijkt, zal slechts een beslissing worden genomen indien hierover een akkoord bereikt werd tussen de Minister van Sociale Zaken en de bevoegde Gemeenschapsminister.

Afin de faire droit aux compétences et responsabilités de chacun et d'atteindre une cohérence maximale dans l'approche respective, une initiative de concertation commune a été prise dont l'objectif consistait à rechercher un accord au sujet d'un ensemble de mesures permettant de maîtriser l'évolution du nombre de lits d'hôpital.

Le présent protocole comporte l'énumération de ces mesures ainsi que l'indication de la manière et par qui elles seront exécutées.

3. Principes de base des mesures à prendre.

3.1. Un consensus s'est dégagé pour déclarer qu'une aggravation de la situation décrite sub. 1.1., concernant le dépassement de la programmation, ne saurait en aucun cas être tolérée.

La réalisation de cet objectif doit bénéficier d'une priorité absolue.

En outre, il faudra tenter de ramener le dépassement existant aussi près que possible du niveau des critères.

3.2. Il y a consensus pour dire que la réalisation de l'objectif global doit être modalisée dans son application, compte tenu des situations spécifiques dans les différentes régions et secteurs hospitaliers.

A cet effet, il faut également jeter les bases de la mise en place de l'indispensable structure de consultation, compte tenu des modifications de la loi sur les hôpitaux qui s'imposent en raison de la réforme de l'Etat dans le domaine des matières personnalisables.

3.3. Un consensus s'est également dégagé pour établir que des formules d'indemnisation des dépenses faites ou des conséquences financières inhérentes à la fermeture, la non-exploitation ou la reconversion des services devront être prévues.

4. Mesures projetées visant la maîtrise et la diminution du nombre de lits d'hôpital.

4.1. L'intention d'inscrire dans la loi, à titre de mesure conservatoire, que le dépassement existant de la programmation ne peut se poursuivre, recueille l'assentiment général.

La loi stipulera que les hôpitaux qui fonctionneront en infraction à cette règle fondamentale seront exclus de l'application des règles de financement prévues aux articles 5, 9 et 12 de la loi sur les hôpitaux.

Les hôpitaux concernés devront présenter une autorisation de mise en service établissant que leurs services entrent en activité conformément à la règle précitée.

L'autorisation de mise en service est délivrée par les ministres communautaires compétents ou, pour ce qui concerne les hôpitaux dits bi-communautaires, à Bruxelles, par les ministres compétents du Gouvernement national.

4.2. A titre d'explication de la règle mentionnée sub. 4.1. et en vue de garantir sa réalisation, il y a accord pour établir que les Communautés n'autoriseront plus de nouveaux travaux, sauf dans le cas où :

— il s'agit de travaux qui n'ont pas de relation avec le nombre de lits;

— il s'agit de travaux destinés à satisfaire aux normes d'agrément;

— il s'agit de la construction de lits destinés à remplacer des lits existants, ou de travaux qui diminuent le nombre de lits.

Si, afin d'aboutir à une meilleure répartition et accessibilité des structures hospitalières, l'autorisation de créer des lits supplémentaires est accordée dans une zone hospitalière déterminée, ladite création sera subordonnée à une diminution compensatoire explicitement définie.

Dans des zones hospitalières où il existe un dépassement de la programmation, l'autorisation de construire de nouveaux lits doit s'accompagner d'une diminution effective des lits excédentaires.

Si, dans des cas spécifiques, l'exécution des règles susmentionnées s'avère impossible, une décision ne sera prise que s'il y a accord entre le Ministre des Affaires sociales et le Ministre compétent de la Communauté.

4.3. Ter explicitering van de sub. 4.1. vermelde regel en tot waarborg van de verwezenlijking ervan is er ook akkoord om te zeggen dat de Gemeenschappen .Jor de in opbouw zijnde bedden geen vergunning tot ingebruikname zullen geven, tenzij het vaststaat dat deze bedden in vervanging komen van bestaande bedden; bij de beslissing wordt aangeduid welke bedden vervangen worden.

4.3.1. Wanneer in zeer specifieke omstandigheden, de uitvoering van het vermelde beginsel niet kan worden doorgevoerd, zal de voorafgaande specifieke vergunning slechts afgeleverd worden indien hiervoor een akkoord bereikt werd tussen de Minister van Sociale Zaken en de bevoegde Gemeenschapsminister.

4.3.2. Het bewijs dat de ingebruikgenomen bedden in vervanging komen zal kunnen worden geleverd hetzij door aan te duiden dat elders ziekenhuisbedden worden afgeschaft of dat deze worden gereconverteerd naar niet-ziekenhuisdiensten, zoals rust- en verzorgingstehuizen.

4.3.3. Teneinde de reconversie mogelijk te maken verbindt de Minister van Sociale Zaken zich ertoe onmiddellijk de nodige voorstellen uit te werken om uitvoering te geven aan artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, zoals gewijzigd door artikel 209 van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980. Dit betekent dat de planningscriteria en de erkenningsnormen tegen 1 november 1982 moeten worden uitgevaardigd, zodanig dat beslissingen over desaffectatie van ziekenhuisbedden gelijktijdig kunnen genomen worden met beslissingen over het programmatorisch toekennen van verzorgingsbedden, waarvan de financiering via het R.I.Z.I.V. uiterlijk op 1 januari 1983 effectief kan worden.

De desaffectatie van ziekenhuisdiensten is een noodzakelijke voorwaarde om de financiering via de Z.I.V. van de zorgverlening in de verzorgingstehuizen budgettair mogelijk te maken.

Derhalve zal het systeem van de tussenkomst slechts kunnen in werking treden indien ziekenhuisbedden worden afgebouwd, hetzij door afschaffing, hetzij door reconversie naar verzorgingstehuizen.

Diensten zullen dus enkel in het nieuw systeem kunnen worden opgenomen, indien het bewijs geleverd wordt dat vooraf ziekenhuisbedden werden afgebouwd of niet worden in gebruik genomen.

Een nog niet in gebruik genomen ziekenhuisbed kan vervangen worden door één verzorgingsbed.

De afschaffing van ziekenhuisbedden in gedesaffecteerde ziekenhuisdiensten geeft aanleiding tot het toestaan van een dubbel aantal verzorgingsbedden.

Voor elk gedesaffecteerd ziekenhuisbed kunnen twee verzorgingsbedden in gebruik genomen worden.

Er zal over gewaakt worden dat samen met de oprichting van verzorgingsbedden in de ziekenhuizen er eveneens verzorgingsbedden in de erkende rustoorden zullen worden toegestaan.

De toegang tot de Z.I.V.-tussenkomst zal afhankelijk gesteld worden van het voorleggen van het bewijs dat de toegekende verzorgingsbedden werden toegekend na desaffectatie van ziekenhuisbedden.

In het kader van de reconversieproblematiek van ziekenhuisdiensten naar rust- en verzorgingstehuizen zal ook rekening gehouden worden met het feitelijk functioneren van de V.-diensten; een aantal onder hen zullen tot verzorgingstehuis worden gereconverteerd, gezien zij in feite als dusdanig functioneren; in hetzelfde kader zal de rol van de R.-dienst als dienst voor geriatrie en revalidatie bijzonder worden beklemtoond.

4.4. Om de bestaande bedden te verminderen worden twee maatregelen genomen die via de omzendbrief m.b.t. de verpleegdaggprijs zullen worden opgelegd door de Minister van Sociale Zaken.

4.4.1. In 1982 en 1983 zal het aantal verpleegdagen respectievelijk met 3 pct. en 5 pct. moeten worden verminderd. Dit kan gebeuren door onderlinge afspraak tussen de instellingen. In de mate dat de vermindering van verpleegdagen ook vertaald wordt in sluiting van (een gedeelte van) diensten, wordt een vergoeding voorzien voor post-exploiatiekosten.

4.3. En guise d'explication de la règle mentionnée au point 4.1. ci-dessus et en vue de garantir l'application, il y a accord sur le fait que les Communautés n'autoriseront pas la mise en service des lits actuellement en construction, à moins qu'il ne soit établi que ces lits remplacent des lits existants; lors de la décision, il sera indiqué quels lits seront remplacés.

4.3.1. Lorsque, dans des circonstances bien spécifiques, le principe visé ne peut être appliqué, l'autorisation spécifique de mise en service ne sera délivrée que s'il y a accord entre le Ministre des Affaires sociales et le Ministre compétent de la Communauté.

4.3.2. La preuve que les lits sont mis en service en remplacement d'autres lits peut être produite soit en indiquant que des lits d'hôpital ont été supprimés ailleurs, soit qu'ils ont été reconvertis en services non-hospitaliers tels que les maisons de repos et de soins.

4.3.3. Afin de rendre la reconversion possible, le Ministre des Affaires sociales s'engage à élaborer immédiatement les propositions nécessaires en vue d'exécuter l'article 5 de la loi du 27 juin 1978, modifiant la loi sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins, tel que modifié par l'article 209 de la loi du 8 août 1980, relative aux propositions budgétaires 1979-1980. Ceci signifie que les critères de planning et les normes d'agrégation doivent être établis avant le 1er novembre 1982, de telle sorte que les décisions relatives à la désaffectation hospitalière puissent être prises simultanément avec des décisions tendant à accorder, sur le plan de programmation des lits de maisons de soins dont le financement par l'I.N.A.M.I. pourra devenir effectif au plus tard le 1er janvier 1983.

La désaffectation de services hospitaliers est une condition nécessaire afin de rendre budgétairement possible le financement de la dispensation de soins dans les maisons de soins par l'entremise de l'A.M.I.

Le système de l'intervention ne pourra donc fonctionner que si l'on diminue des lits d'hôpitaux soit par suppression, soit par reconversion en lits de maisons de soins.

Des services pourront donc uniquement être incorporés dans le nouveau système si la preuve est faite que l'on a d'abord diminué des lits d'hôpitaux ou qu'ils n'ont pas été mis en service.

Un lit d'hôpital non encore mis en service peut être remplacé par un lit de soins.

La suppression de lits dans des services hospitaliers désaffectés donne lieu à octroi d'un nombre double de lits de soins.

Pour chaque lit d'hôpital désaffecté, deux lits de soins peuvent être mis en service.

Il sera veillé sur le fait que lors de la création de lits de soins dans des hôpitaux, des lits de soins dans des homes de soins pourront également être admis.

Le droit à l'intervention de l'A.M.I. sera subordonné à la production de la preuve que les lits de soins ont été attribués après désaffectation de lits d'hôpitaux.

Dans le cadre général de la reconversion de services hospitaliers en maisons de repos et de soins, il faut également tenir compte du fonctionnement effectif des services V; un certain nombre d'entre eux seront reconvertis en maisons de soins parce qu'ils fonctionnent en fait en tant que tels. Le rôle des services R en tant que services de gériatrie et de révalidation sera renforcé.

4.4. Afin de diminuer le nombre de lits existants, deux mesures sont prises, qui seront imposées par la circulaire relative au prix de la journée d'entretien par le Ministre des Affaires sociales.

4.4.1. Au cours des années 1982 et 1983, le nombre de journées d'hospitalisation devra diminuer respectivement de 3 p.c. et de 5 p.c. Cela peut se faire par un accord mutuel entre les établissements. Dans la mesure où la réduction des journées d'hospitalisation sera traduite par la fermeture de services (ou une partie de services), une indemnité de frais de post-exploitation sera accordée.

4.4.2. Maatregelen worden genomen om, enerzijds, het gebruik van eventueel niet-erkende bedden tegen te gaan, en, anderzijds, het overbrengen van patiënten van bepaalde overbezette diensten naar doorgaans onderbezette diensten. Aldus zal het aantal dagen dat aanvaard wordt voor de andere diensten dan de M-E-N-diensten beperkt worden tot het aantal dagen dat overeenstemt met een bezetting van 100 pct. in verhouding tot het aantal erkende bedden die geen bedden E, M of N zijn.

5. Begeleidende maatregelen : vormen van schadeloosstelling.

5.1. Artikel 6, § 10, van de ziekenhuiswet, zal aangevuld worden teneinde de schadeloosstelling mogelijk te maken voor kosten die gepaard gaan met de sluiting of het niet-ingebruiknemen van een ziekenhuis of een ziekenhuisdienst, hetzij ten laste van de begroting ingeval de sluiting of niet-exploitatie een volledig ziekenhuis betreft, hetzij ten laste van de verpleegdagprijs ingeval van gedeeltelijke sluiting of een gedeeltelijke niet-ingebruikname; in dit laatste geval zou de verpleegdagprijs voor de in functie gebleven bedden verhoogd worden om de postexploitatiekosten van de gesloten of niet-ingebruik genomen diensten te dekken.

5.2. In uitvoering van artikel 6, § 10, van de ziekenhuiswet, zal uiterlijk op 1 november 1982 een besluit genomen worden dat regelt hoe schadeloosstelling wordt verstrekt van gemaakte kosten voor studie en opmaak van plannen voor initiatieven die niet worden uitgevoerd evenals een besluit ter uitvoering van de bepaling vermeld onder 5.1.

5.3. De nationale begroting zal de financiering van de onder 5.1 en 5.2 bedoelde maatregelen mogelijk maken. Een der modaliteiten van deze financiering zal erin bestaan dat op nationaal vlak een systeem van trekkingsrechten wordt ingevoerd waarop de Gemeenschappen een beroep kunnen doen om de sluiting van ziekenhuisdiensten of concrete projecten van gedesaffekteerde ziekenhuisdiensten te financieren.

6. Aanpassing van de programmatiestructuur.

Er zal vermeden worden om de voorgestelde maatregelen lineair door te voeren; ze moeten aangepast worden aan de concrete toestanden en in overleg met de betrokken groepen.

Daarom is het nodig over een gepaste adviesstructuur te beschikken; ingevolge de Staatshervorming moet de bestaande adviesstructuur vervangen worden.

In de ziekenhuiswet zullen de nodige aanpassingen worden doorgevoerd teneinde zowel op nationaal niveau als op gemeenschapsniveau de vorming van de nodige adviesorganen mogelijk te maken binnen de kortst mogelijke tijd.

Wat de samenstelling betreft acht men het wenselijk dat leden van de betrokken gemeenschapsadviesorganen zitting hebben in de nationale adviesorganen voor erkenning en programmatie en vice-versa.

Om het probleem praktisch op te lossen zal in de nationale wet worden ingeschreven dat leden van de gemeenschapsadviesorganen zitting zullen hebben in de corresponderende nationale adviesorganen.

Over de concrete toepassing ervan zal overleg worden gepleegd met de Gemeenschappen, op het ogenblik dat tot de samenstelling van de adviesorganen wordt overgegaan.

7. Inwerkingtreding van het protocol.

7.1. 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.

7.2. De overige maatregelen treden in werking op het ogenblik dat bedoelde wettelijke, decreetale of reglementaire beschikkingen uitwerking hebben.

4.4.2. Des mesures seront prises pour limiter, d'une part, l'utilisation d'éventuels lits non agréés et, d'autre part, des transferts de patients de certains services suroccupés vers des services généralement sous-occupés. C'est ainsi que le nombre de journées accepté pour les services autres que E, M et N sera limité au nombre de journées correspondant à une occupation de 100 p.c. par rapport au nombre de lits agréés non repris sous les indices E, M et N.

5. Mesures complémentaires : formes d'indemnisation.

5.1. L'article 6, § 10, de la loi sur les hôpitaux, sera complété afin de permettre l'indemnisation des frais résultant de la fermeture ou la non-mise en exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier, soit à charge du budget quand il s'agit de la fermeture ou la non-mise en exploitation d'un hôpital entier, soit à charge du prix de la journée d'entretien quand il s'agit d'une partie d'hôpital; dans ce dernier cas, le prix de la journée d'entretien pour lits restés en fonction serait augmenté afin de couvrir les frais de post-exploitation des lits fermés ou des lits non mis en service.

5.2. En exécution de l'article 6, § 10, de la loi sur les hôpitaux, un arrêté fixant la procédure d'indemnisation des frais d'études et d'élaboration de plans pour des initiatives qui ne sont pas concrétisées, ainsi qu'un arrêté portant exécution de la disposition dont question au 5.1., seront pris le 1er novembre 1982 au plus tard.

5.3. Le budget national permettra le financement des mesures visées aux 5.1 et 5.2. Une des modalités de ce financement consistera dans la création, au niveau national, d'un système de droits de tirage auquel les Communautés pourront faire appel en vue du financement des frais liés à la suppression de services hospitaliers ou au financement de projets concrets de reconversion de services hospitaliers désaffectés.

6. Adaptation de la structure de programmation.

Il faudra éviter de procéder à l'exécution linéaire de mesures proposées; elles doivent être adaptées aux situations concrètes et exécutées après la concertation avec les groupes concernés.

Il est, dès lors, nécessaire de disposer d'une structure de consultation adéquate; à la suite de la réforme de l'Etat, la structure de consultation existante doit être remplacée.

La loi sur les hôpitaux sera modifiée de façon à permettre le plus rapidement possible, tant au niveau national qu'au niveau des Communautés, la création des organes de consultation nécessaires.

Quant à la composition de ces organes, il est souhaitable que des membres des organes consultatifs communautaires siègent dans les organes consultatifs nationaux d'agrégation et de programmation et vice-versa.

Afin de donner une solution pragmatique au problème, il sera inscrit dans la loi nationale que des membres des organes consultatifs de la Communauté siègeront dans les organes nationaux correspondants.

Pour l'application concrète de ce principe, il y aura concertation entre les Communautés et le niveau national au moment de la composition des organes de consultation.

7. Entrée en vigueur du protocole.

7.1. Les mesures du protocole, qui ne requièrent pas une disposition légale ou réglementaire, ou un décret, entrent en vigueur le jour de la signature du présent protocole.

7.2. Les autres mesures entrent en vigueur au moment où les dispositions des lois, décrets ou règlements visés sortent leurs effets.

8. Bijzondere bepaling.

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, 22 juli 1982.

W. MARTENS,
Eerste Minister

D. COENS,
Minister van Onderwijs (N)

R. DE WULF,
Gemeenschapsminister
van Gezondheidsbeleid

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

M. TROMONT,
Minister van Onderwijs (F)

R. URBAIN,
Minister-Lid van de Executieve
van de Franse Gemeenschap

8. Dispositions particulières.

Les mesures prévues dans le présent protocole seront également appliquées par les Ministres nationaux concernés pour les hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision.

Bruxelles, le 22 juillet 1982.

W. MARTENS,
Premier Ministre

D. COENS,
Ministre
de l'Education nationale (N)

R. DE WULF,
Ministre communautaire
de la Politique de santé

J.-L. DEHAENE,
Ministre des Affaires sociales
et des Réformes institutionnelles

M. TROMONT,
Ministre
de l'Education nationale (F)

R. URBAIN,
Ministre-Membre de l'Exécutif
de la Communauté française