

PROTOCOL TUSSEN DE NATIONALE REGERING EN DE OVERHEDEN BEVOEGD VOOR HET
GEZONDHEIDSBELEID KRACHTENS ARTIKEL 59 BIS EN ARTIKEL 59 TER VAN DE
GRONDWET MET BETREKKING TOT HET TE VOEREN GEZONDHEIDSBELEID

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

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

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

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

Institutioneel kader

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

Inzake het gezondheidsbeleid werden de bevoegdheden als volgt verdeeld :

1. De Nationale Staat is bevoegd gebleven inzake de organieke wetgeving.
2. Inzake de programmatie bepaalt de Staat de basisregelen, meer in het bijzonder de programmatiecriteria ; de Gemeenschappen bepalen de prioriteiten bij de toepassing en nemen de individuele programmatiebeslissingen.
3. De Staat bepaalt de nationale erkenningsnormen ; de Gemeenschappen bepalen de overige normen en zijn bevoegd voor het toestaan en intrekken van de erkenning. De Gemeenschappen zijn eveneens bevoegd inzake het toezicht en de inspectie van de instellingen vanuit het oogpunt van de gezondheidszorg.
4. Inzake de door de organiekewetgeving geregelde financiering van de exploitatie van de ziekenhuizen is de Staat bevoegd ; ook de Z.I.V. is de uitsluitende bevoegdheid van de Staat.

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

1. Akute ziekenhuizen

1.1. Globale behoeften

1.1.1. Vaststellingen

- a) De jongste jaren werd een beleid gevoerd om het aantal ziekenhuisbedden te reduceren en hierdoor beter in overeenstemming te brengen met de behoeften. Het aantal acute ziekenhuisbedden in het Rijk verminderde hierdoor van 60 815 bedden op 1 januari 1982 naar 55 986 bedden op 1 januari 1987, hetzij een vermindering met 4 829 bedden.
- b) Globaal genomen blijft er in de acute ziekenhuissector ten aanzien van de thans geldende programmatiecriteria een overschot aan bedden bestaan, met name van B 942 bedden. De overcapaciteit blijft groot in de zgn. C en D diensten. De criteria voor de programmatie van ziekenhuisbedden werden in de Duitse Gemeenschap niet bereikt.
- c) Gelet op de evolutie van de medische wetenschap en van de medische technologie zal de ligduur in de acute ziekenhuizen nog kunnen worden verkort en zal het aantal acute ziekenhuisbedden nog verder kunnen worden verminderd.

1.1.2. Maatregelen

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

1.2. Globaal erkenningsbeleid

1.2.1. Uitgangspunt : het K.B. van 30 januari 1989

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

1.2.2. Toekomstige doelstellingen

Binnen dit globaal concept zal het beleid zich in de volgende jaren toespitsen op 4 doelstellingen :

- a) het ziekenhuis moet progressief evolueren van een indeling van de bedden volgens de diensten naar een indeling van de bedden volgens de functies overeenkomstig de wettelijke basis daartoe gecreëerd door de voormelde wet van 30 december 1988 ;
- b) binnen het globale ziekenhuisconcept moet de functie van de daghospitalisatie duidelijk kunnen worden omschreven op grond van de evaluatie van de ervaring die zal worden opgedaan met de pilootexperimenten ;
- c) de werking van de ziekenhuizen moet verder geoptimaliseerd worden door het invoeren van kwaliteitsnormen, alsmede door vormen van kwaliteitstoetsing.
Binnen dit objectief moet inzonderheid aandacht worden besteed aan de verpleegkundige werking en de bestendige vorming van het ziekenhuispersoneel.
- d) er zal gestreefd worden naar een zo groot mogelijke integratie van de verschillende beroepsgroepen en hun activiteiten in het ziekenhuis.

1.3. Geriatrie

1.3.1. De geriatriedienst als uitgangspunt van een geriatrisch beleid.

De veroudering van de bevolking vergt dat alles wordt ondernomen om via een acute geriatrie het chronisch karakter van aandoeningen bij bejaarden zoveel als mogelijk te voorkomen. De geriatriedienst onder de leiding van een erkend internist-geriater biedt daartoe een geschikt kader.

1.3.2. Doelstellingen voor de toekomst

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

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

1.4. Moeder- en kinddiensten

1.4.1. Materniteiten

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

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

1.4.2. Neonatale zorgen

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

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

1.4.3. Pediatrie

Ten einde de pediatrie zorgen kwalitatief te verbeteren zal aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen worden gevraagd om, in samenwerking met de betrokken wetenschappelijke middelen, de reglementering inzake de pediatrie zorgverlening aan een herziening te onderwerpen en de invoering van de functie "pediatrie" te bestuderen.

1.5. Zware medische apparatuur en zware medische diensten

1.5.1. Uitgangspunt

De evolutie inzake de medische technologie heeft ongetwijfeld een belangrijke bijdrage geleverd tot de vooruitgang van de geneeskunde.

Ook in de toekomst mag worden verwacht dat de medische technologie een grote invloed zal blijven uitoefenen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Binnen het Departement van Volksgezondheid zal de evolutie van de medische technologie dan ook op de voet worden gevolgd ten einde hiermee tijdig rekening te kunnen houden bij de beleidsvoering.

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

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

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

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

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

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

2. Chronische zorg

2.1. V - diensten

2.1.1. Huidige toestand

Het beleid dat de voorgaande jaren werd gevoerd heeft geleid tot een vrijwillige vermindering van het aantal V - bedden. Dit aantal evolueerde met name van 9.019 bedden op 1 januari 1982 naar 5.693 bedden op 1 januari 1989. Hierbij dient te worden genoteerd dat binnen het laatstgenoemde cijfer zich 528 V - bedden bevinden die zich progressief reconverteren naar rust- en verzorgingsbedden. Tevens dient te worden vastgesteld dat er zich in de Duitse Gemeenschap geen V-bedden bevinden.

2.1.2. Toekomst

Het bestaand aanbod aan V - diensten werd inmiddels onderworpen aan een doorlichting door een commissie ad hoc waarin, naast deskundigen, ook de Gemeenschappen en de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd waren. Het rapport van deze Commissie zal, overeenkomstig de ziekenhuiswet, voor advies aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen worden voorgelegd. Op basis van het rapport van de Commissie zal kortelings een beslissing worden genomen rond de bestemming die in de toekomst aan de V-diensten zal worden voorbehouden.

2.2. Psychogeriatric

2.2.1. Huidige toestand

Voor de opvang van zwaar dementerende bejaarden werd in 1977 een programmatie van 0,3 bedden 0/00 inwoners voorzien. Totnogtoe werd deze programmatie niet bereikt. Voor deze diensten werd nooit in een omschrijving van het concept voorzien.

2.2.2. Beleidsvooruitzichten

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

2.3. Rust- en verzorgingstehuizen

2.3.1. Vaststellingen

De sluiting van acute ziekenhuisbedden en de reconversie van V-bedden heeft geleid tot het oprichten van + 18.000 rust -en verzorgingsbedden.

De programmatie van RVT-bedden zal voor 31 december 1989 worden herzien rekening houdend met (1) de demografische evolutie, (2) de beslissing inzake het toekomstig statuut van de V-diensten en (3) de forfaitaire vergoeding door het R.I.Z.I.V. voor patiënten die aan de R.V.T.-criteria voldoen en in rustoorden verblijven.

2.3.2. Kwalitatieve evaluatie

Het is aangewezen om de huidige werking van de R.V.T.'s aan een grondige evaluatie te onderwerpen.

In het bijzonder dient hierbij aandacht uit te gaan naar 4 aspecten : de verzorgingscriteria, de medische werking, de verpleegkundige werking en de geneesmiddelenvoorziening.

Hierbij dient tevens de interactie van deze aspecten te worden onderzocht.

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

2.3.3. Pool aan RVT-bedden

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

3. S- en H-diensten

Door de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen werd een advies uitgebracht over de S-diensten. Over de H-diensten zal nog aan de Nationale Raad een advies worden gevraagd.

Op basis hiervan zal eerlang een beleidsbeslissing worden genomen over de toekomstige bestemming die aan de S- en H-diensten moet worden gegeven.

4. Psychiatrie

4.1. Historische ontwikkeling

4.1.1. Opzet van de jaren zeventig

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

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

4.1.2. Vaststellingen

Dit beleid is niet zonder resultaten gebleven. Het globaal aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen verminderde van 26.553 bedden in 1971 tot 20.934 bedden in 1989, hetzij een vermindering met 5.619 bedden. Daartegenover staat dat het aantal psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen steeg van ± 650 in 1971 naar ± 3.200 in 1989, hetzij een vermeerdering met 2.550 bedden. Naast deze positieve ontwikkeling dient gewezen te worden op enkele knelpunten die doorheen de jaren aan het licht zijn gekomen. Met name blijven er nog overtallige bedden bestaan t.o.v. de toegestane geprogrammeerde bedden.

Dit heeft ondermeer te maken met het ontbreken van alternatieve opvangstructuren. Daarenboven dient gewezen te worden op het moratorium van juli 1986.

Tevens dient te worden vastgesteld dat de samenwerking tussen de intramurale en de extramurale zorgverlening vatbaar is voor verbetering.

4.2. Beleidsvooruitzichten

1. De uitgangspunten van het beleid der zeventiger jaren kunnen vandaag nog steeds worden onderschreven. Niettemin moet worden verholpen aan een aantal knelpunten om de aanvankelijk vooropgestelde doelstellingen sneller te kunnen realiseren.

2. Centraal staat hierbij de gedachte dat de psychiatrische zorgverlening in de ziekenhuizen intensief en specialistisch moet zijn, deze kan zowel betrekking hebben op akute als op chronische ziektebestanden. Het is overigens wenselijk een studie te ondernemen naar de patiëntenpopulatie die in psychiatrische ziekenhuizen voorkomt.
3. Uitgaande van de bovenstaande beschouwingen dienen de bedden buiten moratorium in de psychiatrische ziekenhuizen, verplicht, versneld en progressief te worden omgeschakeld naar psychiatrische verzorgingshuizen a rato van één psychiatrisch verzorgingsbed per psychiatrisch ziekenhuisbed. Eventueel zal, voor zover daartoe de behoefte bestaat, kunnen geopteerd worden voor plaatsen voor beschut wonen. Voor het aantal verzorgingsbedden of plaatsen voor beschut wonen dat aldus ontstaat, wordt een uitdovend statuut voorzien.
4. Gelet op het beginsel van een zo intensief mogelijke verzorging in het psychiatrisch ziekenhuis enerzijds, en op de reconversie van psychiatrische ziekenhuisbedden naar alternatieve verzorgingsvormen anderzijds dient de mogelijkheid te bestaan om in een beperkte mate T-bedden om te schakelen naar A-bedden, indien zulks aan een reële behoefte beantwoordt. Aldus moet er naar worden gestreefd om in het psychiatrisch ziekenhuis een zo intensief mogelijke verzorging te organiseren.
5. Parallel zullen ook T-bedden uit psychiatrische ziekenhuizen de kans worden geboden om op vrijwillige basis om te schakelen naar psychiatrische verzorgingsbedden of andere alternatieve verzorgingsvormen indien daardoor beter aan de behoeften wordt beantwoord. De reconversie zal via stimuli worden aangemoedigd ondermeer op het vlak van de schadeloosstelling, de personeelsomkadering voor de resterende bedden en de afschrijvingsmogelijkheden binnen de bouwkalender. De equivalentieregels van de omschakeling dienen de ontwikkeling van het beschut wonen ten goede te komen. De equivalentieregels zullen dusdanig worden vastgesteld dat één ziekenhuisbed aanleiding geeft tot één psychiatrisch verzorgingsbed of één plaats voor beschut wonen. Ten einde de reconversie op een geordende wijze te laten verlopen zullen de psychiatrische ziekenhuizen binnen een vastgestelde tijdsperiode de tijd krijgen om een optie te nemen, met dien verstande dat de uitvoering van de herstructurering binnen een redelijke termijn moet van start gaan.
6. De reconversie kan gedeeltelijk aanleiding geven tot het vormen van een pool per Gemeenschap van psychiatrische verzorgingsbedden, alsmede van plaatsen voor beschut wonen. Hierbij dient te worden gemerkt dat er tot op vandaag geen psychiatrische ziekenhuisbedden in de Duitse Gemeenschap bestaan.

7. In de psychiatrische verzorgingstehuizen dient een aangepaste omkadering te worden voorzien, rekening houdend met de verzorgingsbehoeften en met de psychiatrische problematiek. Uit de reconversiebeweging zullen middelen worden vrijgemaakt om de omkadering in alle T-diensten te verbeteren.
8. Er zal over gewaakt worden dat het geheel van de voorzieningen dat aldus tot stand komt, zowel qua psychiatrische ziekenhuisbedden, als qua alternatieve voorzieningen, op een billijke wijze wordt gespreid om de toegankelijkheid zo optimaal mogelijk te maken.
9. Binnen het globale psychiatrisch verzorgingsnet zullen tussen de intramurale- en de extramurale sector samenwerkingsverbanden worden opgezet waarin de aangeslotenen als gelijkwaardige partners in de samenwerking kunnen worden betrokken. Via deze samenwerkingsverbanden zullen ook patiënten door diensten voor geestelijke gezondheidszorg kunnen worden doorgewezen naar plaatsen van beschut wonen en van doorgangstehuizen die ingevolge de desaffectatie van bedden in psychiatrische ziekenhuizen ontstaan. De modaliteiten van erkenning en financiering van deze samenwerkingsverbanden zullen op basis van de ziekenhuiswet nader worden bepaald.

5. Ihuisverzorging

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

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

6. Uitwisseling van gegevens

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

7. Uitvoering van het protocolakkoord

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

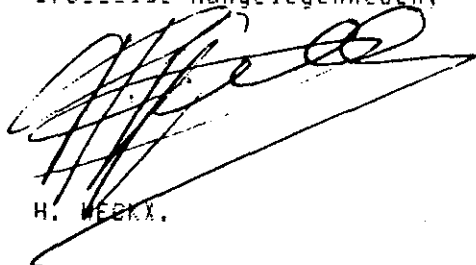
Brussel,

De Minister van Sociale Zaken,



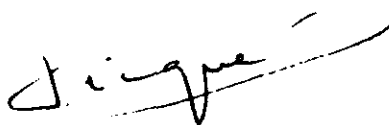
PH. BUSQUIN.

De Gemeenschapsminister
van Volksgezondheid en
Brusselse Aangelegenheden,



H. WEERTS.

Le Ministre des Affaires
Sociales et de la Santé
de la Communauté française,



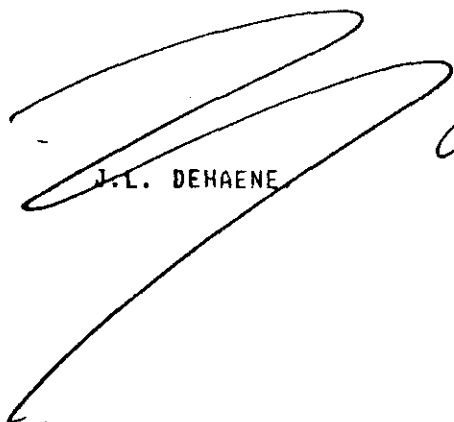
C. PICQUE.

Der Gemeinschaftsminister
für Jugend, Sport, Erwach-
senbildung und Soziales,



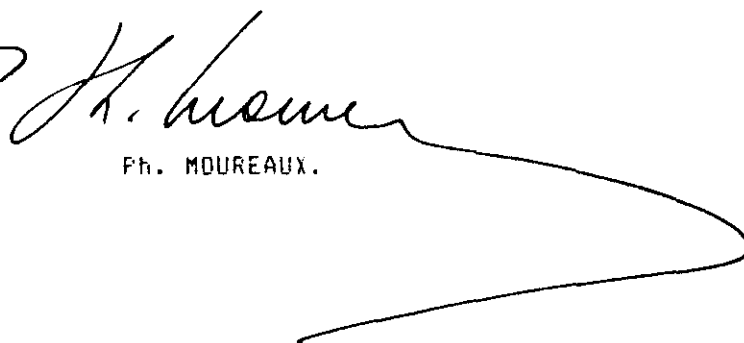
M. GROSCH.

De Minister van Institu-
tionele Hervormingen,



J.L. DEHAENE

Le Ministre des Réformes
Institutionnelles,



PH. MOUREAUX.