



BESTUURSAFDELING  
VERZORGINGSINSTELLINGEN

N.R.Z.V

Afdelingen "Erkenning" en "Programmatie"

NRZV/D/22

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN(\*)  
BETREFFENDE  
ERKENNINGSNORMEN VOOR ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISDIENSTEN  
MET UITZONDERING VAN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN.

---

(\*) opgesteld door de afdelingen "Erkenning" en "Programmatie"  
en bekrachtigd door het Bureau op 9.12.1988.

I. Inleiding.

Per 2 december 1988 werd de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen door de Heer Minister van Sociale Zaken, dhr. Ph. BUSQUIN, verzocht om een dringend advies binnen de acht te formuleren met betrekking tot nieuw vast te stellen erkenningsnormen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, exclusief de psychiatrische ziekenhuizen en hun diensten.

Bij beslissing van het Bureau dd. 8 december 1988 werden de afdelingen "Erkenning" en "Programmatie" op 9 december 1988 in een gezamenlijke plenaire zitting bijeengeroepen om zich te beraden over de vraag van dhr. Minister Ph. BUSQUIN.

Onderhavig advies resulteert uit de besprekingen die in bedoelde plenaire vergadering werden gevoerd en waarvan de tekst in een bijzondere zitting van het Bureau dd. 9 december 1988 werd bekrachtigd

## II. Advies

Achtereenvolgens wordt hierna op de gestelde vragen een antwoord geformuleerd :

### 1 + 2. Het soort of soorten van diensten per ziekenhuis + de minimumcapaciteit per ziekenhuis.

De N.R.Z.V., afdelingen "Erkenning" en "Programmatie", zijn van mening dat een ziekenhuisentiteit dewelke één of meerdere instellingen groepeert op een functionele, gestructureerde en elkaar aanvullende wijze binnen het kader van geografische criteria, die nog achteraf moeten worden gespecificeerd, en zulks zonder afbraak te doen aan de bijzondere situaties die eigen zijn aan het ruraal karakter van een gegeven regio minstens 150 bedden moet omvatten, of het nu om één enkele instelling gaat dan wel of er sprake is van een ziekenhuisgroepering voor de gemeenschappelijke organisatie van de patiëntenzorg. Genoemde cijfers kunnen worden gehanteerd met een afwijking van 10 % in min. Verrechtvaardigde afwijkingen moeten mogelijk blijven.

De genoemde ziekenhuisentiteit moet minstens de diensten "D" (algemene interne geneeskunde) en "C" (algemene heelkunde), evenals de volgende medico-technische diensten : anesthesiologie, radiologie, klinische biologie en voorzieningen voor revalidatie. Andere combinaties van diensten in functie van specifieke pathologieën moeten mogelijk zijn.

Iedere ziekenhuisentiteit moet de continuïteit van de zorgen voor alle gehospitaliseerde patiënten waarborgen, hetgeen de permanente aanwezigheid van een arts veronderstelt. Bij het formuleren van deze capaciteitscijfers en randvoorwaarden heeft de Raad zich geïnspireerd op het eertijds door de Nationale Programmatiecommissie gedane voorstel, vervat in het advies NAT/D/107 dd. 27 februari 1976.

### 3. Het minimaal beddental per type van dienst.

Zonder op de wel bijzondere situatie in rurale zones te willen vooruitlopen, is de Raad van oordeel dat ieder van de hospitalisatiediensten van een ziekenhuis of een ziekenhuisgroepering, een minimaal aantal bedden moet tellen, met een toegelaten afwijking van ± 10 % :

Dienst	Minimaal beddental
(*) D	25
(*) C	25
E	15
M	15 en minstens 400 bevallingen per jaar
(**) N (zware neonatale zorgen)	15
G	24
V	30
L	15
A + a	25

voor de toepassing van deze minimale bedcapaciteit per type van dienst, mogen de bedden van identieke diensten opgesteld in de onderscheiden afdelingen van een ziekenhuisgroepering niet worden samengevoegd.

#### 4. Het activiteitsniveau per ziekenhuisdienst.

Het activiteitsniveau per ziekenhuisdienst moet worden geëvalueerd in functie van de gemiddelde bezettingsgraad en de gemiddelde verblijfsduur ten aanzien van de nationale gemiddelden, evenwel met dien verstande dat iedere ziekenhuisdirectie in de mogelijkheid moet worden gesteld om de vastgestelde (grote) afwijkingen te verantwoorden, inzonderheid qua gemiddelde ligduur en die het resultaat zijn van de particuliere activiteiten van sommige hospitalisatiediensten (\*\*\*) of mede worden veroorzaakt door een aanzienlijk aantal patiënten die bijzondere pathologische kenmerken vertonen die de ligduur gevoelig kunnen beïnvloeden.

Ten aanzien van de als normaal geachte gemiddelde bezettingsgraad, opteert de Raad voor de hiernavolgende gegevens :

/

- (\*) D = Algemene geneeskunde en deelspecialismen  
C = " " heekunde en " "
- (\*\*) De minimale capaciteit van de N-dienst (niet-intensieve) zal later worden vastgesteld na het beëindigen van de werkzaamheden van de werkgroep ad hoc, op te richten ingevolge de vraag van de Minister dd 14 oktober 1988.
- (\*\*\*) De N.R.Z.V. bestudeert momenteel de problematiek van de zogeheten "zware diensten".  
De later daaruit voortvloeiende voorstellen zullen allicht het begrip "activiteitsniveau" voor bepaalde diensten beter kunnen omschrijven.

Dienst	Gemiddelde bezettingsgraad Voorstel (**)
C	80 %
D	80 %
(*) E	70 %
M	70 %
N zwaar	75 %
G	80 %
V	95 %
L	80 %
A + a	80 %

(\*\*) De hierboven geciteerde gemiddelde bezettingsgraden moeten overeenkomen met deze die gedurende de 5 werkdagen van de week werden geregistreerd (van maandag t/m vrijdag inbegrepen).

Met betrekking tot de problematiek van de door de Regering gewenste beddenafbouw, kan de Raad zich aansluiten bij het eertijds door de Nationale Programmatiecommissie geformuleerd advies (NAT/D/300-4 dd.26 juni 1981) en meer bepaaldelijk bij de criteria voor de selectieve afbouw zoals aangegeven onder punt 4 van bedoeld document. Geresumeerd werd door de ex-Nationale Programmatiecommissie vooropgesteld dat n.a.v. een overwogen afbouw van het beddenbestand binnen het kader van de algemene ziekenhuizen volgende beoordelings-elementen in ieder concreet geval moet worden betrokken.

In dalende orde van prioriteit voor het verminderen van de capaciteit in de diverse beddengroepen zullen achtereenvolgens determinerend zijn :

- 1 - de lage bezettingsgraad, gepaard met een hoge ligduur ;
- 2 - de lage bezettingsgraad, bij een normale ligduur ;
- 3 - de hoge bezettingsgraad die echter mede het gevolg is van een hoge ligduur, ondanks het voorhanden zijn van alternatieve voorzieningen (R, V, verzorgingstehuis, dag-hospitalisatie.)

../.

(\*) De in de E-dienst gehospitaliseerde chirurgische gevallen moeten kunnen worden in aanmerking genomen bij de berekening van de gemiddelde bezettingsgraad.

5. De omschrijving van het begrip "ziekenhuisgroepering".

5. 1. ALGEMENE BESCHOUWINGEN.

5. 1.1. De Raad stelt vast dat de omschrijving van het begrip "ziekenhuisgroepering", zoals door de Minister gevraagd, dient gesitueerd in het kader van de bepalingen van art. 2, § 2,3°, waarbij voor groeperingen van ziekenhuizen erkenningsnormen worden voorzien.  
De Raad neemt zich voor achteraf dienaangaand een meer gedetailleerd advies te verstrekken.
- 5.1.2. Het oprichten van een ziekenhuisgroepering moet gebaseerd zijn op functionele en structurele factoren en onderlinge complementariteit en moet leiden tot een meer rationale werking.  
Deze kan zich vertalen in een vermindering van bedden maar ook onder andere vormen die kostenvermindering en betere kwaliteit tot stand brengen.
- 5.1.3. Het evenwicht tussen de inrichtende machten van ziekenhuizen moet bij het doorvoeren van de operatie groepering, in acht genomen de geest van de wet in verband met dat punt, gewaarborgd blijven.

5. 2. MINIMALE VOORWAARDEN VOOR ERKENNING VAN ZIEKENHUISGROEPERING.

De Raad is van oordeel dat, mede gelet op de verscheiden vormen van ziekenhuisgroeperingen, overreglementering in de uitwerking ervan moet worden vermeden.

5. 2.1. Juridisch kader.

In het kader van de "ziekenhuisgroepering" dient de samenwerking tussen de deelnemende ziekenhuizen vastgelegd in een geschreven overeenkomst.

Het is niet onontbeerlijk een nieuwe overkoepelende rechtspersoon te creëren.

Een overkoepelend orgaan wordt belast, naast het afsluiten van de blijvende juridische verbintenis, met de opvolging en de begeleiding van de samenwerking.

5. 2.2. Lokalisatie

Elke groepering zal zodanig worden samengesteld dat ze, onder oogpunt van de kwaliteit van zorgen, alle waarborgen biedt. Bijgevolg is de afstand in kilometers en tijd een bepalende factor.

5.2.3. Duur van de overeenkomst.

De Raad acht het wenselijk dat een ruime en concrete termijn én opzeggingstermijn dienen te worden voorzien.

De samenwerking kan automatisch worden verlengd voor eenzelfde termijn.

Gelet ondermeer op de afschrijving van sommige werkingsmiddelen is de Raad van oordeel dat de termijn van samenwerking op minimum 10 jaar kan worden gesteld en dat de opzeggings-termijn minimum 2 jaar kan bedragen.

5.2.4. In de overeenkomst dienen eveneens bepalingen te worden opgenomen en afspraken te worden vastgelegd betreffende volgende aangelegenheden :

- overleg- en beslissingsprocedure
- personeel
- gebruiksverdeling
- optimalisme van de middelen
- gebruikstarieven - modaliteiten
- financiële afspraken
- verzekeringen
- geschillen tussen de partijen.

5.3. De Raad neemt zich voor om, op basis van de opgedane ervaringen, een evaluatie te maken van de werkingsprincipes en van de erkenningsnormen vooropgesteld in het onderhavig advies.

B E M E R K I N G .

De Raad vestigt de aandacht van de Heer Minister op de noodzakelijkheid de beschikkingen niet verplichtend te maken alvorens een inventaris te hebben opgesteld over de resultaten bekomen door de vrijwillige toepassing van de aanmoedigingspolitiek tot bedvermindering.

Dit advies werd goedgekeurd in de gemengde algemene vergadering de afdelingen "Erkenning" en "Programmatie" van 9 december 1988, MET 26 pro-stemmen, 3 contra-stemmen en 2 onthoudingen.

DE VOORZITTER,

(w.g. Dr. J. PEERS.