

BELGISCHE SENAAT**SENAT DE BELGIQUE****ZITTING 1986-1987****SESSION DE 1986-1987**

20 MEI 1987

20 MAI 1987

**Ontwerp van wet houdende de begroting van
het Ministerie van Volksgezondheid en Leef-
milieu voor het begrotingsjaar 1987**

**Projet de loi contenant le budget du Ministère
de la Santé publique et de l'Environnement
pour l'année budgétaire 1987**

VERSLAG

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID EN HET LEEFMILIEU
UITGEBRACHT
DOOR mevr. SMITT**

RAPPORT

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT
PAR Mme SMITT**

INHOUD**SOMMAIRE**

	Bladz.
I. Beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken i.v.m. de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en de thuisgezondheidszorg	4
II. Inleidende uiteenzetting van de Staatssecretaris voor Leefmilieu en maatschappelijke emancipatie	120

	Pages
I. Note politique du Ministre des Affaires sociales concernant les hôpitaux, les maisons de repos et de soins et les soins à domicile	4
II. Exposé introductif du Secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale	120

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : mevr. Herman-Michielsens, voorzitter; de heren De Baere, Deleecq, De Wulf, Falise, mevr. Godinache-Lambert, de heren Hazette, Kelchtermans, Lenfant, de dames Maes-Vanrobaeys, Mayence-Goossens, de heren Minet, Moens, Pataer, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze en mevr. Smitt, rapporteur.

2. Plaatsvervangers : de heren Anthuenis, J. A. Bosmans, Glibert, Sondag en Willemsens.

3. Andere senatoren : mevr. Aelvoet en de heren Grijp en Vaes.

R. A 13854*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

5-XXI (1986-1987) : N° 1 : Ontwerp van wet.

Ont participé aux travaux de la Commission :

1. Membres effectifs : Mme Herman-Michielsens, président; MM. De Baere, Deleecq, De Wulf, Falise, Mme Godinache-Lambert, MM. Hazette, Kelchtermans, Lenfant, Mmes Maes-Vanrobaeys, Mayence-Goossens, MM. Minet, Moens, Pataer, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze et Mme Smitt, rapporteur.

2. Membres suppléants : MM. Anthuenis, J. A. Bosmans, Glibert, Sondag et Willemsens.

3. Autres sénateurs : Mme Aelvoet, MM. Grijp et Vaes.

R. A 13854*Voir :***Document du Sénat :**

5-XXI (1986-1987) : N° 1 : Projet de loi.

	Bladz.		Pages
III. Bespreking	135	III. Discussion	135
1. Invloed van de demografie op de begroting	135	1. Incidence de la démographie sur le budget	135
2. Ziekenhuisbeleid	135	2. Politique hospitalière	135
3. Andere opmerkingen en vragen inzake het gezondheidsbeleid	144	3. Autres remarques et questions en matière de politique de la santé	144
4. Sociaal levensminimum en bijstand aan behoeftigen	145	4. Minimum social de moyens d'existence et assistance aux indigents	145
5. Gelijke behandeling van man en vrouw	147	5. Egalité de traitement entre hommes et femmes	147
IV. Stemmingen	148	IV. Votes	148
Bijlage : Rechthebbenden op het bestaansminimum	149	Annexe : Ayants droit au minimex	149

De Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft haar vergaderingen van 8 april en 6 mei 1987 gewijd aan dit ontwerp van begroting.

Wat het aspect « volksgezondheid » betreft, heeft de commissiebespreking plaatsgehad op basis van de beleidsnota in verband met de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en de thuisgezondheidszorg, die de minister van Sociale Zaken vooraf aan de leden had bezorgd.

De integrale tekst van deze nota wordt hierna overgenomen.

De materies die tot de bevoegdheid van de Staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke Emancipatie behoren, werden besproken volgens het gebruikelijke procédé.

*
**

La Commission de la Santé publique et de l'Environnement a consacré ses réunions du 8 avril et du 6 mai 1987 à l'examen du présent projet de budget.

Pour ce qui est de l'aspect « santé publique », la discussion en commission s'est inspirée de la note politique concernant les hôpitaux, les maisons de repos et de soins et les soins à domicile, que le ministre des Affaires sociales avait préalablement fournie aux membres.

Le texte intégral de cette note est reproduit ci-après.

Les matières qui relèvent de la compétence du Secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale ont été discutées selon la procédure classique.

*
**

I. INLEIDING

BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER VAN
SOCIALE ZAKEN I.V.M. DE ZIEKENHUIZEN,
DE RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN
EN DE THUISGEZONDHEIDSZORG

* * *

Ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen en
thuisgezondheidszorg

INLEIDING

1. Bij het aantreden van de regering Martens, is het gezondheidsbeleid grondig herdacht. Er werd aangekondigd dat het beleid in « nieuwe banen » zou worden geleid. Sindsdien werden zeer vele maatregelen genomen. Deze zijn alle geïnspireerd vanuit eenzelfde filosofie. Het lijkt ons nuttig de beweegredenen van deze koerscorrectie nog eens in herinnering te brengen en de maatregelen op te sommen die werden getroffen om de nieuwe doelstellingen te realiseren. Tevens zullen de beleidsobjectieven worden opgesomd die verder dienen uitgewerkt.

2. In de jaren zestig en zeventig werd de ziekenhuissector sterk uitgebouwd en kreeg deze daardoor een centrale functie in het kader van het gezondheidsbeleid.

Men kan zelfs gewagen van een zeker « hospitalo-centrisme ». De uitbouw van de ziekenhuissector vertaalde zich in een groeiend aantal bedden en verpleegdagen. Ook de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg werd gevoelig verbeterd. De inspanningen die werden geleverd om de ziekenhuissector tot ontplooiing te brengen waren op zichzelf genomen zeer lovenswaardig en hebben de gezondheidszorg in ons land onbetwistbaar tot een hoog niveau opgetrokken.

Al deze inspanningen dreigden echter ten dele verloren te gaan indien niet tijdig de groei van de ziekenhuissector in toom werd gehouden. Door de exponentiële groei van het aantal ziekenhuisbedden dienden steeds maar meer middelen te worden aangesproken en dit op een ogenblik dat deze middelen door de economische crisis beperkt waren. Het gevaar was dan ook niet denkbeeldig dat, wegens ontstentenis van nieuwe middelen, de verdere kwantitatieve uitbouw van nieuwe ziekenhuisvoorzieningen ten koste van kwaliteit in de bestaande instellingen diende te gebeuren.

I. EXPOSE INTRODUCTIF

NOTE POLITIQUE DU MINISTRE DES
AFFAIRES SOCIALES CONCERNANT LES
HOPITAUX, LES MAISONS DE REPOS ET DE
SOINS, ET LES SOINS A DOMICILE

* * *

Hôpitaux, maisons de repos et de soins, et soins à
domicile

INTRODUCTION

1. Lors de l'entrée en fonction du Gouvernement Martens, la politique de santé a été fondamentalement repensée. La politique, annonça-t-on, serait orientée dans de nouvelles voies. Depuis lors, de très nombreuses mesures ont été prises. Elles sont toutes inspirées par une même philosophie. Il nous semble utile de rappeler les motifs de cette nouvelle orientation et d'énumérer les mesures prises en vue de la réalisation de ces nouveaux objectifs. Cette évaluation de la politique menée doit nous amener aussi à énumérer les objectifs de la politique qui n'ont pas encore été concrétisés jusqu'à présent.

2. Dans les années soixante et septante le secteur hospitalier s'est trop développé; il a acquis dès lors une fonction centrale dans le cadre de la politique de santé.

On peut même parler d'un certain « hospitalo-centrisme ». L'extension du secteur hospitalier s'est traduite par un nombre croissant de lits et de journées d'hospitalisation. La qualité des soins accordés a été sensiblement améliorée. Les efforts consentis pour développer le secteur hospitalier étaient fort louables en soi; il est indéniable qu'ils ont porté les soins de santé à un niveau très élevé dans notre pays.

Tous ces efforts risquaient néanmoins d'être vains si la croissance du secteur hospitalier n'avait pas été maîtrisée à temps. La croissance exponentielle du nombre de lits exigeait des moyens sans cesse accrus à un moment où la crise économique les limitait. Le risque n'était dès lors pas illusoire que, faute de moyens nouveaux, l'augmentation future du nombre de nouveaux établissements hospitaliers devrait s'opérer au détriment de la qualité dans les établissements existants.

3. Naast de expansie van de ziekenhuissector moet ook gewezen worden op de evolutie die de medische technologie heeft meegemaakt.

In een bijzonder snel tempo kwamen steeds meer en betere medische apparaten op de markt. Denken we maar aan de CAT-scan, de NMR, de PET-scan, de lithotriptor, de gammacamera, de angiografie-apparatuur, enz. Het betreft stuk voor stuk zeer dure apparaten, zowel naar de investering toe als naar de werkingskosten toe. Naast deze meer spectaculaire en meer bekende apparatuur zijn er ook een hele reeks minder bekende uitrustingen, zoals bvb. in het domein van de echografie en van de klinische biologie.

Voor de zorgenverstrekking betekende de nieuwe technologie ongetwijfeld een belangrijke aanwinst. Voor de ziekteverzekering bracht de technologie nochtans grote uitgaven met zich die hoe langer hoe meer beslag leggen op een belangrijk pakket van de middelen die aan de gezondheidszorg worden besteed. Voor de ziekteverzekering is deze evolutie niet langer houdbaar; er moet dan ook worden gezocht naar alternatieve financieringswijzen.

4. Het steeds maar groter wordend aandeel van de ziekenhuissector en van de medische technologie in de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg had tot gevolg dat andere sectoren onvoldoende tot ontwikkeling konden worden gebracht of onvoldoende financieel werden ondersteund.

Deze vaststelling is niet onbelangrijk op een ogenblik dat onze bevolking sterk aan het verouderen is. Deze demografische ontwikkeling roept namelijk nieuwe behoeften op, die zich vooral buiten de ziekenhuissector situeren.

Hierbij wordt met name gedacht aan de talrijke invalide en semi-valide bejaarden die verzorging en hulp nodig hebben bij het uitoefenen van hun dagelijkse levensactiviteiten. Deze verzorgingsbehoevende personen vergen geen specialistische ziekenhuiszorg en dienen dan ook niet in een ziekenhuis te worden opgenomen.

Bejaarden die zichzelf thuis niet meer kunnen behelpen moeten in een rustoord een onderkomen kunnen vinden en er de nodige verzorging kunnen krijgen tegen betaalbare prijzen. Onze inspanningen zullen er dan ook moeten op gericht zijn om de rust- en verzorgingstehuizen progressief te kunnen uitbouwen.

Prioritair moet ook zijn dat de bejaarden die zichzelf wel nog enigszins kunnen behelpen, zolang mogelijk thuis kunnen worden verzorgd. Ons land beschikt gelukkig over heel wat goede diensten voor thuisverzorging. Deze diverse diensten zijn echter niet steeds op elkaar afgestemd. Het beleid moet er op gericht zijn de verzorging ten huize financieel mogelijk en aantrekkelijk te maken, en de dienstverlening in een gecoördineerd kader te laten verlopen.

3. Outre l'expansion du secteur hospitalier, il faut aussi signaler l'évolution qu'a connue la technologie médicale.

A un rythme particulièrement rapide, un nombre sans cesse croissant d'appareils médicaux de plus en plus performants ont été commercialisés. Tomodensitométrie, résonance magnétique nucléaire, scanner PET, lithotripteur, caméra à rayons gamma, angiographie, etc. Toutes techniques très coûteuses en termes d'investissement et de frais de fonctionnement. A côté de ces appareillages plus spectaculaires et connus, toute une série d'équipements plus anciens, intéressants, par exemple, dans le domaine de l'échographie et de la biologie clinique, ont contribué eux aussi d'une manière non négligeable à l'établissement plus rapide et fiable des diagnostics et à l'application des traitements.

Les nouvelles technologies se sont rapidement installées dans notre pays. Pour la dispensation des soins, elles constituent de toute évidence un acquis majeur. Mais pour l'assurance maladie, ces technologies ont entraîné de lourdes dépenses et représentent dès lors une part de plus en plus grande des moyens consacrés aux soins de santé. Cette évolution n'est plus supportable pour l'assurance maladie, et des techniques alternatives de financement doivent donc être recherchées.

4. La part sans cesse croissante du secteur hospitalier et de la technologie médicale dans les moyens disponibles pour les soins de santé empêchait d'autres secteurs de se développer ou de recevoir les moyens financiers suffisants.

Cette constatation n'est pas sans importance face au vieillissement accéléré de notre population. Cette évolution démographique crée en effet de nouveaux besoins qui se situent surtout hors du contexte hospitalier.

Citons ici les nombreux vieillards invalides et semi-valides qui nécessitent des soins et une aide à l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Ces personnes n'ont pas besoin de soins hospitaliers spécialisés et ne doivent donc pas être admises dans un hôpital.

Les personnes âgées incapables de s'en sortir seules à la maison doivent pouvoir trouver une place dans une maison de repos et y recevoir les soins nécessaires à des prix abordables. Nous devons dès lors centrer tous nos efforts sur le développement progressif des maisons de repos et de soins.

Il faut veiller de façon prioritaire à ce que les personnes âgées, capables de s'assumer chez elles, puissent recevoir les soins à domicile le plus longtemps possible. Notre pays dispose heureusement de très bons services de soins à domicile qui manquent parfois de coordination. La politique doit dès lors viser à rendre les soins à domicile attrayants et financièrement supportables, elle doit veiller à stimuler la coordination de ces services.

5. Om het beleid tot uitvoering te brengen werden tal van maatregelen getroffen. Door opeenvolgende bijzondere machtenbesluiten kwam nagenoeg een volledige nieuwe ziekenhuiswet tot stand. De belangrijkste wijziging is vervat in het koninklijk besluit nr. 407 van 18 maart 1986. Gelet op al deze wijzigingen werd de Raad van State verzocht een coördinatie te maken van alle thans bestaande wetsbepalingen zodat de wet terug overzichtelijk zou worden en voor eenieder een nuttig werkinstrument zou zijn.

6. Het volstaat niet om maatregelen te treffen, deze moeten naar buiten uit ook voldoende worden toegelicht opdat men de motieven en de draagwijdte ervan goed zou begrijpen. Er werden daarom op het vlak van het gezondheidsbeleid meerdere brochures gepubliceerd, w.o. de volgende:

- De conceptie en concretisering van het beleid inzake de voorzieningen voor de zieke en verzorgingsbehoeftige bejaarden.

- Naar een nieuw evenwicht in de openbare ziekenhuizen.

- Naar een nieuwe financiering van de ziekenhuizen.

- Een nieuwe ziekenhuiswet voor een nieuw ziekenhuisconcept. Bedenkingen bij koninklijk besluit 407.

- Conceptie van de bedverminderingsoperatie en concretisering van de eerste fase.

7. In het bestek van deze nota wordt getracht een beeld te geven van de ontwikkelingen die zich in de ziekenhuissector hebben voorgedaan en de maatregelen die werden getroffen om het aanbod en de uitgaven te beheersen. Tevens worden enkele beleidsperspektieven voor de toekomst aangekondigd.

Vervolgens worden in het tweede gedeelte de motieven aangehaald waarom het beleid ten aanzien van de zieke en zorgenbehoevende bejaarden diende te worden herdacht.

In aansluiting hierop wordt uiteengezet hoe dit nieuwe beleid reeds kon worden geconcretiseerd door een betere geriatrische zorgverlening in het ziekenhuis en de ontwikkeling van de rust- en verzorgingstehuizen. Tenslotte zal worden aangeduid hoe dit beleid naar de toekomst toe verder zal worden doorgezet door meer verzorgingsbedden te creëren en de thuisgezondheidszorg nieuwe impulsen te geven.

8. De uitvoering van de nationale beleidsmaatregelen vergt samenwerking met de Gemeenschappen, vnl. op het stuk van de programmatie en de erkenning van ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Het was dan ook niet onbelangrijk dat het nationale beleid mee door de Gemeenschappen zou worden onderschraagd. Vandaar dat met de Gemeenschappen permanent een intens overleg wordt gevoerd. Dit overleg mondde uit in twee protocolakkoorden. Het eerste werd gesloten op 22 juli 1982 met de toenmalige Gemeenschapsexecutieven en ondersteunt de principes die in het koninklijk besluit nr. 60 vervat zitten, en die met name een blokkering van het aantal bedden tot

5. De nombreuses mesures ont été prises pour mettre la politique à exécution. Des arrêtés de pouvoirs spéciaux successifs ont créé une toute nouvelle loi sur les hôpitaux. La principale modification est contenue dans l'arrêté royal n° 407 du 18 mars 1986. Eu égard à toutes ces modifications, le Conseil d'Etat a été invité à coordonner toutes les dispositions légales actuelles afin que la loi redevienne claire et soit un instrument de travail utile pour chacun.

6. Il ne suffit pas de prendre des mesures, encore faut-il qu'elles soient suffisamment explicitées pour la bonne compréhension de leurs motifs et de leur champ d'application. Aussi plusieurs brochures ont-elles été publiées et entre autres:

- Conception et concrétisation de la politique en matière d'infrastructure pour personnes âgées malades et nécessitant des soins.

- Vers un nouvel équilibre dans les hôpitaux publics.

- Vers un nouveau financement des hôpitaux.

- Une nouvelle loi sur les hôpitaux pour un nouveau concept hospitalier — Considérations sur l'arrêté royal n° 407.

- Conception de l'opération réduction du nombre de lits et concrétisation de la première phase.

7. La présente note a pour objet de donner un aperçu des développements qui se sont produits dans le secteur hospitalier et des mesures qui ont été prises pour maîtriser l'offre et les dépenses. Elle annonce également quelques perspectives politiques.

Dans la deuxième partie, cette note indique les motifs pour lesquels une reformulation de la politique des soins aux malades et aux personnes âgées s'imposait.

Ensuite, elle expose de quelle façon cette politique nouvelle a déjà pu être concrétisée; à savoir par une meilleure dispensation des soins gériatriques à l'hôpital et par le développement des maisons de repos et de soins. Enfin, la note indique de quelle façon la politique sera poursuivie à l'avenir par la création d'un plus grand nombre de lits de soins et par une impulsion nouvelle aux soins à domicile.

8. L'exécution des mesures politiques nationales exige la collaboration des Communautés dans le domaine de la programmation et de l'agrément des hôpitaux, des maisons de repos et de soins. Il importait dès lors que la politique nationale soit également soutenue par les Communautés. C'est pourquoi, une concertation intense est menée en permanence avec les Communautés. Cette concertation a débouché sur deux accords de protocole. Le premier, conclu le 22 juillet 1982, avec les Exécutifs communautaires de l'époque, défend les principes contenus dans l'A.R. n° 60, qui visaient notamment un blocage du nombre de lits. Un deuxième protocole d'accord a été conclu le 25 juillet 1986.

doel hadden. Een tweede protocolakkoord werd gesloten op 25 juli 1986. Dit protocol onderschrijft de wijzigingen die aan de ziekenhuiswet werden aangebracht met het oog op de aanpassing van onze ziekenhuisinfrastructuur aan de kwalitatieve en programmatorische behoeften. In het tweede protocol worden ook de gezamenlijke doelstellingen beschreven op het vlak van de alternatieve verzorgingsvormen, met name van de rust- en verzorgingstehuizen en van de thuisverzorging. Ook de beleidsvooruitzichten inzake de medische technologie komen er in aan bod.

DEEL 1. VERANDERINGEN IN DE ZIEKENHUISSEKTOR

1. DE DIAGNOSE

1.1. Het ziekenhuiswezen heeft sinds 1963 een enorme ontwikkeling gekend. Het aantal bedden in algemene ziekenhuizen groeide op een gestadige wijze aan. In 1961 beschikte ons land in deze sector over $\pm 40\,000$ bedden. Thans heeft het land een capaciteit van $\pm 70\,000$ bedden. Dit is dus een aangroei met $30\,000$ bedden. Alleen reeds tussen 1971 en 1982 is het aantal bedden met meer dan $18\,000$ eenheden toegenomen, hetzij een stijging met 36 pct. Dit leidde tot een overcapaciteit aan bedden die, in vergelijking met programmatiecriteria, in 1982 reeds $11\,200$ bedden bedroeg, of een overschrijding met 20 pct. Deze overschrijding valt waar te nemen zowel in Vlaanderen, in Wallonië als in Brussel. Zo was er in Vlaanderen in 1982 een teveel aan bedden van 15,7 pct. of $5\,223$ bedden, in Wallonië 14,2 pct. of $2\,694$ bedden en in Brussel $3\,805$ bedden of 68,9 pct. (universitaire ziekenhuisbedden inbegrepen).

Daarnaast waren er ook nog supplementaire bedden in opbouw, met een gezamenlijke capaciteit van $6\,600$ bedden. Ook werden er principiële akkoorden voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen verleend, waarvan de bijkomende capaciteit correspondeerde met nog eens $2\,000$ bedden. Het uitvoeren van de aan de gang zijnde bouwprojecten en van de toegelaten nieuw te bouwen voorzieningen zou tot een overcapaciteit van $20\,000$ bedden hebben geleid.

Vermeldenswaard is ook dat het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen, ingevolge principiële beslissingen genomen in de zestiger en zeventiger jaren, met meer dan meer dan $2\,000$ is toegenomen. In 1961 waren er $4\,150$ universitaire bedden tegenover thans $\pm 7\,310$, hetzij een verhoging met 75 pct.

1.2. Gepaard gaande met de beddenexplosie groeide ook het aantal verpleegdagen zeer sterk aan. Het aantal dagen steeg van 10 miljoen in 1962 naar $24,5$ miljoen in 1984. Tussen 1971 en 1981 steeg het aantal verpleegdagen jaarlijks met gemiddeld $284\,347$ dagen. De stijging van het aantal verpleegdagen is hoofdzakelijk toe te schrijven aan de stijging van het aantal opnamen, vermits de gemiddelde verblijfsduur gedaald is.

Il précise les modifications apportées à la loi sur les hôpitaux en vue de l'adaptation de l'infrastructure hospitalière aiguë aux besoins qualitatifs et de programmation. Ce deuxième protocole décrit également les objectifs communs dans le domaine des thérapeutiques alternatives, à savoir les maisons de repos et de soins et les soins à domicile. Les perspectives politiques en matière de technologie médicale s'y trouvent également traduites.

PARTIE 1. CHANGEMENTS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

1. LE DIAGNOSTIC

1.1. Depuis 1963 le monde hospitalier a connu un développement considérable. Le nombre de lits dans les hôpitaux généraux n'a cessé de croître de façon continue. En 1961, notre pays disposait dans ce secteur de quelque $40\,000$ lits. Sa capacité actuelle avoisine les $70\,000$, soit un accroissement de $30\,000$ lits. Rien qu'entre 1971 et 1982, le nombre de lits a augmenté de plus de $18\,000$, soit une progression de 36 p.c. Ceci donnera lieu à une surcapacité en lits, qui comparée aux critères de programmation atteignait déjà, en 1982, $11\,200$ lits, soit un dépassement de 20 p.c., observable tant en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Ainsi, la Flandre connaissait en 1982 un excédent de lits de 15,7 p.c. soit $5\,223$ lits; la Wallonie un excédent de 14,2 p.c. soit $2\,694$ lits; chiffre qui était de $3\,805$ à Bruxelles (lits d'hôpitaux universitaires y compris) soit de 68,9 p.c.

En outre, des lits supplémentaires étaient en construction, totalisant une capacité de $6\,600$ unités. Des accords de principe furent donnés à la création de nouveaux hôpitaux dont la capacité supplémentaire correspondait à $2\,000$ lits. L'exécution des projets de construction en cours et des nouvelles structures pouvant être érigées aurait porté la surcapacité à $20\,000$ lits.

Il faut aussi signaler que le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires a augmenté au cours des années soixante et septante de plus de $2\,000$. En 1961, il y avait $4\,150$ lits universitaires contre $7\,310$ actuellement, soit une progression de 75 p.c.

1.2. Parallèlement à l'explosion du nombre de lits, le nombre de journées d'hospitalisation s'est aussi fortement accru. De 10 millions en 1962 elle est passée à $24,5$ millions en 1984. Le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté annuellement, entre 1971 et 1981, de $284\,347$ jours en moyenne. Cet accroissement est dû principalement à la croissance du volume des admissions, car la durée moyenne de séjour a diminué.

Het aantal ziekenhuisopnamen steeg en dit voor alle leeftijdsgroepen. Dit blijkt uit de hiernavolgende tabel die het aantal opnamen weergeeft per 1 000 personen van de betrokken leeftijdsgroep.

Tabel 1. Evolutie opnamefrequentie per leeftijdsgroep

	Leeftijdsgroepen — Categories d'âge		
	< 15 jaar — < 15 ans	15 - 60 jaar — 15 - 60 ans	61 jaar en meer — 61 ans et plus
1976	89	113	193
1978	95	118	212
1980	98	123	227
1982	100	124	238
1984	106	129	• 255

Le nombre d'admissions s'est accru pour toutes les catégories d'âge comme l'illustre le tableau suivant, par 1 000 personnes d'une catégorie d'âge déterminée.

Tableau 1. Evolution de la fréquence d'admission par 1 000 personnes d'une catégorie d'âge

Dat de ligduur verkort is moge blijken uit het hiernavolgend overzicht per soort van ziekenhuisdienst.

Tabel 2. Evolutie gemiddelde verblijfsduur per dienst (in dagen)

Soort dienst (1) Type de service	1971	1976	1980	1982	1984
C	12,0	11,1	10,5	10,2	9,8
D	17,7	16,9	15,3	13,9	13,1
I	—	6,5	6,5	5,0	4,7
A	—	—	22,2	20,3	20,5
B	36,7	38,7	22,8	21,7	18,5
L	14,7	14,8	10,9	10,8	9,8
M	8,2	8,3	8,0	7,8	7,3
E	14,6	11,5	9,9	8,4	7,3
N	22,0	17,1	13,4	12,6	12,3
R	—	39,2	37,2	35,7	35,9
V	—	114,1	113,5	103,9	92,9

L'aperçu ci-après reflète la diminution de la durée d'hospitalisation par type de service hospitalier.

Tableau 2. Evolution de la durée moyenne de séjour par service (en journées)

(1) Voor de verklaring van de indexen der diensten zie bijlage 1.

Tijdens dezelfde periode is ook het aantal personeelsleden per bed toegenomen. Dit is de kwaliteit van de verzorging wel ten goede gekomen.

Eén en ander heeft uiteraard een invloed gehad op de verpleegdagprijs. De stijging van de verpleegdagprijs was sneller dan de index (zie ook punt IV, 3).

(1) L'explicitation des indices de services se trouve à l'annexe 1.

Pendant cette même période, le personnel affecté à chaque lit a également augmenté. Ce qui profite bien évidemment à la qualité des soins.

Tous ces facteurs ont, il va de soi, eu une influence sur le prix de journée. La progression du prix de journée fut plus rapide que celle de l'indice des prix. (cf. aussi point IV, 3).

1.3. De aangroei van het beddenbestand is niet zonder gevolgen gebleven voor de ziekteverzekering. In 1968 bedroegen de kosten voor ziekenhuisopneming 5,2 miljard frank voor de algemene regeling en de zelfstandigen of $\pm$ 20 pct. van de totale RIZIV-uitgaven. In 1984 bedroegen deze uitgaven 55 miljard of 10 maal meer en $\pm$ 30 pct. van de totale uitgaven gezondheidszorg bij het RIZIV. Daarbij komt nog 25 pct. van de verpleegdagprijs ten laste van Volksgezondheid. De totale uitgaven voor ziekenhuisopneming zijn in 1984 gestegen tot 85 miljard tegenover 6,5 miljard in 1961. Opmerkelijk is dat de uitgaven voor de universitaire ziekenhuizen sterker zijn gestegen als voor de niet-universitaire ziekenhuizen.

De uitgavenexplosie moet, met behoud van de kwaliteit, zo goed mogelijk worden beheerst, zoniet zullen de ziekenhuizen zelf het slachtoffer worden van hun eigen expansie. Indien men het verworvene wilde veilig stellen dienden dan ook de onontbeerlijke maatregelen te worden getroffen.

1.4. Niet onbelangrijk is ook de evolutie van de uitgaven voor technische prestaties, waarvan een groot gedeelte in de ziekenhuizen moet worden gesitueerd.

Enkele voorbeelden illustreren deze evolutie. De uitgaven voor radiologie stegen per rechthebbende van 218 frank in 1970 naar 1 299 frank in 1984 (sektor werknemers) of 6 maal meer (in constante franken van 1970 is dit 2,2 maal meer).

De uitgaven voor klinische biologie per rechthebbende (sektor werknemers) liggen 6,5 maal hoger dan in 1970, nl. 2 254 frank in 1984 tegenover 350 frank in 1970 (in constante franken van 1970 is dit 2,36 maal meer).

Voor nucleaire geneeskunde in vitro stegen de uitgaven per rechthebbende (sektor werknemers) van 23,6 frank in 1974 naar 473 frank in 1984 of 20 maal meer (in constante franken van 1974 is dit 10 maal meer).

Deze toename van de uitgaven heeft duidelijk te maken met de verhoging van het aantal bedden, maar ook met de evolutie van de medische technologie. Het spreekt vanzelf dat de toename van het aantal bedden ook op dit vlak de concurrentie tussen de ziekenhuizen heeft in de hand gewerkt. Een ziekenhuis wil met name over de laatste snufjes kunnen beschikken om aan de patiënt de beste service te kunnen verlenen.

1.5. De evolutie van de medische technologie heeft tot gevolg gehad dat sneller diagnoses konden worden gesteld en behandelingen efficiënter konden worden uitgevoerd. Hierdoor kon de ligduur sterk worden ingekort. Dit is reeds gebleken uit het overzicht van de evolutie van de gemiddelde verblijfsduur per dienst (zie punt 1.2). Opvallend is echter ook dat hierdoor meer en meer kortstondige en zelfs een-dagsverblijven gerealiseerd worden. Hieronder volgt een tabel met het aandeel van de kortstondige verblijven in algemene ziekenhuisdiensten.

1.3. La croissance du nombre de lits n'est pas restée sans conséquences pour l'assurance maladie. En 1968, le coût de l'hospitalisation était de 5,2 milliards pour le régime général et les indépendants, soit 20 p.c. du total des dépenses de l'INAMI. En 1984, ces dépenses se chiffraient à 55 milliards soit 10 fois plus et quelque 30 p.c. des dépenses totales de soins de santé de l'INAMI. Il faut y ajouter 25 p.c. du prix de journée à charge de la Santé publique. Les dépenses totales d'hospitalisation ont grimpé en 1984 jusqu'à 85 milliards contre 6,5 milliards en 1961. Fait remarquable, les dépenses afférentes aux hôpitaux universitaires se sont accrues plus rapidement que celles relatives aux hôpitaux non universitaires.

Tout en maintenant la qualité, l'explosion des dépenses doit être maîtrisée autant que possible, sinon les hôpitaux seront victimes de leur propre expansion. Voulait-on sauvegarder l'acquis? Des mesures s'imposaient inévitablement.

1.4. L'évolution des dépenses de prestations techniques, due en grande partie aux hôpitaux, n'est pas non plus dénuée d'importance.

Quelques exemples illustrent cette évolution. Les dépenses de radiologie ont augmenté par bénéficiaire de 218 francs en 1970 à 1 299 francs en 1984 (secteur travailleurs salariés) soit 6 fois plus (en francs constants de 1970, une multiplication par 2,2).

Les dépenses par bénéficiaire en biologie clinique (secteur travailleurs salariés) sont 6,5 fois plus élevées qu'en 1970: 2 254 francs en 1984 contre 350 francs en 1970 (cela représente une multiplication par 2,36 en francs constants de 1970).

Pour la médecine nucléaire in vitro, les dépenses par bénéficiaire (secteur travailleurs salariés), sont passées de 23,6 francs en 1974 à 473 francs en 1984, soit 20 fois plus, (soit 10 fois plus en francs constants de 1974).

Cette progression des dépenses est manifestement liée à l'augmentation du nombre de lits, mais aussi à l'évolution de la technologie médicale. Il va de soi qu'à ce niveau la hausse du nombre de lits a également favorisé la concurrence entre les hôpitaux, chaque hôpital voulant, en effet, disposer des dernières nouveautés pour offrir au patient le meilleur service.

1.5. L'évolution de la technologie médicale a eu pour conséquence l'établissement plus rapide des diagnostics et une plus grande efficacité des thérapeutiques appliquées. La durée d'hospitalisation a, de ce fait, pu être fortement abrégée, comme l'a déjà montré l'aperçu de l'évolution de la durée moyenne de séjour par service (cf. point 1.2.). Mais, fait surprenant, le nombre d'hospitalisations de courte durée, voire d'une journée, ne cesse d'augmenter par voie de conséquence. Le tableau ci-après illustre la part représentée par les séjours de courte durée dans les services hospitaliers généraux.

Tabel 3. Aandeel kortstondige verblijven
in algemene ziekenhuizen (1984)

Diensten (1) <i>Services</i>	Aantal ontslagen <i>Nombre de sorties</i>
C	610 779
D	427 095
E	119 679
H	5 149
H*	12 761
I	20 222
L	3 778
M	141 823
N	14 643
R	20 863
S	22 368
V	24 121
Vp	115

Totaal — Total 1 423 441

Tableau 3. Part des séjours de courte durée
dans les hôpitaux généraux (1984)

Aantal verblijven 1 a 2 dagen <i>Nombre de séjours 1 a 2 jours</i>	Percentage van het aantal ontslagen per dienst <i>Pourcentage du nombre de sorties par service</i>
143 458	23,5
74 189	17,4
32 371	27,0
2 031	39,1
3 069	24,0
9 108	45,0
686	18,1
10 948	7,7
3 868	26,4
1 756	8,4
2 603	11,6
2 076	8,6
5	4,3

286 168 20,1

(1) Voor de verklaring van de indexen der diensten zie bijlage 1.

(1) L'explicitation des indices de services se trouve à l'annexe 1.

Uit deze tabel blijkt dus dat het aantal kortstondige verblijven ± 20 pct. uitmaakt van het totaal aantal ontslagen per dienst. Opmerkelijk zijn ook de korte verblijven in E (27 pct.), in I (± 45 pct.) en in N (26,4 pct.).

Il ressort de ce tableau que les séjours de courte durée constituent près de 20 p.c. du nombre total de sorties par service. On remarquera aussi les courts séjours en service E (27 p.c.), en I (± 45 p.c.) et en N (26,4 p.c.).

1.6. Een andere fundamentele reden die aan de basis ligt van het vernieuwde gezondheidsbeleid is de veroudering die zich in onze bevolking voordoet. De bevolking is de jongste twintig jaren met 4 pct. toegenomen. Onze bevolking zal in de jaren tachtig met 50 000 personen aangroeien (tot 9 898 325 inwoners), en in de jaren negentig met 75 000 (tot 9 974 235) of respectievelijk met 1 pct. en met 1,5 pct. Belangrijk zijn de verschuivingen die zich hierbij voordoen. De bevolkingsgroep jonger dan 15 jaar is de jongste jaren met 10 pct. afgenomen (2 190 416 in 1960, naar 1 972 483 in 1980). Deze trend zet zich in de jaren tachtig verder, met name wordt een daling van deze groep verwacht met 7 à 8 pct. (tot 1 823 104). Pas tegen het jaar 2000 zou deze groep terug licht toenemen. Eén en ander is duidelijk het gevolg van het dalend geboortecijfer: in 1964 waren er 160 000 geboorten per jaar, tegenover thans 120 000, dit is een daling met 40 000. Opmerkelijk is dat het aantal geboorten per vrouw is verminderd.

1.6. Une autre raison fondamentale justifiant le renouveau de la politique de santé est le vieillissement de notre population. Ces vingt dernières années, la population a crû de 4 p.c. Notre population augmentera dans les années 80 de 50 000 personnes (pour atteindre le chiffre de 9 898 325 habitants) et dans les années 90 de 75 000 (pour atteindre 9 974 235) ou respectivement de 1 p.c. et de 1,5 p.c. Les glissements qui se sont produits sont importants. Le groupe démographique âgé de moins de 15 ans a diminué ces dernières années de 10 p.c. (2 190 416 en 1960 pour 1 972 483 en 1980). Cette tendance se poursuivra dans les années 80; on s'attend en effet à une baisse de 7 à 8 p.c. pour ce groupe (jusqu'à 1 823 104). Ce n'est que vers l'an 2000 que ce groupe remontera quelque peu. Cette évolution est la conséquence néfaste de la baisse de la natalité: en 1964 il y avait 160 000 naissances contre 120 000 aujourd'hui, soit une diminution de 40 000. Soulignons aussi la diminution du nombre de naissances par femme.

Anderzijds is er de opvallende veroudering van de bevolking. Hierop komen we straks verder terug. Hierbij weze nog opgemerkt dat de WIGW's die slechts 23 pct. van de ZIV-gerechtigden vormen, meer dan 50 pct. van de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor hun rekening nemen. In de sector hospitalisatie vertegenwoordigt deze groep zelfs 61,55 pct. van de uitgaven.

II. DOELSTELLINGEN VAN HET BELEID

2.1. In functie van de nieuwe inzichten over de plaats en de rol van het ziekenhuis in het geheel van de gezondheidsvoorzieningen was een heroriëntering i.f.v. de behoeften nodig. Ingevolge de nieuwe onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden zal het gebruik van de ziekenhuisvoorzieningen wijzigen; veel meer nog dan vroeger zal op het ziekenhuis beroep worden gedaan voor poliklinisch onderzoek en voor dagbehandeling; de ziekenhuisopname gepaard gaande met de noodzaak om in het ziekenhuis te verblijven zal in de totale ziekenhuisactiviteit afnemen. De heroriëntering is ook nodig om tegemoet te komen aan nieuwe behoeften ingevolge gewijzigde ziektebeelden en specifieke kenmerken van de demografische ontwikkeling.

Zo zijn gelukkig een aantal kwalen sterk verminderd. Het aantal tuberculose patiënten bvb. is in zeer grote mate afgenomen, de zuigelingensterfte werd gereduceerd van 4 800 gevallen per jaar naar 1 600, en de levensverwachtingen zijn groter geworden.

Anderzijds zijn een aantal ziekenhuisdiensten, met name de materniteiten, de pediatrieën en de diensten voor neonatale zorgen wegens het dalend geboortecijfer onderbezet geraakt. Herschikkingen in deze diensten zijn noodzakelijk om deze terug uit te bouwen tot kwalitatief goed functionerende diensten.

Door de veroudering van de bevolking zijn anderzijds nieuwe behoeften ontstaan. Hiertoe moeten specifieke geriatrie ziekenhuisdiensten voor diagnose en acute en sub-acute behandeling worden opgericht; aldus zal de voortijdige blijvende zorgbehoefte van de bejaarden kunnen worden voorkomen. Tevens moeten meer niet-ziekenhuisdiensten voor de opvang en verzorging van zwaar zorgbehoevende bejaarden worden tot stand gebracht.

Ook dient meer aandacht te worden opgebracht voor bepaalde aandoeningen die meer gespecialiseerde diensten vergen. Denken we hierbij aan de gezwellen en de uitbouw van oncologische centra; de cerebro-vasculaire aandoeningen blijven toenemen waardoor het beleid oog moet hebben voor de ontwikkelingen van neurochirurgische en hartchirurgische centra.

Ook de spoedgevallendiensten moeten in dit kader beter kunnen worden uitgebouwd. Kortom de middelen dienen beter te worden aangewend en dusdanig te worden geïnvesteerd dat de bestaande en nieuwe behoeften kunnen worden opgevangen. Hierbij moet uiteraard ook de kans worden geboden om de medisch-technische infrastructuur te laten mee evolueren met de vooruitgang van de geneeskunde.

Par ailleurs, il y a le vieillissement surprenant de la population. Nous y reviendrons par la suite. A remarquer à cet égard que les VIPO qui ne constituent que 23 p.c. des titulaires AMI, prennent à leur charge 50 p.c. des dépenses de soins de santé. Dans le secteur hospitalier, ce groupe représente même 61,55 p.c. des dépenses.

II. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

2.1. Une réorientation en fonction des besoins doit s'inspirer des conceptions nouvelles; ces conceptions auront trait à la place et au rôle de l'hôpital dans l'ensemble de l'infrastructure des soins. Les nouvelles possibilités de diagnostic et de traitement modifieront l'utilisation des structures hospitalières; plus que jamais l'hôpital sera sollicité pour des examens policliniques et de traitement d'un jour. L'importance de l'hospitalisation, conjuguée à la nécessité de séjourner à l'hôpital, diminuera par rapport à l'ensemble de l'activité hospitalière.

Un certain nombre de maladies ont heureusement fortement régressé: la tuberculose p.ex. La mortalité infantile est tombée de 4 800 à 1 600 cas par an. L'espérance de vie a augmenté.

Par ailleurs, un certain nombre de services hospitaliers, comme les maternités, les pédiatries et les services de soins néonataux, sont sous-occupés par suite de la baisse de la natalité. Il est indispensable de réaménager ces services pour qu'ils redeviennent des services de qualité.

Le vieillissement de la population a aussi fait naître des besoins nouveaux, pour lesquels des services spécifiques de gériatrie doivent être créés pour le diagnostic et le traitement aigu et subaigu; ils doivent permettre d'éviter des soins gériatriques permanents précoces. Il convient de créer en même temps plus de services non hospitaliers pour l'accueil et la dispensation de soins aux vieillards qui en ont besoin.

De plus, certaines affections qui exigent des services plus spécialisés, méritent une attention plus soutenue. Songeons à cet égard aux maladies tumorales et au développement des centres d'oncologie; les affections cérébrovasculaires continuent à augmenter, ce qui oblige la politique à suivre de près l'évolution des centres neurochirurgicaux et de chirurgie cardiaque.

Les services des urgences doivent également être mieux développés. Bref, les moyens doivent être mieux utilisés et investis de façon telle que les besoins existants et nouveaux puissent être satisfaits. Il est bien évident qu'il faut favoriser une évolution parallèle des structures médio-techniques avec le progrès de la médecine.

2.2. Het beter beantwoorden aan de behoeften is noodzakelijk niet alleen om deze te kunnen opvangen, maar ook vanuit *kwalitatief* oogpunt. Kwaliteit vergt immers dat de voorzieningen niet te talrijk zijn zoniet dreigen deze onderbenut te geraken of riskeert men onvoldoende ervaring te kunnen opdoen.

De kwalitatieve normen voor de ziekenhuizen dienden dan ook dringend te worden aangepast in functie van de nieuwe mogelijkheden die de geneeskunde vandaag de dag biedt. Deze kwalitatieve normen vertalen zich in structurele eisen t.a.v. de ziekenhuisstructuur en infrastructuur: zoals het aantal bedden, de soorten van diensten en de werking van deze diensten.

Daarnaast zijn uiteraard ook de personeelsnormen een exponent van kwaliteit. De evolutie van de geneeskunde die leidt tot een meer en meer intensieve geneeskunde vergt dan ook op dit vlak aangepaste kwaliteitsnormen.

2.3. De heroriëntering in de ziekenhuissector naar meer kwaliteit en het beter beantwoorden aan de behoeften is dus in eerste instantie ingegeven door gezondheidsmotieven.

De heroriëntering situeert zich in een periode dat, op het globale budgettaire vlak, bezuinigingen moeten doorgevoerd worden. Om de heroriëntering te kunnen doorvoeren en de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen verbeteren is derhalve een grotere *selectiviteit van de bestedingen* een conditio sine qua non. Door de budgettaire onmogelijkheid om additionele middelen vrij te maken zal bovendien de totstandkoming van de nieuwe voorzieningen slechts kunnen gebeuren via afbouw en/of reconversie van klassieke voorzieningen. De middelen moeten dus op een meer optimale wijze worden aangewend zodat een evenwichtige uitbouw van de voorzieningen kan verzekerd worden. De middelen moeten op een zo doelmatig mogelijke manier worden aangewend om rekening te houden met de prioriteiten. Ook diende in dit licht de financiering van de werkingskosten der ziekenhuizen te worden herzien om de uitgaven beter in toom te kunnen houden. Hierbij moet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder worden gedaan. Tevens dienen beheer en management te worden herzien rekening houdend met de nieuwe mogelijkheden die terzake thans bestaan.

III. KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE AANPASSING VAN DE ZIEKENHUISSECTOR

1. Noodzaak voor een kwantitatieve en kwalitatieve aanpassing van de acute ziekenhuissector.

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.

2.2. Mieux répondre aux besoins s'impose d'un point de vue pragmatique tout autant que d'un point de vue *qualitatif*. La qualité exige en effet de ne pas multiplier les structures afin d'éviter leur sous-occupation, au risque de ne pas acquérir l'expérience suffisante.

Les normes qualitatives applicables aux hôpitaux devaient être adaptées d'urgence en fonction des possibilités nouvelles offertes actuellement par la médecine. Ces normes qualitatives se traduisent dans des critères en matière de structure et d'infrastructure hospitalières, comme le nombre de lits, les sortes de services et le fonctionnement de ces services.

Par ailleurs, les normes de personnel sont, bien entendu, un facteur de qualité. L'évolution médicale, qui conduit à une médecine de plus en plus intense, exige dès lors des normes qualitatives adaptées.

2.3. La réorientation du secteur hospitalier vers une meilleure qualité et une réponse plus appropriée aux besoins s'inspire dès lors avant tout de motifs sanitaires.

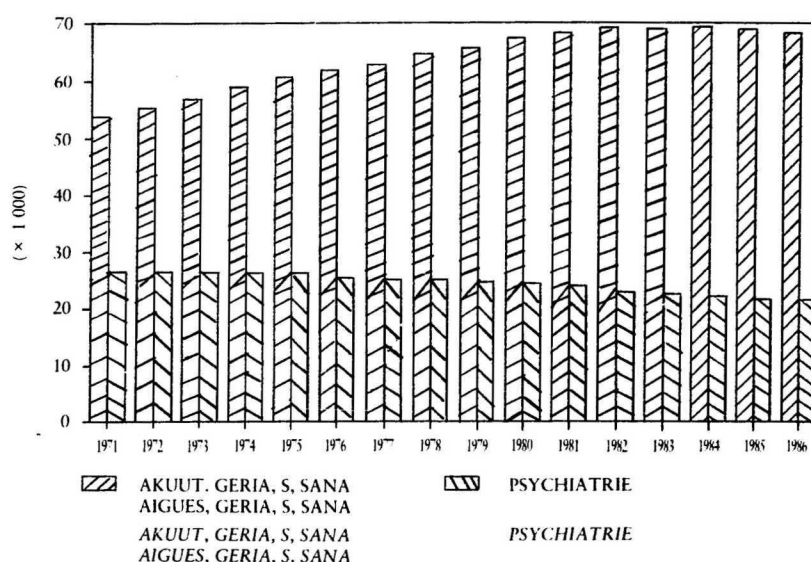
La réorientation se situe dans une période où des économies budgétaires globales sont indispensables. Dès lors *une plus grande sélectivité des dépenses* est une condition sine qua non pour réaliser la réorientation et améliorer la qualité des soins. Devant l'impossibilité budgétaire de dégager des moyens additionnels, les nouvelles structures ne pourront être créées que par la reconversion des infrastructures classiques. Les moyens doivent donc être affectés au mieux pour être utilisés d'une façon aussi efficace que possible qui tienne compte de priorités. De même, le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux devait à cet égard être revu afin de mieux maîtriser les dépenses. Une plus grande responsabilisation des gestionnaires d'hôpitaux doit être atteinte. Et gestion et management doivent être revus compte tenu des nouvelles possibilités actuelles en la matière.

III. ADAPTATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DU SECTEUR HOSPITALIER

1. Nécessité d'une adaptation quantitative et qualitative du secteur hospitalier aigu.

1.1. Grâce à l'instauration, au 1^{er} juillet 1982, du moratoire des lits dans les hôpitaux généraux, la croissance effrénée du nombre de lits d'hôpitaux, a pris fin.

Grafiek 1. Evolutie bedden.
Graphique 1. Evolution du nombre de lits.



Uit dit grafisch overzicht blijkt dat het moratorium zelfs een aanzet gaf tot een vermindering van het aantal bedden.

Il ressort de ce graphique que le moratoire a même été à l'origine d'une diminution du nombre de lits.

Tabel 4. Beddenbestand op 1.1.1986

Tableau 4. Nombre de lits au 1.1.1986

	Algemene ziekenhuizen Hôpitaux généraux		Psychiatrische ziekenhuizen Hôpitaux psychiatriques	TOTAAL TOTAL
	Acute ziekenhuizen Hôpitaux aigus	V + Vp V + Vp		
Brussel — Bruxelles	8 105	1 350	1 019	10 474
Vlaanderen — Flandres	32 733	4 580	14 309	51 622
Wallonië — Wallonie	19 071	2 565	5 857	27 493
Totaal — Total	59 909	8 495	21 185	89 589
	68 404			

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 68 404 op 1 januari 1986.

Tegenover 1982 betekent dit een vermindering voor de algemene acute ziekenhuizen met 1 516 bedden.

Voor de *psychiatrische ziekenhuizen* was de vermindering in absolute cijfers nog groter. In deze sector kan met name een vermindering worden opgetekend van $\pm 2\,000$ bedden. Voor de psychiatrische sector is deze vermindering mede te danken aan het programma waarbij de zgn. residuaire bedden progressief worden afgebouwd.

Globaal genomen was er dus op 1 januari 1986 een vermindering te noteren met $\pm 3\,500$ bedden. Deze trend heeft zich in 1987 verdergezet.

Là où le nombre de lits dans les *hôpitaux généraux* atteignait au 1^{er} juillet 1982 le chiffre de 69 855, le nombre a été ramené à 68 404 le 1^{er} janvier 1986.

Par rapport à 1982, on note une diminution pour les hôpitaux généraux aigus de 1 516 lits.

Les *hôpitaux psychiatriques* ont connu une diminution en chiffres absolus encore plus élevée. Ce secteur est en effet caractérisé par une baisse d'environ 2 000 lits, due notamment au programme de réduction progressive des lits dits résiduaux.

On observe, globalement, une diminution de quelques 3 500 lits au 1^{er} janvier 1986. Cette tendance s'est poursuivie en 1987.

1.2. Ondanks deze evolutie moet toch vastgesteld worden 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 de algemene ziekenhuizen in het Rijk 68 404 ziekenhuisbedden tegenover 57 557 voorziene bedden, wat een overschot betekent van 10 847 bedden. In Vlaanderen zijn er 37 313 bedden tegenover 32 876 bedden, in Brussel 9 455 bedden tegenover 5 866, en in Wallonië 21 636 bedden tegenover 18 806.

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

1.3. Uit hetgeen voorafgaat moge blijken dat de criteria zoals ze destijds werden vastgesteld, globaal genomen, gevoelig werden overschreden. In een tijd waar de voorhanden zijnde middelen steeds maar schaarser worden dringt zich hoe langer hoe meer de vraag op naar beddenreductie.

Door de evolutie van de medische wetenschap en de medische technologie kunnen de meeste ziekten efficiënter worden behandeld. De behoefte aan bedden voor acute ziekenhuiszorg vermindert dan ook meer en meer. Vandaar de noodzaak om de programmatiecriteria die in 1977 werden vastgesteld te herzien.

2. Kwantitatieve afslanking van de ziekenhuissector.

2.1. Motieven voor de bedvermindering (1).

2.1.1. De vermindering van het aantal ziekenhuisbedden is noodzakelijk omdat door de overschrijding van de criteria de beschikbare middelen over een te groot aantal bedden moeten worden verspreid. Dit komt geenszins de kwaliteit van de verzorging ten goede. Door een vermindering van het aantal bedden moet het n.l. mogelijk zijn de kwaliteit van de verzorging te verbeteren. De Regering heeft daarom beslist om één vierde van de middelen die door de vermindering van het aantal bedden vrijkomen, in de ziekenhuissector te herinvesteren. Deze herinvestering zal vnl. worden aangewend om het personeelseffectief in de ziekenhuizen te verhogen.

2.1.2. Door het bestaan van overtallige bedden wordt de leefbaarheid en de goede werking van ziekenhuizen in het gedrang gebracht. Met name gebeurt het dat ziekenhuizen naast elkaar over dezelfde diensten beschikken zonder dat tussen beide instellingen inspanningen tot coördinatie worden ondernomen. Hierdoor geraken ziekenhuisdiensten onderbezet of valt het voor dat de ligduur gevoelig het nationaal gemiddelde overtreft.

(1) Zie Brochure « Conception de la réduction du nombre de lits et concrétisation de la première phase », Cabinet Sociale Zaken, augustus 1986.

1.2. Malgré cette évolution, il faut néanmoins constater que, par rapport aux critères de programmation, le nombre de lits excédentaires demeure important. Cette surcapacité concerne tant le Royaume que les Communautés française et flamande et la région de Bruxelles-capitale.

Ainsi, pour le Royaume, les hôpitaux généraux totalisent 68 404 lits contre 57 557 prévus, soit un excédent de 10 847 lits. La Flandre en compte 37 313 pour 32 876 prévus, Bruxelles 9 455 pour 5 866 prévus et la Wallonie 21 636 pour 18 806.

A noter l'absence de surcapacité en lits d'hôpitaux dans la Communauté allemande.

1.3. Il ressort de ce qui précède que les critères fixés à l'époque ont été sensiblement dépassés, si nous les considérons dans leur ensemble. A une époque où les moyens disponibles ne cessent de s'amenuiser, la question du comment et de la durée se pose de plus en plus.

L'évolution des sciences et technologies médicales permet de traiter plus efficacement la plupart des maladies, faisant ainsi diminuer le besoin de lits aigus. C'est pourquoi il est nécessaire de revoir les critères de programmation fixés en 1977.

2. Réduction quantitative du secteur hospitalier.

2.1. Motifs de la réduction du nombre de lits (1).

2.1.1. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux est indispensable car le dépassement des critères contraint à répartir les moyens disponibles sur un trop grand nombre de lits. Ce qui ne profite nullement à la qualité des soins. Une réduction du nombre de lits doit dès lors permettre d'améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de réinvestir dans le secteur hospitalier un quart des moyens dégagés par la réduction du nombre de lits. Ce réinvestissement servira principalement à augmenter l'effectif du personnel dans les hôpitaux.

2.1.2. L'excédent de lits est une menace pour la viabilité et le bon fonctionnement des hôpitaux. C'est ainsi que des hôpitaux voisins disposent des mêmes services sans que ces établissements entreprennent un effort de coordination entre eux. Il s'ensuit une sous-occupation de certains services hospitaliers ou une durée de séjour sensiblement supérieure à la moyenne nationale.

(1) Voir Brochure « Conception de l'opération de réduction du nombre de lits et concrétisation de la première phase » — Cabinet des Affaires Sociales, août 1986.

De bedverminderingsooperatie moet dan ook worden aangegrepen om het ziekenhuisaanbod, zonodig, te herstructureren teneinde een meer optimale functionering ervan mogelijk te maken. De ziekenhuizen dienen beter op elkaar te worden afgestemd. Vandaar dat alles in het werk moet worden gesteld om, met het oog op een meer rationele organisatie, de samenwerking tussen de ziekenhuizen aan te moedigen. Door een betere organisatie en werking van het ziekenhuiswezen zullen de behoeften ook op een meer optimale wijze kunnen worden gedekt.

2.1.3. Door de evolutie van de medische technologie kunnen diagnosen sneller worden gesteld en behandelingen vlugger worden uitgevoerd. Dit heeft voor gevolg dat de ligduur sterk kan worden verminderd (zie punt 1.5). De behoefte aan ziekenhuisbedden wordt hierdoor verminderd. Voor de patiënt biedt een snellere behandeling voordelen: het is goedkoper en hij kan vlug terug naar huis en sneller weer aan het werk. De bedverminderingsooperatie moet dan ook worden aangegrepen om de daghospitalisatie te bevorderen. Met name kunnen via de bedverminderingsooperatie mogelijkheden voor daghospitalisatie worden gecreëerd.

2.1.4. Door de bedvermindering zullen ook middelen kunnen worden vrijgemaakt om andere vormen van verzorging te realiseren. Deze zijn overigens noodzakelijk om de hospitalisaties te kunnen inkorten of zelfs te voorkomen.

Er moeten kansen worden geboden aan de verdere ontplooiing van de thuisgezondheidszorg. Ook dient door de bedvermindering, voornamelijk in de V-diensten, de toename van het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen verzekerd te worden.

2.2. Objectieven van de Regering.

2.2.1. Het aantal ziekenhuisbedden overschrijdt in ruime mate de eertijds vastgestelde programmacriteria. De Regering heeft daarom, in het kader van het regeerakkoord, beslist het aantal bedden tot op het niveau van de programmacriteria te verminderen.

2.2.2. Ter uitvoering van dit objectief werden in het kader van het spaarplan van de Regering de volgende concrete beslissingen genomen:

a) sluiting van 2 000 acute bedden in 1987 en van 4 000 acute bedden in 1988 in de algemene niet-academische ziekenhuizen;

b) niet-terugbetaling van sana- en S-thermalismediensten vanaf 1 januari 1987;

c) verdere vermindering van de residuaire bedden en moratorium in de psychiatrische ziekenhuizen.

2.2.3. De bedverminderingmaatregel zoals voorzien in het spaarplan slaat niet op de bedden met een universitaire karakter. Voor de universitaire bedden bestaat immers een specifieke programmatie. Wel werd in het kader van het spaarplan beslist om de budgetten van de universitaire ziekenhuizen te verminderen. Deze ziekenhuizen hebben immers als supra-regionale instellingen ook een lokale funk-

Il faut dès lors profiter de l'opération de réduction du nombre de lits pour restructurer l'offre hospitalière afin d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux. De même, les hôpitaux doivent être mieux harmonisés entre eux. Aussi tout doit-il être mis en œuvre pour encourager la collaboration hospitalière en vue d'une organisation plus rationnelle. Grâce à une organisation et à un fonctionnement meilleurs des hôpitaux, les besoins pourront également être couverts d'une façon optimale.

2.1.3. Grâce aux progrès de la technologie médicale, le diagnostic peut être plus précoce et la durée d'hospitalisation sensiblement abrégée (cf. point 1.5). Les besoins en lits d'hôpitaux s'en trouvent diminués. Le patient tire avantage d'un traitement plus rapide; le coût est moins élevé et le patient peut rentrer plus vite chez lui et se remettre plus rapidement au travail. Il faut dès lors s'appliquer à réduire le nombre de lits pour favoriser l'hospitalisation d'un jour.

2.1.4. La réduction du nombre de lits permettra de dégager les moyens pour réaliser d'autres formes de soins qui sont d'ailleurs nécessaires pour réduire ou même éviter les hospitalisations.

Il faut aussi permettre le développement des soins à domicile. La réduction du nombre de lits — surtout des services V — doit également permettre d'accroître le nombre de lits en maisons de repos et de soins.

2.2. Objectifs du Gouvernement.

2.2.1. Le nombre de lits d'hôpitaux dépasse largement les critères de programmation fixés. Dans le cadre de son accord, le Gouvernement a donc décidé, de ramener le nombre de lits au niveau desdits critères.

2.2.2. Pour réaliser cet objectif, le Gouvernement a pris les mesures concrètes suivantes dans la foulée du plan d'assainissement:

a) fermeture de 2 000 lits aigus en 1987 et de 4 000 lits aigus en 1988 dans les hôpitaux généraux non universitaires;

b) non-remboursement des soins en services de sanatorium et de thermalisme S à partir du 1^{er} janvier 1987;

c) poursuite de la réduction du nombre résiduaire de lits et moratoire dans les hôpitaux psychiatriques.

2.2.3. La mesure de réduction du nombre de lits prévue dans le plan d'assainissement ne concerne pas les lits d'hôpitaux universitaires. En effet, ceux-ci sont régis par une programmation spécifique. Certes, il a été décidé, dans le plan d'assainissement, de réduire les budgets alloués aux hôpitaux universitaires; ces hôpitaux ont également une fonction locale à remplir en tant qu'établissement supra

tie te vervullen. Deze functie heeft betrekking op gemiddeld 33 pct. van de universitaire bedden. De verpleegdagprijs van de universitaire ziekenhuizen moet dan ook, volgens de Regering, voor de bedden met een lokale functie worden aangepast.

2.2.4. Uitgaande van de objectieven van de Regering werd een beleidsnota opgesteld die door de Ministerraad op 25 juli jl. werd goedgekeurd. In deze nota wordt naast de motivering van de bedvermindering ook aangeduid volgens welke conceptie deze operatie dient te verlopen en welke er de verschillende fasen van zijn. In de beleidsnota wordt tevens de eerste fase toegelicht, met name de vrijwillige bedvermindering.

Inmiddels werden reeds andere fasen van de operatie uitgewerkt, waaronder de vermindering van de ligdagen-quota die door de ziekenhuizen worden gefinancierd, alsmede de nieuwe erkenningsnormen die, vanuit kwalitatief oogpunt, herstruktureringen beogen.

2.3. *Verskillende onderdelen van de bedverminderingsoperaties.*

2.3.1. De Regering is van oordeel dat in afwachting van de evaluatie van de programmacriteria (zie verder) een eerste aanpassing van het aantal ziekenhuisbedden reeds in 1987 en in 1988 moet kunnen worden doorgevoerd.

De Regering meent dat zulks mogelijk is gelet op de grote overcapaciteit aan bedden die t.o.v. de nog steeds geldende programmacriteria bestaat.

2.3.2. De maatregelen tot beddenreductie moeten aldus reeds op korte termijn toelaten de kwaliteit van de verzorging in de ziekenhuizen te verbeteren, de herstructurering van de ziekenhuizen verder te zetten, alsmede de heroriëntering van onze gezondheidsinfrastructuur naar andere vormen van verzorging.

2.3.3. De bedverminderingsoperatie omvat verschillende onderdelen.

2.3.3.1. De Regering doet voor de bedverminderingsoperatie beroep op de medewerking van de ziekenhuizen.

Met name is de Regering van oordeel dat de bedvermindering, bij voorkeur en zoveel als mogelijk op vrijwillige basis moet kunnen tot stand komen. De ziekenhuizen worden er daarom toe aangemoedigd om zelf beslissingen tot sluiting en/of herstruktureringen te nemen. In het kader hiervan worden tijdelijk een aantal voordelen gegund aan de ziekenhuizen die op eigen initiatief tot sluitingen overgaan.

Zo zullen de middelen die vrijkomen uit de bedvermindering ten dele aangewend worden voor kwaliteitsverbetering.

Onder punt 2.4. worden deze stimuli nader beschreven.

2.3.3.2. Voor zover de bedvermindering niet algeheel op vrijwillige basis kan worden gerealiseerd, wordt een kader gecreëerd om de bedvermindering tot stand te brengen. Met name worden specifieke regelen ontworpen om aan te duiden op welke wijze bedden dienen te worden afgeschaft.

régionaux. Cette fonction concerne en moyenne 33 p.c. des lits universitaires. Pour le Gouvernement, le prix de journée des hôpitaux universitaires doit dès lors être adapté en ce qui concerne les lits ayant une fonction locale.

2.2.4. Partant des objectifs du Gouvernement, une note politique a été rédigée et approuvée par le Conseil des Ministres du 25 juillet dernier. Cette note indique, outre les motifs de la réduction du nombre de lits, la conception selon laquelle cette opération doit se dérouler et quelles en sont les différentes phases. La note politique commente la première phase, à savoir la diminution volontaire du nombre de lits.

Entre-temps, d'autres phases de l'opération ont déjà été élaborées, parmi lesquelles la diminution des quotas de journées d'hospitalisation à financer par les hôpitaux, ainsi que les nouvelles normes d'agrément qui visent des restructurations qualitatives.

2.3. *Différentes parties des opérations de réduction du nombre de lits.*

2.3.1. Le Gouvernement est d'avis qu'en attendant l'évaluation des critères de programmation (voir plus loin) une première adaptation du nombre de lits d'hôpitaux doit déjà pouvoir être réalisée en 1987 et 1988.

Le Gouvernement l'estime possible eu égard à la surcapacité importante en lits par rapport aux critères de programmation toujours en vigueur.

2.3.2. Les mesures de réduction doivent dès lors permettre, à court terme déjà, d'améliorer la qualité des soins hospitaliers, de poursuivre la restructuration des hôpitaux et de réorienter notre infrastructure sanitaire vers d'autres formes de soins.

2.3.3. L'opération de réduction comprend plusieurs parties.

2.3.3.1. Pour l'opération de réduction du nombre de lits, le Gouvernement compte d'abord sur la collaboration des hôpitaux.

Il estime que la réduction doit, de préférence être volontaire. Aussi, les hôpitaux seront-ils encouragés à prendre eux-mêmes des décisions de fermeture et de restructuration. Dans ce cadre, un certain nombre d'avantages seront temporairement accordés aux hôpitaux qui procèdent, de leur propre initiative, à des fermetures.

Les moyens libérés par la réduction seront destinés à améliorer la qualité des soins.

Ces mesures d'encouragement sont mieux décrites au point 2.4.

2.3.3.2. Dans la mesure où la réduction du nombre de lits ne pourra être entièrement réalisée sur une base volontaire, un cadre sera créé en vue de cette réduction. Des mesures spécifiques seront élaborées pour déterminer la manière dont les lits doivent être supprimés.

De bedvermindering kan op twee manieren tot stand komen:

a) Vooreerst door een herstructurering en een betere organisatie van de ziekenhuizen en van de ziekenhuisdiensten via de erkenningsnormen.

De ziekenhuizen zullen reeds in de periode van de gestimuleerde vermindering van bedden met deze nieuwe normen kunnen rekening houden vermits deze op 8 december 1986 werden afgekondigd.

Onder punt 3 van deze nota worden de nieuwe normen uiteengezet.

b) Op basis van artikel 21 van de ziekenhuiswet zullen eveneens modaliteiten en regelen worden bepaald voor de afschaffing van programmatorisch overtallige ziekenhuisbedden.

Via de techniek van erkenning en programmatie moet de Regering ertoe komen haar objectief te bereiken.

In de fase van gedwongen vermindering zullen de ziekenhuizen evenwel niet meer kunnen genieten van de stimuli die tijdelijk worden geboden tijdens de vrijwillige fase.

2.3.3.3. Het objectief van de Regering om het aantal bedden in 1987 met 2000 te verminderen is nog niet gerealiseerd bij de aanvang van het jaar 1987. Toch werd met ingang van 1 januari 1987 het globale budget van het Rijk dat voor de financiering van de ziekenhuizen in 1987 kan worden aangewend, reeds met het equivalent van 2000 bedden verminderd (zie punt IV.5).

Deze vermindering mocht zich evenwel niet vertalen in een lineaire aanpassing van de individuele ziekenhuisbudgetten, maar werd selectief doorgevoerd. Met name moet bij de vaststelling van het budget worden rekening gehouden met het activiteitsniveau. Dit principe wordt overigens vooropgesteld in een advies dat de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen op 10 juli 1986 heeft uitgebracht inzake de aard van de ziekenhuisactiviteit en de financiering van de verpleegdagprijs.

De Raad stelt in dit advies voor dat indien de gemiddelde bezetting lager is dan de normaal geachte bezetting de financiering van de verpleegdagprijs proportioneel wordt verminderd.

Indien de gemiddelde verblijfsduur hoger is dan voor gelijkaardige ziekenhuisdiensten moet hieruit volgens de Raad worden afgeleid dat « niet-noodzakelijke verpleegdagen » worden gefinancierd.

Kortom, om de budgetten selectief te verminderen wordt rekening gehouden met de bezettingsgraad en de ligduur in de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten. Het zijn overigens de diensten die onderbezet zijn of die een te lange ligduur hebben die tot sluiting zullen moeten overgaan.

2.4. Stimuli voor een vrijwillige vermindering van het aantal acute ziekenhuisbedden.

De ziekenhuisbeheerders die vóór 1 juni 1987 beslissen om een ziekenhuis of een gedeelte daarvan te sluiten, en deze beslissing uitvoeren vóór 1 januari 1988, zullen van een aantal voordelen kunnen genieten.

Cette réduction pourra prendre deux formes.

a) D'abord une restructuration et une meilleure organisation des hôpitaux et des services hospitaliers par les normes d'agrément.

Des nouvelles normes ont été promulguées par l'arrêté royal du 8 décembre 1986. Les hôpitaux peuvent déjà en tenir compte au cours de la période de réduction volontaire.

Ces normes nouvelles sont explicitées au point 3 de la présente note.

b) Les modalités et les règles de suppression des lits hospitaliers excédentaires par rapport à la programmation seront fixées sur la base de l'article 21 de la loi sur les hôpitaux.

Les techniques de l'agrément et de la programmation doivent permettre au groupement de réaliser ses objectifs.

Au cours de la phase de réduction forcée, les hôpitaux ne pourront cependant plus profiter des encouragements offerts temporairement pendant la phase volontaire.

2.3.3.3. L'objectif du gouvernement de réduire de 2000 le nombre de lits en 1987 n'est pas encore atteint en ce début d'année. Cependant, depuis le 1^{er} janvier 1987, le budget global du Royaume pouvant servir à financer les hôpitaux en 1987 a déjà été amputé de l'équivalent des 2 000 lits (voir point IV.5).

Cette diminution ne pouvait toutefois se traduire par une adaptation linéaire des budgets des différents hôpitaux mais elle a été appliquée sélectivement. Le niveau d'activité, notamment, doit être pris en compte lors de l'établissement du budget. Ce principe est du reste fixé dans un avis du Conseil national des établissements hospitaliers rendu le 10 juillet 1986 à propos de la nature de l'activité hospitalière et du financement du prix de journée.

Dans cet avis, le Conseil propose de réduire proportionnellement le financement du prix de journée si l'occupation moyenne est inférieure à l'occupation considérée comme normale.

Si la durée d'hospitalisation moyenne est supérieure dans des services hospitaliers identiques, la conclusion à tirer, selon le Conseil, est que des « journées d'hospitalisation non indispensables » sont financées.

Bref, afin de diminuer sélectivement les budgets, il est tenu compte du taux d'occupation et de la durée d'hospitalisation dans les différentes espèces de services hospitaliers. Ce sont d'ailleurs les services sous-occupés ou caractérisés par une durée d'hospitalisation trop longue qui devront fermer.

2.4. Stimulants d'une réduction volontaire du nombre de lits hospitaliers aigus.

Les gestionnaires qui décident avant le 1^{er} juin 1987 de fermer un hôpital ou une partie de celui-ci et qui exécutent cette décision avant le 1^{er} janvier 1988 bénéficieront de certains avantages.

Zij zullen hun beslissing evenwel vóór 1 juni 1987 moeten bekendmaken. De stimuli zullen bovendien pas kunnen worden verworven nadat de sluiting effectief heeft plaatsgehad.

De beslissing tot sluiting en de aanvraag tot gebeurlijke aanpassing van de erkenning dienen te worden gericht aan de bevoegde Gemeenschapsminister.

Hij waakt er ook over dat de sluiting effectief wordt doorgevoerd.

Indien de sluiting met eerbiediging van deze voorwaarden plaats heeft, zal van de hiernavolgende voordelen kunnen worden genoten:

2.4.1.1. Ziekenhuizen die hun bedcapaciteit met minstens 10 pct. verminderen kunnen één vierde van de ontstane bezuiniging terugkrijgen, onder de vorm van een verhoging van het budget, om voor de resterende bedden hun personeelseffectief te verhogen teneinde de kwaliteit van de geboden verzorging of de werking van het ziekenhuis te verbeteren.

2.4.1.2. Dit voordeel kan ook worden verworven indien ziekenhuizen in het kader van een samenwerkingsverband ertoe komen om hun globale capaciteit met 10 pct. te verminderen, of indien het bewijs wordt geleverd dat een ander ziekenhuis tot een dergelijke reductie overgaat.

Het spreekt vanzelf dat ingeval van samenwerking het voordeel van de recyclage der middelen kan worden gespreid over de ziekenhuizen die in het samenwerkingsverband betrokken zijn.

2.4.1.3. Om toegang te krijgen tot de verhoogde financiering moet de beslissing tot sluiting door de bevoegde Gemeenschapsminister worden overgemaakt aan de Nationale Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft. De Gemeenschapsminister deelt mee of aan alle vereisten inzake erkenning en programmatie werd voldaan.

2.4.1.4. De nadere modaliteiten voor het gebruik van de bijkomende middelen worden geregeld in een schriftelijke overeenkomst met de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

2.4.1.5. De volgende projecten kunnen voor financiering in aanmerking worden genomen:

- de financiering van een zware medische dienst die aan de gestelde kwaliteitscriteria voldoet;
- de oprichting van een dienst voor daghospitalisatie;
- de registratie en verwerking van minimale klinische gegevens;
- het verhogen van het personeelseffectief in de resterende diensten, inzonderheid van de geriatriediensten.

Nog andere projecten kunnen voor financiering worden weerhouden mits deze door de Minister worden aanvaard.

2.4.2. Een ziekenhuis dat zijn bedcapaciteit met minstens 25 pct. vermindert krijgt de mogelijkheid om tot maximum 70 pct. van de weerhouden investeringslasten voor een nieuwbouw of verbouwing af te schrijven in de verpleegdagprijs.

Ils devront cependant faire connaître leur décision avant le 1^{er} juin 1987. En outre, les stimulants ne pourront être acquis qu'après fermeture effective.

La décision de fermeture et la demande d'adaptation éventuelle de l'agrément doivent être adressées au ministre communautaire compétent.

Il veille également à la fermeture effective.

Si la fermeture a lieu conformément aux conditions, les avantages suivants seront accordés:

2.4.1.1. Les hôpitaux qui réduisent le nombre de leurs lits de 10 p.c. au moins pourront récupérer, sous forme d'augmentation de leur budget, un quart de l'économie réalisée et augmenter ainsi leur effectif pour les lits restants afin d'améliorer la qualité des soins dispensés ou le fonctionnement de l'hôpital.

2.4.1.2. Cet avantage peut s'acquérir aussi si un groupement d'hôpitaux réalise une réduction de 10 p.c. du nombre total de lits ou s'il est prouvé qu'un autre hôpital procède à une telle réduction.

Il est évident qu'en cas de collaboration, le bénéfice du recyclage des moyens peut être réparti entre les hôpitaux concernés.

2.4.1.3. Afin d'obtenir un financement majoré, la décision de fermeture doit être transmise par le Ministre communautaire compétent au Ministre national qui a le prix de journée dans ses attributions. Le Ministre communautaire compétent communique que les critères d'agrément et de programmation ont été satisfaits.

2.4.1.4. Les modalités d'utilisation des moyens supplémentaires seront réglées par une convention écrite avec le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions.

2.4.1.5. Les projets suivants peuvent être pris en considération pour un financement:

- le financement d'un service médical dit lourd, qui satisfait aux critères de qualité fixés;
- la création d'un service d'hospitalisation de jour;
- l'enregistrement et le traitement des données cliniques minimum;
- l'augmentation de l'effectif des autres services, surtout du service de gériatrie.

D'autres projets pourront encore être retenus pour un financement.

2.4.2. L'hôpital, qui réduit le nombre de ses lits de 25 p.c. au moins, peut amortir dans son prix de journée un maximum de 70 p.c. des charges d'investissement retenues pour une construction nouvelle ou une transformation.

Dit voordeel geldt eveneens wanneer een ziekenhuis het bewijs levert dat elders een bedvermindering ontstaat die overeenstemt met 25 pct. van de bestaande bedcapaciteit.

Het voordeel geldt tenslotte ook wanneer twee of meerdere ziekenhuizen samen tot nieuwbouw beslissen en hun gezamenlijke capaciteit met minstens 25 pct. verminderen.

In voorkomend geval moet de reductie minstens 50 bedden bedragen.

Ingeval het om verbouwingswerken gaat moet minstens 25 pct. worden verminderd in verhouding tot het aantal bedden dat wordt vervangen, met dien verstande dat de reductie nooit lager mag zijn dan 30 bedden.

Om van dit voordeel te genieten moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- in afwijking van de hierboven vermelde algemene voorwaarden moet de aanvraag bij de Gemeenschapsminister vóór 1 januari 1988 worden ingediend;

- de Gemeenschapsminister verleent een programmatievergunning en een principieel akkoord om 30 pct. van de investeringskosten te betoelagen;

- er wordt een conventie gesloten met de Minister tot wiens bevoegdheid de verpleegdagprijs behoort;

- de vermindering moet worden doorgevoerd binnen een vastgesteld tijdsschema;

- het bouwplafond moet worden gerespecteerd.

Dit voordeel mag, binnen bepaalde perken, worden gecombineerd met het voordeel vermeld onder punt 2.4.1.

2.4.3. — De ziekenhuizen die vóór 1 juni 1987 de sluiting aankondigen krijgen het recht op een verhoogde schadeloosstelling.

- Voorwaarde daartoe is evenwel dat de bedden die worden gedesaffecteerd niet mogen vervangen worden en niet mogen leiden tot de ingebruikneming van andere ziekenhuisbedden.

- De schadeloosstelling zal met name in voorkomende gevallen worden opgetrokken met 15 pct. t.o.v. de huidige vergoeding.

- Indien de sluiting evenwel betrekking heeft op een gans ziekenhuis of op een volledige ziekenhuisdienst bedraagt de verhoging 20 pct.

- De verhoogde schadeloosstelling mag worden gecombineerd met de voordelen voorzien onder punt 2.4.1 en punt 2.4.2.

- Voor aanvragen tot schadeloosstelling die na 1 juni 1987 worden ingediend of sluitingen die pas na 1 januari 1988 plaats hebben gelden de normale regels inzake de niet-verhoogde schadeloosstelling opnieuw.

- De procedure van de schadeloosstelling werd aanzienlijk ingekort om de financiële middelen sneller ter beschikking te kunnen stellen.

Cet avantage est également accordé lorsque l'hôpital apporte la preuve qu'un nombre de lits correspondant à 25 p.c. des siens, est réduit ailleurs.

Enfin, l'hôpital profite aussi de l'avantage lorsque deux ou plusieurs services hospitaliers décident une nouvelle construction ou réduisent leur capacité commune de 25 p.c. au moins.

Dans ce cas, cette réduction doit porter sur 50 lits au moins.

S'il s'agit de transformations, 25 p.c. au moins de la capacité en lits doivent être réduits proportionnellement au nombre de lits remplacés, étant entendu que la réduction ne peut jamais être inférieure à 30 lits.

L'octroi de l'avantage est subordonné aux conditions suivantes:

- par dérogation aux conditions générales précitées, la demande doit être introduite auprès du Ministre communautaire avant le 1^{er} janvier 1988;

- le Ministre communautaire délivre une autorisation de programmation et un accord de principe pour subventionner 30 p.c. de l'investissement;

- une convention est conclue avec le Ministre compétent qui a le prix de journée dans ses attributions;

- la réduction doit être opérée dans un délai fixé;

- le plafond de construction doit être respecté.

Cet avantage peut, dans des limites déterminées, être combiné à l'avantage prévu au point 2.4.1.

2.4.3. — Les hôpitaux qui annoncent la fermeture avant le 1^{er} juin 1987 ont droit à une indemnisation majorée.

- La condition en est cependant que les lits désaffectés ne peuvent pas être remplacés et qu'ils ne peuvent pas donner lieu à la mise en service d'autres lits hospitaliers.

- Dans les cas précités, celle-ci sera augmentée de 15 p.c. par rapport à l'indemnité actuelle.

- S'il s'agit de la fermeture de tout un hôpital ou service, l'augmentation est de 20 p.c.

- L'indemnisation majorée peut être combinée aux avantages prévus aux points 2.4.1 et 2.4.2.

- Les règles de l'indemnisation non majorée vaudront de nouveau pour les demandes d'indemnisation introduites après le 1^{er} juin 1987 ou pour les fermetures qui auront lieu après le 1^{er} janvier 1988.

- La procédure d'indemnisation sera abrégée sensiblement en vue d'une liquidation plus rapide des moyens financiers.

2.4.4. — Behoudens voor de desaffectatie van V-bedden kan geen recht meer worden bekomen op verzorgingsbedden bij desaffectatie van algemene ziekenhuisbedden.

— De ziekenhuizen die geen gebruik wensen te maken van de voordelen voorzien onder punt 2.4.1 en/of punt 2.4.2, kunnen evenwel nog per gedesaffecteerd ziekenhuisbed aanspraak maken op twee verzorgingsbedden, waarvan minstens één in een erkend rustoord.

— De ziekenhuizen die wel wensen gebruik te maken van één van de voordelen voorzien onder punt 2.4.1 of punt 2.4.2, kunnen per gedesaffecteerd ziekenhuisbed aanspraak maken op een verzorgingsbed.

De Regering zal op 1 juni 1987 een balans kunnen opmaken van de ingediende projecten tot bedvermindering. Deze datum is niet zonder belang omdat mede op basis van deze inventaris het budget voor 1988 moet kunnen worden vastgesteld.

2.5. *Afschaffing van de S-thermalismediensten en van de sanatoria als ziekenhuisdiensten.*

Overeenkomstig het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werden bij koninklijk besluit van 30 juli 1986 de S-thermalismediensten en de sanatoria als ziekenhuisdiensten afgeschaft. De S-thermalisediensten worden met name niet langer als ziekenhuisdiensten beschouwd omdat hun concept niet strookt met het ziekenhuisconcept.

Inmiddels werd door de Ministerraad een koninklijk besluit tot wijziging van de Z.I.V.-wet goedgekeurd dat ertoe strekt de prestaties, die in de thermalismediensten worden verricht, forfaitair in plaats van per prestatie te vergoeden. Hiermee wordt een beheersing van de uitgaven in deze sector beoogd. Tevens werd, in overleg met de betrokken instellingen, beslist hun capaciteit te beperken. (Zie koninklijk besluit nr. 500 van 31 december 1986 — *Belgisch Staatsblad* van 23 januari 1987).

Ook de sanatoria werden als ziekenhuisdiensten afgeschaft omdat het aangewezen is de tuberculoseaandoeningen of longinfecties in het kader van algemene ziekenhuizen te behandelen waar over de nodige infrastructuur kan worden beschikt. In het kader van de algemene ziekenhuizen bestaat voor deze problematiek overigens een specifieke dienst, met name de B-dienst.

2.6. *Moratorium voor het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen.*

Door het koninklijk besluit nr. 421 van 18 juli 1986 (*Belgisch Staatsblad* van 2 augustus 1986) werd een moratorium ingevoerd voor de psychiatrische ziekenhuizen en dit in navolging van het moratorium voor de algemene ziekenhuizen. Voortaan moet nu ook voor de ingebruikneming van bedden in psychiatrische ziekenhuizen een exploitatievergunning worden gevraagd bij de Gemeenschapsminister.

2.4.4. — Le droit à des lits de soins par désaffectation de lits d'hôpitaux généraux ne pourra plus être obtenu, sauf pour la fermeture de lits V.

— Les hôpitaux qui ne souhaitent pas profiter des avantages prévus au point 2.4.1 et/ou au point 2.4.2, peuvent néanmoins encore prétendre à deux lits de soins par lit hospitalier mis hors service, dont un dans une maison de repos agréée.

— Les hôpitaux qui souhaitent profiter d'un des avantages prévus aux points 2.4.1 ou 2.4.2, peuvent prétendre à un lit de soins par lit hospitalier désaffecté.

Le Gouvernement établira au 1^{er} juin un bilan des projets rentrés de diminution de lits. Cette date n'est pas sans importance car le budget de 1988 pourra être établi sur base de cet inventaire.

2.5. *Suppression des services S-thermalisme et des sanatoriums comme services hospitaliers.*

Conformément à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, les services S-thermalisme et les sanatoriums ont été supprimés en tant que services hospitaliers par arrêté royal du 30 juillet 1986. Les services S-thermalisme ne sont plus considérés comme services hospitaliers parce que leur conception ne correspond pas à celle d'un hôpital.

Entre-temps, le Conseil des Ministres a approuvé un arrêté royal portant modification de la loi A.M.I. afin d'accorder une intervention forfaitaire pour les prestations des services de thermalisme, au lieu d'accorder une intervention par prestation. Cette mesure permet de maîtriser ces dépenses dans ce secteur. De plus, il a été décidé, de concert avec les établissements en question, de réduire leur capacité (voir arrêté royal n° 500 du 31 décembre 1986 — *Moniteur belge* 23 janvier 1987).

Les sanatoriums ont également été supprimés en tant que services hospitaliers parce qu'il est plus indiqué de traiter les affections tuberculeuses ou les infections pulmonaires dans des hôpitaux généraux où les infrastructures d'un hôpital général sont disponibles. Les hôpitaux généraux ont un service spécifique pour traiter ces problèmes: le service B.

2.6. *Moratoire du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.*

L'arrêté royal n° 421 du 18 juillet 1986 (*Moniteur belge* du 2 août 1986) a instauré un moratoire des hôpitaux psychiatriques à la suite de celui pris pour les hôpitaux généraux. Désormais, la mise en service de lits psychiatriques requiert également une autorisation d'exploitation délivrée par le Ministre communautaire.

Het moratorium heeft als basis het koninklijk besluit van 3 augustus 1976 waardoor in theorie voor het hele land ongeveer 19 300 bedden of plaatsen konden worden toegewezen.

Per 1 juli 1986 waren er reeds 16 300 bedden toegestaan.

Het is dit cijfer dat in het koninklijk besluit nr. 421 is weerhouden.

De feitelijke bestaande capaciteit van sommige psychiatrische ziekenhuizen is ruimer dan hun programmatorisch werd toegewezen. Reeds in 1983 werd voor deze ziekenhuizen een afbouwmechanisme in werking gesteld, teneinde de feitelijke toestand progressief te doen overeenstemmen met de programmatorische.

Omdat men wilde verhinderen dat de besparingen zouden verloren gaan door het oprichten van nieuwe bijkomende psychiatrische ziekenhuizen was een moratorium onontbeerlijk.

Zoals voor de algemene ziekenhuizen kan ook hier de Gemeenschapsminister een uitzondering toestaan voor zover de Nationale Minister hiermee zijn akkoord betuigt.

3. Nieuwe aanvullende erkenningsnormen voor de algemene acute ziekenhuizen.

Bij het koninklijk besluit van 8 december 1986 (*Belgisch Staatsblad* van 12 december 1986) werden nieuwe erkenningsnormen voor de ziekenhuizen vastgesteld.

Het besluit moet worden gezien als een aanzet tot kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg via een meer rationele organisatie van de ziekenhuizen en een optimale aanwending van de infrastructuur.

3.1. Het besluit vindt zijn juridische grondslag in artikel 2 van de ziekenhuiswet dat handelt over de erkenningsnormen. Het artikel werd uitdrukkelijk gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 407.

Teneinde misvattingen te vermijden dient duidelijk gesteld dat het hier niet gaat om programmatiecriteria (zie hierover punt 4).

3.1.1. De *criteria voor de programmatie* zijn immers volgens artikel 6 van de ziekenhuiswet forfaitaire, rekenkundige regelen of formules bestemd om de behoeften te meten. Dit betekent bv. voor de G-dienst dat er een behoefte is aan 5 bedden per 1 000 bejaarden; 1 400 000 bejaarden impliceert een behoefte van 7 000 bedden, nl. $\frac{1\,400\,00 \times 5}{1000}$

De behoefte wordt dus berekend op basis van een formule. Het resultaat drukt de behoefte uit voor het hele land. In de *erkenningsnormen* wordt daarentegen een concept gedefinieerd op basis van kwaliteitseisen; met name wordt bepaald over hoeveel bedden en over welke soorten van diensten een ziekenhuis moet beschikken om goed te kunnen functioneren. Zo ook moeten de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten over een minimum aantal bedden

Le moratoire est fondé sur l'arrêté royal du 3 août 1976 accordant, en théorie, quelque 19 300 lits ou places pour l'ensemble du pays.

Déjà 16 300 lits avaient été accordés au 1^{er} juillet 1986.

C'est ce chiffre qui a été retenu dans l'arrêté royal n° 421.

La capacité actuelle effective de certains hôpitaux psychiatriques est plus grande que celle attribuée par la programmation. Dès 1983, un mécanisme de suppression entra en vigueur pour ces hôpitaux afin de faire coïncider progressivement la situation de fait avec celle fixée par la programmation.

C'est parce qu'on voulait empêcher que les économies soient réduites à néant par la création de nouveaux hôpitaux psychiatriques qu'un moratoire s'avéra indispensable.

Comme pour les hôpitaux généraux, le Ministre communautaire peut, dans ce cas aussi, faire une exception, avec l'accord du Ministre national.

3. Nouvelles normes complémentaires d'agrément pour les hôpitaux généraux aigus.

L'arrêté royal du 8 décembre 1986 (*Moniteur belge* du 12 décembre 1986) a édicté des nouvelles normes d'agrément pour les hôpitaux.

Cet arrêté doit être considéré comme une incitation à améliorer la qualité des soins hospitaliers par une organisation plus rationnelle de ceux-ci et par une utilisation optimale de l'infrastructure.

3.1. L'arrêté puise son fondement juridique dans l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, qui traite des normes d'agrément. L'article a été modifié explicitement par l'arrêté royal n° 407.

Pour éviter toute équivoque, il faut dire clairement qu'il ne s'agit pas ici de critères de programmation.

3.1.1. *Les critères de programmation* sont en effet, aux termes de l'article 6 de la loi sur les hôpitaux, des règles ou formules mathématiques forfaitaires destinées à mesurer les besoins. Cela signifie, par exemple pour le service G, qu'il y a un besoin de 5 lits pour 1 000 personnes âgées: 1 400 000 vieillards impliquent un besoin de 7 000 lits, soit $\frac{1\,400\,000 \times 5}{1\,000}$

Le besoin a donc été calculé à l'aide d'une formule. Le résultat exprime le besoin pour tout le pays. *Les normes d'agrément*, par contre, définissent un concept sur la base de critères de qualité; on détermine notamment de combien de lits et de quelles sortes de services un hôpital doit disposer pour bien fonctionner. Ainsi les différentes sortes de services hospitaliers doivent pouvoir disposer d'un nombre minimum de lits et présenter un niveau déterminé d'activités

kunnen beschikken en een bepaald activiteitsniveau vertonen om in kwalitatief goede omstandigheden te functioneren. Voor de nationale gemeenschap, die ontzaglijk veel middelen in de ziekenhuissector investeert, moeten deze kwaliteitseisen een verantwoord gebruik van de middelen garanderen. Deze motieven lagen aan de basis van de wijzigingen die aan artikel 2 van de ziekenhuiswet door het koninklijk besluit nr. 407 werden aangebracht.

Voor de uitvoering van dit artikel is het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Erkenning, vereist. Dit advies werd ingewonnen. Heel wat bepalingen zijn overigens op dit advies geïnspireerd.

3.1.2. T.a.v. de wijziging van de erkenningsnormen doen sommigen opmerken dat heel wat ziekenhuizen hun existentieel recht op voortbestaan putten uit artikel 15, 2^o, van de wet van 6 juli 1973 tot wijziging van de ziekenhuiswet. Het betreft meer bepaald de ziekenhuizen die bestonden op het ogenblik van het invoeggetreden van de wet van 6 juli 1973 of waarvan de bouwwerken op dat ogenblik aan de gang waren, alsmede die ziekenhuizen waarvoor een principieel akkoord werd verleend vóór de afkondiging van de programmatiecriteria.

Het artikel 15, 2^o, van de wet van 6 juli 1973 betreft echter een programmatiebepaling waardoor deze instellingen ambtshalve in de planning passen. Naast de verplichting tot integratie in de planning moeten de ziekenhuizen ook aan de erkenningsnormen beantwoorden.

Ook de ziekenhuizen die onder artikel 15, 2^o vallen moeten voldoen aan de erkenningsnormen. Het voornoemde artikel 15, 2^o belet niet dat de erkenningsnormen worden aangepast en dat alle ziekenhuizen hieraan moeten voldoen. De aanpassing van de erkenningsnormen is overigens een noodzaak opdat de ziekenhuizen in hun concept en werking mee zouden evolueren met de vooruitgang van de medische wetenschap, alsmede om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Dit geldt overigens niet alleen voor het koninklijk besluit van 8 december 1986. Het geldt ook voor de andere reeds eerder doorgevoerde aanpassingen van de erkenningsnormen alsmede voor de voorgenomen wijzigingen aan de normen zoals bv. inzake de medische, paramedische en verpleegkundige omkadering.

Zonder een geregelde aanpassing van de erkenningsnormen dreigt onze ziekenhuisinfrastructuur snel verouderd te geraken en achterop te liggen t.o.v. de mogelijkheden die de geneeskunde biedt.

Het is trouwens de plicht van de overheid om de normen geregeld bij te sturen teneinde te garanderen dat de gemeenschapsgelden, die zowel de bouw als de werking van de ziekenhuizen volledig financieren, optimaal zouden worden benut.

3.2. Het besluit van 8 december 1986 geldt voor alle ziekenhuizen, behoudens voor:

- a) psychiatrische ziekenhuizen;
- b) geïsoleerde V-diensten;

pour fonctionner dans de bonnes conditions. Pour la communauté nationale qui investit des moyens considérables dans le secteur hospitalier, ces critères de qualité doivent garantir une utilisation justifiée des moyens. Ces motifs ont été à la base des modifications apportées par l'arrêté royal n^o 407 à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux.

Pour l'exécution de cet article, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Agrément, est requis. Cet avis a été recueilli. De nombreuses dispositions s'en inspirent d'ailleurs.

3.1.2. A propos de la modification des normes d'agrément, certains font remarquer que bien des hôpitaux puisent leur droit de survie dans l'article 15, 2^o, de la loi du 6 juillet 1973 modifiant la loi sur les hôpitaux. Il s'agit plus particulièrement des hôpitaux qui existaient au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 6 juillet 1973 ou dont les travaux de construction étaient en cours à cette époque-là, ainsi que des hôpitaux pour lesquels un accord de principe a été donné avant la publication des critères de programmation.

L'article 15, 2^o, de la loi du 6 juillet 1973 porte cependant sur une disposition de programmation par laquelle ces établissements s'insèrent d'office dans la programmation.

Outre l'obligation de s'intégrer dans la programmation, les hôpitaux doivent avoir répondu aux normes d'agrément. Les hôpitaux repris par les dispositions de l'article 15, 2^o, doivent aussi satisfaire aux normes d'agrément. Cet article 15, 2^o, n'empêche nullement l'adaptation des normes d'agrément et que tous les hôpitaux doivent s'y soumettre. Il est d'ailleurs nécessaire d'adapter les normes d'agrément pour que les hôpitaux évoluent dans leur concept et leur fonctionnement avec les progrès de la médecine et pour améliorer la qualité des soins. Ceci ne vaut d'ailleurs pas uniquement pour l'arrêté royal du 8 décembre 1986. Ceci vaut aussi pour les autres adaptations déjà apportées et pour la modification envisagée aux normes d'encadrement médical, paramédical et infirmier.

Sans adaptation régulière des normes d'agrément, notre infrastructure hospitalière risque d'être rapidement désuète et d'être à la traîne par rapport aux possibilités offertes par la médecine.

Les autorités ont d'ailleurs le devoir d'adapter régulièrement les normes afin de garantir que les deniers de la communauté qui finance entièrement la construction et le fonctionnement des hôpitaux, soient utilisés au mieux.

3.2. L'arrêté du 8 décembre 1986 s'applique à tous les hôpitaux, sauf aux:

- a) hôpitaux psychiatriques;
- b) services V isolés;

c) geïsoleerde S-diensten al of niet gecombineerd met H- of V-diensten.

3.2.1. Voor de *psychiatrische ziekenhuizen* geldt een specifiek beleid, waar met name progressief de residuaire bedden worden afgebouwd. Hierbij worden thans mogelijkheden geboden voor beschut wonen waarvoor trouwens met het koninklijk besluit nr. 407 een juridische basis werd gecreëerd.

3.2.2. Voor de *geïsoleerde V-diensten* geldt eveneens een specifiek beleid; hierop wordt in deel II dieper ingegaan.

3.2.3. De *S-diensten* bestrijken zeer uiteenlopende domeinen in de geneeskunde; deze diensten dienen aan een diepgaand onderzoek te worden onderworpen om op basis hiervan hun uiteindelijke bestemming te bepalen. Het aantal bedden in S-diensten werd overigens geblokkeerd om te voorkomen dat andere diensten nog naar S zouden omschakelen (zie koninklijk besluit van 8 december 1986 — *Belgisch Staatsblad* van 12 december 1986).

3.3. De algemene inrichting van ziekenhuizen.

3.3.1. We beschikken thans over te veel ziekenhuizen. Dit is een totaal voorbijgestreefde toestand in een land met zulke kleine oppervlakte, met zulke bevolkingsdichtheid en met zulke wegeninfrastructuur. Om dit te illustreren wordt hieronder een algemeen overzicht geboden van het aantal acute ziekenhuizen met hun aantal bedden (zonder SANA, S of V).

Tabel 5. Aantal acute bedden in algemene ziekenhuizen

AANTAL BEDDEN PER ZIEKENHUIS	TOTAAL AANTAL ZIEKENHUIZEN	TOTAAL AANTAL ACUTE BEDDEN
< 29	6	154
30 < 49	10	372
50 < 74	23	1 453
75 < 89	11	911
90 < 119	26	2 619
120 < 149	27	3 572
< 149	103	9 152
		(+ 19 %)
> 150	177	48.412

Uit het hiernavolgend overzicht moge blijken dat er sinds lang een *natuurlijke trend is naar minder ziekenhuizen* en naar ziekenhuizen van een grotere omvang.

Tabel 6. Evolutie aantal ziekenhuizen en hun bedden (op 31/12)

	1962	1985
Aantal ziekenhuizen	371	272
Gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis	108	199
% ZKH < 100 bedden	63 %	25 %
100 — 199 bedden	22 %	39 %
200 en meer	15 %	36 %
Percentage acute bedden:		
openbare	42 %	41 %
prive	58 %	59 %

c) services S isolés combinés ou non à des services H ou V.

3.2.1. Une politique spécifique s'applique aux *hôpitaux psychiatriques* où les lits résiduaire sont progressivement supprimés. Des possibilités sont offertes actuellement en ce qui concerne les habitations protégées dont l'arrêté royal n° 407 a jeté les bases juridiques.

3.2.2. Une politique spécifique vaut aussi pour les *services V isolés*. Ce sujet sera traité en détail dans la partie II.

3.2.3. Les *services S* couvrent des domaines très divergents de la médecine; ces services doivent être soumis à un examen approfondi en vue de déterminer leur destination finale. Le nombre de lits en services S a d'ailleurs été bloqué afin d'éviter que d'autres services ne soient convertis en services S. (cfr. arrêté royal du 8 décembre 1986 — *Moniteur belge* du 12 décembre 1986)

3.3. Organisation générale des hôpitaux.

3.3.1. Nous disposons à l'heure actuelle de trop d'hôpitaux. Cette situation est totalement dépassée dans un pays d'une superficie aussi petite, avec une telle densité de population et un tel réseau routier. L'aperçu général suivant illustre le nombre d'hôpitaux aigus avec leur nombre de lits (Sana, S ou V exclus).

Tableau 5. Nombre de lits aigus en hôpitaux généraux

NOMBRE DE LITS PAR HOPITAL	NOMBRE TOTAL D'HOPITAUX	NOMBRE TOTAL DE LITS AIGUS
< 29	6	154
30 < 49	10	372
50 < 74	23	1 453
75 < 89	11	911
90 < 119	26	2 619
120 < 149	27	3 572
< 149	103	9 152
		(+ 19 %)
> 150	177	48.412

Le tableau suivant illustre l'existence depuis longtemps, d'une *tendance naturelle à une baisse du nombre des hôpitaux* et à des établissements hospitaliers de plus grande dimension.

Tableau 6. Evolution du nombre d'hôpitaux et de leurs lits (au 31/12)

	1962	1985
Nombre d'hôpitaux	371	272
Nombre moyen de lits par hôpitaux	108	199
% HOP < 100 lits	63 %	25 %
100 — 199 lits	22 %	39 %
200 et plus	15 %	36 %
Pourcentage de lits aigus:		
publics	42 %	41 %
privés	58 %	59 %

Het aantal algemene ziekenhuizen is dus over de periode van 1962-1985 verminderd van 371 naar 272. Het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis is toegenomen van 108 naar 199. Daar waar ziekenhuizen van minder dan 100 bedden in 1962 nog 63 pct. van het aantal ziekenhuizen uitmaakte is dit eind 1985 teruggelopen tot 25 pct. Opmerkelijk ook is dat deze evolutie geen wijziging heeft gebracht in de verhouding private-openbare bedden.

Het aantal ziekenhuizen dient te worden verminderd met dien verstande dat deze over een minimale bedcapaciteit moeten beschikken. Deze minimum capaciteit is een absolute noodzaak om kwaliteitsredenen. Daarnaast gelden ook financieel economische redenen naar de instelling toe.

MOTIEVEN

De gedachte die aan de basis ligt van deze nieuwe normen is dat een goede kwalitatieve verzorging slechts mogelijk is in ziekenhuizen met een minimale omvang en een voldoende aktiviteitsniveau.

We beschikken echter over te veel ziekenhuizen, vooral te veel kleine ziekenhuizen, en we hebben te veel bedden zodat het niet mogelijk is voor al deze ziekenhuizen het nodige personeel en medische apparatuur te blijven financieren.

We moeten de beschikbare middelen herschikken en concentreren op een kleiner aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden. De kwaliteit van de zorgen vereist daarenboven dat deze herschikking zou gepaard gaan met een hergroepering in grotere eenheden.

De vooruitgang van de medische wetenschap stuurt in de richting van minder bedden en minder ziekenhuizen. Immers meer en meer ingrepen, die vroeger meerdere dagen hospitalisatie vereisten, zullen in de toekomst (en vandaag reeds) geen of slechts een zeer korte hospitalisatie vergen. Dit is echter maar mogelijk wanneer het ziekenhuis zich in functie van deze daghospitalisatie organiseert. Er moet immers een minimum aktiviteitsniveau bereikt worden, men moet over een aangepaste personeelsomkadering beschikken en investeren in soms vrij gesofistikeerde en dure apparatuur. Allemaal redenen die pleiten voor vermindering van bedden en concentratie van de aktiviteit.

De hospitalisatieduur zal naar de toekomst toe in het algemeen steeds korter worden, wat hogere eisen stelt aan het medisch en paramedisch personeel. Dank zij een vermindering van het aantal bedden zal het mogelijk zijn, in de overige ziekenhuizen de omkaderingsnormen voor personeel op te trekken. Ook hier betekent kwantitatieve afslanking kwalitatieve verbetering.

Het toekomstig ziekenhuis moet over een minimaal aantal bedden kunnen beschikken om op een adekwate wijze de geneeskunde te kunnen bedrijven. Met name moeten in een algemeen ziekenhuis de basisdiensten kunnen aanwezig zijn. Tevens moeten in een ziekenhuis de diverse specialismen en deelspecialismen aan bod kunnen komen. Moderne

Le nombre d'hôpitaux généraux a donc été ramené de 371 à 272 entre 1962 et 1985. La moyenne des lits par hôpital est passée de 108 à 199. Les hôpitaux de moins de 100 lits, qui représentaient encore 63 p.c. du total en 1962, étaient revenus à 25 p.c. à la fin 1985. A noter également que cette évolution n'a pas modifié la proportion de lits privés et publics.

Le nombre d'hôpitaux doit être diminué étant entendu qu'ils doivent disposer d'une capacité minimale en lits. Cette capacité minimale est une nécessité absolue pour des raisons qualitatives. En outre, des motifs économico-financiers valent également pour l'établissement.

MOTIFS

Ces nouvelles normes sont fondées sur l'idée qu'une bonne qualité des soins n'est possible que dans des hôpitaux ayant une dimension minimale et un niveau d'activité suffisant.

Nous avons cependant trop d'hôpitaux, surtout beaucoup d'établissements trop petits, et trop de lits, de sorte qu'il est impossible de continuer à financer, pour tous ces hôpitaux, le personnel et l'appareillage médical nécessaires.

Nous devons réorganiser les moyens disponibles et les concentrer sur un plus petit nombre d'hôpitaux et de lits hospitaliers. La qualité des soins exige en outre que la réorganisation soit assortie d'un regroupement en unités plus vastes.

Les progrès des sciences médicales incitent à une diminution du nombre de lits et d'hôpitaux. En effet, de plus en plus d'interventions qui exigeaient autrefois un séjour prolongé à l'hôpital, ne nécessitent plus à l'avenir et déjà aujourd'hui qu'une très brève voire aucune hospitalisation. Mais ceci n'est possible que si l'hôpital s'organise en fonction de cette hospitalisation d'un jour. Il faut en effet atteindre un taux minimal d'activité, disposer d'un encadrement approprié et investir dans un appareillage souvent très sophistiqué et coûteux. Toutes raisons en faveur d'une réduction du nombre de lits et d'une concentration des activités.

En général, la durée d'hospitalisation sera de plus en plus brève, ce qui posera encore plus d'exigences au personnel médical et paramédical. Une réduction du nombre de lits permettra de relever les normes d'encadrement dans les autres hôpitaux. Cela signifie ici aussi diminution quantitative et amélioration qualitative.

L'hôpital de l'avenir doit pouvoir disposer d'un nombre minimal de lits pour un exercice adéquat de la médecine. Un hôpital général doit notamment disposer des activités de base et les diverses spécialités avec leurs activités corollaires doivent pouvoir y être exercées. Une médecine moderne s'exerce en équipe, l'interaction des différentes spécialités

geneeskunde wordt in teamverband beoefend waarbij de interactie tussen de verschillende specialiteiten borg staat voor kwaliteit. In te kleine ziekenhuizen met een te beperkte medische staf is dit niet mogelijk.

Een groter aantal geneesheren biedt trouwens tal van voordelen: interdisciplinair consult, stafbijeenkomsten, tijd voor bijscholing, mogelijkheden van permanentie enz... Door over voldoende bedden en patiënten te beschikken kan men naast de meer courante pathologie ook verwickelingen opvangen, wat de ervaring van de artsen en het paramedisch en verpleegkundig personeel vergroot.

Een vermindering van het aantal ziekenhuizen laat toe de beschikbare middelen te verdelen over minder ziekenhuizen maar dan van zekere omvang, waardoor de kwaliteit van de verzorging kan worden opgetrokken, o.m. door een hogere personeelsomkadering.

Kleinere instellingen kunnen zich niet steeds alle basisuitrustingen aanschaffen, laat staan de medische technologie volgen. Deze apparatuur vergt ook voldoende personeel.

Het gevaar bestaat dan ook dat medische apparatuur onvoldoende wordt gebruikt en derhalve de kosten niet kunnen worden gedekt.

Zelfs voor eenvoudige aangelegenheden kan men moeten beroep doen op belangrijke infrastructuur die, om snel een diagnose te kunnen stellen, onmiddellijk beschikbaar moet zijn. Het niet beschikken over alle basisuitrusting brengt vaak vervoer van patiënten mee.

Ook voor de verpleegkundige organisatie is het van belang dat men over een voldoende capaciteit beschikt, zo o.m. om in de diverse diensten een verpleegkundige continuïteit te voorzien, bijscholingskansen te geven, gespecialiseerde verpleegkundigen aan te trekken enz.

Op financieel vlak missen kleinere ziekenhuizen schaal-effect voor aankopen, computerisering enz.

Het valt ook op hoe in kleinere ziekenhuizen doorgaans langere ligduren worden genoteerd.

Kleinere ziekenhuizen zijn qua bouw relatief duurder aangezien dezelfde infrastructuur (vb. hall, keuken) nodig is op een kleinere oppervlakte en voor minder patiënten.

3.3.2. Een minimum-capaciteit van 150 bedden.

— Als minimumcapaciteit wordt 150 acute bedden vooropgesteld. Deze minimum-norm ligt weliswaar hoger dan wat door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werd vooropgesteld. Toch kan men niet stellen dat de norm totaal haaks staat op het advies.

De Raad meent met name dat aan de omschrijving van een algemeen ziekenhuis ook kan worden voldaan door meerdere ziekenhuizen, op voorwaarde dat deze tezamen een « entiteit » van minstens 150 bedden vormen ten behoeve van een gemeenschappelijke organisatie van de patiëntenzorg. In feite heeft de Afdeling Erkenning hiermee impliciet een aanduiding gegeven dat idealiter een ziekenhuis « minstens » 150 bedden dient te omvatten.

en garantit la qualité. Ceci est impossible dans les petits hôpitaux au staff médical peu étoffé.

Un plus grand nombre de médecins offre d'ailleurs d'innombrables avantages: consultations interdisciplinaires, réunions de staff, recyclage, possibilités de permanence, etc. En disposant de suffisamment de lits et de patients, il est possible de répondre, outre à la pathologie courante, aux complications, ce qui accroît l'expérience des médecins, du personnel paramédical et infirmier.

Une diminution du nombre d'hôpitaux permet de répartir les moyens disponibles entre moins d'établissements mais d'une certaine dimension, ce qui permet d'améliorer la qualité des soins, entre autres par un meilleur encadrement du personnel.

Ces établissements de petite taille ne peuvent pas toujours acquérir tous les équipements de base, sans parler de leur impossibilité à suivre les technologies médicales. Cet appareillage exige aussi du personnel en suffisance.

Ils risquent dès lors de ne pas utiliser suffisamment l'appareillage médical et dès lors de ne pouvoir couvrir les frais.

Même pour des cas simples, il faut pouvoir recourir à une infrastructure importante directement disponible pour l'établissement rapide d'un diagnostic. L'absence d'équipements de base entraîne souvent le transfert de patients.

Pour l'organisation des soins infirmiers, il importe aussi de disposer d'une capacité suffisante, afin d'assurer, entre autres, la continuité des soins infirmiers dans les divers services, de donner des chances de recyclage, d'attirer du personnel infirmier spécialisé, etc.

Financièrement, les hôpitaux plus petits ne bénéficient pas de l'économie d'échelle pour les achats, l'informatisation, etc.

Il est surprenant aussi de constater que la durée de séjour est en général plus longue dans les hôpitaux plus petits.

Ces établissements sont relativement plus onéreux, en termes de construction, étant donné que la même infrastructure (par exemple hall, cuisine) est nécessaire sur une superficie plus réduite et pour un nombre de patients plus faible.

3.3.2. Une capacité minimale de 150 lits.

— La capacité minimale est fixée à 150 lits aigus. Cette norme minimale est certes supérieure à la proposition du Conseil national des établissements hospitaliers, mais on ne peut prétendre qu'elle soit en totale contradiction avec l'avis.

Le Conseil estime notamment que plusieurs hôpitaux peuvent satisfaire à la définition d'hôpital général à condition de former ensemble une « entité » d'au moins 150 lits en faveur d'une organisation commune de soins. La section Agrément a ainsi signifié implicitement qu'un hôpital doit idéalement compter « au moins » 150 lits.

De vele deskundigen die hierover werden geconsulteerd hebben eveneens het cijfer van 150 bedden als een minimum-capaciteit vooropgesteld om een goede kwalitatieve werking van een ziekenhuis te kunnen verzekeren en over alle basis-diensten te kunnen beschikken.

Ook de Gemeenschapsministers hebben in de nota's die ze ten behoeve van het nationale kabinet opgesteld hebben, het cijfer van 150 bedden voorgesteld als een ideaal cijfer voor een minimale bedcapaciteit.

Het weze ook opgemerkt dat bij de berekening van de subsidiëring van de ziekenhuisbouw destijds ook reeds werd uitgegaan van een capaciteit van 150 bedden. Er werden hierboven reeds tal van argumenten vooropgesteld die een minimum bedcapaciteit verantwoorden.

— Voor die stelling kan men overigens in diverse wetenschappelijke rapporten een grond vinden.

Er zijn vooreerst de talrijke economische studies over het schaafeffect. Er zijn echter ook meer gespecialiseerde studies, w.o. het doctoraal proefschrift van A. Colla i.v.m. de econometrische analyse van ziekenhuizen. Colla schrijft hierin o.m. dat « in ieder geval » 200 bedden als een absolute minimumgrens moet worden gesteld.

In Nederland werd eveneens een minimum-grens ingevoerd. Deze bedraagt volgens de jongste richtlijnen 180 bedden.

Tenslotte moet nogmaals worden gewezen op de natuurlijke trend in ons land naar minder ziekenhuizen doch van grotere omvang; dit wijst er op dat een minimum omvang beantwoordt aan een noodzaak.

— De Nationale Raad had ook gesuggereerd om afwijkingen op de minimumcapaciteit te weerhouden althans voor bijzondere situaties, w.o. de meer afgelegen gebieden. Daarom bepaalt het besluit dat een ziekenhuis minstens 120 bedden moet hebben wanneer het gevestigd is in gemeenten met 25 000 inwoners of minder en voor zover het dichtstbijgelegen ziekenhuis minstens 15 km verder ligt.

In het besluit worden op de normen nog uitzonderingen voorzien die uitgedrukt worden in km en/of bevolkingsaantallen. Zoals in het Verslag aan de Koning wordt opgemerkt gaat het hier niet om planmatige criteria die de landelijke behoefte uitdrukken. Het betreft hier criteria om de minimum-capaciteit van een ziekenhuis of van een ziekenhuisdienst te bepalen. In casu gaat het om minimum-minimum normen onder dewelke men om kwalitatieve redenen niet mag zakken. Differentiatie is noodzakelijk om rekening te kunnen houden met de activiteiten in specifieke situaties. De wet laat deze differentiatie toe.

De Afdeling Erkenning heeft overigens zelf doen opmerken dat een differentiatie in de normen moet worden gemaakt om rekening te houden met « bijzondere situaties ».

Differentiatie zou geen zin hebben indien men niet uitdrukkelijk aangeeft in welke situaties de verschillende normen gelden.

Les nombreux experts consultés à ce sujet ont aussi avancé le chiffre de 150 lits comme une capacité minimale pour assurer le bon fonctionnement d'un hôpital et pouvoir disposer de tous les services de base.

Dans la note à l'attention du cabinet national, les ministres communautaires ont, eux aussi, fixé à 150 le nombre idéal de la capacité en lits.

Remarquons encore que le calcul du plafond des subventions à la construction d'hôpitaux était, à l'époque, basé aussi sur la même capacité en lits. De nombreux arguments ont déjà été apportés en faveur d'une capacité minimale en lits.

— Divers rapports scientifiques étayent d'ailleurs cette thèse.

Il y a d'abord d'innombrables études économiques sur l'économie d'échelle, mais aussi des études plus spécialisées comme la thèse de doctorat de A. Colla consacrée à l'analyse économétrique des hôpitaux. Colla y écrit notamment que « en tout cas » le chiffre de 200 lits doit être considéré comme plancher minimum absolu.

Une valeur plancher a également été instaurée aux Pays-Bas. Elle est de 180 lits aux termes des récentes directives.

Enfin, il faut insister une fois encore sur la tendance naturelle dans notre pays à la baisse du nombre d'hôpitaux de plus grande dimension, ce qui prouve qu'une capacité minimale répond à une nécessité.

— Le Conseil national avait suggéré aussi d'envisager des dérogations à la capacité minimale, du moins pour des situations particulières, comme les régions plus reculées. C'est la raison pour laquelle l'arrêté dispose que dans des communes de 25 000 habitants ou moins, la norme minimale d'un hôpital doit être d'au moins 120 lits pour autant que l'hôpital le plus proche soit distant de 15 km.

L'arrêté prévoit des exceptions exprimées en km et/ou en densité de population. Comme le note le Rapport au Roi, il ne s'agit pas ici de critères planifiés exprimant les besoins nationaux, mais de critères pour fixer la capacité minimale d'un hôpital ou d'un service hospitalier. Il s'agit dans ce cas du minimum absolu des normes sous lesquelles on ne peut descendre pour des raisons de qualité. Une différenciation est indispensable pour pouvoir tenir compte des activités dans des situations spécifiques. La loi permet cette différenciation.

La section Agrément elle-même a d'ailleurs fait remarquer qu'il faut différencier les normes pour tenir compte de situations « particulières ».

Une différenciation n'aurait de sens si l'on ne mentionnait pas explicitement dans quelle situation les différentes normes sont d'application.

— De minimum bednorm zal de spreiding van de ziekenhuizen zeker niet in het gedrang brengen. Het volstaat de landkaart met de ziekenhuizen te bekijken om vast te stellen dat er in ons land een zeer groot aantal ziekenhuizen bestaat die vaak slechts enkele kilometers van elkaar zijn verwijderd.

Alle provincies van ons land zijn, in vergelijking met 25 jaren terug, van voldoende bedden voorzien.

Tabel 7. Evolutie akute ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners per provincie

Provincie	1962	1986
Antwerpen	4,93	5,48
Brabant	4,05	5,45
West Vlaanderen	5,13	5,95
Oost-Vlaanderen	4,78	5,32
Henegouwen	4,54	6,50
Luik	3,85	4,74
Limburg	4,60	4,88
Luxembourg	1,78	4,45
Namen	2,35	4,58
Totaal	4,34	5,46

Uit dit overzicht moge blijken hoe de provincies Luik, Luxemburg en Namen, die eerder over een minder groot aantal bedden beschikten, thans tussen 4,50 à 5 bedden per 1 000 inwoners hebben.

Bij de beoordeling van de herstruktureringen zullen de regionale programmatieinstanties met het aspect spreiding moeten rekening houden.

— Dat de maatregelen negatieve effecten zouden hebben voor de bejaarden moet ontkend worden. Oorspronkelijk beschikte ons land over 2 900 R-bedden, waarmee de R-programmatie zelfs niet eens werd uitgeput. Indien de G-programmatie volledig wordt uitgevoerd dan zal ons land over 7 000 geriatriebetten beschikken, wat meer dan een verdubbeling is.

Bejaarden hebben vooral nood aan verzorging voor de uitoefening van hun dagelijkse levensactiviteiten. Vandaar de behoefte aan rust- en verzorgingstehuizen. Het beleid is er dan ook op gericht het aantal RVT-bedden op te drijven (zie Deel II). Deze tehuizen moeten zich in de natuurlijke omgeving van de bejaarden kunnen bevinden. Naar de bejaarden toe is de spreiding van RVT-bedden heel belangrijk. Bij de totstandkoming van RVT-bedden moet hierover dan ook worden gewaakt.

— Bij het bepalen van het minimum-aantal bedden werden de V-bedden niet meegerekend omdat het hier niet om een acute dienst gaat. Alvorens een patiënt in een V-dienst wordt opgenomen moet hij immers in een andere dienst onderzocht en oppuntgesteld zijn. De medisch-technische infrastructuur geldt dus in principe niet voor de V-dienst.

— La norme minimale de lits n'entravera nullement la répartition des hôpitaux. Il suffit de jeter un regard sur la carte géographique des hôpitaux pour constater que de très nombreux hôpitaux ne sont souvent distants entre eux que de quelques kilomètres.

Par rapport à la situation d'il y a 25 ans, toutes les provinces de notre pays disposent d'un nombre suffisant de lits.

Tableau 7. Evolution du nombre de lits aigus par 1 000 habitants et par province

Province	1962	1986
Anvers	4,93	5,48
Brabant	4,05	5,45
Flandre occidentale	5,13	5,95
Flandre orientale	4,78	5,32
Hainaut	4,54	6,50
Liège	3,85	4,74
Limbourg	4,60	4,88
Luxembourg	1,78	4,45
Namur	2,35	4,58
Total	4,34	5,46

Il ressort de ce tableau que les provinces de Liège, de Luxembourg et de Namur qui disposent de moins de lits, ont actuellement entre 4,50 et 5 lits par 1 000 habitants.

En appréciant les restructurations, les autorités régionales responsables de la programmation devront tenir compte de l'aspect répartition.

— Il est inexact de prétendre que les mesures auront des conséquences désavantageuses pour les personnes âgées. Initialement, notre pays disposait de 2 900 lits R sans pour autant que la programmation R ait été dépassée. Si la programmation G est exécutée complètement, notre pays disposera de 7 000 lits gériatriques, soit plus du double du nombre initial.

Les personnes âgées ont surtout besoin de soins pour accomplir leurs activités quotidiennes. Ce qui explique la nécessité des maisons de repos et de soins. La politique vise dès lors à accroître le nombre de lits MRS (cf. partie II). Ces maisons devraient être situées dans l'environnement immédiat de la personne âgée. On devra veiller à cet aspect lors de la création des lits de repos et de soins.

— Pour fixer le nombre minimal en lits, les lits V n'ont pas été pris en considération parce qu'il ne s'agit pas d'un service aigu. Avant d'être placé en service V, un patient doit être examiné dans un autre service. En principe, l'infrastructure médico-technique ne vaut donc pas pour le service V.

3.3.4. Een maximum-capaciteit.

De Regering is van oordeel dat ziekenhuizen een maximum-capaciteit niet mogen overtreffen.

De ratio legis hiervan is dat schaafeffecten verloren gaan bij te grote capaciteiten. Herstructureringen die tot te grote capaciteiten leiden moeten dan ook vermeden worden. In het besluit wordt gesteld dat bij de vaststelling van het maximum aantal bedden rekening dient te worden gehouden met de aard van de activiteiten, wat met name toelaat de norm te differentiëren. Hieromtrent werd advies gevraagd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Op basis hiervan zal een beslissing worden genomen.

3.3.5. Soorten van diensten en functies waarover een ziekenhuis moet beschikken.

3.3.5.1. Het besluit bepaalt dat een ziekenhuis over ten minste drie soorten van diensten moet beschikken, met name:

- een dienst heelkunde;
- een dienst inwendige geneeskunde;
- een dienst voor geriatrie, of een materniteit of een dienst voor kindergeneeskunde.

3.3.5.2. Daarnaast moeten in het ziekenhuis de volgende functies worden vervuld:

- anesthesiologie;
- radiologie;
- klinische biologie;
- revalidatie.

Tevens moet permanent een geneesheer in het ziekenhuis aanwezig zijn.

3.3.5.3. De Regering heeft niet geopteerd voor categorale ziekenhuizen, althans niet wanneer het gaat om de verzorging van specifieke leeftijdsgroepen. Hiervoor gelden meerdere redenen:

- Het oprichten van categorale ziekenhuizen houdt het risico in dat een dubbele infrastructuur wordt gecreëerd naast de akute ziekenhuizen. Dit werkt niet alleen kostenverhogend, maar vermindert bovendien het gebruik van de medisch-technische infrastructuur van algemene ziekenhuizen. Indien categorale ziekenhuizen niet over deze medisch-technische infrastructuur beschikken moet permanent vervoer van patiënten worden georganiseerd, wat uiteraard als niet wenselijk moet worden beschouwd.

- Vaak ontstaan verwickelingen bij patiënten of bestaat er een multiple pathologie waardoor beroep moet worden gedaan op andere diensten. Zo bvb. moet een bejaarde met een beenfractuur eerst in een chirurgiedienst worden opgenomen om vervolgens voor zijn specifieke geriatrische problematiek in een G-dienst te worden behandeld.

- Ook bv. in Nederland werd recentelijk een richtlijn uitgevaardigd om geen afzonderlijke categorale instellingen op te richten maar om deze te integreren in algemene ziekenhuizen.

3.3.4. Une capacité maximale.

Le Gouvernement estime que les hôpitaux ne peuvent dépasser une capacité maximale.

La raison étant que les effets d'économies d'échelle disparaîtraient avec de trop grandes capacités. Il faut dès lors éviter les restructurations aboutissant à des capacités excessives. L'arrêté dispose qu'en fixant le nombre maximum de lits, il faut tenir compte de la nature des activités, pour permettre notamment de différencier la norme. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers a été demandé à ce sujet. Une décision sera prise sur la base de celui-ci.

3.3.5. Sortes de services et de fonctions dont un hôpital doit disposer.

3.3.5.1. L'arrêté stipule qu'un hôpital doit disposer d'au moins trois sortes de services, à savoir:

- un service de chirurgie;
- un service de médecine interne;
- un service de gériatrie ou une maternité ou un service de pédiatrie;

3.3.5.2. Un hôpital doit avoir en outre les fonctions suivantes:

- anesthésiologie;
- radiologie;
- biologie clinique;
- réadaptation fonctionnelle;

Un médecin doit être présent en permanence à l'hôpital.

3.3.5.3. Le Gouvernement n'a pas opté pour les hôpitaux catégoriels, du moins lorsqu'il ne s'agit pas des soins à des groupes d'âge spécifiques. Il y a plusieurs raisons à cela:

- La création d'hôpitaux catégoriels comporte le risque d'une infrastructure double à côté des hôpitaux aigus. Non seulement les dépenses s'en trouvent augmentées mais l'infrastructure médico-technique des hôpitaux généraux est également moins utilisée. Lorsque les hôpitaux catégoriels ne disposent pas de cette infrastructure médico-technique, un transfert des patients doit être organisé en permanence. Cela n'est bien sûr, pas souhaitable.

- Les patients sont souvent victimes de complications; ou une pathologie multiple entraîne l'intervention d'autres services. Ainsi, un vieillard, souffrant d'une fracture de la jambe, doit d'abord être soigné en chirurgie, puis pour ses problèmes de vieillesse dans un service G.

- Les Pays-Bas aussi ont récemment décidé de ne pas créer des établissements catégoriels distincts mais de les intégrer dans des hôpitaux généraux.

Een categoriaal ziekenhuis zou gebeurlijk nog verder kunnen bestaan binnen een groepering van ziekenhuizen waar duidelijke taakafspraken worden gemaakt. Omtrent het begrip groepering wordt verder nog gehandeld.

3.3.5.4. De medische permanentie werd in het koninklijk besluit van 8 december 1986 niet omschreven. De medische permanentie kan onderscheiden worden naargelang de zgn. poortwacht en de permanentie in meer gespecialiseerde diensten. Dit mag evenwel niet beletten dat, overeenkomstig artikel 1 van de wet op de ziekenhuizen, op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen verstrekt moeten kunnen worden. Gelet op de complexiteit van deze problematiek werd hieromtrent aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen om een bijkomend advies verzocht. Op grond van dit advies zal de notie « medische permanentie » nader worden omschreven.

3.3.6. *Tijdelijke afwijkingen op het minimumconcept van een ziekenhuis als overgangsmaatregel.*

Zoals hierboven werd aangeduid zijn er een reeks van ziekenhuizen die niet aan het toekomstig minimum concept beantwoorden. Er bestaan verschillende mogelijkheden om hieraan tegemoet te komen: nl. hetzij via fusie (zie punt 3.3.7.), hetzij door het vormen van een groepering (zie punt 3.4.).

Het besluit voorziet in een overgangsregeling voor die ziekenhuizen die niet aan het toekomstig concept beantwoorden. Met name krijgen de ziekenhuizen die bestaan en erkend zijn bij de bekendmaking van het besluit (12.12.1986) en over tenminste 90 akute bedden beschikken op 31 december 1985 uitstel over een periode van 5 jaren om aan de norm van 150 bedden te voldoen.

De ratio legis van de datum van 31 december 1985 is dat die ziekenhuizen niet mogen gepenaliseerd worden die sinds de aankondiging van het bedverminderingbeleid inspanningen hebben gedaan om hun aantal bedden te reduceren en daardoor onder de 90 akute bedden gezakt zijn.

Naast het voldoen aan de minimumbednorm moeten deze ziekenhuizen ook over tenminste 2 basisdiensten beschikken, namelijk heelkunde en inwendige geneeskunde alsmede over de 4 basisfuncties. Tevens moet de medische permanentie in de instelling verzekerd worden.

Bij nieuwbouw, uitbreiding of belangrijke verbouwingswerken moeten deze ziekenhuizen zich afstemmen op het toekomstig concept van 150 bedden.

3.3.7. *Eén vestigingsplaats.*

3.3.7.1. Het besluit stelt dat alle onderdelen van een ziekenhuis op één plaats moeten gevestigd zijn of in de onmiddellijke omgeving van elkaar.

Deze norm is een kwaliteitseis. Het is immers nogal evident dat de onderdelen van een ziekenhuis zich op éénzelfde campus bevinden, althans indien men deze op een efficiënte wijze wil gebruiken. Dit is ook de beste waarborg voor een functionele binding tussen de verschillende diensten van een ziekenhuis.

Un hôpital catégoriel pourrait éventuellement subsister au sein d'un groupement d'hôpitaux à condition de définir clairement la tâche. La notion de groupement sera traitée plus loin.

3.3.5.4. La permanence médicale n'a pas été précisée dans l'arrêté royal du 8 décembre 1986. La permanence médicale est à distinguer du service dit de porte et de la permanence dans des services plus spécialisés. Il n'empêche cependant que, conformément à l'article 1^{er} de la loi sur les hôpitaux, des examens et/ou traitements médicaux spécialisés appropriés doivent pouvoir être effectués à tout moment. Eu égard à la complexité de ces problèmes, un avis supplémentaire a été demandé au CNEH. Cet avis servira à préciser la notion de permanence médicale.

3.3.6. *Dérogations provisoires au concept minimum d'hôpital.*

Comme indiqué plus haut, toute une série d'hôpitaux ne répondent pas au concept minimum. Pour pouvoir répondre à ce concept, plusieurs possibilités sont offertes, soit par la fusion (voir point 3.3.7.), soit par le groupement (voir point 3.4.).

L'arrêté prévoit un régime transitoire pour les hôpitaux ne répondant pas au concept futur. Les hôpitaux existants et agréés lors de la publication de l'arrêté (12.12.86) qui ont au moins 90 lits aigus au 31 décembre 1985 ont une période de 5 ans pour se conformer à la norme de 150 lits.

La date du 31 décembre 1985 a pour raison de ne pas pénaliser les hôpitaux qui, depuis l'annonce de la politique de réduction, ont consenti des efforts pour diminuer le nombre de leurs lits et ont de ce fait moins de 90 lits aigus.

Outre l'obligation de satisfaire à la norme minimale, ces hôpitaux doivent avoir au moins 2 services de base, à savoir un service de chirurgie et un service de médecine interne, ainsi que les 4 fonctions de base; une permanence médicale doit être assurée dans l'hôpital.

En cas de construction nouvelle, d'extension ou de travaux d'aménagement importants, ces hôpitaux doivent s'aligner sur le concept futur de 150 lits.

3.3.7. *Une seule localisation.*

3.3.7.1. L'arrêté stipule que toutes les parties d'un hôpital doivent être établies en un seul endroit ou dans le voisinage immédiat les uns des autres.

Cette norme est un critère de qualité. Il est en effet évident que les parties d'un hôpital doivent se situer en un même endroit du moins si l'on veut les utiliser efficacement. C'est aussi la meilleure garantie d'un lien fonctionnel entre les différents services d'un même hôpital.

Het is slechts ten uitzonderlijke titel dat door de Gemeenschapsminister afwijkingen op dit principe mogen worden toegestaan, met name in afwachting van een fysieke integratie van de verschillende diensten in één complex.

De integratie moet gebeuren binnen de vijf jaren. Deze termijn kan worden verlengd om de gebeurlijke bouwwerken te voltooien.

3.3.7.2. De bedoeling van de fysieke integratie in één ziekenhuiscomplex is te voorkomen dat ziekenhuizen onder één erkenningsnummer zouden worden erkend en van mekaar zouden verwijderd blijven zonder dat ze één solied functioneel geheel vormen. Zelfs met de beste telecommunicatiemiddelen is een concentratie van alle diensten op één vestigingsplaats steeds aangewezen. Dit moet toelaten een rationeel beheer te voeren en een goed gebruik van de voorzieningen te verzekeren.

Voor de directie is het geheel van het ziekenhuis, bij concentratie van alle diensten op één campus, goed overzichtelijk en zijn alle diensten gemakkelijk te bereiken.

Ook voor de geneesheren en de patiënten biedt één vestigingsplaats voordelen. De geneesheren van de verschillende diensten kunnen gemakkelijk contact houden met elkaar en kunnen derhalve snel en efficiënt beraadslagen over hun gezamenlijke patiënten.

De medisch technische infrastructuur kan voor het geheel van de instelling worden gebruikt. Patiënten dienen niet vervoerd te worden om van deze diensten gebruik te maken. Aldus worden kosten uitgespaard. De algemene diensten (administratie, keuken enz.) kunnen op één plaats worden geconcentreerd. Aldus zijn deze diensten voor eenieder van het ziekenhuis goed bereikbaar.

Tevens kan worden voorkomen dat een dubbele infrastructuur moet bestaan wat alleen maar kan leiden tot meeruitgaven en/of gebeurlijke onderbenutting.

3.3.7.3. Er wordt opgemerkt dat het principe van één vestigingsplaats kosten zal veroorzaken. Ook hier moet worden geantwoord dat de kwaliteit van de zorgverlening en de goede organisatie centraal staan.

De kosten die door bouwwerken ontstaan kunnen overigens met de stimuli-besluiten van augustus 1986 (zie hoger) voor een groter deel via de ligdagprijs worden afgeschreven, en derhalve gespreid over een lange termijn. Bovendien moet ook gesignaleerd worden dat de ruimtelijke integratie van diensten niet steeds met een volledige nieuwbouw moet gepaard gaan. Door het moratorium van 1982 beschikken heel wat ziekenhuizen over niet volledig benutte ruimten waardoor het mogelijk is andere diensten te integreren. Sommige ziekenhuizen beschikken ook over RVT-bedden of V-bedden. Deze kunnen omgewisseld worden voor acute ziekenhuisbedden terwijl de RVT- of V-bedden in het andere gebouw kunnen worden ondergebracht. Dit kan overigens ook een stimulans betekenen om RVT-bedden die thans door het moratorium in ziekenhuisgebouwen staan opgesteld, over te brengen naar rustoorden.

Ce n'est qu'exceptionnellement que des dérogations à ce principe peuvent être accordées par le Ministre communautaire, notamment dans l'attente d'une intégration physique des différents services en une entité.

L'intégration doit avoir lieu dans les cinq ans. Ce délai peut être prolongé pour achever des travaux de construction éventuels.

3.3.7.2. L'intégration dans un seul complexe hospitalier a pour but d'éviter que des hôpitaux classés sous un seul numéro d'agrément soient éloignés les uns des autres et ne forment pas un seul ensemble fonctionnel solide. Une concentration de tous les services en un seul endroit est toujours souhaitable même avec les meilleurs moyens de télécommunications. Elle doit permettre de mener une gestion rationnelle et d'utiliser correctement les équipements.

En cas de concentration de tous les services sur le campus, l'entité hospitalière peut offrir à la direction une vue d'ensemble bien nette et être facilement accessible à tous les services.

Une seule localisation présente des avantages pour les médecins et les patients. Les médecins des différents services peuvent entretenir journalièrement des contacts entre eux et donc se concerter plus rapidement et plus efficacement sur le cas de leurs patients communs.

L'infrastructure médico-technique peut servir à l'ensemble de l'établissement. Les patients ne doivent pas être transférés pour utiliser ces services. D'où une économie de frais. Les services généraux (administration, cuisine, etc.) peuvent être concentrés en un seul endroit et être accessibles à chacun.

De même, on évite une double infrastructure, ce qui ne pourrait qu'engendrer des dépenses supplémentaires et/ou une éventuelle sous-occupation.

3.3.7.3. On a fait remarquer que le principe d'une seule localisation entraînera des frais. Répondons à cela que la qualité des soins et la bonne organisation sont au centre des préoccupations.

Les frais de construction peuvent d'ailleurs, grâce aux arrêtés d'août 1986, (cf. ci-avant) être mieux amortis par le biais du prix de journée et donc être étalés sur une plus longue période. Signalons aussi que l'intégration spatiale de services ne doit pas toujours aller de pair avec une construction totalement neuve. Par le moratoire de 1982, de nombreux hôpitaux disposent d'espaces non totalement utilisés où il serait possible d'intégrer d'autres services. Certains hôpitaux ont aussi échangé des lits de repos et de soins ou des lits V contre des lits aigus, les lits MRS ou V pouvant être installés dans l'autre bâtiment. Ceci peut d'ailleurs être un stimulant au transfert dans des maisons de repos de lits MRS actuellement installés dans des hôpitaux en vertu du moratoire.

3.4. De groepering van ziekenhuizen.

3.4.1. Om de samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen werd via het koninklijk besluit nr. 407 het begrip « ziekenhuisgroepering » in de ziekenhuiswet ingeschreven. Het werd aan de Koning overgelaten dit begrip nader te definiëren en er erkenningsnormen voor vast te stellen. Dit alles vormt het voorwerp van een specifiek hoofdstuk in het koninklijk besluit van 8 december 1986.

3.4.2. Onder ziekenhuisgroepering wordt verstaan: « een door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, erkend juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen, waarbij afspraken worden gemaakt tot taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, disciplines en/of uitrustingen om aldus beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. »

3.4.3. Een groepering moet steeds aan minstens drie eisen beantwoorden:

3.4.3.1. De groepering mag hoogstens uit drie ziekenhuizen bestaan. De motivering voor deze beperking is dat bij een teveel aan partners in een groepering de samenwerking onmogelijk zou worden.

Het nemen van beslissingen wordt immers moeilijker naarmate meer instanties hierbij worden betrokken. Dit belet niet dat door de Gemeenschapsminister uitzonderingen op het maximum aantal partners worden toegestaan teneinde te kunnen beantwoorden aan specifieke omstandigheden of desgevallend voor goed omlijnde beperkte projecten.

3.4.3.2. De afstand tussen ieder van de ziekenhuizen van de groepering moet beperkt zijn (max. 20 km). Het is evident dat een samenwerking elke betekenis verliest wanneer de afstand tussen de partners te groot wordt.

3.4.3.3. De groepering moet gezamenlijk minstens beantwoorden aan het toekomstig minimumconcept. Dit betekent met andere woorden dat de ziekenhuizen van de groepering te samen over minstens 150 bedden moeten beschikken, de vier vereiste medisch-technische functies moeten hebben en een medische permanentie voor het geheel moeten organiseren.

3.4.4. Er worden twee types van groeperingen onderscheiden.

3.4.4.1. Er is vooreerst de groepering waarin ieder ziekenhuis afzonderlijk aan het minimumconcept beantwoordt. Dergelijke groeperingen zullen eerder gericht zijn op taakverdeling t.a.v. gespecialiseerde activiteiten, zware diensten of zware apparatuur.

3.4.4.2. Daarnaast is er de groepering waarvan één van de partners niet aan het toekomstig concept beantwoordt (minder dan 150 akute bedden of niet beschikken over al de basisdiensten en/of functies). In deze hypothese moet de groepering meer als een HERGROEPERING worden beschouwd die zo mogelijk, op termijn, zelfs kan leiden tot één ziekenhuis op één vestigingsplaats.

3.4. Le groupement d'hôpitaux.

3.4.1. Dans le but de promouvoir la collaboration entre les hôpitaux, la notion de groupement d'hôpitaux a été introduite par l'arrêté royal n° 407 dans la loi sur les hôpitaux. Il était loisible au Roi de préciser cette notion et de déterminer des normes d'agrément à cet effet. Un chapitre spécifique de l'arrêté royal du 8 décembre 1986 y est consacré.

3.4.2. On entend par groupement d'hôpitaux une « collaboration hospitalière durable, juridiquement formalisée et reconnue par le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions, en vue d'une répartition des tâches et d'une complémentarité en matière d'offre de services, disciplines et/ou équipements afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins ».

3.4.3. Un groupement doit toujours satisfaire à trois conditions minimales:

3.4.3.1. Il peut comprendre au plus trois hôpitaux. Cette limitation se justifie par l'impossibilité de mettre sur pied une collaboration entre trop de partenaires d'un même groupement.

La prise de décision se complique en effet si elle implique davantage d'instances. Il n'empêche que des exceptions au minimum de partenaires sont accordées par le Ministre communautaire pour répondre aux conditions spécifiques ou, le cas échéant, en vue de projets bien délimités.

3.4.3.2. La distance entre chaque hôpital du groupement ne peut excéder 20 km. Il est évident que toute collaboration perd son sens si la distance est trop grande entre les partenaires.

3.4.3.3. Le groupement, dans son ensemble, doit au moins répondre au concept minimum futur. En d'autres termes, les hôpitaux du groupement doivent disposer ensemble d'au moins 150 lits, avoir les 4 fonctions médicales et techniques requises et organiser une permanence médicale pour l'entité.

3.4.4. Il existe deux sortes de groupements.

3.4.4.1. D'une part, le groupement dans lequel chaque hôpital, pris séparément, répond au concept minimum. Ce groupement sera plutôt axé sur la répartition des tâches intéressant des activités spécialisées, des services lourds ou l'appareillage lourd.

3.4.4.2. D'autre part, il y a le groupement dans lequel un des hôpitaux ne répond pas au concept futur (moins de 150 lits aigus ou ne pas disposer de tous les services de base et/ou fonctions de base). Dans ce cas, le groupement doit plutôt être considéré comme un REGROUPEMENT qui peut déboucher, à terme, sur un seul hôpital à un seul endroit.

3.4.5. Een ziekenhuis dat niet aan het toekomstig concept beantwoordt en tot een groepering wenst toe te treden moet over ten minste 75 akute bedden beschikken. Een minder grote capaciteit wordt vanuit kwalitatief oogpunt als te minimaal beschouwd.

Binnen een dergelijke groepering moet één van de ziekenhuizen een motorfunctie vervullen om een dynamiek naar een hergroepering op gang te brengen; vandaar dat dit motorziekenhuis aan het toekomstig minimumconcept moet beantwoorden. In deze groepering moet een rationalisering van het aantal bedden kunnen verwezenlijkt worden via herstruktureringen, die van bij de aanvang reeds ten dele moeten worden uitgevoerd. Deze rationalisering mag evenwel niet tot gevolg hebben dat de capaciteit van de akute bedden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering, met meer dan 5 pct. zakt onder de toetredingsdrempel. Met andere woorden na de toetreding mag een ziekenhuis dat deel uitmaakt van een groepering nooit over minder dan 72 akute ziekenhuisbedden beschikken.

3.4.6. Groeperingen zijn samenwerkingsverbanden die een duurzaam karakter moeten vertonen; ze dienen daarom te worden geformaliseerd onder de vorm van een verbintenis waarin een reeks van aangelegenheden moeten worden geregeld.

Deze punten zijn sterk geïnspireerd op het advies dat de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen heeft verstrekt. Ze dienen als een indicatie waaraan moet worden gedacht bij het opstellen van de overeenkomst. Hoe deze punten precies worden ingevuld hangt van de partijen zelf af. De overeenkomst moet voor ten minste tien jaar worden gesloten en is vóór het verstrijken van de termijn opzegbaar mits dit twee jaar vóór de vervaldatum gebeurt. Uiteraard kan hier vroeger een einde aan komen om een fusie aan te gaan.

De juridische vorm van de overeenkomst kan verscheiden zijn: het kan bvb. gaan om een V.Z.W. of een vereniging zoals bedoeld in artikel 118 van de O.C.M.W.-wet. Het kan ook een schriftelijke overeenkomst zijn.

Tussen de beheerders van de betrokken ziekenhuizen moet een overkoepelend orgaan worden opgericht dat over wezenlijke bevoegdheden beschikt. De overeenkomst moet worden goedgekeurd door de Gemeenschapsminister of de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

De groepering wordt door deze Minister periodisch erkend, complementair aan de erkenning die individueel aan de ziekenhuizen wordt verleend.

3.5. *De inrichting en werking van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten.*

3.5.1. Ieder van de diensten van een ziekenhuis of van een ziekenhuisgroepering moet beschikken over een minimum aantal bedden.

3.5.1.1. Een minimum aantal bedden per dienst is om velerlei redenen noodzakelijk. Hiervoor gelden hoofdzakelijk dezelfde argumenten als voor de minimum bedcapaciteit

3.4.5. Un hôpital qui ne répond pas au concept futur et souhaite adhérer à un groupement doit disposer d'au moins 75 lits aigus. Du point de vue qualitatif, une capacité inférieure est considérée comme trop minimale.

Dans pareil groupement, un des hôpitaux doit agir comme élément moteur d'une dynamique pour un regroupement; cet hôpital «moteur» doit dès lors répondre au concept minimum futur. Le nombre de lits dans le groupement hospitalier doit pouvoir être rationalisé par des restructurations qui doivent déjà être réalisées partiellement dès le début. Cette rationalisation ne peut cependant avoir pour conséquence que la capacité en lits aigus des hôpitaux du groupement tombe à plus de 5 p.c. sous le seuil minimum. En d'autres termes, un hôpital faisant partie d'un groupement ne peut jamais comporter moins de 72 lits aigus après l'adhésion.

3.4.6. Les groupements sont des associations qui doivent avoir un caractère durable. Ils doivent donc être concrétisés par un contrat qui règle toute une série de matières.

Celles-ci sont fondées sur l'avis émis par le Conseil national des établissements hospitaliers et ont valeur indicative lors de la rédaction de la convention. La résolution de ces questions dépend des parties. La convention est conclue pour une durée minimale de dix ans, résiliable deux ans avant l'échéance. Cette résiliation peut évidemment intervenir plus tôt si une fusion est décidée.

La forme juridique de l'accord peut varier: il peut s'agir par exemple d'une A.S.B.L. ou d'une association visée à l'article 118 de la loi sur les C.P.A.S. Ce peut être aussi une simple convention écrite.

Les gestionnaires des hôpitaux concernés doivent constituer entre eux un organe de coordination doté de compétences réelles. La convention doit être approuvée par le Ministre communautaire ou le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions.

Ce Ministre donne périodiquement son agrément au groupement, en plus de l'agrément accordé individuellement aux hôpitaux.

3.5. *Organisation et fonctionnement des différents services hospitaliers.*

3.5.1. Chaque service d'un hôpital ou d'un groupement d'hôpitaux doit disposer d'un nombre minimum de lits.

3.5.1.1. Un nombre minimum de lits s'impose pour plusieurs raisons. Ce sont principalement les arguments cités pour la capacité minimale en lits d'un hôpital, c.à.d. pouvoir

voor het ziekenhuis, nl. kunnen beschikken over een voldoende aantal bedden om een behoorlijke kwalitatieve werking te kunnen verzekeren. Met name moet de dienst een volledige equipe kunnen tewerkstellen waarin de noodzakelijke disciplines aan bod komen.

Deze equipe moet voldoende patiënten kunnen verzorgen waarmee de nodige ervaring kan worden opgedaan om kwaliteitsgeneeskunde te kunnen bieden.

Ook qua uitrusting en organisatie is een voldoende aantal bedden per dienst nodig wil deze vanuit financieel oogpunt batig worden geëxploiteerd. Zo kan men bv. moeilijk een gans operatiekwartier uitbouwen wanneer voor de dienst heelkunde slechts enkele bedden beschikbaar zijn.

Hetzelfde geldt voor de diagnostische infrastructuur die ter beschikking van de dienst inwendige geneeskunde wordt gesteld. Het vaststellen van een minimum aantal bedden per dienst betekent evenwel niet dat elke eenheid over dit minimum moet beschikken. Dit zou enkel maar tot een inflatie van bedden leiden.

3.5.1.2. Voor de diensten geriatrie en neuro-psiatrie, voor observatie en behandeling bestond reeds een minimum. Er was geen reden om deze cijfers te herzien.

Voor de diensten chirurgie en inwendige geneeskunde werd in de praktijk meestal uitgegaan van 30 bedden als minimum. Deze cijfers worden thans bevestigd.

Voor de dienst kindergeneeskunde is 20 bedden een minimum indien men een verpleegkundige continuïteit wil verzekeren. Het kan evenwel verantwoord zijn in bepaalde gevallen dit minimum op 15 bedden vast te stellen, met name in afgelegen gebieden of in kleinere provinciale steden die deze dienst anders niet beschikbaar zouden hebben.

Voor de kraaminrichting werd enkel een streefcijfer vastgesteld. Hier is namelijk het aantal bedden eerder van ondergeschikt belang. Veel meer gewicht moet *in casu* worden gegeven aan het aantal bevallingen. De kraaminrichting mag nooit geïsoleerd worden opgesteld maar moet in principe steeds deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis; de functionele en organisatorische erkenningsnormen zullen voor deze diensten worden herzien. Hierin moet worden voorzien dat de functie neonatale zorg in de dienst zelf dient verzekerd te worden, althans wat als de courante zorg kan beschouwd worden.

De eigenlijke dienst voor neonatale zorg is een zgn. zware dienst met minstens 15 bedden. Hierin moeten voornamelijk risicogeveallen worden opgenomen. Deze dienst vergt dan ook een specifieke medische permanentie. Ook voor deze dienst zullen op korte termijn nieuwe normen worden afgekondigd.

3.5.1.3. Er weze overigens opgemerkt dat, in het kader van de beoogde kwaliteitsverbetering, naast de meer kwantitatieve normen die in dit besluit worden vastgesteld ook kwalitatieve normen zullen worden bepaald inzake de personeelsomkadering. Hierover werd eveneens aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen advies gevraagd.

disposer d'un nombre suffisant de lits afin de pouvoir assurer un fonctionnement de qualité. Le service doit donc disposer d'une équipe complète représentant les diverses disciplines.

Cette équipe doit pouvoir soigner suffisamment de patients, de façon à acquérir l'expérience nécessaire à une médecine de qualité.

Du point de vue de l'équipement et de l'organisation, un nombre suffisant de lits par service est aussi nécessaire financièrement et économiquement si l'on veut que le service soit exploité de manière rentable. Ainsi il est difficile d'étendre tout un quartier opératoire si le service de chirurgie n'a que quelques lits disponibles.

Cela vaut aussi pour l'équipement diagnostic servant à la médecine interne. Fixer un nombre minimum de lits par service ne signifie toutefois pas que chaque unité du service doit disposer de ce minimum. Il s'ensuivrait une inflation du nombre de lits.

3.5.1.2. Un minimum a déjà été fixé pour les services de gériatrie, de neuropsychiatrie, d'observation et de traitement. Il n'y avait aucune raison de revoir ces chiffres.

Pour la chirurgie et la médecine interne, on s'est basé sur un minimum de 30 lits. Ces chiffres sont actuellement confirmés.

Pour la pédiatrie, un minimum de 20 lits est indispensable pour assurer la continuité des soins infirmiers. Dans certains cas, il est cependant justifié de fixer ce minimum à 15 lits, notamment dans des régions éloignées ou dans de petites villes de province qui, autrement, ne disposeraient pas d'un tel service.

Pour la maternité, on ne peut que fixer un chiffre de référence. Le nombre de lits est plutôt secondaire. Il faut attacher plus d'importance au nombre d'accouchements. Une maternité ne peut jamais être isolée mais doit, en principe, toujours faire partie d'un hôpital général; les normes d'agrément pour l'organisation et le fonctionnement de ces services seront revues. Il y a lieu de prévoir que les soins néonataux doivent être assurés dans le service même, du moins ce qui peut être considéré comme soins courants.

Le service néonatal est un service dit lourd d'au moins 15 lits. Il faut y admettre les cas à risque. Ce service exige dès lors une permanence médicale spécifique. Pour ces services aussi, de nouvelles normes seront annoncées dans peu de temps.

3.5.1.3. Remarquons d'ailleurs que dans le cadre de l'amélioration qualitative, en plus des normes quantitatives fixées dans le présent arrêté, d'autres normes qualitatives seront fixées pour le cadre du personnel médical. Le Conseil national des établissements hospitaliers a également été consulté à ce sujet. Il est nécessaire de modifier les normes

Een wijziging van de personeelsnormen is om drie redenen noodzakelijk. Vooreerst omdat de erkenningsnormen te vaag en te algemeen zijn ten aanzien van de personeelsnormen die voor de financiering worden gehanteerd.

Ten tweede omdat door de verkorting van de ligduur de intensiteit van de verzorging moet worden opgevoerd. Dit kan alleen maar indien daartoe het nodige personeel voorhanden is.

Ten derde moeten hogere personeelsnormen ook de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren.

De adviesvraag handelt ook over de medische omkadering. Tot nu toe kwam dit aspect in de erkenningsnormen niet aan bod.

Personeelsnormen moeten waarborgen bieden voor een hoogstaand kwalitatief medisch werk. Bovendien zal met het invoeren van normen inzake het aantal geneesheren een betere werkverdeling mogelijk worden. In het kader van de adviesvraag werd de Raad ook verzocht zich uit te spreken over het al of niet full-time zijn van ziekenhuisartsen alsmede over de organisatie van de medische permanentie.

3.5.2. Een dienst moet niet alleen over een minimum aantal bedden beschikken maar moet bovendien een bepaald *aktiviteitsniveau* vertonen. Deze wordt uitgedrukt in bezettingsgraad en in ligduur.

Wat baat het immers over voldoende bedden te beschikken wanneer deze onvoldoende bezet zijn of de bezetting kunstmatig wordt verlengd.

3.5.2.1. De jaarlijkse gemiddelde bezettingsgraad van iedere ziekenhuisdienst dient te worden geëvalueerd op basis van wat door de Nationale Raad als de normale bezettingsgraad wordt beschouwd.

De door de Nationale Raad normaal geachte bezettingsgraden zijn de volgende:

Tabel 8. Normale bezettingsgraad

Dienst	Normale bezettingsgraad
C	80 %
D	80 %
E	75 %
M	70 %
Nzwaar	75 %
G	80 %
L	80 %
A	80 %

Voor de C-dienst beantwoordt de vastgestelde bezettingsgraad $\pm$ aan het nationaal gemiddelde. Voor de D, de A en de G-diensten ligt het nationaal gemiddelde hoger (91,7 %, 87,6 % en 85,6 %). Voor de E, M en N-diensten ligt de nationale gemiddelde bezetting lager (52 %, 63 %, 53,4 %). Deze situatie is mede het gevolg van de dalende nataliteit.

Herschikkingen tussen de E, M en N-diensten zijn dan ook nodig om het aktiviteitsniveau op een behoorlijk peil te brengen en de door de Gemeenschap geïnvesteerde gelden, zowel naar werking als naar bouw, te kunnen verantwoorden.

de personnel pour trois raisons. En premier lieu, parce que les normes d'agrément sont trop vagues et générales par rapport aux normes de personnel utilisées pour le financement.

En second lieu, parce que les soins doivent être intensifiés de la réduction de la durée d'hospitalisation. Ceci n'est guère possible si le personnel nécessaire ne se trouve pas à disposition.

En troisième lieu, des normes de personnel plus élevées contribuent à améliorer la qualité des soins.

La demande d'avis traite aussi de l'encadrement médical. Jusqu'à présent les normes d'agrément n'abordaient pas cet aspect.

Les normes de personnel doivent garantir un travail médical de qualité. L'instauration de normes relatives au nombre de médecins permettra, en outre, une meilleure répartition des tâches. Par la demande d'avis, le Conseil a aussi été prié de se prononcer sur le travail à temps plein ou non des médecins hospitaliers et sur l'organisation de la permanence médicale.

3.5.2. Un service doit avoir un nombre minimum de lits et un *niveau* déterminé d'activité. Celui-ci s'exprime en taux d'occupation et en durée d'hospitalisation.

A quoi bon en effet disposer d'un nombre suffisant de lits s'ils sont sous-occupés ou si leur occupation est artificiellement prolongée.

3.5.2.1. Le taux moyen annuel d'occupation de chaque service hospitalier doit être évalué sur la base de ce que le Conseil national des établissements hospitaliers considère comme taux normal d'occupation.

Le Conseil national des établissements hospitaliers considère comme taux normal d'occupation :

Tableau 8. Taux normal d'occupation

Service	Taux normal d'occupation
C	80 %
D	80 %
E	75 %
M	70 %
Nlourd	75 %
G	80 %
L	80 %
A	80 %

Le taux d'occupation fixé pour le service C correspond plus ou moins à la moyenne nationale. La moyenne nationale est plus élevée pour les services, D, A et G (91,7 %, 87,6 % et 85,6 %). L'occupation moyenne nationale des services E, M et N est inférieure (52 %, 63 % et 53,4 %). Cette situation est due aussi à la baisse de la natalité.

Des réorganisations entre les services E, M et N sont dès lors nécessaires pour maintenir l'activité à un niveau convenable et justifier ainsi les fonds investis par la communauté dans le fonctionnement et la construction.

Indien de gemiddelde bezettingsgraad gedurende 3 opeenvolgende jaren onder de referentienorm blijft dan kan men spreken van een structurele onderbezetting.

Indien dit fenomeen zich voordoet dan dient het aantal erkende bedden te worden herleid tot het aantal bedden dat met de referentienorm correspondeert.

Wat de kraaminrichtingen betreft wordt de bezetting uitgedrukt op basis van het aantal bevallingen. Met name moeten tijdens een periode van 3 jaren gemiddeld 400 bevallingen per jaar worden uitgevoerd. (De Nationale Raad had 500 bevallingen als minimum vooropgesteld). Wordt de vastgestelde norm niet bereikt dan dient de erkenning te worden ingetrokken.

3.5.2.2. De jaarlijkse gemiddelde ligduur van iedere dienst moet worden geëvalueerd op basis van de nationale gemiddelde ligduur voor de overeenstemmende dienst. Indien deze gedurende 3 opeenvolgende jaren met een nader te bepalen percentage wordt overschreden dan moet van ambtswege een onderzoek worden ingesteld. Dit belet uiteraard niet dat ook buiten deze gevallen een geregeld toezicht plaats vindt.

De instelling moet vanzelfsprekend de kans worden geboden om de abnormale ligduur te verantwoorden. Indien deze niet kan worden verantwoord dan dient hiervan aan de betrokken instanties verslag te worden uitgebracht en dienen conclusies te worden geformuleerd op het vlak van het al dan niet verlengen van de erkenning of van de gebeurlijke aanpassing van het aantal erkende bedden op basis van wat als een verantwoorde ligduur kan worden beschouwd.

3.5.2.3. De normen inzake bezettingsgraad en ligduur worden voor het eerst op 1 januari 1988 toegepast, en dit op basis van de meest recent beschikbare gegevens van drie opeenvolgende jaren. Nadien worden de normen telkens om de vijf jaren toegepast.

3.6. *Specifieke situaties.*

Ten einde toe te laten regelingen te treffen voor uitzonderlijke situaties kunnen afwijkingen op de normen worden toegestaan mits een speciale procedure te volgen. Het betreft hier dezelfde procedure als deze voorzien voor het moratorium van het aantal ziekenhuisbedden.

3.7. *Invoegetreden.*

Het besluit treedt in voege op 1 januari 1988 behoudens de bepalingen inzake de groeperingen die onmiddellijk invoegetreden, alsmede deze in verband met de vestigingsplaats van de ziekenhuizen.

4. *Evaluatie van de programmatiecriteria.*

4.1. De programmatiecriteria werden in ruime mate overschreden. Een vermindering van het aantal bedden was dan ook aangewezen, mede op grond van de motieven opgesomd onder punt 2.1.

On peut parler de sous-occupation structurelle lorsque le taux moyen d'occupation reste sous la norme de référence durant trois années consécutives.

Dans ce cas, le nombre de lits agréés doit être ramené à la norme de référence.

Le taux d'occupation des maternités est exprimé par le nombre d'accouchements. Sur une période de trois ans, 400 accouchements par an doivent avoir eu lieu. Le Conseil national des établissements hospitaliers avait avancé un minimum de 500 accouchements. Si tel n'est pas le cas, l'agrément peut être retiré.

3.5.2.2. La durée annuelle moyenne de séjour d'hospitalisation dans chaque service doit être évaluée sur la base de la durée moyenne nationale du service correspondant. Si celle-ci est dépassée durant trois années consécutives, d'un pourcentage à préciser, une enquête sera décidée d'office. Cela n'empêche évidemment pas d'effectuer un contrôle régulier en dehors de ces cas.

Il faut que l'établissement puisse justifier la durée anormale de séjour. S'il ne le peut, rapport en sera fait aux instances concernées et des conclusions seront formulées en ce qui concerne la prolongation ou non de l'agrément ou l'adaptation éventuelle du nombre de lits agréés sur la base de ce qui peut être considéré comme durée d'hospitalisation justifiée.

3.5.2.3. Les normes du taux d'occupation et de durée d'hospitalisation seront appliquées pour la première fois le 1^{er} janvier 1988, et ce sur la base des données les plus récentes disponibles de trois années consécutives. Ensuite, les normes seront appliquées tous les cinq ans.

3.6. *Situations spécifiques.*

Afin de pouvoir régler des situations exceptionnelles, des dérogations aux normes peuvent être accordées, à condition de suivre une procédure spécifique. Il s'agit de la même procédure que celle prévue pour le moratoire du nombre de lits.

3.7. *Entrée en vigueur.*

L'arrêté entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1988, sauf les dispositions relatives aux groupements d'hôpitaux et celles relatives à la localisation des hôpitaux qui entrent immédiatement en vigueur.

4. *Evaluation des critères de programmation.*

4.1. Les critères de programmation ont été dépassés dans une large mesure. Une réduction du nombre de lits s'imposait dès lors, également en raison des motifs énumérés au point 2.1.

De Regering heeft zich bij het Regeerakkoord tot doel gesteld het aantal bedden progressief tot op het niveau van de criteria te verminderen. Een eerste vermindering moet plaats hebben in 1987 op basis van vrijwilligheid en kwalitatieve normen (zie hoger).

Alvorens op basis van programmatorische elementen verdere verminderingen worden doorgevoerd lijkt het noodzakelijk de programmatiecriteria te evalueren.

Een evaluatie van de programmatiecriteria dringt zich om meerdere redenen op:

4.1.1. De programmatiecriteria kwamen tot stand op basis van adviezen van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. Ofschoon de Commissie voor de vaststelling van de criteria uitging van algemeen aanvaarde regels, bestempelde zij haar adviezen steeds als « voorlopig » en dit bij gebrek aan voldoende gegevens. De Commissie was dan ook van oordeel dat op termijn een evaluatie van de criteria noodzakelijk zou zijn.

4.1.2. Sinds de programmatiecriteria werden vastgesteld zijn nieuwe diagnostische en therapeutische technieken ontwikkeld die toelaten het aantal hospitalisaties te beperken of in te korten.

Dit komt overigens tot uiting in het dalend aantal verpleegdagen. Anderzijds wordt ook een toenemend aantal daghospitalisaties genoteerd.

De ontwikkeling van andere verzorgingsvormen, zoals rust- en verzorgingstehuizen en thuisverzorging, vermindert eveneens de behoefte aan ziekenhuisbedden.

4.1.3. Door de medische vooruitgang is er een steeds grotere specialisatie van de geneeskunde ontstaan. Dit geldt zowel voor de hospitalisatiediensten als voor de medico-technische diensten. De ziekenhuisstructuur werd dan ook *de facto* gewijzigd en zal ook in de toekomst verder worden beïnvloed door de evolutie van de medische wetenschap. Vandaar dan ook de vraag naar een meer correcte omschrijving van de behoeftecijfers.

4.1.4. De jongste jaren hebben ook de demografische gegevens een grondige wijziging ondergaan. Met name is het aantal geboorten sterk gedaald. Anderzijds is er een veroudering van de bevolking ontstaan; deze trend zal zich de volgende decennia verderzetten.

Bij het vaststellen van de ziekenhuisbehoeften moet hiermee ongetwijfeld rekening worden gehouden.

Samengevat, de ontwikkelingen die zich in de geneeskunde hebben voorgedaan, hebben de behoefte aan hospitalisatie gewijzigd. Anderzijds moeten de structuren van onze ziekenhuizen zich aanpassen aan de nieuwe behoeften en mogelijkheden.

4.2. Omtrent de evaluatie van de programmatiecriteria werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies gevraagd. Ten einde de Raad in staat te stellen dit advies uit te brengen werd een wetenschappelijk rapport voorbereid.

Dans son accord, le gouvernement s'est proposé de réduire progressivement le nombre de lits au niveau des critères de programmation. Une première réduction doit avoir lieu en 1987 sur base volontaire et suivant des normes qualitatives (voir plus haut).

Avant de procéder à d'autres réductions sur la base d'éléments de programmation.

Une évaluation des critères de programmation s'avère nécessaire pour plusieurs raisons:

4.1.1. Les critères de programmation sont issus d'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière. Bien que pour leur fixation, la commission se soit basée sur des règles communément admises, elle a toujours qualifié ses avis de « provisoires » en raison du manque de données suffisantes. La Commission estimait dès lors qu'une évaluation des critères serait, à terme, indispensable.

4.1.2. Depuis la fixation des critères de programmation, de nouvelles techniques de diagnostic et de traitement ont été mises au point pour limiter le nombre d'hospitalisations ou les écourter.

Ceci se perçoit d'ailleurs dans la diminution du nombre de journées d'hospitalisation.

Le développement d'autres formes de soins, telles que les maisons de repos et de soins, diminue aussi les besoins en lits hospitaliers.

4.1.3. Les progrès de la médecine ont généré une spécialisation médicale toujours plus poussée, tant pour les services d'hospitalisation que pour les services médico-techniques. C'est pourquoi, les chiffres relatifs aux besoins nécessitent une définition plus précise.

4.1.4. De profonds changements démographiques ont eu lieu ces dernières années. La natalité a fortement diminué. La population accuse un vieillissement important et cette tendance se poursuivra probablement durant les prochaines décennies.

Il faudra certainement en tenir compte en fixant les besoins hospitaliers.

En résumé, les développements dans le domaine médical ont modifié la nécessité d'hospitaliser; les structures de nos hôpitaux doivent s'adapter aux possibilités et aux besoins nouveaux.

4.2. L'avis du Conseil national des établissements hospitalier sur l'évaluation des critères de programmation a été demandé. Un rapport scientifique a été établi entre-temps afin de lui permettre de donner son avis.

Met het oog hierop was aan de Directeur-generaal van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen een nota gestuurd die de opdracht van deze evaluatie omschrijft. De belangrijkste punten uit deze nota kunnen als volgt worden samengevat:

— De praktische organisatie en de coördinatie van dit onderzoek werd opgedragen aan de Directeur-generaal.

— Voor de uitvoering van de onderzoeksopdracht werd de Directeur-generaal bijgestaan door een deskundige die op internationaal vlak bekendheid heeft inzake ziekenhuis-programmatie, met name Prof. Groot.

— Daarnaast werd ook beroep gedaan op consultants uit andere landen die, wat de pathologie betreft, vergelijkbaar zijn met ons land.

— Tevens konden voor bepaalde aspecten contracten worden afgesloten met gespecialiseerde centra.

— De onderzoeksopdracht heeft in een eerste fase prioriteit betrekking op de evaluatie van de programmatiecriteria voor de algemene akute ziekenhuisdiensten. Deze eerste fase diende afgerond te zijn tegen 31 december 1986.

De Directeur-generaal werd voor de uitvoering van de studieopdracht opgedragen geregeld contact te onderhouden met vertegenwoordigers van de administratie van de Gemeenschappen.

4.3. Inmiddels is het eerste deel van de studieopdracht, die betrekking had op de algemene akute ziekenhuiszorg, klaar gekomen.

Hieronder volgt beknopt de inhoud ervan.

4.3.1. Situering.

4.3.1.1. In eerste fase heeft het onderzoek betrekking op de akute ziekenhuiszorg in algemene ziekenhuizen. De studieopdracht beperkt zich tot de evaluatie van de ziekenhuisprogrammatiecriteria. Mogelijke neveneffecten van wijzigingen in de ziekenhuisstructuur en het ziekenhuisaanbod (b.v. op de intensiteit van medische en verpleegkundige zorg) komen in deze studie dan ook niet aan bod maar verdienen eveneens de nodige aandacht.

4.3.1.2. De studie stelt voor het huidig beddenbestand in de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen te behouden in afwachting van een algemene evaluatie van de psychiatrische zorgen. Tevens wordt voorgesteld de behoefte aan verantwoorde langdurige zorg (b.v. in S-traumatologie) apart te bestuderen.

4.3.1.3. Op basis van de N.I.S.-bevolkingsvooruitzichten, gedeeltelijk gecorrigeerd naar advies van Prof. Cliquet worden voor 1990, 1995 en 2000 twee verschillende bevolkingsprognoses geformuleerd: een meest waarschijnlijk geachte prognose en een alternatieve prognose. Het effect van de verschillen in bevolkingsprognoses op de raming van het benodigd aantal ziekenhuisbedden blijkt globaal gesproken eerder gering te zijn.

De alternatieve bevolkingsprognose resulteert in ongeveer 2 pct. minder ziekenhuisbedden dan de meest waarschijnlijke bevolkingsprognose.

A cet effet une note a été adressée au Directeur général de l'Administration des établissements de soins. Cette note définit l'objectif de cette évaluation. Les points essentiels peuvent être résumés comme suit :

— L'organisation pratique et la coordination de l'étude ont été confiées au Directeur général.

— Pour l'exécution de sa mission, le Directeur général a été assisté d'un expert de réputation internationale en matière de programmation hospitalière, le professeur Groot.

— Des consultants de pays tiers qui ont une pathologie semblable à la nôtre ont également été sollicités.

— Pour certains aspects, des contrats ont été conclus avec des centres spécialisés.

— Dans une première phase, l'étude porte en priorité sur l'évaluation des critères de programmation des services hospitaliers généraux aigus. Cette première phase devait être achevée pour le 31 décembre 1986.

Lors de sa mission d'étude, le Directeur général a entretenu des contacts réguliers avec des représentants de l'administration des Communautés.

4.3. La première partie de l'étude qui portait sur les soins en hôpitaux généraux aigus est entre-temps terminée.

On peut la résumer comme suit :

4.3.1. Contexte.

4.3.1.1. L'étude porte, dans une première phase, sur les soins aigus en hôpital général et se limite à l'évaluation des critères de programmation hospitalière. Bien qu'elles méritent aussi d'être examinées, la présente étude n'aborde pas les conséquences possibles d'une modification éventuelle de la structure et de l'offre hospitalières (par exemple, en ce qui concerne l'intensité des soins médicaux et infirmiers).

4.3.1.2. L'étude propose de maintenir le nombre actuel de lits psychiatriques en hôpital général, dans l'attente d'une évaluation globale des soins psychiatriques. On propose également d'étudier de façon distincte les besoins en matière de soins chroniques (par exemple S-traumatologie).

4.3.1.3. Compte tenu des projections démographiques de l'I.N.S., partiellement corrigées sur l'avis du professeur Cliquet, deux prévisions démographiques différentes ont été formulées pour les années 1990, 1995 et 2000: une projection jugée la plus vraisemblable et une projection alternative. Les différences sur le plan des projections démographiques n'ont globalement parlant, qu'un impact limité.

La projection alternative entraîne une réduction des lits hospitaliers de l'ordre de 2 p.c. environ par rapport à la projection la plus vraisemblable.

4.3.1.4. Volgende tabel toont aan hoe het bestand van algemene ziekenhuisbedden in België dient te evolueren om te beantwoorden aan de *huidige* programmatiecriteria (raming op basis van de meest waarschijnlijke bevolkingsprognose).

Tabel 9. Behoefteraming akute ziekenhuisbedden op basis van huidige criteria

Kliniekdiensten (I) — Services cliniques (I)	1985	1990	1995	2000
A, A1, A2 (in alg. ziekenhuizen) 0,225‰ inw. — A, A1, A2 (en hop. general) 0,225‰ hab.	2 213	2 175	2 140	2 096
C, D, I, L, B, H° 2,93‰ inw. — C, D, I, L, B, H° 2,93‰ hab.	28 835	28 318	27 866	27 294
G (+ R) 5‰ bejaarden — G (+ R) 5‰ pers. âgées	7 069	7 328	7 771	8 109
M, N, E 75‰ geboorten — M, N E 75‰ naissances	8 669	8 068	7 245	6 357
S, H(2) — S, H(2)	1 405	1 405	1 405	1 405
Totaal (exclusief V + Vp) — Total (sauf V + Vp)	48 191	47 294	46 427	45 261
Bestaand aantal erkende bedden: akute dien- sten — Nombre actuel de lits agréés en service aigu	59 364			

(1) Voor een omschrijving van de kenletters met het aantal erkende bedden: zie bijlage.

(2) Voor H- en S-diensten bestaan geen programmatiecriteria. Om verdere vergelijkingen toe te laten wordt het huidig aantal erkende H- en S-diensten (exclusief S-thermalisme) fictief overgenomen tot het jaar 2000.

4.3.2. Uitgangspunten voor een nieuwe ziekenhuis-programmatie.

4.3.2.1. Het onderzoeksteam beveelt aan de akute ziekenhuiszorg in België niet langer te programmeren in functie van kliniekdiensten maar wel per leeftijdsgroep. Dit wordt als volgt gemotiveerd:

Programmeren per dienst veronderstelt dat o.a. C-, D-, E-, M- en G-patiënten duidelijk van elkaar kunnen gescheiden worden. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat: er vaak interne transfers gebeuren van C naar D, I, G enz. en vice versa; slechts zowat 60 pct. van de kinderen onder 15 jaar ontslagen worden uit een E-dienst; enzomeer.

Een strikte opsplitsing in kliniekdiensten is niet alleen artificieel maar ook ongewenst, zeker voor de programmatie. Het leidt tot verstarring, gebrek aan flexibiliteit en uiteindelijk overaanbod van ziekenhuisbedden.

De vraag naar ziekenhuiszorg is sterk leeftijdsgebonden. Door te programmeren per leeftijdsgroep wordt bij het bepalen van de benodigde bedden automatisch rekening gehouden met geografische verschillen en evoluties in de leeftijdsopbouw (o.a. vergrijzing).

4.3.1.4. Le tableau suivant montre l'évolution que doit connaître le nombre de lits hospitaliers généraux en Belgique pour répondre aux critères actuels de programmation (estimation sur la base des projections démographiques les plus vraisemblables).

Tableau 9. Estimation des besoins en lits hospitaliers sur la base des critères actuels

Kliniekdiensten (I) — Services cliniques (I)	1985	1990	1995	2000
A, A1, A2 (in alg. ziekenhuizen) 0,225‰ inw. — A, A1, A2 (en hop. general) 0,225‰ hab.	2 213	2 175	2 140	2 096
C, D, I, L, B, H° 2,93‰ inw. — C, D, I, L, B, H° 2,93‰ hab.	28 835	28 318	27 866	27 294
G (+ R) 5‰ bejaarden — G (+ R) 5‰ pers. âgées	7 069	7 328	7 771	8 109
M, N, E 75‰ geboorten — M, N E 75‰ naissances	8 669	8 068	7 245	6 357
S, H(2) — S, H(2)	1 405	1 405	1 405	1 405
Totaal (exclusief V + Vp) — Total (sauf V + Vp)	48 191	47 294	46 427	45 261

(1) La définition des index figure en annexe.

(2) Il n'existe pas de critères de programmation pour les services H et S. Afin de permettre la comparaison, le nombre actuel de lits H et S agréés (à l'exclusion des S-thermalisme) a été fictivement maintenu jusqu'en l'an 2000.

4.3.2. Points de départ d'une nouvelle programmation hospitalière.

4.3.2.1. L'équipe de recherche recommande de ne plus programmer les soins hospitaliers aigus en fonction des services cliniques, mais bien par groupe d'âge. Cette position est motivée comme suit:

Une programmation par service suppose que les patients C, D, E, M et G (entre autres) puissent être clairement distingués les uns des autres. Or on constate dans la pratique qu'il y a souvent des transferts internes du service C vers les services D, I, G etc. et vice versa; que 60 p.c. seulement des enfants de moins de 15 ans sortent d'un service E, etc.

Une subdivision stricte en services cliniques est non seulement artificielle, mais aussi inopportune, surtout pour la programmation. Elle fait perdre toute souplesse, entraîne un manque de flexibilité et mène finalement à une offre excédentaire de lits hospitaliers.

La demande de soins hospitaliers est largement fonction de l'âge. Une programmation par groupe d'âge permet de tenir automatiquement compte, lors du calcul des lits nécessaires, des différences géographiques et de l'évolution de la pyramide des âges (vieillesse de la population, par exemple).

Ook de alternatieven voor ziekenhuiszorg zijn vaak leeftijdsgebonden. Het programmeren per leeftijdsgroep verduidelijkt de substitutiemogelijkheden voor akute ziekenhuiszorg en bevordert aldus inzicht in het benodigd aantal ziekenhuisbedden.

4.3.2.2. In het verleden bestond de programmatie van de ziekenhuiszorg vaak uit het vaststellen van de ziekenhuiscapaciteit op het gebruik van de voorzieningen op het moment van de studie, meestal gecorrigeerd voor een optimaal geachte bezettingsgraad. In de studie wordt het dynamisch karakter van de ziekenhuisprogrammatie beklemtoond. Diverse factoren bepalen inderdaad de effectieve vraag naar ziekenhuiszorg: demografische en socio-economische karakteristieken zijn in voortdurende evolutie, de efficiëntie en effectiviteit van de medische, verpleegkundige en andere zorgen nemen gestadig toe, het gezondheidszorgsysteem zelf ondergaat organisatorische en structurele wijzigingen mede als gevolg van overheidsinterventies. De elektronische dataprocessing versnelt het tempo waarin beleidsinformatie ter beschikking komt voor de bevoegde instanties.

De programmatiemethode dient de soepelheid te bezitten deze evoluties op de voet te volgen. Plannen betekent zowel vooruitzien als (bij)sturen. De programmatiecriteria worden dan ook toekomstgericht opgesteld.

4.3.3. Voorstellen nieuwe programmatiecriteria.

4.3.3.1. De voorgestelde criteria zijn gebaseerd op drie gebruiksindicatoren: de opnamefrequentie (zijnde het aantal opgenomen patiënten van een leeftijdsgroep per duizend inwoners van die leeftijdsgroep), de gemiddelde verblijfsduur en de gewenste bezettingsgraad. In dit rapport wordt voor de diverse leeftijdsgroepen, beschreven hoe deze indicatoren geëvolueerd zijn in de tijd en wat enkele andere landen op dit vlak realiseren. Getracht werd deze landen in de studie te betrekken, die België het dichtst benaderen inzake socio-economische ontwikkeling, geografische en demografische karakteristieken.

Sedert meer dan tien jaar wordt in landen zoals Frankrijk, Nederland, Engeland en Denemarken het gezondheidsbeleid georiënteerd op een verschuiving van akute ziekenhuisopnamen naar preventie, thuisverzorging, dagverpleging enz. In al deze landen is het aantal akute ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners sedert 1975 beduidend verminderd. In België wordt een stijging vastgesteld tot 1982 en een stabilisatie sedertdien. In vergelijking met sommige andere landen ligt in België zowel de opnamefrequentie als de gemiddelde verblijfsduur per leeftijdsgroep aan de hoge kant. Ook inzake morbiditeits- en mortaliteitsstatistieken scoort België doorgaans minder gunstig dan de geselecteerde landen. Voor de jongere leeftijdsgroepen valt vooral de hoge opnamefrequentie op, terwijl voor de maternale zorg en de bejaarden vooral de gemiddelde verblijfsduur hoger ligt dan in de geselecteerde landen. Het zijn in de eerste plaats deze indicatoren die, volgens het onderzoeksteam, dienen bijgestuurd.

Les alternatives à l'hospitalisation sont aussi fréquemment fonction de l'âge du patient. Une programmation par groupe d'âge permet de mieux préciser les possibilités de substitution aux soins hospitaliers aigus, tout en donnant un meilleur aperçu du nombre de lits nécessaires.

4.3.2.2. Autrefois, la programmation hospitalière consistait souvent à fixer la capacité hospitalière en fonction de l'usage des équipements au moment de l'étude (ce chiffre était fréquemment corrigé afin d'atteindre un taux d'occupation jugé optimal). La présente étude met l'accent sur le caractère dynamique de la programmation hospitalière. Divers facteurs déterminent en effet la demande effective de soins hospitaliers: les caractéristiques démographiques et socio-économiques sont en évolution constante, l'efficacité des soins médicaux, infirmiers et autres ne cesse de croître et le système de santé lui-même est soumis à des modifications d'ordre organisationnel et structurel, entre autres à la suite d'interventions des pouvoirs publics. Par ailleurs, le traitement informatique des données permet aux instances compétentes de disposer plus rapidement des informations nécessaires à leur politique.

La méthode de programmation doit présenter suffisamment de souplesse pour suivre les évolutions de près. Programmer signifie autant prévoir qu'imprimer une direction et procéder à des réajustements. L'élaboration des critères de programmation est dès lors axée sur l'avenir.

4.3.3. Nouveaux critères de programmation proposés.

4.3.3.1. Les critères proposés sont basés sur trois indicateurs de fréquentation: la fréquence d'admission (à savoir le nombre de personnes d'un groupe d'âge déterminé hospitalisées par mille habitants de ce groupe d'âge), la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation jugé souhaitable. Le présent rapport décrit l'évolution historique de ces indicateurs pour les divers groupes d'âge ainsi que les réalisations de l'étranger dans ce domaine. L'étude a pris comme point de comparaison les pays qui se rapprochent le plus de la Belgique sur le plan du développement socio-économique et des caractéristiques géographiques et démographiques.

Depuis plus de dix ans, des pays comme la France, les Pays-Bas, l'Angleterre et le Danemark réorientent leur politique de santé: l'hospitalisation aiguë cède progressivement la place à la prévention, aux soins à domicile, aux soins de jour, etc. Dans tous ces pays, le nombre de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants a diminué de façon significative depuis 1975. Quant à la Belgique, on constate un accroissement jusqu'en 1982 et une stabilisation depuis lors. Par groupe d'âge, la Belgique a une fréquence d'admission et une durée moyenne d'hospitalisation relativement plus élevées que certains des pays étudiés. Il en va généralement de même pour les statistiques de morbidité et de mortalité. Ce phénomène est surtout frappant pour la fréquence d'admission élevée des groupes d'âge jeunes alors que la durée moyenne de séjour est plus longue pour les soins de maternité et les personnes âgées que dans les pays étudiés. Ce sont en premier lieu ces indicateurs qui doivent, aux yeux de l'équipe de recherche, faire l'objet d'un réajustement.

4.3.3.2. De programmatiecriteria worden bepaald in functie van wat wenselijk en haalbaar geacht wordt. De wenselijkheid duidt aan in welke richting de gebruiksindicatoren dienen te evolueren vertrekkende van de meest recente statistieken inzake ziekenhuisgebruik; de haalbaarheid refereert naar de snelheid waarmee de gewenste veranderingen kunnen gerealiseerd worden zonder kwaliteitsverlies.

Met dit laatste wordt bedoeld dat men niet kan verwachten dat alternatieve organisatievormen van gezondheidszorg en wijzigingen in het medisch en verpleegkundig beleid (dagverpleging, vernieuwd geriatrisch beleid, poliklinisch bevallen, enz.) op enkele jaren tijd een drastische invloed kunnen hebben op het ziekenhuisgebruik. Sommige vernieuwingen vereisen een grotere coördinatie met de extramurale zorg, architectonische aanpassingen, wijzigingen in de opleidingsprogramma's van medici en andere gezondheidswerkers, enzomeer. Dergelijke vernieuwingen zullen soms slechts na meerdere jaren meetbare resultaten opleveren.

Dit neemt niet weg dat een aantal maatregelen op het niveau van de verstrekkers of van individuele ziekenhuizen en ziekenhuisgroeperingen alsook op het niveau van de overheid op korte termijn wijzigingen in het ziekenhuisgebruik kunnen teweegbrengen. Zo wordt in deze studie aangenomen dat de ontwikkeling van de rust- en verzorgingstehuizen enerzijds en van de geriatrie diensten in algemene ziekenhuizen anderzijds zal resulteren in een versnelde verblijfsduurverkortung van bejaarden in algemene ziekenhuizen. De streefcijfers geformuleerd in deze studie zijn dan ook conditioneel in die zin dat zij veronderstellen dat het overheidsbeleid inzake dergelijke maatregelen inderdaad zoals gepland zal kunnen gerealiseerd worden. Bovendien wordt verondersteld dat binnen de ziekenhuizen de flexibiliteit bestaat om het beschikbare beddental doelmatig aan te wenden.

4.3.3.3. De snelheid van het veranderingsproces wordt, binnen zekere grenzen, beïnvloed door stimulerende overheidsmaatregelen om onnodig ziekenhuisverblijf te vermijden (o.a. vergoeding voor thuisverpleging, correcties in het geneesmiddelengebruik, preventie van ongevallen, enz.). De benodigde ziekenhuisbedden worden ook mede bepaald door andere overheidsopties inzake het doelmatig gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Door een grotere concentratie van bedden per ziekenhuis is het bijvoorbeeld mogelijk, louter statistisch gezien, een hogere bezettingsgraad aan te houden, zodat globaal genomen ook minder ziekenhuisbedden nodig zijn. Anderzijds dient de overheid ook criteria in ogenschouw te nemen die de schaalvergroting beperken (b.v. toegankelijkheid, minimum kwaliteitseisen). Door het bepalen van boven- en ondergrenzen van enkele programmatiecriteria (scenario's) wordt een zekere marge gelaten waarbinnen deze overheidsopties tot uiting kunnen komen. Overigens dienen deze boven- en ondergrenzen niet beschouwd te worden als mathematische gegevenheden waarover men niet van mening kan verschillen. Ze worden in de studie wel, ten behoeve van alle betrokkenen, systematisch toegelicht.

4.3.3.2. Les critères de programmation sont fixés en fonction de ce qui est jugé souhaitable et réalisable: il convient en effet de voir dans quel sens les indicateurs de fréquentation doivent évoluer en prenant pour base les statistiques les plus récentes, en matière de fréquentation hospitalière et à quel rythme les modifications souhaitées peuvent s'effectuer sans nuire à la qualité.

On ne peut en effet s'attendre à ce que les formes alternatives de soins et les modifications sur le plan de la politique médicale et paramédicale (soins de jour, nouvelle politique gériatrique, accouchements en policlinique, etc.) influencent la fréquentation hospitalière de façon décisive en quelques années. Certaines nouvelles orientations exigent une coordination plus étroite avec les soins extra-hospitaliers, des adaptations sur le plan architectonique, des modifications au niveau des programmes de formation des médecins et autres travailleurs de la santé, etc. Certaines de ces nouvelles orientations ne fourniront des résultats tangibles qu'après plusieurs années.

Certaines mesures prises au niveau des dispensateurs de soins, des hôpitaux ou groupements d'hôpitaux individuels et des pouvoirs publics n'en sont pas moins susceptibles de modifier à court terme certains aspects de la pratique hospitalière. La présente étude part ainsi de l'hypothèse que le développement des maisons de repos et de soins, et des services gériatriques en hôpital général, auront pour effet d'accélérer la réduction de la durée de séjour des personnes âgées en hôpital général. Les chiffres-programme formulés dans cette étude revêtent dès lors un caractère conditionnel, car ils supposent que la politique des pouvoirs publics vis-à-vis de telles mesures pourra être réalisée comme prévue. On présume également que les hôpitaux présentent une flexibilité suffisante pour permettre une allocation optimale des lits.

4.3.3.3. Certaines mesures des pouvoirs publics, destinées à éviter les hospitalisations inutiles (par ex. indemnité pour les soins à domicile, correctifs apportés à l'usage des médicaments, prévention des accidents, etc.) peuvent, dans certaines limites, accélérer le processus d'adaptation. Le nombre de lits nécessaires est aussi fonction d'autres choix des pouvoirs publics en matière d'emploi efficace des équipements hospitaliers. Un accroissement du nombre de lits par hôpital permet, d'un point de vue statistique, de maintenir un taux d'occupation plus élevé et dès lors de diminuer le nombre global de lits requis. Les pouvoirs publics sont par ailleurs obligés de tenir compte de critères qui limitent l'accroissement d'échelle (par ex. accessibilité, exigences qualitatives minimales). La fixation d'une limite inférieure et supérieure pour quelques critères de programmation (scénarios) laisse une certaine marge de manœuvre à l'intérieur de laquelle les options des pouvoirs publics peuvent se manifester. Il ne faut d'ailleurs pas considérer ces limites inférieures et supérieures comme des données mathématiques indiscutables. Celles-ci sont néanmoins commentées systématiquement à l'attention de tous les intéressés.

4.3.3.4. De scenario's worden per leeftijdsgroep opgesteld zowel voor het jaar 1990, 1995 als 2000. Door het gebruik van meerdere streefdata komt de evolutie van het ziekenhuisgebruik en het dynamisch karakter van de programmatie duidelijker tot uiting. Voor elk van deze jaren werd ook het totaal aantal benodigde bedden berekend voor de combinatie van scenario's die resulteert in het laagst aantal bedden en het hoogst aantal bedden. Het resultaat hiervan wordt in volgende tabel weergegeven (cijfers op basis van de meest waarschijnlijke bevolkingsprognose).

Tabel 10. Raming benodigde bedden op basis van voorstellen nieuwe programmatiecriteria

	1990	1995	2000
Minimum			
Combinatie van scenario's . . .	49 900	40 350	31 650
Maximum			
Combinatie van scenario's . . .	53 050	47 100	38 850

In deze cijfers zijn alle kliniekdiensten van algemene ziekenhuizen begrepen voor zover het gaat om akute ziekenhuiszorg.

Ter vergelijking kan opgemerkt dat per 1 januari 1986 het aantal erkende bedden in akute ziekenhuisdiensten van algemene ziekenhuizen in België 59 364 bedden bedroeg.

4.3.3.5. Voor programmatiedoeleinden wordt het streefjaar 1995 het meest aangewezen geacht qua timing. Voor dat jaar wordt hierna een opsplitsing gegeven van de programmatiecriteria per leeftijdsgroep voor de diverse onder- en bovengrenzen, alsook het totaal aantal benodigde bedden dat hiermede correspondeert op basis van de meest waarschijnlijke bevolkingsprognose.

Tabel 11. Behoefte op basis van de meest waarschijnlijke bevolkingsprognose

Doelgroep Groupe-cible	Scenario's m.b.t. ondergrens bezettingsgraad — Taux d'occupation: hypothèse minimale		Scenario's m.b.t. bovengrens bezettingsgraad — Taux d'occupation: hypothèse maximale	
	Bedden per 1 000 inw. van die doelgroep* — Lits par 1 000 hab. de ce groupe-cible*	Tot. verwacht aant. benodigde bedden 1995** — Est. tot. du nomb. de lits neces. 1995**	Bedden per 1 000 inw. van die doelgroep* — Lits par 1 000 hab. de ce groupe-cible*	Tot. verwacht aant. benodigde bedden 1995** — Est. tot. du nomb. de lits neces. 1995**
Maternale Zorg (per 1 000 kinderen < 1 j.) — <i>Serv. de matern. (par 1 000 enfants < 1 an)</i>	23,2	2 200	21,5	2 050
Kinderen < 15 jaar — <i>Enfants < 15 ans</i>	2,1	3 400	1,9	3 100
Personen 15-64 jaar — <i>Personnes 15-64 ans</i>	2,5	15 900	2,4	15 050
Bejaarden 65-74 j. — <i>Pers. âgées 65-74 a.</i>				
ondergr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. inf.</i>	10,2	9 700	9,6	9 150
bovengr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. sup.</i>	12,8	12 100	12,1	11 450
Bejaard. 75 j. en meer — <i>Pers. âgées 75 a. et +</i>				
ondergr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. inf.</i>	19,1	11 600	18,1	11 000
bovengr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. sup.</i>	22,3	13 500	21,1	12 800
Min.-combinatie van scenario's — <i>Hypothèse minimal</i>	4,50	42 800	4,24	40 350
Max.-combinatie van scenario's — <i>Hypothèse maximale</i>	4,95	47 100	4,67	44 450

* Afgerond op 1 cijfer na de komma.

** Afgerond op 50 bedden.

4.3.3.4. Les scénarios sont établis par groupe d'âge, respectivement pour les années 1990, 1995 et 2000. Le fait de prendre plusieurs années de référence permet de mieux dégager l'évolution de la pratique hospitalière et le caractère dynamique de la programmation. Pour chacune de ces années, le nombre total de lits requis en fonction de l'hypothèse minimale et de l'hypothèse maximale (scénarios) a également été calculé. Le résultat de ces calculs figure dans le tableau ci-dessous (sur la base de la projection démographique la plus vraisemblable).

Tableau 10. Estimation des besoins en lits sur la base des critères de programmation proposés

	1990	1995	2000
Hypothèse minimale			
Scénarios combinés	49 900	40 350	31 650
Hypothèse maximale			
Scénarios combinés	53 050	47 100	38 850

Ces chiffres comprennent l'ensemble des services cliniques des hôpitaux généraux pour autant qu'il s'agisse de soins aigus.

A titre de comparaison, le nombre de lits agréés en Belgique dans des services aigus d'hôpitaux généraux se montait à 59 364 au 1 janvier 1986.

4.3.3.5. L'année 1995 est considérée comme la date la plus appropriée à des fins de programmation. Ci-dessous figure, pour l'année en question, une ventilation des critères de programmation par groupe d'âge, avec les limites inférieures et supérieures, ainsi que le nombre total de lits y correspondant sur base des prévisions démographiques les plus vraisemblables.

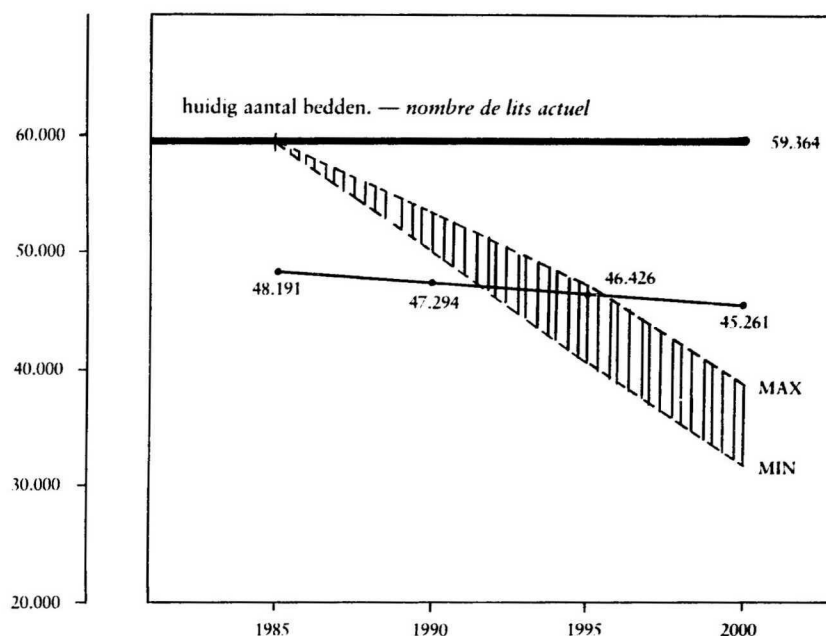
Tableau 11. Besoins établis sur la base des prévisions démographiques les plus probables

	Scenario's m.b.t. ondergrens bezettingsgraad — Taux d'occupation: hypothèse minimale		Scenario's m.b.t. bovengrens bezettingsgraad — Taux d'occupation: hypothèse maximale	
	Bedden per 1 000 inw. van die doelgroep* — Lits par 1 000 hab. de ce groupe-cible*	Tot. verwacht aant. benodigde bedden 1995** — Est. tot. du nomb. de lits neces. 1995**	Bedden per 1 000 inw. van die doelgroep* — Lits par 1 000 hab. de ce groupe-cible*	Tot. verwacht aant. benodigde bedden 1995** — Est. tot. du nomb. de lits neces. 1995**
Maternale Zorg (per 1 000 kinderen < 1 j.) — <i>Serv. de matern. (par 1 000 enfants < 1 an)</i>	23,2	2 200	21,5	2 050
Kinderen < 15 jaar — <i>Enfants < 15 ans</i>	2,1	3 400	1,9	3 100
Personen 15-64 jaar — <i>Personnes 15-64 ans</i>	2,5	15 900	2,4	15 050
Bejaarden 65-74 j. — <i>Pers. âgées 65-74 a.</i>				
ondergr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. inf.</i>	10,2	9 700	9,6	9 150
bovengr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. sup.</i>	12,8	12 100	12,1	11 450
Bejaard. 75 j. en meer — <i>Pers. âgées 75 a. et +</i>				
ondergr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. inf.</i>	19,1	11 600	18,1	11 000
bovengr. opnamefrekw. — <i>fréq. d'adm. Lim. sup.</i>	22,3	13 500	21,1	12 800
Min.-combinatie van scenario's — <i>Hypothèse minimal</i>	4,50	42 800	4,24	40 350
Max.-combinatie van scenario's — <i>Hypothèse maximale</i>	4,95	47 100	4,67	44 450

* Arrondi à la décimale.

** Arrondi à 50 lits.

Grafiek 2. Vergelijking tussen het huidig aantal bedden en de voorstellen in het studierapport.
 Graphique 2. Comparaison entre le nombre actuel de lits et les propositions du rapport.



4.3.4. Suggesties voor de uitvoering van de ziekenhuis-programmatie.

4.3.4.1. In 1975 werd door de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie geadviseerd elk ziekenhuis te categoriseren binnen een piramidale ziekenhuisstructuur. Er werden 150 lokale ziekenhuizen (niveau 1), 40 streekziekenhuizen (niveau 2) en 10 suprarregionale ziekenhuizen (niveau 3) in voorzien. Dit advies werd tot op heden niet uitgevoerd.

Rekening houdend met zowel theoretische beschouwingen als met de praktijkervaringen in enkele landen wordt dergelijke structuur in deze studie niet aanbevolen. Er wordt eerder gepleit om via de formule van de ziekenhuisgroepering te komen tot een betere coördinatie van voorzieningen voor een aantal specialismen. Het initiatief tot samenwerking en tot uitbouw van het aangeboden zorgpakket dient zoveel mogelijk uit te gaan van de lokale verantwoordelijken zelf, uiteraard binnen het kader van de erkenningsnormen bepaald door de overheid.

De toepassing van de programmatie dient dermate flexibel gehanteerd dat elk ziekenhuis de gelegenheid geboden wordt zich op bepaalde domeinen of specialismen toe te spitsen zonder dat daardoor het totale bestand aan ziekenhuisbedden per doelgroep mag overschreden worden.

4.3.4.2. Een zekere mate van overheidstussenkomst blijkt niettemin aangewezen in de zin dat de meer centrale autoriteiten (gemeenschappen of nationaal) erover dienen te waken dat de voorzieningen geografisch evenwichtig gedistribueerd zijn. Voor de meer gespecialiseerde activiteiten dient de nodige kritische massa (bijvoorbeeld uitgedrukt in termen van te bedienen populatie) aanwezig te zijn. De praktische uitwerking van deze stellingname dient in samenwerking met de bevoegde instanties te geschieden.

4.3.4. Suggestions pour l'application de la programmation hospitalière.

4.3.4.1. La Commission nationale de programmation hospitalière avait préconisé en 1975 de classer chaque établissement de soins dans une structure hospitalière pyramidale. On prévoyait 150 hôpitaux locaux (niveau 1), 40 hôpitaux régionaux (niveau 2) et 10 hôpitaux suprarégionaux (niveau 3). Cet avis n'a jusqu'à présent pas été suivi.

La présente étude ne recommande pas une telle structure, tant pour des considérations théoriques qu'en raison de l'expérience acquise dans quelques pays. Par le biais des groupements d'hôpitaux, elle plaide plutôt en faveur d'une meilleure coordination des équipements pour un certain nombre de spécialisations. L'initiative sur le plan de la collaboration et de la composition de l'offre globale de soins doit émaner autant que possible des responsables locaux eux-mêmes, dans le cadre, bien entendu, des normes d'agrément fixées par les pouvoirs publics.

La programmation doit être appliquée de manière suffisamment flexible pour permettre à chaque hôpital de s'orienter plus particulièrement vers certains domaines ou spécialisations, sans pour autant autoriser un dépassement du nombre total de lits hospitaliers par groupe-cible.

4.3.4.2. Il semble néanmoins indiqué de prévoir une certaine intervention des pouvoirs publics, les autorités centrales (communautaires ou nationales) devant veiller à une distribution géographique équilibrée des équipements. En ce qui concerne les activités plus spécialisées, il faut, en outre, prévoir une masse critique nécessaire (exprimée par exemple par rapport à la population à desservir). L'élaboration pratique des mesures dans ce domaine doit s'effectuer en concertation avec les instances compétentes.

4.3.4.3. In deze studie wordt voorgesteld de programma-tie van de akute ziekenhuisbedden te decentraliseren in functie van het bevolkingsaantal en de leeftijdsstructuur.

De bevolkingsprognoses per geografisch gebied bepalen hoeveel bedden per leeftijdsgroep aan die gebieden dienen toegewezen te worden. Het rapport spreekt zich niet uit op welk niveau deze gebieden moeten gesitueerd worden. Dit kan o.a. zijn per ziekenhuisregio, per provincie, per gewest, per gemeenschap.

Gezien de meeste statistieken momenteel per gewest samengesteld zijn, lijkt het nuttig bij wijze van oefening, na te gaan hoe de verdeling van de akute ziekenhuiszorgbedden zal zijn per gewest op basis van de nieuwe voorstellen.

Ook hier maken we een onderscheid tussen de combinatie van scenario's die in het kleinst aantal bedden resulteert en de combinatie van scenario's die resulteert in het hoogst aantal bedden. De volgende tabel geeft de resultaten hiervan weer (streefcijfers 1995).

Tabel 12. Streefcijfers per gewest op basis van voorstellen nieuwe programmatiecriteria (1995)

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	Totaal
Minimum				
Combinatie van scenario's . . .	4 100	22 950	13 300	40 350
Maximum				
Combinatie van scenario's . . .	4 800	26 700	15 600	47 100

4.3.4.4. De regionale autoriteiten kunnen eigen verdeels-leutels ontwikkelen voor de verdere allocatie van het toege-wezen beddenbestand.

De nationale overheid kan niettemin condities opleggen om te verzekeren dat beginselen die van nationaal belang geacht worden (o.a. kwaliteitsgaranties, toegankelijkheid) gerealiseerd blijven.

Zo kan de nationale overheid opleggen dat bijvoorbeeld 50 pct. van de akute ziekenhuisbedden geprogrammeerd voor de leeftijdsgroep 75 jaar en meer, van het type G dienen te zijn, per geografisch gebied.

4.3.4.5. De studie wijst er tenslotte op dat door het construeren van condities bij de financiering van nieuwbouw of verbouwingsprojecten (o.a. vereisten inzake beddenreductie, dagverpleging, enz.) reeds een belangrijke bijdrage kan geleverd worden in het bereiken van het streef-cijfer voor 1995.

4.4. Het studierapport werd inmiddels overgemaakt aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. De Raad heeft thans tot opdracht op grond van dit rapport een advies te verstrekken over de ziekenhuisvoorzieningen die nodig zijn om de behoeften te dekken. De Regering zal eens in het bezit van het studierapport en van het advies van de Nationale Raad een beslissing nemen inzake de toekomstige programmatiecriteria.

4.3.4.3. La présente étude propose de décentraliser la programmation des lits hospitaliers aigus en fonction de l'importance numérique de la population et de la structure d'âge.

Les projections démographiques, par secteur géographique permettent de déterminer le nombre de lits à attribuer à chaque groupe d'âge dans ces divers secteurs. Le rapport ne se prononce pas sur le problème du niveau auquel les secteurs doivent se situer. Il peut s'agir, entre autres, du secteur hospitalier, de la province, de la région ou de la communauté.

La plupart des statistiques étant à l'heure actuelle établies par région, il semble utile, à titre d'exercice, de voir quelle serait la répartition des lits hospitaliers aigus, par région sur la base des nouvelles propositions.

Ici aussi, une distinction entre l'hypothèse minimale et l'hypothèse maximale est faite. Le tableau suivant donne le résultat de ces calculs (chiffres-programme de 1995).

Tableau 12. Chiffres-programme, par région, sur base des critères de programmations proposés (1995)

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Total
Hypothèse minimal				
Scénarios combinés	4 100	22 950	13 300	40 350
Hypothèse maximale				
Scénarios combinés	4 800	26 700	15 600	47 100

4.3.4.4. Les autorités régionales peuvent élaborer leurs propres clefs de répartition pour l'affectation des lits ainsi attribués.

L'autorité nationale peut néanmoins imposer des conditions afin de garantir le respect de certains principes jugés d'intérêt national (garanties sur le plan de la qualité, accessibilité, etc.).

Elle peut ainsi stipuler, par exemple, que 50 p.c. des lits hospitaliers aigus, programmés par le groupe d'âge de 75 ans et plus dans chaque secteur géographique, doivent être du type G.

4.3.4.5. L'étude fait finalement remarquer que des conditions pour le financement des projets de nouvelles constructions ou d'aménagement (par ex. exigences en ce qui concerne la réduction du nombre de lits, les soins de jour, etc.) peuvent contribuer dans une mesure importante à la réalisation du chiffre-programme de 1995.

4.4. Entre-temps, le rapport a été soumis au Conseil national des établissements hospitaliers. Il appartient à présent à celui-ci d'émettre un avis sur le nombre d'établissements hospitaliers nécessaires à couvrir les besoins. Dès que le Gouvernement sera en possession du rapport d'étude et de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, il prendra une décision au sujet des critères futurs de programmation.

IV. FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN (1)

Sinds meerdere jaren werd progressief een nieuw financieringssysteem ingevoerd. Dit kreeg formeel gestalte door de wijzigingen die in 1986 door het koninklijk besluit nr. 407 aan de ziekenhuiswet werden aangebracht. Terzelfdertijd werden ook nieuwe regels in de wet opgenomen voor de boekhouding van de ziekenhuizen en de controle erop.

1. Motieven voor een nieuw financieringssysteem.

1.1. In de vroegere wet werd een onderscheid gemaakt tussen de normale prijs van de verpleegdag per ziekenhuisdienst (artikel 5) en het aanvullend bedrag waarmee de verpleegdagprijs kan worden verhoogd door de Minister van Volksgezondheid indien de beheerder het bewijs levert dat wegens bijzondere en uitzonderlijke redenen de vastgestelde normale prijs van de verpleegdag onvoldoende is om de werkelijke kostprijs te dekken (artikel 9).

Door de jaren heen werd meer en meer beroep gedaan op een individuele prijsverhoging of de zgn. « artikel 9-prijs », waardoor de instellingen die nog op basis van de normale prijs fungeren eerder zeldzaam waren geworden. Wat oorspronkelijk als een uitzondering was bedoeld, werd de algemene regel.

Het systeem zoals het geëvolueerd was, vertoonde zeer veel nadelen, ofschoon het alleszins ook verdiensten heeft gehad bij de uitbouw van het ziekenhuiswezen in ons land.

1.2. Eén van de nadelen was dat ziekenhuizen die weliswaar structureel sterk op elkaar gelijken, een totaal verschillende prijs konden hebben.

De toekenning van de middelen gebeurde met name niet steeds op basis van de behoefte, maar op basis van de meerkosten, waarvan de beheerder het bewijs kon aanbrengen.

Een ander nadeel van het systeem was dat de prijzen achteraf voor een hele reeks van elementen konden worden herzien.

Daardoor wist de beheerder nooit vooraf over hoeveel middelen hij zou kunnen beschikken, de definitieve prijs werd immers met één of met twee jaren vertraging vastgesteld. Daardoor diende vaak beroep te worden gedaan op overbruggingskredieten, zonder de volledige zekerheid dat deze integraal zouden kunnen gerecupereerd worden.

De jongste jaren werd getracht om hieraan enigszins te verhelpen door tijdig aan de beheerder zijn verpleegdagprijs bekend te maken en het aantal herzienbare elementen te beperken. Tevens werd gepoogd om bij de vaststelling van

(1) Zie Brochure, *Naar een nieuwe financiering van de ziekenhuizen*. Uitgegeven door het Kabinet Sociale Zaken, september 1985.

IV. FINANCEMENT DES HOPITAUX (1)

Un nouveau système de financement a été progressivement instauré depuis plusieurs années. Il a pris forme en 1986 par les modifications apportées par l'arrêté royal n° 407 à la loi sur les hôpitaux. Simultanément, des nouvelles règles ont été insérées dans la loi sur la comptabilité des hôpitaux et le contrôle de celle-ci.

1. Motifs du nouveau mode de financement.

1.1. La loi précédente faisait une distinction entre le prix de journée normal par service hospitalier (article 5) et le complément par lequel le prix de journée pouvait être majoré avec accord du Ministre de la Santé publique si le gestionnaire justifiait que des raisons particulières et exceptionnelles rendaient le prix de la journée normal insuffisant pour couvrir le prix de revient réel (article 9).

Au fil des ans on appliqua de plus en plus un prix individuel majoré ou prix appelé « article 9 ». Rares furent ainsi les établissements fonctionnant encore sur la base du prix normal. Ce qui initialement devait être l'exception est devenue la règle générale.

Bien qu'il ait sans aucun doute contribué au développement de nos hôpitaux, le système tel qu'il avait évolué présentait de nombreux désavantages.

1.2. Un de ceux-ci étant que des hôpitaux très semblables sur le plan structurel, peuvent néanmoins avoir un prix tout différent.

En effet, l'octroi des moyens ne se faisait pas toujours en fonction des besoins, mais en fonction des frais supplémentaires que le gestionnaire pouvait justifier.

Un autre désavantage du système était que les prix pouvaient être revus à posteriori pour toute une série d'éléments.

Par cette procédure, le gestionnaire ne connaissait jamais à l'avance les moyens dont il pourrait disposer, car le prix définitif était fixé avec une à deux années de retard. Le recours à des crédits de caisse était donc fréquent sans garantie complète de pouvoir les récupérer intégralement.

Ces dernières années on a tenté de remédier quelque peu à cette situation en communiquant à temps le prix de journée au gestionnaire et en limitant le nombre d'éléments révisables. Lors de la fixation du complément on chercha

(1) Voir brochure, *Vers un nouveau mode de financement des hôpitaux*. Editée par le Cabinet des Affaires sociales, septembre 1985.

het aanvullend bedrag in de verschillende individuele prijsdossiers beoordelingselementen te gebruiken die een meer gelijke behandeling verzekerden.

1.3. Voor de Staat en de ziekteverzekering was het financieringssysteem eveneens nadelig. De verpleegdagprijs op basis van de door de beheerder gedane uitgaven kon immers steeds worden herzien; hierdoor stegen de uitgaven alsnog zonder dat de evolutie ervan kon worden voorzien, laat staan echt beheerst.

Om al deze redenen drong zich een herziening van het financieringssysteem op.

2. Doelstellingen van het nieuw financieringssysteem.

2.1. Vooreerst moet het nieuw financieringssysteem toelaten de werkmiddelen van de ziekenhuizen toe te kennen op basis van de werkelijke activiteiten die in het ziekenhuis worden geleverd, rekening houdend met de aan het ziekenhuis toegekende rol in het kader van programmatie en erkenning. Ziekenhuizen met gelijkaardige kenmerken moeten onder dezelfde voorwaarden gefinancierd worden. Dit veronderstelt dat voor de toewijzing van de middelen objectieve regels worden geformuleerd.

2.2. Terzelfdertijd moet ook de leefbaarheid van de ziekenhuizen worden gegarandeerd, en moet de kwaliteit van de verzorging zo mogelijk nog kunnen worden verbeterd.

Het nieuw financieringssysteem moet ook toelaten tot een betere beheersing van de globale ziekenhuisuitgaven te komen. Bovendien moet het stimuleren inhouden voor het ziekenhuisbeheer om, binnen een vooraf gegeven budget, zijn beheersverantwoordelijkheid op te nemen.

3. Aanzet tot de nieuwe financiering tussen 1982 en 1986 en resultaten van het tot dan toe gevoerde beleid.

Het nieuwe financieringssysteem zoals het hieronder verder staat beschreven sluit zeer nauw aan bij de maatregelen die op het vlak van de financiering van de ziekenhuizen werden getroffen tussen 1982 en 1986. Deze moeten dan ook beschouwd worden als de voorbode of de eerste aanzet tot de nieuwe financieringswijze.

Inderdaad vanaf het dienstjaar 1982 werd aan ieder ziekenhuis, voorafgaandelijk aan het dienstjaar, een budget toegekend. Dit budget werd berekend op basis van een vast quotum van ligdagen. Zoals bekend werd uitgegaan van het aantal ligdagen van 1980, achteraf verminderd met respectievelijk 3 pct. voor 1983 en 5 pct. voor de volgende jaren. In de psychiatrische ziekenhuizen bedroeg deze vermindering - 4 pct. en - 6 pct. Dat het aantal verpleegdagen hierdoor kan worden beheerst moge blijken uit onderstaande grafiek.

également à utiliser dans les différents dossiers de prix individuel, des éléments d'appréciation qui garantissaient un traitement plus égal.

1.3. Ce mode de financement était également désavantageux pour l'Etat et l'assurance maladie. Le prix de journée basé sur les dépenses faites par le gestionnaire, pouvait être constamment revu; aussi les prix et les dépenses ne cessaient de croître pour l'Etat sans que leur évolution puisse être prévue, voire maîtrisée.

C'est pour tous ces motifs qu'il était nécessaire de revoir le système de financement.

2. Objectifs du nouveau mode de financement.

2.1. Ce nouveau mode doit d'abord permettre l'octroi des moyens de fonctionnement des hôpitaux sur la base des activités réellement déployées à l'hôpital et compte tenu du rôle attribué à l'hôpital par la programmation et l'agrément. Les hôpitaux ayant les mêmes caractéristiques doivent être financés aux mêmes conditions. Ceci suppose des règles objectives pour l'attribution des moyens.

2.2. Il faut en même temps garantir la viabilité des hôpitaux et améliorer au mieux la qualité des soins.

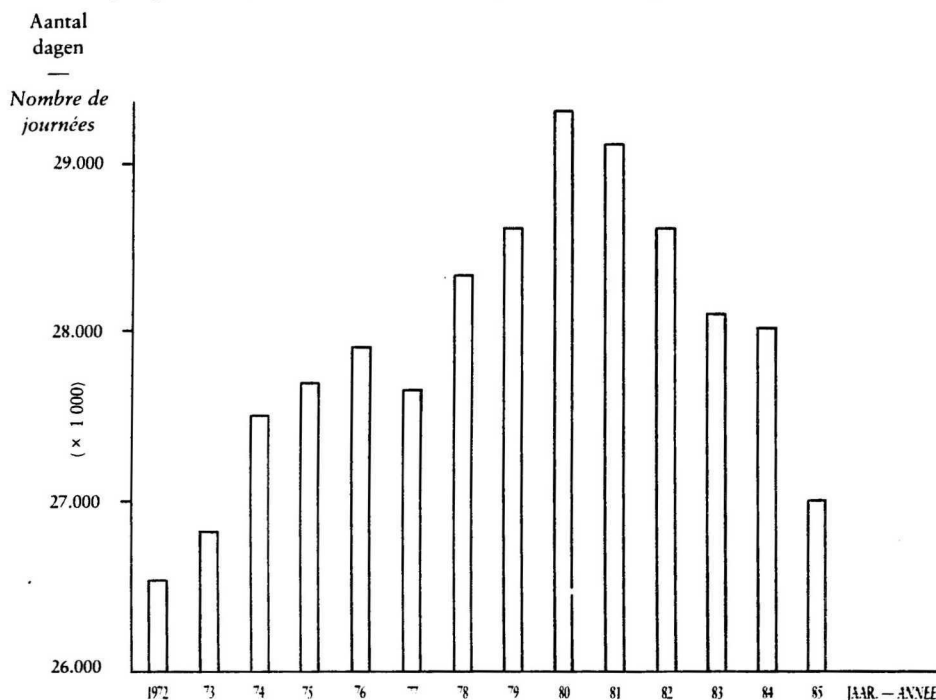
Le nouveau mode de financement doit permettre une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières globales et contenir des stimulants pour que le gestionnaire de l'hôpital puisse assumer ses responsabilités dans les limites d'un budget préétabli.

3. Premises d'un nouveau financement entre 1982 et 1986 et résultats de la politique menée jusqu'alors.

Le nouveau système de financement décrit ci-dessous est intimement lié aux mesures prises entre 1982 et 1986. Elles doivent dès lors être considérées comme les premises de ce nouveau mode de financement.

En effet, depuis l'exercice 1982, chaque hôpital s'est vu octroyer un budget, avant l'exercice. Ce budget était calculé sur la base d'un nombre fixe de journées d'hospitalisation. Comme on le sait, on prenait comme base le nombre de journées d'entretien en 1980, lequel était ultérieurement diminué de 3 p.c. pour 1983 et de 5 p.c. pour les années suivantes. Cette réduction était respectivement de 4 p.c. et de 6 p.c. dans les hôpitaux psychiatriques. Cette opération a permis de maîtriser le nombre de journées d'hospitalisation, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

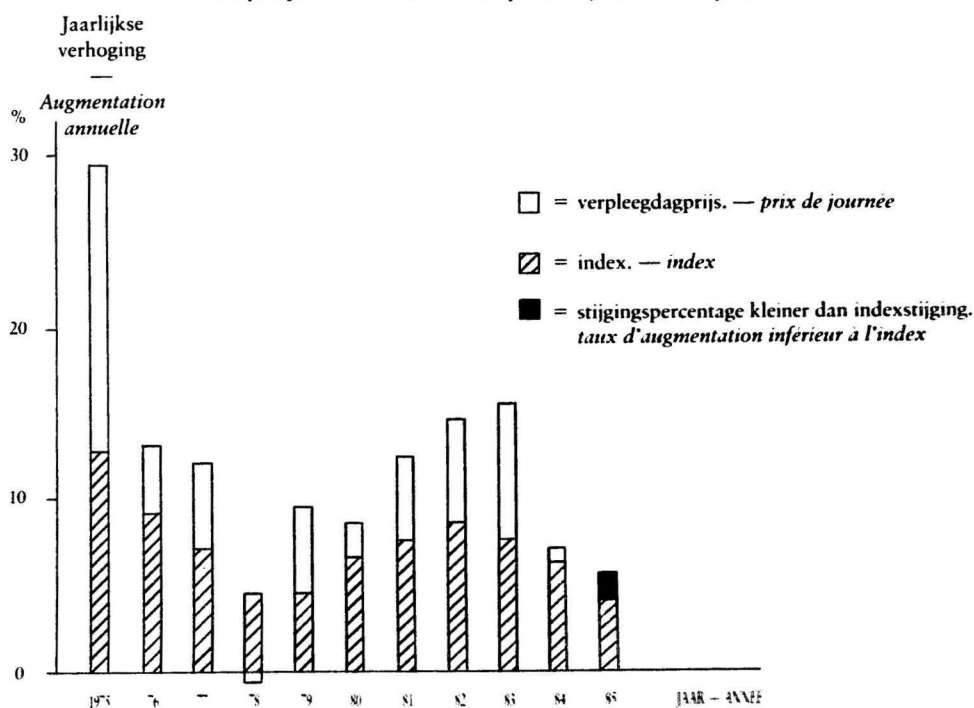
Grafiek 3. Evolutie aantal gerealiseerde verpleegdagen.
 Graphique 3. Evolution du nombre de journées d'hospitalisation réalisées.



In tegenstelling tot de jaren vóór 1982 bleef het aantal achteraf herzienbare elementen uiterst beperkt en wel tot dat soort van lasten waarop de beheerder weinig of geen vat heeft. Zo werd het aantal herzienbare elementen voor 1983 beperkt tot vier, en voor 1984 tot vijf. Voor het overige werd de verpleegdagprijs geïndexeerd. De resultaten hiervan mogen blijken uit onderstaande grafiek.

Contrairement aux années antérieures à 1982, le nombre d'éléments révisables ultérieurement est resté strictement limité au genre de charges que le gestionnaire ne peut pas ou difficilement influencer. Ainsi, le nombre d'éléments modifiables se limitait à quatre pour 1983 et à cinq pour 1984. En dehors de ces ajustements le prix de la journée d'hospitalisation a été indexé. Le graphique ci-dessous en donne un aperçu.

Grafiek 4. Evolutie gemiddelde verpleegdagprijs.
 Graphique 4. Evolution du prix de journée moyen.



Tussen 1977 en 1983 was de verpleegdagprijs verhoogd met 10,4 pct., terwijl de index met slechts 6,7 pct. toenam. De grote verhogingen die in 1982 en in 1983 nog zichtbaar zijn vonden hun oorsprong in de talrijke prijssherzingen die in 1980 en in 1981 werden beslist.

4. Basisbeginselen.

De nieuwe wet heeft aan de nieuwe financieringswijze een definitief karakter gegeven. De belangrijkste principes werden in artikel 5 van de ziekenhuiswet opgenomen.

4.1. Het meest belangrijke principe van de nieuwe financieringswijze is de toewijzing van een budget van financiële middelen. Dit principe geldt zowel op het niveau van het Rijk als op het niveau van ieder van de ziekenhuizen afzonderlijk.

Met name wordt voortaan voor de werking van alle ziekenhuizen van het land een nationale enveloppe vastgesteld.

Binnen deze nationale enveloppe wordt dan aan ieder ziekenhuis een individuele enveloppe toegekend. Voor de overheid biedt dit het voordeel dat zij de uitgaven beter kan beheersen, terwijl de beheerder vóór de aanvang van het dienstjaar weet over welke middelen hij zal beschikken. Binnen deze enveloppe beslist de beheerder volledig autonoom over de besteding ervan.

4.2. Een tweede principe houdt in dat het budget wordt vastgesteld op basis van de structuur en de activiteiten van het ziekenhuis. Het zijn dus niet langer boekhoudkundige regelen, gedane uitgaven en plafonds die bepalend zijn voor de vaststelling van het budget. Het budget wordt aldus op een selectieve manier bepaald. Om dit te kunnen realiseren worden de ziekenhuizen die structureel gelijkaardig zijn en eenzelfde soort van activiteiten uitoefenen met elkaar vergeleken wat hun kosten betreft. Dit belangrijk principe werd in de wet zelf ingeschreven.

4.3. Vaak wordt gezegd dat de gezondheid geen prijs kent. Er wordt echter vergeten daar aan toe te voegen dat deze nochtans wel een kost heeft. De Gemeenschap neemt deze kost ten laste. Het is dan ook normaal dat hiervoor een optimaal gebruik van de middelen wordt geëist. In dit perspectief werd de notie « performantie » ingevoerd, zijnde een optimaal kostprijsniveau.

De nieuwe financieringswijze impliceert een mentaliteitswijziging van al diegenen die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Er kan met name niet langer worden gedacht in termen van gerealiseerde verpleegdagen of van aanvaarde of verworpen kosten. Wel moet daarentegen een evaluatie worden gemaakt van de kosten voor ieder van de gemeenschappelijke diensten, kontrakten moeten in deze nieuwe optiek worden herzien en de personeelsbehoeften moeten voor iedere klinische dienst grondig onderzocht worden.

De 1977 à 1983, le prix de la journée a augmenté de 10,4 p.c. tandis que l'index n'a augmenté que de 6,7 p.c. Les fortes augmentations encore perceptibles en 1982 et en 1983 résultent des nombreuses modifications de prix décidées en 1980 et en 1981.

4. Principes de base.

La nouvelle loi a conféré un caractère définitif au nouveau mode de financement. Les principes essentiels ont été inscrits à l'article 5 de la loi sur les hôpitaux.

4.1. Le principe le plus important du mode de financement est l'attribution d'un budget de moyens financiers. Ce principe vaut pour le Royaume comme pour chaque hôpital en particulier.

Une enveloppe nationale est désormais fixée pour le fonctionnement de tous les hôpitaux du pays.

Les autorités peuvent ainsi mieux maîtriser les dépenses et le gestionnaire sait avant le début de l'exercice de quels moyens il disposera. Le gestionnaire décide en toute indépendance de l'affectation de cette enveloppe.

4.2. Un second principe implique que le budget soit fixé sur la base de la structure et des activités de l'hôpital. Ce ne sont donc plus les règles comptables, ni les dépenses consenties et les plafonds qui déterminent la fixation du budget. Il est ainsi fixé sélectivement. A cette fin, on compare les coûts des hôpitaux qui ont une structure identique et exercent une même sorte d'activités. Ce principe important a été inscrit dans la loi même.

4.3. On dit souvent que la santé n'a pas de prix. On oublie cependant d'y ajouter que celle-ci a un coût. La Communauté prend ces frais à sa charge. Il est dès lors normal d'exiger un usage optimal des moyens. C'est dans cette perspective que la notion de « performance », le niveau optimal du coût, a été instauré.

Le nouveau mode de financement implique un changement de mentalité de tous ceux qui travaillent à l'hôpital. On ne peut plus penser en termes de journées d'hospitalisation réalisées ou de coûts admis ou rejetés. Il faut, au contraire, évaluer les coûts de chaque service commun. Dans cette optique, il y a lieu de revoir des contrats et les besoins en personnel de chaque service clinique doivent être examinés sérieusement.

Al deze beoordelingen vergen een actieve medewerking van het ziekenhuispersoneel. Sinds vier jaren hebben we op dit vlak een markante evolutie kunnen onderkennen. De mentaliteit wijzigen, gewoonten en gedragingen veranderen is nochtans één van de moeilijkste dingen om te realiseren.

4.4. Het nieuwe financieringssysteem wordt progressief ingevoerd. Twee belangrijke etappes werden in 1985 en in 1986 reeds gerealiseerd. De aanpassing van de financiering van de gemeenschappelijke diensten zal zich geleidelijk voltrekken, nl. over een periode die loopt tot 1991.

4.5. Een ander belangrijk principe behelst de toepassing van het nieuwe «geïntegreerd ziekenhuisconcept» naar de financiering toe van het ziekenhuis. De wet laat met name toe om voortaan medische honoraria te integreren in het ziekenhuisbudget. Dit gaat samen met de erkenning van de primordiale rol van de medische activiteit in het ziekenhuis en de integratie ervan in het gehele ziekenhuisconcept.

5. Aanpassing van de quota van ligdagen.

Eén van de essentiële principes van het nieuwe financieringssysteem is dat voor ieder ziekenhuis een quotum van ligdagen wordt vastgesteld waarvoor financiering kan worden bekomen. Door het toegekend budget voor het ziekenhuis te delen door het quotum toegewezen aantal ligdagen bekomt men de prijs per verpleegdag die mag worden aangerekend.

In aansluiting met hetgeen werd gesteld inzake het beleid tot aanpassing van onze infrastructuur aan de behoeften moet in dit kader ook gewezen worden op de maatregelen tot vermindering van de quota van ligdagen die vanaf 1.1.1987 worden gefinancierd.

Het globale budget voor 1987 dat werd vastgesteld, bedraagt 89 873 miljoen frank, hetzij 2 804 miljoen frank minder dan in 1986.

Een gedeelte van deze budgettaire beperking is het gevolg van de regeringsbeslissing om in 1987, 2 000 ziekenhuisbedden te sluiten, ermee rekening houdend dat een vierde van de vrijgekomen middelen zal aangewend worden om de kwaliteit van de verzorging in de acute ziekenhuizen op te trekken.

Artikel 5 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen bepaalt dat de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid, voor elk ziekenhuis het budget van financiële middelen vaststelt binnen de perken van het globaal budget van het Rijk. Rekening gehouden met de budgettaire enveloppe die voor 1987 vastgesteld werd, drong een aanpassing van de individuele budgetten zich op. Om deze operatie van budgettaire vermindering te verwezenlijken heeft men zich gebaseerd op het algemeen advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 10 juli 1986, betreffende de binding tussen de aard en de activiteit in het ziekenhuis en de financiering van de verpleegdagprijs.

Toutes ces appréciations exigent une collaboration active du personnel hospitalier. Depuis quatre ans nous avons assisté à une évolution notable dans ce domaine. Changer des mentalités, des habitudes et des attitudes est cependant une des choses les plus difficiles à réaliser.

4.4. Le nouveau mode de financement sera instauré progressivement. Deux étapes importantes ont cependant déjà été franchies en 1985 et en 1986. Le financement des services s'adapte progressivement, en une période allant jusqu'en 1991.

4.5. Un autre principe important concerne l'application du nouveau concept de l'hôpital intégré au financement de l'hôpital. Cette loi permet d'intégrer dorénavant les honoraires médicaux dans le budget de l'hôpital. Ceci va de pair avec la reconnaissance du rôle primordial de l'activité médicale à l'hôpital et son intégration dans l'ensemble du concept hospitalier.

5. Adaptation des quotas de journées d'hospitalisation.

Un des principes essentiels du nouveau système de financement est la fixation d'un quota de journées d'hospitalisation pour chaque hôpital, quota pour lequel un financement peut être obtenu. En divisant le budget accordé à l'hôpital par le quota de journées d'hospitalisation accordé, on obtient le prix de la journée d'entretien qui peut être facturé.

Il faut également attirer l'attention sur les mesures en vue de réduire les quotas de journées d'hospitalisation financées depuis le 1 janvier 1987, ceci dans le cadre d'une politique d'adaptation de l'infrastructure aux besoins.

Le budget global pour 1987 est fixé à 89 873 millions de francs, soit 2 804 millions de francs de moins qu'en 1986.

Une partie de cette réduction budgétaire est la conséquence de la décision du Gouvernement de fermer 2 000 lits en 1987. Un quart des moyens dégagés servira à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux aigus.

L'article 5 de la loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963 dispose que le Ministre, qui a la Santé publique dans ses attributions, fixe pour chaque hôpital le budget des moyens financiers, dans les limites du budget global du Royaume. Compte tenu de l'enveloppe budgétaire décidée pour 1987, une adaptation des budgets individuels s'impose. Pour réaliser cette opération de réduction budgétaire on s'est basé sur l'avis général du Conseil national des établissements hospitaliers du 10 juillet 1986 sur la liaison entre la nature et l'activité hospitalière et le financement du prix de la journée d'hospitalisation.

In dit advies stelt de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen vast dat de vergelijking tussen de ziekenhuizen een wetmatig karakter vertoont. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is bijgevolg van mening dat niet meer mag gewacht worden om een evaluatiesysteem voor de behandelde pathologie in de ziekenhuizen uit te werken. Een dergelijke vergelijking dient gestoeld te worden op het concept van het basisziekenhuis.

De gemiddelde bezettingsgraad, de gemiddelde verblijfsduur en de aard van diagnostische en therapeutische activiteit, laten toe na te gaan of het activiteitsprofiel van een ziekenhuis lager ligt dan dat van het basisziekenhuis. Daartegenover kan een ziekenhuis zich op een hoger activiteitsniveau situeren dan dat van het basisziekenhuis en dit omwille van de aard van de diagnostische en therapeutische activiteit alsook van het intensief en bijzonder karakter van bepaalde gestructureerde diensten. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bepaalt dus het activiteitsniveau in functie van het concept van het basisziekenhuis.

De twee criteria die weerhouden worden om een lager niveau dan dat van het basisziekenhuis te bepalen zijn de gemiddelde bezettingsgraad en de gemiddelde verblijfsduur. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen stelde voor de financiering van de verpleegdagprijs te verminderen indien het activiteitsniveau lager is dan dat van het basisziekenhuis. In feite dient hieruit het besluit getrokken te worden dat, ten aanzien van het basisziekenhuis, verpleegdagen die in feite niet vereist zijn, niet worden gefinancierd.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen preciseert tevens dat ieder ziekenhuis in de mogelijkheid dient te worden gesteld de vastgestelde afwijkingen te verantwoorden op grond van een bijzondere activiteit ten gevolge van de behandeling van een specifieke pathologie waarvan geacht wordt dat ze gevoelig de verblijfsduur beïnvloedt.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen stelde dus voor, de ziekenhuisbudgetten op een selectieve wijze aan te passen door rekening te houden met de bezettingsgraad en de verblijfsduur. Dit advies werd gevolgd en in uitvoering gebracht bij ministerieel besluit van 7 augustus 1986 tot vaststelling voor het dienstjaar 1987 van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten. Dit besluit werd op voorstel van de Nationale Raad gewijzigd op 5 december 1986 om rekening te houden met de reële verblijfsduur in het ganse ziekenhuis.

Het begrip « ontslagen per dienst » werd nl. vervangen door het begrip « opnamen » in het ziekenhuis, uitgezonderd wat de geïsoleerde V-diensten betreft. Door dit gegeven aan te wenden, wordt het verblijf van een patiënt die al of niet wordt doorverwezen van de ene naar de andere dienst, steeds als één enkele opname in het ziekenhuis beschouwd. De eventuele scheeftrekking in de statistieken, te wijten aan het al dan niet vermelden van de interne doorverwijzingen, wordt derwijze volledig uitgeschakeld.

Dans son avis, le Conseil national des établissements hospitaliers constate que la comparaison entre hôpitaux revêt un caractère légal. Par conséquent, le Conseil national des établissements hospitaliers estime qu'on ne peut plus tarder à élaborer un système d'évaluation des maladies traitées dans les hôpitaux. Une telle comparaison doit être fondée sur le concept de l'hôpital de base.

Le taux moyen d'occupation, la durée de séjour moyenne et la nature des activités diagnostiques et thérapeutiques permettent de voir si le profil d'activité d'un hôpital est inférieur à celui de l'hôpital de base. Un hôpital peut, par contre, avoir un niveau d'activité supérieur à celui de l'hôpital de base en raison de la nature des activités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que du caractère intensif et particulier de certains services structurés. C'est donc en fonction du concept d'hôpital de base que le Conseil national des établissements hospitaliers détermine le niveau d'activité.

Les deux critères retenus pour déterminer un niveau d'activité inférieur à celui de l'hôpital de base sont le taux moyen d'occupation et la durée de séjour moyenne. Le Conseil national des établissements hospitaliers propose de diminuer le financement du prix de la journée d'hospitalisation lorsque le niveau d'activité est inférieur à celui de l'hôpital de base. En effet, il faudrait en conclure qu'on finance des journées d'hospitalisation non nécessaires par rapport à l'hôpital de base.

Le même Conseil national précise également que chaque direction d'hôpital doit pouvoir justifier des divergences constatées sur la base d'activités particulières résultant du traitement d'une pathologie particulière qui influence sensiblement la durée de séjour.

Le Conseil national des établissements hospitaliers a donc proposé d'adapter sélectivement les budgets en tenant compte du taux d'occupation et de la durée de séjour. Cet avis a été suivi et mis en exécution par l'arrêté ministériel du 7 août 1986 fixant, pour l'exercice 1987, les conditions et règles spécifiques en vigueur pour la fixation du prix de journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota des journées d'hospitalisation pour les hôpitaux et les services hospitaliers. Sur proposition du Conseil national, l'arrêté a été modifié le 5 décembre 1986 afin de tenir compte de la durée réelle d'hospitalisation dans tout l'hôpital.

La notion « sorties par service » a été remplacée par la notion « admissions » à l'hôpital, sauf pour les services V isolés. En utilisant cette donnée, l'hospitalisation d'un patient, transféré ou non d'un service à un autre, n'est considérée que comme une seule hospitalisation. La distorsion éventuelle dans les statistiques, due à la mention ou non des transferts internes, est ainsi éliminée complètement.

Op basis van de besluiten van 7 augustus 1986 en 5 december 1986 werden de quota van de ziekenhuizen dus selectief aangepast rekening houdend met structurele onderbezetting of te lange ligduur. Het geheel van de aanpassingen stemt overeen met het equivalent van een vermindering van 2 000 bedden. De voor 1987 berekende quotavermindering moet vooral als een signaalfunctie worden beschouwd. Deze wijst er met name op dat structurele aanpassingen zich opdringen.

6. Toekomstperspectieven.

6.1. Indien de nieuwe financieringswijze een andere mentaliteit vergt van de beheerder, dan impliceert deze ook een andere aanpak van de overheid. De overheid kan met name i.p.v. een externe controle uit te oefenen, via een budgettaire financiering, aan de beheerder nuttige werkinstrumenten aanbieden voor het beheer van het ziekenhuis.

In het licht van deze aanpak heeft de overheid bij het invoeren van de nieuwe financieringswijze drie begeleidende maatregelen getroffen die voor de beheerder dienstig zullen zijn:

- a) een nieuw boekhoudkundig plan;
- b) het bedrijfsrevisoraat;
- c) de mededeling van gegevens.

6.1.1. De nieuwe financieringswijze is gebaseerd op kostenvergelijking. Het is dan ook van belang dat de kosten boekhoudkundig correct worden geïmputeerd en bijgehouden.

Het boekhoudkundig plan en de terzake geldende regelen moeten interpretaties van gegevens voorkomen en leiden tot een grotere homogeniteit van de gegevens. De herziening van het boekhoudkundig plan was ook nodig opdat het een doelmatig beheersinstrument zou zijn.

6.1.2. In dezelfde context moet het bedrijfsrevisoraat worden gesitueerd, nl. door een grotere graad van homogeniteit van de gegevens te verzekeren. Terzelfdertijd zal door de controle van de gegevens een klimaat van vertrouwen in de instelling worden gecreëerd.

6.1.3. De mededeling van statistische gegevens werd uitgebreid tot anonieme gegevens inzake de pathologieën die in de ziekenhuizen worden behandeld. Deze gegevens zijn niet alleen noodzakelijk voor de financiering van de klinische diensten, maar ook om de programmatiecriteria en de erkenningsnormen te kunnen bijsturen.

In de loop van 1987 moet het nieuw boekhoudkundig plan worden uitgevaardigd. Dit plan zou dan vanaf 1988 in voege kunnen treden. Parallel hiermee dient het bedrijfsrevisoraat verplicht te worden gemaakt.

Sur la base des arrêtés du 7 août 1986 et du 5 décembre 1986, les quotas des hôpitaux ont donc été adaptés d'une manière sélective, compte tenu du faible taux d'occupation ou de la durée d'hospitalisation trop longue. L'ensemble des adaptations correspond à une diminution de 2 000 lits. La réduction des quotas calculée pour 1987 doit surtout être considérée comme un « signal », d'où ressort la nécessité d'adaptations structurelles.

6. Perspectives d'avenir.

6.1. Si le nouveau mode de financement exige un changement de mentalité du gestionnaire, il implique aussi une autre approche des pouvoirs publics. En effet, au lieu d'exercer un contrôle externe, ceux-ci peuvent, par un financement budgétaire, offrir au gestionnaire des instruments de travail utiles pour la gestion de l'hôpital.

A la lumière de cette approche, les autorités ont par ce nouveau mode de financement pris trois mesures d'accompagnement utiles au gestionnaire:

- a) un nouveau plan comptable;
- b) revisorat d'entreprise;
- c) communication de données.

6.1.1. Le nouveau mode de financement est basé sur la comparaison des coûts. Il importe dès lors d'imputer correctement et de tenir à jour la comptabilisation de ces coûts.

Le plan comptable et les règles en vigueur en l'espèce doivent prévenir des interprétations de données et conduire à une plus grande homogénéité de ces données. La refonte du plan comptable s'imposait aussi afin de fournir un instrument de gestion efficace.

6.1.2. Le révisorat d'entreprise doit être situé dans le même contexte: assurer une homogénéité accrue des données. Leur contrôle permettra en même temps d'installer un climat de confiance dans l'établissement.

6.1.3. Le devoir de communication des données statistiques a été étendu à des renseignements anonymes sur les maladies traitées à l'hôpital. Ces données ne sont pas seulement nécessaires pour le financement des services cliniques mais aussi pour corriger les critères de programmation et les normes d'agrément.

Le nouveau plan comptable doit être publié en 1987 et entrerait en vigueur à partir de 1988. Le révisorat d'entreprise doit être rendu obligatoire, en même temps.

6.2. Wat het eigenlijk financieringssysteem betreft dient het onderdeel van het budget van ieder ziekenhuis voor de financiering van de gemeenschappelijke diensten progressief tot in 1991 te worden aangepast om op dat ogenblik overeen te stemmen met de gemiddelde kostprijs voor deze diensten van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groep waarmee een betrokken ziekenhuis wordt vergeleken.

Het ligt in de bedoeling om ook kostprijsvergelijkingen door te voeren voor de klinische diensten. Op basis van deze vergelijkingen zullen de budgetten van de ziekenhuizen die deze kosten moeten financieren eveneens progressief worden aangepast.

6.3. Om vergelijkingen tussen de diensten te kunnen maken worden thans twee soorten van experimenten uitgevoerd.

6.3.1. Minimale klinische gegevens.

Een eerste experiment bestaat erin de ziekenhuizen vertrouwd te maken met het registreren van klinische gegevens.

Een dergelijke registratie heeft een onmiskenbaar belang zowel voor de bevordering van de kwaliteit van de geneeskunde, alsmede op het stuk van de bepaling van de behoeften aan verpleegkundige verzorging, als de aanwending ervan voor beheersdoeleinden.

M.K.G. zijn de minimale basisgegevens die voor een maximum aantal toepassingen worden verzameld bij het ontslag van alle patiënten uit de algemene ziekenhuizen. Overeenkomstig de aanbevelingen van de Conferentie van Brussel van 1981 over de ziekenhuisstatistiek, die door de Europese Gemeenschappen werd georganiseerd, bevat dit ontwerp van M.K.G. zes categorieën van te registreren gegevens:

- a) identifikatie van het ziekenhuis en van de dienst;
- b) kenmerken van de patiënt;
- c) opname: datum — reden — patiënt verwezen door...;
- d) ontslag: datum — aard — bestemming van de patiënt;
- e) diagnose en verwickelingen;
- f) heel- en verloskundige ingrepen, speciale technieken en/of behandelingen.

Ten behoeve van de ziekenhuizen die wensen deel te nemen aan het M.K.G.-project werd een tewerkstellingsprogramma opgezet waarbij deze ziekenhuizen de gelegenheid wordt geboden om een beroep te doen op tewerkgestelde werklözen (T.W.W.) die kunnen gedetacheerd worden bij de instelling voor de realisatie van het projekt.

De betrokken ziekenhuizen werden uitgenodigd een verbinenis te onderschrijven omtrent volgende beginselen:

- de T.W.W. dienen ingezet te worden in het ziekenhuis voor werkzaamheden die betrekking hebben op de M.K.G.-registratie;
- deelname aan evaluatie der resultaten;
- mededeling van een gedetailleerde omschrijving van het M.K.G.-projekt;
- engagement tot strikte samenwerking met de administratie over het lokale verloop van de M.K.G.-registratie.

6.2. Quant au système de financement proprement dit, la partie du budget de chaque hôpital destinée au financement des services communs devra être adaptée progressivement jusqu'en 1991 pour correspondre alors au coût moyen de ces services des hôpitaux faisant partie du groupe auquel un hôpital est comparé.

Il est également prévu de procéder à une comparaison des coûts des services cliniques. Les budgets des hôpitaux qui doivent financer ces coûts seront adaptés progressivement sur la base de ces comparaisons.

6.3. Pour comparer les coûts des services, on procéderait à deux sortes d'expérimentations.

6.3.1. Résumé clinique minimum.

La première consiste à familiariser des hôpitaux avec l'enregistrement des données cliniques.

Un tel enregistrement présente un intérêt indéniable tant pour la promotion de la qualité de la médecine que pour la détermination des besoins en soins infirmiers et leur utilisation à des fins de gestion.

Le R.C.M. se définit comme le minimum d'informations à recueillir à la sortie de tous les malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux, pour un maximum d'applications. Ce projet, conforme aux recommandations de la Conférence de Bruxelles de 1981 sur les statistiques d'hôpitaux organisée par la Commission des Communautés européennes, regroupe six types de données à enregistrer:

- a) identification de l'hôpital et du service;
- b) caractéristiques du patient;
- c) admission: date - raison - adressé par ...;
- d) sortie: date - type - destination du patient;
- e) diagnostics et complications;
- f) interventions chirurgicales et obstétricales, techniques et/ou traitement spéciaux.

Un programme de mise au travail a été mis sur pied à l'intention des hôpitaux désireux de participer au projet R.C.M. afin de leur permettre de faire appel à des chômeurs mis au travail (C.M.T.), qui peuvent être détachés auprès de l'établissement pour la réalisation du projet.

Les hôpitaux concernés ont été invités à souscrire aux principes suivants:

- obligation d'employer les C.M.T. à des activités se rapportant à l'enregistrement du R.C.M.;
- participation à l'évaluation des résultats;
- communication d'une description détaillée du projet R.C.M.;
- engagement à une stricte collaboration avec l'administration pour assurer le déroulement local de l'opération.

De taken die kunnen worden toevertrouwd aan de gedetacheerde personeelsleden zijn:

— Hulp verlenen bij het introduceren, het verrichten en het oppuntstellen van de registratie van M.K.G.

— Het intern gebruik van deze registratie in het ziekenhuis zelf helpen optimaliseren en stimuleren. De verwerking van die gegevens voor intern gebruik bevorderen zowel op het vlak van de kwaliteit van geneeskunde, als op beheersniveau en op het stuk van de verpleegkundige verzorging.

— Rapportering aan de verantwoordelijke beheerder van de instelling over moeilijkheden en onvolkomenheden die ondervonden worden bij het toepassen van de M.K.G.-registratie en voorstellen formuleren voor de eventuele bijstellingen die kunnen aangebracht worden. De aldus op vrijwillige basis geregistreerde gegevens blijven beperkt tot het ziekenhuis. Het ligt echter in de bedoeling om op latere datum deze registratie te veralgemenen door deze verplicht te stellen in het kader van de erkenningsnormen.

6.3.2. Minimale verpleegkundige gegevens.

Een tweede experiment wordt uitgevoerd door twee studiegroepen die minimale verpleegkundige gegevens in een aantal ziekenhuizen registreren.

De registratie van de « minimale verpleegkundige gegevens » is één van de componenten van de registratie van klinische gegevens die normaliter moet leiden naar een meer inzichtelijk en kwalitatief beheer van de algemene ziekenhuizen.

Teneinde over een eigen registratiesysteem voor de verpleegkundige zorgverlening te beschikken werden twee Belgische universiteiten belast met pilootstudies en het ontwikkelen van een meetinstrument dat moet toelaten op het ziekenhuis- en nationaal beleidsniveau de verpleegkundige zorgverlening via « minimale verpleegkundige gegevens » in beeld te brengen.

Beide universitaire onderzoekscentra hebben in de definitieve wetenschappelijke onderzoeksresultaten, het meetinstrument, alsmede de lijst van minimale verpleegkundige gegevens, afgebakend in samenwerking met de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (A.U.V.B.)

Alvorens de registratie van de « minimale verpleegkundige gegevens » te veralgemenen naar alle algemene ziekenhuizen is het opportuun dit meetinstrument aan te wenden, gedurende een proefperiode (1.4.1987 tot 1.10.1987) in de ziekenhuizen die zich daartoe kandidaat wensen te stellen. Het initiatief van de proefregistratie zal uitgaan van de Administratie die, evenals de kandidaat-testziekenhuizen, daarbij de technische ondersteuning zal krijgen van de beide betrokken universitaire onderzoeksequipes.

De belangrijkste kenmerken van de proefregistratie zijn de volgende:

— de proefregistratie zal in testziekenhuizen moeten toegepast worden op alle verpleegeenheden;

— zij moet georganiseerd worden onder de verantwoordelijke leiding van een verpleegkundige;

Les tâches susceptibles d'être confiées au personnel détaché sont:

— Contribuer à mettre sur pied, à appliquer et à mettre au point l'enregistrement du R.C.M.

— Contribuer à optimiser et à stimuler l'usage de cet enregistrement dans l'hôpital même. Promouvoir le traitement de ces données en vue d'un usage interne tant au niveau de la qualité de la médecine qu'à celui de la gestion et des soins infirmiers.

— Faire rapport au gestionnaire responsable de l'établissement des difficultés et des imperfections rencontrées lors de l'application de l'enregistrement du R.C.M. et formuler des propositions quant aux correctifs éventuels à apporter. Les données ainsi enregistrées volontairement sont limitées à l'hôpital. Mais l'objectif est de généraliser ultérieurement cet enregistrement en le rendant obligatoire dans le cadre des normes d'agrément.

6.3.2. Résumé infirmier minimum.

Une seconde expérimentation est faite par deux groupes d'étude qui enregistrent des résumés infirmiers minima dans des hôpitaux.

L'enregistrement du « résumé infirmier minimum » est une des composantes de l'enregistrement du résumé clinique, qui doit normalement déboucher sur une gestion plus précise et qualitative des hôpitaux généraux.

Afin de disposer d'un système d'enregistrement spécifique pour les soins infirmiers, deux universités belges ont été chargées d'effectuer des études-pilotes et de développer un instrument de mesures devant permettre de « visualiser », au niveau de l'hôpital et de la politique nationale, les soins infirmiers par le biais de « résumés infirmiers minima ».

Les deux centres de recherche universitaire ont défini l'instrument de mesure dans leurs conclusions scientifiques de recherches ainsi que la liste des données infirmières minimales, ceci en collaboration avec l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Avant de généraliser l'enregistrement du résumé infirmier minimum pour tous les hôpitaux généraux, il est souhaitable d'utiliser cet instrument de mesure pendant une période d'essai (1.4.1987 au 1.10.1987) dans les hôpitaux qui se portent candidats. L'initiative de l'enregistrement à l'essai émanera de l'Administration qui, comme les hôpitaux candidats au test, recevra l'appui technique des deux équipes de chercheurs universitaires concernées.

Les principales caractéristiques de l'enregistrement à l'essai sont:

— l'enregistrement à l'essai dans les hôpitaux-test devra être appliqué à toutes les unités de soins;

— il doit être organisé sous la responsabilité d'un membre du personnel infirmier;

— de registratie wordt beperkt tot een 20-tal R.I.V.A. items;

— de registratie van deze items wordt beperkt in tijd en aantal, hetgeen het bijkomend registratiewerk tot een minimum herleidt en veel minder omvangrijk maakt dan de registratie bij de pilootstudies;

— de registratie kan georganiseerd worden op basis van de in de instelling voorhanden zijnde documentatie (bv. verpleegkundig dossier).

Het wetenschappelijk onderzoek terzake heeft reeds aangewezen dat een registratie verricht volgens het hierboven vermelde stramien als geldig te weerhouden is. De praktische ervaring van de proefregistratie moet normaliter de ziekenhuizen, de onderzoeksequipes en de overheid in staat stellen om, in gezamenlijk overleg, het definitieve registratiesysteem oppunt te stellen. Op grond van deze studie moet dan afgeleid worden hoe vergelijkingen tussen de ziekenhuizen kunnen worden gemaakt en hoe dit dient te resulteren in criteria van financiering. Het voorstel van deze benaderingswijze is de financiering te verrichten op basis van de werkelijke activiteiten die in het ziekenhuis plaatshebben.

V. EVALUATIE VAN HET BELEID T.A.V. DE OPENBARE ZIEKENHUIZEN (1)

1. Doelstellingen van het gevoerde beleid.

1.1. De Regering heeft zich bij het uitvaardigen van de maatregelen laten leiden door de hiernavolgende beginselen:

a. De exploitatie van een ziekenhuis moet sluitend zijn; daarom moet alles in het werk worden gesteld om door middel van rationeel beheer de tekorten uit te schakelen;

b. De oorzaken die aan de basis van het ontstaan van de tekorten liggen moeten worden weggewerkt;

c. De verantwoordelijkheid van de lokale overheid moet worden hersteld, vandaar dat ze over de nodige bevoegdheden moet beschikken om de tekorten weg te werken.

1.2. Vanuit deze beginselen werden door de Regering de volgende doelstellingen voor het beleid vooropgesteld:

a. De planmatige vermindering en uitschakeling van de tekorten;

b. De geleidelijke ontlasting van de gemeenten alsook de progressieve vermindering van het aantal gemeenten dat in het tekort moet bijdragen;

c. Het ontwerpen van instrumenten voor een beter beheer van de openbare ziekenhuizen;

d. De versterking van de bevoegdheden van de gemeenten ten aanzien van de financiering van de O.C.M.W.'s;

(1) Zie brochure *Naar een nieuw evenwicht in de openbare ziekenhuizen*, Kabinet Sociale Zaken, september 1985.

— l'enregistrement est limité à une vingtaine d'items I.S.I.;

— l'enregistrement de ces items est limité en temps et en nombre, ce qui réduit le travail d'enregistrement supplémentaire à un minimum et est beaucoup moins fastidieux que l'enregistrement lors des études-pilotes;

— l'enregistrement peut être organisé sur la base de la documentation disponible dans l'établissement (Cf. dossiers infirmiers).

L'enquête scientifique en la matière a déjà montré qu'un enregistrement mené suivant le schéma précité doit être considéré comme valable. La pratique de l'enregistrement à l'essai doit normalement permettre aux hôpitaux, aux équipes de recherche et aux autorités de se concentrer sur la mise au point du système définitif d'enregistrement. On déduira ensuite de ces études comment des comparaisons entre hôpitaux peuvent être établies et comment celles-ci peuvent se traduire en critères de financement. L'avantage d'une telle approche est d'effectuer le financement sur la base des activités réellement accomplies à l'hôpital.

V. EVALUATION DE LA POLITIQUE RELATIVE AUX HOPITAUX PUBLICS (1)

1. Objectifs de la politique menée.

1.1. Les mesures du Gouvernement ont été guidées par les principes suivants:

a. L'exploitation d'un hôpital doit être en équilibre; il faut dès lors mettre tout en œuvre pour éliminer les déficits par une gestion rationnelle;

b. Les causes de ces déficits doivent être éliminées;

c. Il faut rétablir la responsabilité des autorités locales qui doivent dès lors disposer des pouvoirs nécessaires pour agir sur ces déficits.

1.2. En ce fondant sur ces principes, le Gouvernement s'est assigné les objectifs suivants:

a. Diminution et élimination planifiée des déficits;

b. Diminution progressive du nombre de communes qui doivent intervenir dans la couverture du déficit ainsi que désengagement progressif de toutes les communes;

c. Création d'instruments d'une meilleure gestion des hôpitaux publics;

d. Renforcement des compétences des communes de tutelle quant au financement des C.P.A.S.;

(1) Voir brochure *Vers un nouvel équilibre financier des hôpitaux publics*, Cabinet des Affaires sociales, septembre 1985.

e. Het aanpassen van de beheersstructuur van het openbaar ziekenhuis binnen het O.C.M.W.;

f. De versoepeling van de voogdijregelen.

2. Tot op heden genomen maatregelen.

2.1. Het saneringsplan.

Om de tussenkomst van de gemeenten in de tekorten te kunnen verminderen dienden er op de eerste plaats inspanningen te worden geleverd om de tekorten weg te werken. De sanering van deze tekorten drong zich des te meer op omdat aan de gemeenten het begrotingsevenwicht werd opgelegd.

Met deze doelstelling voor ogen heeft de regering een bijzonder machtenbesluit getroffen waarbij aan de openbare ziekenhuizen, die een tekort in hun beheersrekening vertonen, het opmaken van een saneringsplan door de Koning werd opgelegd (koninklijk besluit nr. 162 van 20 december 1982).

Het plan moet toelaten het tekort jaarlijks te verminderen, derwijze dat het tegen het einde van het dienstjaar 1985 met minstens 50 pct. is verminderd ten aanzien van het gemiddelde tekort van de dienstjaren 1979, 1980 en 1981. Tegen uiterlijk 31 december 1988 moet het tekort volledig zijn weggewerkt.

2.2. Geleidelijke ontlasting der gemeenten.

In het kader van de wet van 11 april 1983 houdende fiscale en begrotingsbepalingen werd de oude deficitregeling afgeschaft en vervangen. Deze zogenaamde financiewet van 1983 beoogt een drievoudig doel:

a. Beperking van het soort van lasten dat voor de berekening van het te verdelen deficit in aanmerking komt;

b. Vermindering van het aantal gemeenten dat in het tekort van een openbaar ziekenhuis moet tussenkomen;

c. De gemeenten die in het tekort van een openbaar ziekenhuis op een substantiële wijze tussenkomen moeten in het beheer ervan worden betrokken.

a. Een eerste objectief van de financiewet van 1983 was dus de beperking van het soort van lasten dat voor de berekening van het te verdelen ziekenhuistekort in aanmerking komt. Zo worden hier niet in opgenomen (a) de tekorten die niets met het ziekenhuis te maken hebben, (b) de tekorten uit ziekenhuisactiviteiten die niet door de verpleegdagprijs worden gefinancierd (raadplegingen en medico-technische diensten). Daarnaast zijn er nog de tekorten die voortspruiten uit ziekenhuisactiviteiten en die in principe vergoed worden door de verpleegdagprijs.

Enkel deze tekorten komen in aanmerking voor verdeling, met name in de mate dat zij daartoe door de Koning worden aangeduid: zij vormen het zgn. « weerhouden tekort ».

Hierbij dient opgemerkt dat deze aangelegenheid wordt geregeld door het koninklijk besluit van 20 december 1982.

e. Adaptation de la structure de gestion de l'hôpital public au sein du C.P.A.S.;

f. Assouplissement des règles de tutelle.

2. Mesures prises jusqu'à présent.

2.1. Plan d'assainissement.

Pour libérer les communes de leur participation aux déficits, il fallait d'abord tout mettre en œuvre pour éliminer ces derniers. L'assainissement de ces déficits s'imposait d'autant plus que l'équilibre budgétaire était imposé aux communes mêmes.

C'est à cet effet que le Gouvernement a pris un arrêté de pouvoirs spéciaux permettant au Roi d'imposer un plan d'assainissement aux hôpitaux publics (arrêté royal n° 162 du 20 décembre 1982) qui manifestent un déficit dans leur compte d'exploitation.

Le plan doit entraîner une diminution annuelle du déficit, de manière à ce que pour la fin de l'exercice 1985 il ait diminué de 50 p.c. au moins par rapport à la moyenne des déficits des exercices 1979, 1980 et 1981. Le déficit doit être totalement éliminé pour le 31 décembre 1988 au plus tard.

2.2. Décharge progressive des communes.

La loi du 11 avril 1983 portant des dispositions fiscales et budgétaires a abrogé et remplacé l'ancienne manière de répartir le déficit. Cette loi dite de finances de 1983 a un triple objectif:

a. Limitation du type de charges prises en considération pour le calcul du déficit à répartir;

b. Diminution du nombre de communes qui doivent intervenir dans le déficit d'un hôpital public;

c. Les communes qui interviennent d'une façon substantielle dans le déficit des hôpitaux publics doivent être associées à leur gestion.

a. Le premier objectif de la loi des finances de 1983 était donc de limiter la sorte de charges qui interviennent dans le calcul de la masse du déficit entrant en ligne de compte. Ne sont pas inclus, (a) les déficits d'activités qui ne relèvent pas de l'hôpital (b) ceux d'activités qui ne sont pas financées par le prix de journée (consultations et services médico-techniques). Il y a ensuite les déficits dus à des activités propres à l'hôpital et qu'en principe sont couvertes par le prix de journée.

Seuls ces déficits entrent en ligne de compte pour leur répartition, pour autant qu'ils soient désignés à cet effet par le Roi. Ils constituent le « déficit retenu ».

A noter que cette question est réglée par l'arrêté royal du 20 décembre 1982; cet arrêté a encore été pris sur la base

Dit besluit werd in feite nog getroffen op basis van de oude wet. Op basis van het beginsel van de continuïteit werd dit besluit na 1982 gehanteerd in afwachting dat terzake het nieuwe besluit werd getroffen.

b. Een tweede objectief van de financiewet was het aantal gemeenten dat in het tekort van de openbare ziekenhuizen tussenkomt geleidelijk te verminderen.

Tot en met 1982 werd 90 pct. van het vastgestelde tekort ten laste gelegd van de gemeenten in verhouding tot hun in het ziekenhuis opgenomen aantal inwoners. De resterende 10 pct. werd door de moedergemeente betaald.

Ingevolge deze regeling kwam het frekwent voor dat een gemeente die ver van het ziekenhuis was gelegen in het tekort ervan diende tussen te komen omdat toevallig één van haar inwoners in het ziekenhuis was opgenomen.

In het nieuwe systeem komen enkel nog gemeenten tussen die in de natuurlijke attractiezone van het ziekenhuis liggen, d.w.z. de gemeenten die minstens 2 pct. van de opnamen in het ziekenhuis vertegenwoordigen; samen moeten deze gemeenten evenwel 80 pct. van het geheel van de opnamen in het ziekenhuis bereiken, zoniet worden ook gemeenten aangesproken die minder dan 2 pct. opnamen hebben (cfr. koninklijk besluit van 22 december 1983). In concreto betekent dit dat het opnamepercentage per gemeente (OPG), nl. de 2 pct., met 0,1 pct. wordt verminderd tot het gezamenlijk opnamepercentage van 80 pct. (GOP) wordt bereikt.

De gemeenten die aldus worden aangeduid komen tussen in het deel van het tekort dat procentueel overeenstemt met het percentage opnamen (i.c. 80 pct.) dat ze samen maximaal moeten bereiken. Het gedeelte van het weerhouden tekort dat hiermee procentueel overeenstemt (80 pct.) wordt onder de betrokken gemeenten verdeeld in verhouding tot hun aantal in het ziekenhuis opgenomen inwoners. Het saldo (met inbegrip van de verworpen tekorten die voortvloeien uit ziekenhuisactiviteiten) wordt door de moedergemeente betaald.

De voormelde percentages van 2 pct. en 80 pct. worden tussen 1983 en 1988, met name in 1987, slechts geleidelijk, bereikt, en dit om geen al te bruske wijzigingen in gemeentebegrotingen te veroorzaken.

Zo bvb. werden voor 1983 de opnamepercentages 0,25 pct. en 90 pct. gehanteerd.

De nieuwe regeling had reeds vanaf 1983 tot gevolg dat het deficit van een openbaar ziekenhuis over een kleiner aantal gemeenten zal worden gespreid. Gemeenten waarvan slechts een gering aantal inwoners in een bepaald ziekenhuis werden opgenomen moeten niet meer tussenkomen.

Ook moet een gemeente, geleidelijk, slechts in het tekort van een beperkt aantal ziekenhuizen tussenkomen, met name in het tekort van deze van de onmiddellijke omgeving.

Tot vóór 1983 kwam elke gemeente tussen in het tekort van vrij veel ziekenhuizen. Op een totaal van 596 gemeenten werden er nl. in het vroegere deficitstelsel nagenoeg 8 800 tussenkomsten in tekorten van openbare ziekenhuizen genoteerd. Dit is gemiddeld bijna 15 tussenkomsten per gemeente.

de l'ancienne loi. C'est conformément au principe de la continuité qu'on a appliqué cet arrêté après 1982 en attendant un nouvel arrêté en la matière.

b. Le second objectif de la loi des finances était la diminution progressive du nombre de communes qui doivent intervenir dans les déficits des hôpitaux publics.

Jusqu'en 1982, 90 p.c. du déficit fixé venait à charge des communes, proportionnellement au nombre de leurs administrés admis dans cet hôpital. La commune dite mère payait les 10 p.c. restants.

Suite à cette réglementation, il arrivait fréquemment qu'une commune très éloignée de l'hôpital devait intervenir dans le déficit parce qu'un de ses administrés y avait été hospitalisé fortuitement.

Selon le nouveau système, seules doivent encore intervenir dans le déficit, les communes situées dans la zone d'attraction naturelle de l'hôpital, c'est-à-dire celles qui représentent au moins 2 p.c. des admissions à l'hôpital. Ces communes doivent représenter ensemble 80 p.c. du nombre total d'admissions, à défaut de quoi les communes comptant moins de 2 p.c. d'admissions devront encore participer (cf. arrêté royal du 22 décembre 1983). Le pourcentage d'admissions par commune (P.A.C.), c'est-à-dire les 2 p.c., sont donc diminués de 0,1 p.c. jusqu'à atteindre le pourcentage total d'admissions (P.T.A.) de 80 p.c.

Les communes ainsi désignées interviennent dans la partie du déficit qui, en termes de pourcentage, correspond au pourcentage d'admissions (80 p.c.) qu'elles doivent atteindre ensemble. Cette partie du déficit retenu, est répartie entre les communes concernées proportionnellement au nombre de leurs administrés admis à l'hôpital. Le solde (y compris les déficits refusés dus aux activités hospitalières) est payé par la commune dite mère.

Les pourcentages précités de 2 p.c. et 80 p.c. ne seront atteints que progressivement entre 1983 et 1988, afin de ne pas provoquer des modifications trop brusques des budgets communaux.

Ainsi, les pourcentages d'admissions ont été fixés à 0,25 p.c. et à 90 p.c. pour 1983.

Ce nouveau régime avait déjà depuis 1983 pour conséquence de répartir le déficit d'un hôpital public entre un plus petit nombre de communes. Les communes dont seulement un petit nombre d'administrés sont admis dans un hôpital déterminé ne devront plus intervenir.

Progressivement une commune ne devra intervenir que dans le déficit d'un nombre limité d'hôpitaux, à savoir ceux de son voisinage immédiat.

Jusqu'en 1983, chaque commune intervenait dans le déficit d'un nombre assez élevé d'hôpitaux. C'est ainsi que pour l'ensemble des 596 communes, près de 8 000 interventions dans les déficits d'hôpitaux publics ont été notées, soit une moyenne de 15 interventions par commune.

Naargelang van de verschillende opnamepercentages die tot in 1988 worden gehanteerd, worden progressief meer en meer gemeenten vrijgesteld van enige tussenkomst in de tekorten der openbare ziekenhuizen, en zal een gemeente voor veel minder ziekenhuizen moeten tussenkomen. Zo worden tussen 1983 en 1988 van 43 naar 166 gemeenten vrijgesteld van enige tussenkomst. Anderzijds dienen progressief nog slechts 206 gemeenten in het tekort van één ziekenhuis tussen te komen en 124 gemeenten in het tekort van twee ziekenhuizen. Met andere woorden de meerderheid van de gemeenten moet nog slechts voor 1 of 2 ziekenhuizen tussenkomen.

Naarmate men erin slaagt de saneringsplannen correct uit te voeren zullen progressief alle gemeenten worden ontlast.

c. De financieringswet van 11 april 1983 voorziet eveneens dat gemeenten die in het tekort van een openbaar ziekenhuis tussenkomen, in *het beheer ervan kunnen worden betrokken*. Het is immers redelijk dat gemeenten die in deze tekorten tussenkomen een inzicht hebben in het ontstaan ervan en tevens de mogelijkheid moeten krijgen om mede te stimuleren tot het beheersen ervan. In uitvoering van deze bepaling werd voorzien in een halfjaarlijks overleg tussen een afvaardiging van de inrichtende macht van het ziekenhuis en vertegenwoordigers van de gemeenten die in het tekort tussenkomen, voor zover hun inwoners tenminste 2 pct. van het aantal opnamen in het ziekenhuis uitmaken.

Daarnaast is eveneens voorzien dat de moedergemeente een afgevaardigde kan aanduiden om als waarnemer in het beheerscomité van het ziekenhuis te zetelen. De vertegenwoordigers van de andere gemeenten dan de moedergemeente, die aan het voormelde overleg deelnemen, kunnen eveneens een afgevaardigde aanduiden die als waarnemer in het beheerscomité zetelt. (koninklijk besluit van 31 december 1983).

2.3. Herstel van de lokale verantwoordelijkheid.

Eén van de objectieven van de regering bestond erin de lokale verantwoordelijkheid te herstellen. Dit impliceert dat minder lasten van het ziekenhuis kunnen worden verspreid over andere gemeenten dan de moedergemeente. Dit betekent m.a.w. dat de tekorten voor een groter gedeelte ten laste worden gelegd van de moedergemeente, die overigens ook het meest voordeel haalt uit het bestaan van een lokaal ziekenhuis.

In het verlengde hiervan was het logisch de bevoegdheden van de moedergemeente te versterken (cfr. koninklijk besluit nr. 244 van 31 december 1983) opdat deze er zou kunnen op toe zien dat de verschillende fasen van het saneringsplan wel degelijk worden uitgevoerd.

De nieuwe bevoegdheden zijn drievoudig:

a. Het overleg tussen het O.C.M.W. en de moedergemeente werd versterkt. Dit houdt o.m. in dat voor een aantal beslissingen met een belangrijke financiële weerslag (zoals het vaststellen respectievelijk van het personeelskader en van het personeelsstatuut, en de oprichting van nieuwe diensten) overleg moet worden gepleegd.

Selon les différents pourcentages d'admissions établis jusqu'en 1988, de plus en plus de communes seront progressivement exemptées de toute intervention dans de tels déficits et une commune devra intervenir pour bien moins d'hôpitaux. Il appert ainsi que de 1983 à 1988, le nombre de communes qui seront exemptées de toute intervention augmentera progressivement de 43 à 166. Progressivement aussi, 206 communes seulement interviendront encore dans le déficit d'un seul hôpital et 124 communes dans le déficit de deux hôpitaux. En d'autres termes, la majorité des communes n'interviendront donc que dans le déficit d'un ou de deux hôpitaux.

Toutes les communes pourront être exemptées au fur et à mesure de l'élimination complète des déficits.

c. La loi de finances du 11 avril 1983 dispose également que les communes qui interviennent dans le déficit d'un hôpital public *peuvent être associées à leur gestion*. N'est-il en effet pas raisonnable que les communes qui interviennent dans les déficits puissent déterminer l'origine de ces déficits et qu'elles aient la possibilité d'inciter, elles aussi, à la maîtrise de ceux-ci? En exécution de cette disposition, une concertation semestrielle est prévue entre une délégation du pouvoir organisateur de l'hôpital et les représentants des communes qui interviennent dans le déficit, pour autant que leurs administrés constituent au moins 2 p.c. des admissions de cet hôpital.

Il est prévu aussi que la commune dite mère peut désigner un représentant pour siéger en tant qu'observateur au comité de gestion de l'hôpital. Les représentants des autres communes que de la commune dite mère qui participent à cette concertation, peuvent également désigner un délégué qui siégera comme observateur au comité de gestion (arrêté royal du 31 décembre 1983).

2.3. Rétablissement de la responsabilité locale.

L'un des objectifs du Gouvernement était le rétablissement de la responsabilité locale qui implique que moins de charges hospitalières puissent être réparties entre d'autres communes que la commune dite mère. Cela signifie en d'autres mots que les déficits sont supportés en plus grande partie par la commune mère qui profite d'ailleurs le plus de l'existence d'un hôpital local.

Il était dès lors logique d'étendre les compétences de cette commune (cf. arrêté royal n° 244 du 31 décembre 1983) pour qu'elle puisse veiller à la bonne exécution des différentes phases du plan d'assainissement.

Ces nouvelles compétences sont triples:

a. La concertation entre le C.P.A.S. et la commune mère devrait être renforcée. Ceci implique notamment l'obligation de se concerter sur un certain nombre de décisions ayant une importante incidence financière (telles que la fixation du cadre et du statut du personnel, ainsi que la création de nouveaux services).

b. Het college van burgemeester en schepenen kan beslissingen van het O.C.M.W. schorsen die een financieel nadelig effect involveert voor de gemeente hebben.

c. De begroting van het ziekenhuis moet expliciet door de gemeenteraad worden goedgekeurd. De gemeenteraad krijgt de bevoegdheid de begroting te wijzigen indien hierin uitgaven zijn voorzien waarvoor niet de nodige middelen voorhanden zijn.

Ziekenhuizen die evenwel in evenwicht zijn genieten van een grotere autonomie (zie punt 2.6).

Naarmate de tekorten niet volgens het saneringsplan worden weggewerkt kan het aandeel van de moedergemeente in het zgn. weerhouden tekort dat voor verdeling in aanmerking komt, nog worden vergroot (koninklijk besluit nr. 243 van 31 december 1983).

2.4. Instrumenten voor een beter beheer.

Aan de openbare ziekenhuizen werden diverse instrumenten aangereikt om een efficiënter beheer te kunnen voeren.

Vooreerst werd de sinds jaar en dag door de openbare ziekenhuizen bekritiseerde dubbele administratieve comptabiliteit afgeschaft. Deze werd vervangen door een analytische begroting en dit in het verlengde van het reeds bestaande analytisch boekhoudkundig plan. De analytische begroting is soepel opgevat, en geeft een duidelijk beeld van de diverse ontvangsten en uitgavenposten. Op die manier werd een eerste aanzet gegeven om een meer efficiënt en doorzichtiger beleid te kunnen voeren.

De analytische begroting is ook het instrument bij uitstek om het saneringsplan tot uitvoering te brengen. Via de begroting moet immers jaarlijks een schijf van het plan worden gerealiseerd.

De analytische begroting moet, gedurende de periode van uitvoering van het saneringsplan, voor advies aan de nationale minister van Volksgezondheid worden voorgelegd. Met dit advies wordt de moedergemeente geïnformeerd over de eventuele lacunes die de begroting vertoont.

De moedergemeente moet desnoods de goedkeuring weigeren tot alle noodzakelijke saneringsmaatregelen werden getroffen.

Parallel met de analytische begroting werd ook de werkwijze van de ontvanger op het analytisch systeem afgestemd.

Tevens werd aan de openbare ziekenhuizen opgedragen, d.m.v. de zgn. exploitatietabel, op geregelde tijdstippen een budgetcontrole door te voeren, door met name de exploitatie aan de begroting te toetsen. (koninklijk besluit van 20 december 1984).

2.5. Aanpassing van de beheersstructuur van het openbaar ziekenhuis.

Het afzonderlijk beheer vormt als het ware één van de belangrijkste beleidsmaatregelen die tot op heden werden getroffen.

b. Le collège des bourgmestre et échevins peut suspendre les décisions du C.P.A.S. susceptibles d'exercer une influence financière défavorable sur la commune.

c. Le budget de l'hôpital doit être approuvé explicitement par le conseil communal. Celui-ci est compétent pour le modifier si y sont prévues des dépenses pour lesquelles les moyens ne sont pas disponibles.

Les hôpitaux qui sont en équilibre bénéficient d'une plus grande autonomie (Cf. 2.6).

Si les déficits ne sont pas éliminés selon le plan d'assainissement, la part de la commune dite mère dans le déficit qui entre en ligne de compte pour répartition, peut être augmentée (arrêté royal n° 243 du 31 décembre 1983).

2.4. Instruments d'une meilleure gestion.

Les hôpitaux publics ont reçu divers instruments pour mener une gestion plus efficace.

La double comptabilité administrative, critiquée depuis longtemps par les hôpitaux publics, a été supprimée. Elle a été remplacée par un budget analytique en complément au plan comptable analytique en vigueur. La comptabilité analytique est souple. Elle offre une vue claire sur les divers postes de recettes et de dépenses. Une première impulsion était donnée pour une politique plus efficace et plus transparente.

Le budget analytique est aussi l'instrument par excellence pour l'exécution du plan d'assainissement. En effet, une tranche du plan doit être exécutée annuellement par le biais du budget.

Pendant l'exécution du plan d'assainissement, le budget analytique doit être présenté pour avis au ministre national de la Santé publique. Par cet avis, la commune dite mère est informée des lacunes éventuelles du budget.

Le cas échéant, elle doit refuser l'approbation jusqu'à ce que toutes les mesures d'assainissement aient été prises.

La méthode du receveur a été adaptée au système analytique.

Les hôpitaux publics ont été invités à procéder régulièrement à un contrôle budgétaire en confrontant l'exploitation au budget (arrêté royal du 20 décembre 1984).

2.5. Adaptation de la structure de gestion de l'hôpital public.

La gestion distincte est en quelque sorte la clé de voûte des mesures politiques prises jusqu'à présent.

Een goed beheer van het O.C.M.W.-ziekenhuis vergt immers dat dit gescheiden wordt gehouden van de andere opdrachten van het O.C.M.W. De O.C.M.W.-wet voorzagt hiervoor weliswaar een juridische basis, doch deze was onvoldoende gepreciseerd. Door het koninklijk besluit nr. 244 werden de belangrijkste principes van het afzonderlijk beheer in de wet zelf opgenomen. Enerzijds werd in de wet het principe voorzien dat het ziekenhuis over een eigen beheerscomité moet beschikken.

Anderzijds werd ook de bevoegdheid van dit comité in de wet zelf omschreven. Deze betreft vnl. het dagelijks beheer van het ziekenhuis. Belangrijk is ook dat de raad van het O.C.M.W. alle andere bevoegdheden omtrent het ziekenhuis aan het comité kan delegeren. Aldus moet binnen het O.C.M.W. een meer soepel beheer van het ziekenhuis mogelijk worden gemaakt.

Bijna 10 jaar na de totstandkoming van de O.C.M.W.-wet werd in augustus van vorig jaar het vereiste uitvoeringsbesluit getroffen dat in een reeks van praktische modaliteiten voor dit afzonderlijk beheer voorziet (koninklijk besluit van 2 augustus 1985).

2.6. Versoepeling van de voogdij.

Recentelijk werden maatregelen getroffen om de voogdij op de openbare ziekenhuizen te verlichten en een meer soepel beheer mogelijk te maken (koninklijk besluit nr. 430 van 31 juli 1986).

Ziekenhuizen die in evenwicht worden uitgebaat, worden met name ontslagen van de versterkte voogdij van de moedergemeente. Aldus moet deze maatregel een stimulans tot evenwicht betekenen. Daarnaast werden nog maatregelen getroffen: zo bvb. werd het mogelijk om voor alle soorten van betrekkingen voortaan contractuele aanwervingen te doen, bovendien kan dit zonder goedkeuring van de voogdijoverheid mits dit gebeurt binnen het personeelskader.

Tenslotte werd ook de vereniging (hoofdstuk XII van de O.C.M.W.-wet) als beheersvorm voor openbare ziekenhuizen aangemoedigd door de bijzondere voogdij volledig af te schaffen wanneer deze ziekenhuizen in evenwicht worden uitgebaat.

De regel dat de openbare besturen de meerderheid moeten hebben in de stemverhoudingen binnen de bestuursorganen van de Vereniging werd opgeheven; voortaan kunnen de privé-partners tot 50 pct. der stemmen bekomen.

3. Evaluatie van de tot op heden getroffen maatregelen.

Tot in 1982 steeg het tekort op een continue wijze; zo bvb. nam het tekort sinds 1978 met nagenoeg 1 miljard per jaar toe.

Door de talrijke maatregelen die sedert 1982 werden genomen, kon deze stijgende trend worden tegengehouden en werd dit zelfs op een bijna spectaculaire manier teruggedrongen. Dit moge blijken uit het volgend overzicht.

Une bonne gestion de l'hôpital du C.P.A.S. exige que celle-ci soit distincte des autres missions du C.P.A.S. La loi sur les C.P.A.S. donnait une base légale mais elle était insuffisamment précise. L'arrêté royal n° 244 a inscrit dans la loi même les principes fondamentaux de la gestion distincte. La loi a énoncé le principe que l'hôpital doit être géré par un comité de gestion.

Elle définit, par ailleurs, les principales attributions de ce comité. Cette compétence concerne, entre autres, la gestion journalière de l'hôpital. Il est important aussi que le conseil du C.P.A.S. puisse déléguer au comité toutes les autres compétences relatives à l'hôpital. Ceci doit permettre une gestion plus souple de l'hôpital.

L'arrêté d'exécution qui prévoit une série de modalités pratiques pour cette gestion distincte (arrêté royal du 2 avril 1985) est paru l'an dernier, près de 10 ans après la promulgation de la loi sur les C.P.A.S.

2.6. Assouplissement de la tutelle.

Récemment des mesures ont été prises pour alléger la tutelle sur les hôpitaux publics et permettre plus de souplesse dans la gestion (arrêté royal n° 430 du 31 juillet 1986).

Les hôpitaux dont la gestion est financièrement équilibrée sont libérés de la tutelle renforcée de la commune dite mère. Cette mesure doit stimuler l'équilibre financier de l'exploitation. Par ailleurs, d'autres mesures ont été prises: c'est ainsi qu'il est à présent possible de procéder à des engagements contractuels pour toutes sortes d'emplois, sans approbation de l'autorité de tutelle, à condition que cela se fasse dans les limites du cadre prévu pour le personnel.

Enfin, l'association (chapitre XII de la loi sur les C.P.A.S.) a également été encouragée comme forme de gestion des hôpitaux publics, par la suppression complète de la tutelle spéciale lorsque l'exploitation de ces hôpitaux est en équilibre.

La règle que les administrations publiques doivent avoir la majorité dans les rapports de voix des organes de l'association est abrogée; dès à présent les partenaires privés peuvent représenter jusqu'à 50 p.c. des voix.

3. Evaluation des mesures prises.

L'augmentation du déficit était continue jusqu'en 1982. Depuis 1978, ce déficit accusait une croissance d'un milliard par an.

Grâce à ces mesures cette tendance a pu être endiguée, même d'une manière spectaculaire comme le montre l'aperçu ci-après.

Tabel 13. Evolutie tekorten openbare ziekenhuizen

	In miljoenen franken
1973	1,231
1974	1,477
1975	1,970
1976	2,002
1977	3,009
1978	3,673
1979	4,477
1980	5,908
1981	6,519
1982	7,182
1983	6,005
1984	4,484
1985	3,140

Het tekort daalde in 1983 reeds met $\pm$ 1,2 miljard. In 1984 daalde het tekort nog eens met $\pm$ 1,5 miljard. Opmerkelijk hierbij is dat in 1984 nagenoeg 1/3 van de openbare ziekenhuizen terug in evenwicht is.

Voor 1985 zijn nog niet alle gegevens bekend. Wel kan op basis van de Verlies- en Winstrekeningen een raming worden gemaakt van het tekort.

Dit kan met name geschat worden op 3,1 miljard, wat nog eens een daling van het tekort zou betekenen met 1,3 miljard frank. Aldus zou het tekort op landelijk vlak bijna de helft bereiken van het gemiddelde tekort van 1979-1980-1981. Dit betekent dat de oorspronkelijke doelstelling van het saneringsplan om tegen 1985 het tekort t.o.g. het gemiddelde van 1979-1980-1981 te halveren nagenoeg bereikt is. Tegenover het jaar 1982 werd het tekort in 1985 meer dan gehalveerd; het tekort daalde nl. van 7,1 miljard naar 3,1 miljard, hetzij een vermindering met 4 miljard frank of met 60 pct.

Uit hiernavolgend overzicht blijkt dat het gevoerde beleid resultaten heeft gehad in de 3 gewesten van het land.

Tabel 14. Evolutie der tekorten per gewest (in miljoenen franken)

Jaar — Année	Brussel — Bruxelles		Vlaanderen — Flandre		Wallonië — Wallonie		Rijk — Royaume
		%		%		%	
1979	1 361	30,4	1 407	31,4	1 709	38,2	4 477
1980	1 748	29,6	1 680	28,4	2 480	42,0	5 908
1981	1 887	28,9	1 903	29,2	2 729	41,9	6 519
Gemiddelde 79-80-81 — Moyenne							
79-80-81	1 665	29,6	1 663	29,5	2 306	40,9	5 634
1982	1 808	25,2	2 304	32,1	3 070	42,4	7 182
1983	1 336	22,3	1 701	28,3	2 968	49,4	6 005
1984	985	22,0	1 349	30,1	2 150 ^(*)	47,9	4 484
1985 ^(*)	675	21,5	960	30,6	1 505	47,9	3 140
1/2 van gem. 79-80-81 — 1/2 de la							
moyenne 79-80-81	833	29,6	832	29,5	1 153	40,9	2 818

(*) Raming.

Tableau 13. Evolution des déficits des hôpitaux publics

	En millions de francs
1973	1,231
1974	1,477
1975	1,970
1976	2,002
1977	3,009
1978	3,673
1979	4,477
1980	5,908
1981	6,519
1982	7,182
1983	6,005
1984	4,484
1985	3,140

En 1983, le déficit a régressé de près de 1,2 milliard et encore de 1,5 milliard en 1985. On notera qu'en 1984 près d'un tiers des hôpitaux publics était en équilibre.

Toutes les données pour 1985 ne sont pas encore connues. Il est cependant possible d'évaluer le déficit sur la base des comptes des pertes et profits.

Ce déficit peut être estimé à 3,1 milliards, soit une baisse supplémentaire de plus de 1,3 milliard. Pour l'ensemble du pays, il s'élèverait à la moitié du déficit moyen de 1979-1980-1981. Cela signifie que le premier objectif du plan d'assainissement en vue de diminuer de moitié le déficit par rapport à la moyenne des années 1979-1980 et 1981 a presque été réalisé. Par rapport à 1982, ce déficit a été ramené à moins de la moitié en 1985: le déficit a diminué de 7,1 milliards à 3,1 milliards, soit de 4 milliards ou de 60 p.c.

L'aperçu ci-après prouve que cette politique a produit des résultats dans les trois régions du pays.

Tableau 14. Evolution des déficits par région (en millions de francs)

(*) Prognose.

4. Toekomstige deficitregeling.

Overeenkomstig de objectieven van het saneringsplan werd het koninklijk besluit van 8 december 1986 uitgevaardigd (*Belgisch Staatsblad* van 12.12.1986) waardoor vanaf 1986 maximum nog de helft van het gemiddeld tekort van 1979-1980-1981 mag verspreid worden. Tevens kunnen niet meer verspreid worden die delen van het tekort die volgens het saneringsplan dienden weggewerkt te zijn. Het niet verspreide gedeelte van het tekort wordt opgenomen in het saldo dat ten laste valt van de moedergemeente.

VI. TOEPASSING VAN DE NIEUWE MEDISCHE TECHNOLOGIE

1. Kenmerken van de evolutie.

1.1. De medische technologie heeft de jongste jaren een enorme ontwikkeling gekend. Het ziet er naar uit dat deze zich naar de toekomst toe nog in een versneld tempo zal doorzetten en de organisatie van de gezondheidszorg in sterke mate zal beïnvloeden.

De medische technologie heeft zich op een bijna spectaculaire manier kunnen ontwikkelen dank zij het wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor konden de onderzoeks- en behandelingsmethoden sterk worden verbeterd, wat ongetwijfeld als positief moet worden ervaren.

De kostprijs van de nieuwe technologie loopt echter dikwijls hoog op, en dit zowel voor de investering als voor de exploitatie.

In de medische technologie kan een onderscheid worden gemaakt tussen de zware medische technologie en de technologie verbonden aan de specialistische geneeskunde.

1.2. Er is vooreerst de zware medische technologie zoals open hartchirurgie en orgaantransplantaties. De uitgaven hiervoor liepen in 1984 tot $\pm$ 6 miljard frank. (voor meer gedetailleerde gegevens zie bijlage 2).

Tabel 15. Uitgaven voor zware medische technologie (1984)

	Aantal patienten — Nombre de patients	Totale uitgaven in miljoenen franken — Depenses totales en millions de francs	Uitgaven per geval — Depenses par cas
Nierdialyse — <i>Dialyse rénale</i>	2 000	3 300	1 650 000
Niertransplantatie — <i>Transplantation rénale</i>	415	600	1 445 783
Megavolttherapie — <i>Electrochocs</i>	12 500	580	46 400
Klepprothese — <i>Prothèse valvulaire</i>	1 221	155	126 945
CT-scan — <i>Scanner CT</i>	—	999,5	—
Pacemaker — <i>Stimulateur cardiaque</i>	4 100	350	85 366

5 984,5

4. Règlement ultérieur du déficit.

Conformément aux objectifs du plan d'assainissement, l'arrêté royal du 8 décembre 1986, (*Moniteur belge* du 12.12.1986) permet de n'étaler à partir de 1986 que la moitié du déficit moyen de 1979-1980-1981. De plus, les parties du déficit qui doivent être éliminées en vertu du plan d'assainissement n'entrent plus en ligne de compte pour pareil étalement. La partie non étalée du déficit est reprise dans le solde à charge de la commune de tutelle.

VI. APPLICATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES MEDICALES

1. Caractéristiques de l'évolution.

1.1. Les technologies médicales ont connu ces dernières années un développement considérable et tout semble indiquer que cette évolution se poursuivra à l'avenir à un rythme accéléré et qu'elle influera fortement sur l'organisation des soins de santé.

Ce développement presque spectaculaire des technologies médicales a été rendu possible grâce à la recherche scientifique. C'est elle qui a permis d'améliorer sensiblement les méthodes d'investigation et de traitement, ce qui doit, de toute évidence, être considéré comme positif.

Mais le coût des technologies nouvelles est souvent excessif tant pour l'investissement que pour l'exploitation.

Dans le domaine des technologies médicales, une distinction peut être faite entre les techniques médicales lourdes et les techniques liées à la médecine de spécialité.

1.2. Il y a d'abord la technologie médicale lourde telle que la chirurgie cardiaque, la transplantation d'organes. Leurs dépenses se sont élevées à près de 6 milliards en 1984 (pour plus de détails, voir annexe 2).

Tableau 15. Dépenses pour technologie médicale lourde (1984)

Van de totale uitgaven van de ziekteverzekering betekent dit bedrag ($\pm$ 6 miljard) slechts 3,5 pct. Het aantal patiënten dat van deze technologie gebruik maakt is echter uiterst klein. De kost per patiënt kan echter hoog oplopen. Niet onbeduidend is de evolutie van de uitgaven voor scanprestaties. Deze stegen van 1979 tot 1984 nl. van 156,9 miljoen tot bijna 1 miljard frank.

1.3. Naast de zware technologie is er de technologie verbonden aan de specialistische geneeskunde, met name de klinische biologie, de radiografie, de urologie, de inwendige geneeskunde, de cardiologie, de fysiotherapie, de dermatovenerologie en de reumatologie. Het geheel van deze groten-deels *diagnostische* vestrekkingen bedroeg in 1984 bijna 46 miljard frank of 24,2 pct. van de globale uitgaven van de ziekteverzekering. De radiologie en de klinische biologie nemen hiervan in 1984 ongeveer 37,8 miljard voor zich of 19,7 pct. van de totale uitgaven.

De toename van de radiologie en de klinische biologie in het geheel van de ZIV-uitgaven voor gezondheidszorg is beduidend. We nemen hierbij de cijfers van 1975 tot en met 1985, of de evolutie van de uitgaven in de laatste 10 jaren.

Tabel 16. Evolutie uitgaven 1975-1985
in miljoenen franken

	Totale uitgaven geneeskundige verzorging	
	<i>Dépenses totales des soins de santé</i>	

1975	80 110	100
1980	134 804	168,27
1985	192 228	239,9

(Voorlopige cijfers) — (*Chiffres
provisoires*)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de uitgaven voor radiologie en klinische biologie sneller stijgen dan de globale uitgaven.

Opvallend is vooral de toename van de uitgaven in de klinische biologie tijdens de periode 1980-1985. De klinische biologie vertegenwoordigt in 1985 ongeveer 13,20 pct. van de uitgaven, tegenover de radiologie 6,55 pct.

Wat de radiologie betreft moet opgemerkt dat de uitgaven tussen 1975 en 1980 quasi verdubbeld zijn. Tussen 1980 en 1985 is er t.o.v. 1980 een aangroei met 50 pct.

Opmerkelijk in de radiologie is de uitgavenevoluitie van de echografie.

Tabel 17. Evolutie uitgaven echografie

	Uitgaven (in miljoenen franken)	Kostprijs per verstrekking (in franken)
1980	346,8	848
1981	482	895
1982	675,6	982
1983	746,7	965
1984	902,9	1 006

Ces 6 milliards ne représentent que 3,5 p.c. de toutes les dépenses de l'assurance maladie. Le nombre de patients qui profitent de cette technologie est cependant minime. Le coût par patient peut cependant être fort élevé. L'augmentation des dépenses pour les actes de scanner CT est importante. Elles sont passées, de 1979 à 1984 de 156,9 millions à près de 1 milliard de francs.

1.3. A côté des techniques lourdes, il y a aussi les techniques liées à la médecine de spécialité, à savoir la biologie clinique, la radiographie, l'urologie, la médecine interne, la cardiologie, la physiothérapie, la dermatovénérologie et la rhumatologie. L'ensemble de ces prestations, en grande partie *diagnostiques*, représentait en 1984 près de 46 milliards de francs soit 24,2 p.c. des dépenses globales de l'assurance maladie. La radiologie et la biologie clinique comptent pour près de 37,8 milliards soit 19,7 p.c. des dépenses totales.

La part croissante de la radiologie et de la biologie clinique dans l'ensemble des dépenses de soins de santé AMI est significative. Prenons à cet égard les chiffres de 1975 à 1985 inclus, c'est-à-dire l'évolution des dépenses des dix dernières années.

Tableau 16. Evolution des dépenses de 1975 à 1985
en millions de francs

	Radiologie		Klinische biologie (met nucl. gen.)	
	<i>Radiologie</i>		<i>Biologie clinique (avec méd. nucléaire)</i>	

1975	4 614,3	100	9 068,4	100
1980	8 007,3	239,9	15 421,5	170
1985	12 590,9	272,8	25 374,0	279,8

Le tableau ci-dessus illustre la progression plus rapide des dépenses de radiologie, et de biologie clinique que des dépenses globales.

A noter surtout la croissance surprenante des dépenses de biologie clinique pendant la période 1980-1985. La biologie clinique représente en 1985 quelque 13,20 p.c. des dépenses contre 6,55 p.c. pour la radiologie.

Quant à cette dernière, les dépenses ont quasi doublé entre 1975 et 1980. Entre 1980 et 1985 on note une progression de 50 p.c. par rapport à 1980.

En radiologie, les dépenses afférentes à l'échographie présentent une évolution surprenante.

Tableau 17. Evolution des dépenses d'échographie

	Dépenses (en millions de francs)	Coût à l'acte (en francs)
1980	346,8	848
1981	482	895
1982	675,6	982
1983	746,7	965
1984	902,9	1 006

De uitgaven in de echografie zijn in 1984 tegenover 1980 met 260 pct. gestegen. Deze evolutie is veel sneller dan voor de radiologie in het algemeen.

2. Invloed van de wetgeving op de evolutie van de medische technologie.

2.1. Algemeen kader.

De thans bestaande wetgeving op de ziekenhuizen en op de ziekte- en invaliditeitsverzekering werd ontworpen in het begin van de jaren zestig. Op dat ogenblik kende de medische technologie geenszins de evolutie zoals we die vandaag de dag kennen. De wetgeving werd integendeel eerder opgevat als een instrument tot expansie van onze ziekenhuisinfrastructuur.

Zo werd in het kader van de ziekenhuiswet de mogelijkheid geboden om toelagen te verkrijgen voor de aankoop van apparaten alsmede voor het uitvoeren van de infrastructuurwerken. Tevens kon de medische uitrusting binnen bepaalde perken in de verpleegdagprijs worden afgeschreven. Anderzijds werd in de wet op de ziekteverzekering het beginsel voorzien van de vergoeding per prestatie waarmee zowel het ereloon, de werkingskosten en vaak ook de uitrusting kunnen worden betaald. Deze wetgeving heeft aldus de wijze waarop de medische technologie werd geïntroduceerd en verspreid sterk beïnvloed.

2.2. Wet op de zware medische apparatuur.

De evolutie van de medische technologie heeft voor de ziekteverzekering een explosie van de uitgaven voor gevolg gehad. Om deze uitgaven enigszins in de hand te kunnen houden werd in 1976, naar het voorbeeld van Frankrijk, een programmatie van de zgn. zware medische uitrusting ingevoerd.

De wetgever definieerde deze apparatuur als volgt:

«De zware medische apparaten zijn toestellen of uitrustingen voor onderzoek of behandeling die duur zijn hetzij door hun aankoopprijs, hetzij door de bediening ervan door hoog gespecialiseerd personeel.»

Op basis van deze definitie stelt de Koning de *lijst der zware medische apparatuur* vast na hierover het advies te hebben ingewonnen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Erkenning.

Nadat een apparaat op de lijst der zware medische uitrusting werd geplaatst dient de Koning in een tweede fase de *programmatiecriteria* voor het toestel vast te stellen. Te dien einde verzoekt de Nationale Minister van Volksgezondheid om het advies van de Afdeling Programmatie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Vanaf het ogenblik dat een apparaat op de lijst der zware medische uitrusting werd geplaatst mag het niet meer worden geïnstalleerd, dan met de toestemming van de terzake bevoegde Minister. Sinds de staatshervorming van

Les dépenses d'échographie ont crû en 1984 de 260 p.c. par rapport à 1980. Cette évolution est beaucoup plus rapide que pour la radiologie en général.

2. Influence de la législation sur l'évolution de la technologie médicale.

2.1. Cadre général.

La législation actuelle sur les hôpitaux et sur l'assurance maladie-invalidité date du début des années soixante. A cette époque, la technologie médicale ne connaissait certes pas une évolution similaire à celle d'aujourd'hui. La législation était au contraire, plutôt conçue comme instrument destiné à permettre l'expansion de notre infrastructure hospitalière.

La loi sur les hôpitaux offrait ainsi la possibilité d'obtenir des subsides pour l'achat d'appareillage et pour l'exécution de travaux d'infrastructure. Il était possible en outre d'amortir dans une certaine limite l'équipement médical par le biais du prix de la journée d'hospitalisation. La loi sur l'assurance maladie prévoyait d'autre part le principe de l'indemnisation par prestation incluant le paiement des honoraires, des frais de fonctionnement et souvent même de l'équipement. Cette législation a exercé de la sorte une grande influence sur les modalités d'introduction et de diffusion de la technologie médicale.

2.2. Loi sur l'appareillage médical lourd.

L'évolution de la technologie médicale a provoqué une explosion des dépenses d'assurance-maladie. A l'instar de la France, une programmation de l'équipement médical dit «lourd» a été instaurée en 1976 afin de pouvoir contrôler quelque peu ces dépenses.

Le législateur a donné de cet appareillage la définition suivante:

«Les appareils médicaux lourds sont des appareils ou équipements d'examen ou de traitement coûteux soit en raison de leur prix d'achat, soit en raison de leur manipulation par du personnel hautement spécialisé.»

Se fondant sur cette définition, le Roi fixe la *liste de l'appareillage médical lourd* après avoir recueilli l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Agrément.

Après avoir placé un appareil sur la liste des équipements médicaux lourds, le Roi doit fixer, dans une seconde phase les *critères de programmation* de l'appareil. Le Ministre de la Santé publique requiert à cette fin l'avis de la Section Programmation du Conseil national des Etablissements hospitaliers.

Dès l'instant où un appareil figure sur la liste des équipements médicaux lourds, il ne peut plus être installé qu'avec l'autorisation du ministre compétent en la matière. Il s'agit, depuis la réforme de l'Etat de 1980, du Ministre communau-

1980 is dat de Gemeenschapsminister van de betrokken Gemeenschap, ofwel de Ministers van Hervorming der Instellingen in het geval de installatie in een zgn. bicommunautaire instelling te Brussel plaats heeft.

Deze Minister onderzoekt of de aanvraag past in het kader van het programma dat wordt opgesteld op basis van de door de Koning bepaalde criteria en beslist of het apparaat mag worden geïnstalleerd of niet.

Voor de apparaten die passen in het programma kan een tussenkomst in de investeringskosten worden verleend. Deze kan desgevallend 100 pct. bedragen. De voorwaarden van deze tussenkomst dienen evenwel voor ieder toestel door de Koning te worden bepaald. Vanaf het ogenblik dat de tussenkomst 100 pct. van de investeringskosten bedraagt mogen geen afschrijvingen, noch financiële lasten meer in aanmerking worden genomen als bestanddeel van het ziekteverzekeringsstarief of van de verpleegdagprijs.

Luidens de ziekenhuiswet kan worden gestraft hij die zware medische apparatuur installeert zonder voorafgaandelijke toelating of zware medische apparatuur exploiteert zonder dat deze past in het programma.

De strafrechtelijke vervolging is slechts mogelijk nadat een overtreding van de programmatieregelen werd vastgesteld. De toepassing van de programmatie en de inspectie behoren beide tot de bevoegdheid van de Gemeenschapsministers. Zij kunnen met name via hun geneesheren-inspecteurs proces-verbaal doen opstellen met het oog op strafrechtelijke vervolging.

Door artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 283 van 31 maart 1984 werd in de ZIV-wet het principe ingeschreven dat, voor verstrekkingen die verricht worden met zware medische apparatuur, het toekennen van de verzekeringstelemoetkoming afhankelijk kan worden gesteld van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd met apparatuur die overeenkomstig de bepalingen van de ziekenhuiswet werd geïnstalleerd en geëxploiteerd. Met andere woorden worden hierdoor prestaties die verricht worden met illegale zware apparatuur niet langer terugbetaald.

3. Lijst der zware medische apparatuur.

3.1. De hiernavolgende apparaten werden op de lijst der zware medische uitrusting geplaatst.

1. De uitrusting voor hartradiologie met inbegrip van de coronaire angiographie in mono- of in biplan.
2. De transversale axiale tomograaf met ingebouwd tel-systeem.
3. De apparatuur voor stereotaxie.
4. De uitrusting voor hyperbare zuurstoftherapie.
5. Fotocoagulator met laserstralen met pulsie of ononderbroken emissie.
6. Scintillatiecamera.

taire concerné ou du ministre des Réformes institutionnelles, si l'appareil est installé dans un établissement dit bicommunautaire à Bruxelles.

Ce Ministre examine si la demande est conforme au programme basé sur les critères fixés par le Roi et décide si l'appareil peut être installé ou non.

Pour les appareils conformes au programme, une intervention peut être accordée dans le coût de l'investissement; elle peut, le cas échéant, être de 100 p.c. Certes, les conditions de cette intervention doivent être définies par le Roi pour chaque appareil. Dès le moment où l'intervention couvre la totalité des frais d'investissement, aucun amortissement ni charges financières ne peuvent plus être pris en considération comme éléments constitutifs du tarif d'assurance maladie ou du prix de journée.

La loi sur les hôpitaux prévoit des sanctions à l'égard de toute personne qui installe un appareillage médical lourd sans autorisation préalable ou exploite un tel appareil sans qu'il réponde aux critères de programmation.

La poursuite pénale n'est possible qu'après une infraction constatée aux règles de programmation. L'application de la programmation et l'inspection relèvent de la compétence des Ministres communautaires. Ils peuvent faire dresser procès-verbal par leurs médecins-inspecteurs aux fins de poursuite pénale.

L'article 9 de l'arrêté royal n° 283 du 31 mars 1984 a inséré dans la loi sur l'I.N.A.M.I. le principe selon lequel l'assurance maladie n'intervient dans les prestations effectuées à l'aide de l'appareillage médical lourd qu'à la condition qu'il ait été installé et exploité conformément aux dispositions de la loi sur les hôpitaux. En d'autres termes, les prestations effectuées à l'aide d'appareils lourds illicites ne sont plus remboursées.

3. Liste de l'appareillage médical lourd.

3.1. Les appareils suivants ont été inscrits sur la liste de l'appareillage médical lourd.

1. L'équipement de cardioradiologie incluant la coronarographie en mono ou en biplan.
2. Le tomographe axial transverse avec calculateur intégré.
3. L'appareillage de stéréotaxie.
4. Equipement d'oxygénothérapie hyperbare.
5. Photo-coagulateur à rayonnement laser à impulsion ou à émission continue.
6. Caméra à scintillation.

7. Detector om de totale radioactiviteit van het menselijk lichaam te meten.

8. De uitrusting voor de electroretinografie.

9. De deeltjesversneller.

10. De simulator voor de radiotherapeutische behandeling.

11. Het apparaat met ingekapselde stralingsbron dat gammastralen uitzendt.

12. De craniograaf met tomografie in alle standen samengekoppeld met een isocentrische stoel.

13. De scintigraaf met mobiele detector.

14. De massaspectrograaf.

15. Het hemodialyse-apparaat dat opgesteld is in een gespecialiseerd ziekenhuiscentrum voor de stelselmatige behandeling van chronische nierinsufficiëntie en dat aanleiding geeft tot een tussenkomst onder nr. 3011 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake ziekten en invaliditeitsverzekering.

16. De Magnetische Resonantie Tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem.

17. De lithotriptor.

3.2. Een aantal apparaten werden inmiddels reeds afgevoerd van de lijst der zware medische uitrusting. Het betreft meer bepaald de volgende apparaten:

1. De uitrusting van hyperbare zuurstoftherapie;

2. De fotocoagulator met laserstralen;

3. De electroretinograaf.

Het betreft toestellen die relatief niet duur zijn of die een therapeutisch karakter hebben zonder dat deze kunnen leiden tot overconsumptie. Het werd dan ook niet langer als zinvol beschouwd deze op de lijst der zware medische uitrusting te handhaven.

3.3. Voor 5 toestellen werden programmatiecriteria vastgesteld.

3.3.1. *De transversale axiale tomograaf met ingebouwd telsysteem of de zgn. scanner.*

De programmatiecriteria evolueerden mettertijd. Het eerste besluit dateerde van 1977 en voorzag 2 scanners per 1 000 000 inwoners.

Het tweede besluit werd in 1979 getroffen; in dit besluit werden 2 scanners per faculteit van geneeskunde voorzien boven de norm van 2 scanners per miljoen inwoners.

Het derde besluit dateert van 1985 en voorzag 1 scanner per 250 000 inwoners.

Deze norm werd eind 1985 herleid tot 1 toestel per 200 000 inwoners met dien verstande dat moest rekening worden gehouden met de scanners geïnstalleerd vóór het invoeggetreden van de programmatie.

7. Compteur de détection de la radioactivité totale du corps humain.

8. L'équipement pour l'électrorétinographie.

9. L'appareil accélérateur de particules.

10. Le simulateur pour le traitement radiothérapique.

11. L'appareil émetteur de rayons gamma, contenant des sources scellées de radioéléments.

12. Le craniographe permettant la tomographie dans toutes les positions, couplé à un siège isocentrique.

13. Le scintigraphe à détecteur mobile.

14. Le spectographe de masse.

15. L'appareil d'hémodialyse qui est installé dans un centre hospitalier spécialisé pour le traitement systématique d'insuffisance rénale chronique et qui donne lieu à une intervention sous le n° 3011 de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

16. Le tomographe à résonance magnétique à calculateur électronique intégré.

17. Le lithotripteur.

3.2. Entre-temps, des appareils ont été rayés de la liste de l'appareillage médical lourd:

1. L'équipement d'oxygénothérapie hyperbare;

2. Le photocoaguleur à rayons laser;

3. L'électroretinographe.

Ce sont des appareils qui ne sont pas relativement chers ou qui ont des effets thérapeutiques sans qu'ils puissent donner lieu à surconsommation. On a dès lors considéré qu'il n'était plus raisonnable de les maintenir sur la liste de l'appareillage médical lourd.

3.3. Des critères de programmation ont été fixés pour 5 appareils.

3.3.1. *Le tomographe axial transverse à calculateur intégré ou « scanner ».*

Les critères de programmation ont évolué avec le temps. Le premier arrêté date de 1977; il prévoyait deux scanners par million d'habitants.

Un deuxième arrêté a été pris en 1979. Il prévoyait 2 scanners par faculté de médecine en plus de la norme de 2 scanners par million d'habitants.

Le troisième arrêté date de 1985. Il prévoyait l'installation d'un scanner pour 250 000 habitants.

Cette norme a été ramenée fin 1985 à un appareil pour 200 000 habitants, étant entendu que les scanners installés avant l'entrée en vigueur de la programmation devaient être pris en considération.

De toestand in 1986 in de verschillende EEG-landen zag er als volgt uit:

Tabel 18. Aantal scanners in E.E.G. (1986)

	Aantal toestellen	Aantal per miljoen inw.
Ierland	5	1,7
Griekenland	18	1,8
Frankrijk	132	2,5
Ver. Koninkrijk	149	2,7
Nederland	45	3,2
Italië	201	3,5
Denemarken	23	4,6
Luxemburg	2	5
België	64	6,4
Duitsland	471	7,7

Bron: Groot, L., Study on Regulatory mechanisms of the diffusion of expensive health technologie in the Member States of the E.C.

Ten slotte werd afgestapt van de programmering van scanners en werd dit systeem omgebogen naar een stelsel van erkenning van diensten voor medische beeldvorming (zie verder).

3.3.2. De scintillatiecamera.

Voor de scintillatiecamera werd bij koninklijk besluit van 30 januari 1979 voorzien in een programmering van 1 toestel per 200 000 inwoners. Het is een toestel voor functionele exploraties van het menselijk lichaam. Meer in het bijzonder gaat het nl. over de exploratie van de schildklierfunctie, het beenmerg, de nierfunctie, de arteriële bloedvoorziening. Het betreft echter een apparaat waarvan de kostprijs relatief gezien niet zo hoog is, althans in vergelijking met andere zware apparatuur. Anderzijds wordt dit apparaat opgesteld in diensten die reeds aan een erkenning worden onderworpen zodat de werking met dit toestel in vrij goede omstandigheden kan gebeuren.

Het apparaat is bovendien niet van die aard dat het op een ongebreidelde wijze wordt gebruikt. Dit alles heeft er toe geleid te beslissen het apparaat af te voeren van de lijst der zware medische uitrusting. Dit werd overigens aanbevolen door de voormalige Ziekenhuisraad alsook door de huidige Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

3.3.3. Het hemodialyse-apparaat.

De planning van apparaten voor hemodialyse werd door de Nationale Programmatiecommissie niet als zinvol ervaren. Deze toestellen voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie kunnen immers niet los worden gezien van een georganiseerd ziekenhuiscentrum dat beschikt over gekwalificeerd personeel en onder de leiding staat van een nefroloog.

Op verzoek van de Commissie werd het aantal centra voor hemodialyse in ziekenhuisverband door een koninklijk besluit van 6 maart 1979 geblokkeerd teneinde de toen bestaande centra beter te kunnen ontplooiën.

La situation en 1986 dans les différents Etats membres de la C.E.E. était la suivante:

Tableau 18. Nombre de scanners dans la C.E.E. (1986)

	Nombre d'appareils	Nombre par millions d'habitants
Irlande	5	1,7
Grèce	18	1,8
France	132	2,5
Royaume Uni	149	2,7
Pays-Bas	45	3,2
Italie	201	3,5
Danemark	23	4,6
Luxembourg	2	5
Belgique	64	6,4
Allemagne	471	7,7

Source: Groot, L., Study on Regulatory mechanisms of the diffusion of expensive health technologie in the Member States of the E.C.

Enfin la programmation des scanners a été abandonnée et le système a été transformé en un régime d'agréments de services d'imagerie médicale (cf. plus loin).

3.3.2. La caméra à scintillations.

Pour la caméra à scintillation, l'arrêté royal du 30 janvier 1979 a prévu une programmation d'un appareillage pour 200 000 habitants. Cet appareil sert à l'exploration fonctionnelle du corps humain et en particulier celle de la thyroïde, de la moëlle épinière, de la fonction rénale et de la circulation artérielle. Il s'agit toutefois d'un appareil dont le coût n'est relativement pas aussi élevé, en comparaison avec d'autres appareillages lourds. De plus, cet appareil est installé dans des services déjà agréés, de sorte qu'il peut fonctionner dans d'assez bonnes conditions.

En outre la nature de cet appareil ne le prédispose pas à une utilisation effrénée. Ce qui a conduit à en décider le retrait de la liste de l'appareillage médical lourd. Une décision d'ailleurs recommandée par le Conseil des hôpitaux de l'époque et par l'actuel Conseil national des établissements hospitaliers.

3.3.3. L'appareil d'hémodialyse.

La Commission nationale de programmation n'a pas estimé raisonnable de planifier les appareils d'hémodialyse. Ces appareils destinés au traitement des insuffisants rénaux chroniques ne peuvent en effet être séparés d'un centre hospitalier organisé disposant du personnel qualifié, dirigé par un néphrologue.

A la demande de la Commission, le nombre de centres d'hémodialyse en milieu hospitalier a été bloqué aux termes de l'arrêté royal du 6 mars 1979 afin de mieux étoffer les centres de l'époque.

Nieuwe, bijkomende apparaten in bestaande centra kunnen slechts worden geïnstalleerd na ministeriële toelating.

In 1985 werden ongeveer 2 000 patiënten in een ziekenhuis gedialyseerd a rato van 120 sessies per patiënt, tegen een kost van $\pm$ 1 650 000 frank per jaar. De totale kost belooft voor de gemeenschap $\pm$ 3,3 miljard frank. Hiervan is $\pm$ 2 miljard voor ziekenhuisdialyse aan een kost van 6 869 frank per patiënt en per dialyse.

Door het aantal ziekenhuiscentra te blokkeren wilde men ook de thuisdialyse en/of de autodialyse in groepsverband (= limited care) bevorderen. Bovendien moet dit beleid van beperking van het aantal ziekenhuiscentra ook de niertransplantatie bevorderen.

De wet van 13 juni 1986 op het wegnemen en transplanteren van organen wil de niertransplantaties eveneens bevorderen. Met name is het zonder uitdrukkelijk verzet van de patiënt mogelijk om nieren met het oog op transplantatie weg te nemen. Hierdoor moeten meer nieren ter beschikking kunnen komen.

Ofschoon de niertransplantatie vrij duur is (1,4 miljoen) blijft deze goedkoper dan de hemodialyses. Indien de transplantatie slaagt is deze voor de patiënt ook veel comfortabeler aangezien hij hierdoor kan vrijgesteld worden van het 2 à 3 maal per week dialyseren.

Het aantal niertransplantaties dat thans per jaar in België wordt uitgevoerd kan geraamd worden op $\pm$ 400.

3.3.4. De N.M.R. (*nucleaire magnetische resonantiemograaf*).

Het gebruik van de N.M.R. moet worden beschouwd als een belangrijke fase in de evolutie van de biotechnologie. Het toestel laat met name toe pathologische letsels, zowel op het morfologische als op het functionele vlak, zichtbaar te maken.

Bij de programmatie van het N.M.R.-toestel moet worden uitgegaan van de volgende beginselen:

1. De Belgische bevolking mag men niet de voordelen van de spits technologie onthouden.
2. Deze nieuwe technologie, die gedeeltelijk nog in een experimentele fase verkeert is enkel dienstig voor zeer gespecialiseerde teams die, in soortgelijke onderzoeken een diepgaande voorkennis hebben; zij moeten de kans hebben om zich met deze nieuwe technologie vertrouwd te maken.
3. De installatie van deze dure apparatuur van éénzelfde generatie of steunend op eenzelfde principe mag in geen geval ongecontroleerd gebeuren opdat men niet opnieuw in hetzelfde euvel zou vervallen als met de scanners.

Des appareils nouveaux ne peuvent être installés en supplément dans des centres existants que sur autorisation ministérielle.

En 1985, quelque 2 000 patients ont été dialysés en milieu hospitalier à raison de 120 séances par patient, soit un coût de 1 650 000 francs par an. Le coût total pour la communauté s'élève à quelque 3,3 milliards de francs, dont 2 milliards environ pour la dialyse hospitalière à 6 869 francs par patient et par séance.

Par le blocage du nombre de centres hospitaliers, on a également voulu favoriser la dialyse à domicile et/ou l'autodialyse de groupe (soins limités). En outre, cette politique de limitation doit avoir une influence favorable sur la transplantation rénale.

La loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes a pour objet de favoriser les transplantations rénales. Sans l'opposition expresse du patient, il est donc possible de prélever des reins à des fins de transplantation. L'objectif poursuivi est d'augmenter le stock de reins disponibles.

Si la transplantation rénale est relativement coûteuse (1,4 million) elle reste néanmoins en dessous du coût d'hémodialyses. De plus, en cas de réussite de la transplantation, il en résulte pour le patient un confort beaucoup plus grand car il ne doit plus se présenter 2 à 3 fois par semaine à la dialyse.

Le nombre de transplantations rénales effectuées actuellement chaque année en Belgique peut être évalué à environ 400.

3.3.4. La R.M.N. (*résonance magnétique nucléaire*).

L'utilisation de la R.M.N. doit être considérée comme une étape importante dans l'évolution de la biotechnologie. L'appareil permet la visualisation de lésions pathologiques, tant morphologiques que fonctionnelles.

La programmation de la R.M.N. est basée sur les principes suivants:

1. La population belge ne peut être privée des avantages des technologies de pointe;
2. Cette technologie nouvelle, encore en partie expérimentale, n'est utile qu'à une équipe médicale spécialisée dans la pratique de tels examens; cette pratique suppose une formation préalable approfondie; l'équipe doit pouvoir se familiariser avec cette technologie nouvelle;
3. L'installation de cet appareillage coûteux, d'une même génération ou fonctionnant selon le même principe, ne peut en aucun cas se dérouler sans contrôle afin d'éviter la situation créée dans le domaine des scanners.

Op grond van deze overwegingen werd deze apparatuur bij koninklijk besluit van 18 maart 1985 voorbehouden aan de verschillende universitaire centra van het land. Het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek had overigens reeds aan de Faculteiten van Geneeskunde de mogelijkheid geboden om personeel op te leiden voor het deskundig gebruik van deze apparatuur in de universitaire centra.

De ervaring die met deze N.M.R.-toestellen zal worden opgedaan zal mede moeten toelaten aanvullende voorwaarden voor de erkenning van de diensten voor beeldvorming te bepalen.

Aan de toewijzing van een N.M.R.-toestel werd de voorwaarde verbonden dat de kosten worden vergoed op basis van een enveloppesysteem. Met dit experiment, dat in het kader van de universitaire ziekenhuizen zal worden gevoerd, zal moeten worden nagegaan op welke wijze een enveloppesysteem voor een dergelijke dienst kan worden uitgebreid tot niet-universitaire ziekenhuizen.

3.3.5. *De lithotriptor.*

De niersteenverbrijzelaar is van vrij recente ontwikkeling. Het toestel laat met name toe nierstenen te verbrijzelen door toepassing van schokgolven zonder dat een operatief ingrijpen noodzakelijk is.

Het toestel werd in 1985 op de lijst der zware medische uitrusting geplaatst — zoals overigens door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werd gesuggereerd — en dit op grond van de volgende twee overwegingen:

1. De kostprijs van het toestel is vrij hoog. Daarenboven is ook de behandeling vrij duur, enerzijds omwille van het beperkt aantal gevallen dat in België voor zo'n behandeling in aanmerking komt, en anderzijds omwille van de equipe die de bediening van die toestel vergt.

2. De niersteenverbrijzelaar was niet helemaal oppuntgesteld.

De tweede generatie van deze apparatuur was met name nog in fase van klinische proef. Bovendien zou de kostprijs bij de verdere ontwikkeling wellicht nog sterk kunnen worden gedrukt. Het was dan ook aangewezen dat enige voorzichtigheid werd aan de dag gelegd. Zoniet dreigde ons land ter zake snel over verouderde apparatuur te zullen beschikken.

Om voormelde redenen werd bij koninklijk besluit van 4 augustus 1986 beslist tot een nulprogrammatie.

Inmiddels werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies gevraagd over de toekomstige programmatie van het toestel mede gelet op de ontwikkelingen die zich recentelijk hebben voorgedaan, zowel wat de kostprijs van het toestel betreft als inzake de technische evolutie ervan.

Sur la base des considérations ci-dessus, cet appareillage a été réservé, par arrêté royal du 18 mars 1985, aux différents centres universitaires du pays. Le Fonds national de la recherche scientifique avait déjà donné aux facultés de médecine la possibilité d'initier le personnel à l'utilisation efficace de cet appareillage dans les centres universitaires.

Signalons enfin que l'expérience acquise avec l'appareil R.M.N. permettra d'apporter des éléments complémentaires à la détermination de la programmation des services d'imagerie médicale.

L'attribution d'un remnologue a été subordonnée à la condition que les frais soient indemnisés sur la base d'un système d'enveloppes. Cette expérience qui sera menée dans les hôpitaux universitaires devra permettre d'étudier la façon d'élargir un système d'enveloppes pour un tel service aux hôpitaux non universitaires.

3.3.5. *Le lithotripteur.*

Le lithotriteur est un appareil de conception assez récente. L'appareil permet en fait de broyer les calculs rénaux sous l'effet d'ondes de choc, sans qu'une intervention chirurgicale ne soit nécessaire.

L'appareil a été inscrit en 1985 sur la liste de l'appareillage médical lourd comme l'avait suggéré le Conseil national des établissements hospitaliers et ce pour les deux raisons suivantes:

1. Le coût de l'appareil est assez élevé. Le traitement sera également coûteux, en raison d'une part, du nombre restreint de patients en Belgique nécessitant ce genre de traitement et d'autre part, de l'équipe spécialisée requise.

2. Le type de lithotriteurs n'était pas encore tout à fait au point.

La seconde génération de cet appareil était encore au stade de l'essai critique. En outre, les développements ultérieurs permettraient peut-être de diminuer sensiblement le prix de revient. La prudence s'imposait dès lors. Il fallait éviter que notre pays ne fût rapidement équipé d'un appareillage dépassé.

Pour les raisons précitées, une programmation zéro a été décidée par l'arrêté royal du 4 août 1986.

Entre-temps, un avis sur la programmation future de l'appareil a été demandé au Conseil national des établissements hospitaliers, notamment à la lumière des développements récents en matière de coût de l'appareil et de son évolution technique.

De Raad heeft een advies voorbereid dat aan het kabinet zal worden overgemaakt, waarin thans wordt gepleit om het apparaat af te voeren van de lijst der zware medische uitrusting precies omwille van de recente ontwikkelingen rond het toestel.

Op grond van dit advies zal in de loop van 1987 een definitieve beslissing moeten worden genomen.

4. Ombuiging van de programmatie van zware medische apparatuur naar erkenning van diensten.

De ervaring die sedert een aantal jaren met programmatie van zware medische apparatuur werd opgedaan wijst op tal van moeilijkheden. Het beheersen van de medische technologie is vooreerst een vrij zware opgave. Ieder ziekenhuis wil beschikken over de meest geavanceerde apparatuur omdat het niet wil onderdoen voor de concurrent. Het is vaak een prestigezaak die mede bepalend is voor de attractiesfeer van het ziekenhuis. Anderzijds is er de zeer snelle evolutie in de technologie die nauwelijks kan worden gevolgd. Het ene toestel is nog maar pas goed op de markt of er is reeds een nieuw type in aantocht. Een programmatie per apparaat is dan ook op termijn moeilijk houdbaar.

Anderzijds is het voor de volksgezondheid noodzakelijk dat medische apparatuur in de beste omstandigheden kan functioneren. Voor het optimaal gebruik van apparaten is het met name van belang dat de vereiste infrastructuur en het nodige gekwalificeerd personeel aanwezig is. Deze infrastructuur kan zeer omvattend zijn, zowel wat betreft de bouwvoorzieningen, de mankracht als nevenapparatuur.

Wat baat het bv. over een hartradiologietoestel te beschikken wanneer men niet de zekerheid heeft dat het toestel door deskundigen zal worden bediend. Zo ook kan men zich afvragen of radiotherapieapparatuur efficiënt kan worden gebruikt indien niet alle noodzakelijke nevenapparatuur aanwezig is of indien de architectuur van het gebouw voor het gebruik ervan niet is aangepast.

Naast de kwalitatieve eisen voor de optimale aanwending van de apparatuur moet ook een evenwichtige spreiding van de diensten worden voorzien enerzijds om de goede toegankelijkheid van de diensten te verzekeren, maar anderzijds ook opdat de noodzakelijke kritische massa aan patiënten zou worden bereikt en de dienst daardoor optimaal zou kunnen functioneren.

Tenslotte moet ook aandacht worden besteed aan de financiering van de investerings- en werkingskosten van de ganse dienst waarin de zware apparatuur wordt opgesteld. Een dienst is immers duur niet alleen door de aankoop van de zware apparatuur, maar evenzeer door het hoog gespecialiseerd personeel alsmede door de vaak bijzondere architectonische voorzieningen.

Kortom, op termijn moet de programmatie van apparatuur progressief worden omgebogen naar een erkenning en financiering van diensten.

Le conseil a préparé un avis qui sera soumis au cabinet. Il y plaide en faveur de la suppression de l'appareil de la liste de l'appareillage médical lourd en raison précisément des développements récents concernant cet appareil.

Sur la base de cet avis, une décision définitive devra être prise dans le courant de 1987.

4. Transformation de la programmation des équipements lourds vers l'agrément de services médicaux lourds.

L'expérience faite depuis des années sur le plan de la programmation de l'appareillage médical lourd, révèle de nombreuses difficultés. Maîtriser la technologie médicale est d'abord une opération assez ardue. Chaque hôpital entend disposer de l'appareillage le plus sophistiqué pour ne pas céder à la concurrence. C'est bien souvent une affaire de prestige décisive pour la sphère d'attraction de l'hôpital. De plus la technologie évolue très rapidement et peut à peine être suivie. Un appareil vient-il d'être mis sur le marché qu'un autre, d'un type nouveau est annoncé. Ainsi est-il, à terme, difficile de programmer chaque appareil.

Par ailleurs, il est indispensable pour la santé publique que l'appareillage médical puisse fonctionner dans les meilleures conditions. L'utilisation optimale des appareils exige en effet le personnel qualifié nécessaire et est subordonnée à une infrastructure qui peut être très complète tant en ce qui concerne les bâtiments et les effectifs que les appareils connexes.

A quoi sert-il de disposer d'un équipement de radiocardiologie si l'on n'est pas certain qu'il sera manipulé par du personnel spécialisé? De même un appareil de radiothérapie peut-il être efficacement utilisé s'il n'y a pas tous les équipements connexes indispensables ou si l'architecture du bâtiment n'est pas adaptée en vue de l'utilisation de l'appareil.

Outre les critères qualitatifs pour une utilisation optimale de l'appareillage, il faut également prévoir une répartition équilibrée des services, d'une part, pour en assurer une bonne accessibilité et, d'autre part, pour atteindre la masse critique de patients, nécessaire au fonctionnement optimal du service.

Enfin, il faut aussi s'attacher au financement des frais d'investissement et de fonctionnement de tout le service où est installé l'appareil lourd. Un tel service n'est pas seulement coûteux en raison de l'acquisition de l'appareillage lourd mais aussi de la haute spécialisation du personnel et de l'infrastructure architecturale particulière souvent nécessaire dans ce cas.

En d'autres termes, la programmation de l'appareillage devra à terme être progressivement transformée en agrément et financement de services.

4.1. Zware medische hospitalisatiediensten.

4.1.1. Het ombuigingsbeleid werd ten dele tot uitvoering gebracht voor een reeks van diensten waarbij een hospitalisatie noodzakelijk is.

Sinds 1979 werd met name een financieringssysteem voor zware medische hospitalisatiediensten uitgewerkt. Het betreft de hiernavolgende diensten:

1. Diensten voor zware brandwonden.
2. Diensten voor neurochirurgie.
3. Diensten voor hartchirurgie.
4. Diensten voor spoedgevallen.
5. Diensten voor intensieve therapie en verzorging in interne geneeskunde, in heelkunde of in beide samen.
6. Diensten voor intensieve therapie en verzorging in neonatologie.
7. Diensten voor steriele verzorging.

De financieringstechniek voor deze diensten bestaat erin dat deze ook het personeel vergoed krijgen boven de normaal gehanteerde normen, althans voor zover deze eind 1979 bestonden en voor zover deze beantwoorden aan een reeks van kwalitatieve criteria. Deze criteria hebben betrekking op:

- de architectonische infrastructuur (w.o. aantal bedden);
- de samenstelling van de medische staf;
- de samenstelling van het verpleegkundig en paramedisch team;
- functionele criteria.

De Nationale Raad heeft deze criteria verfijnd en bovendien de lijst van de diensten uitgebreid. De bedoeling is met name de financiering van de klinische diensten te verfijnen. Voorgesteld wordt in deze criteria ook activiteitscriteria in te bouwen omtrent bv. het aantal ingrepen of interventies.

Het is mede op basis van deze criteria dat de financiering van de universitaire ziekenhuizen wordt aangepast overeenkomstig de beslissing van de Regering in het kader van het Sint-Annaplan, door meer bepaald rekening te houden met de aard van de pathologie die in de universitaire ziekenhuizen wordt behandeld.

4.1.2. Met betrekking tot deze zware diensten stellen zich voor het beleid meerdere vragen:

1. Vooreerst moet worden onderzocht of de toestand zoals die eind 1979 werd weerhouden kan geactualiseerd worden zodat ook andere diensten dan deze die op dat ogenblik aan de criteria voldeden voor de bijzondere tegemoetkoming in aanmerking kunnen komen. In het licht hiervan werd bij de bedverminderingsoperatie reeds vooropgesteld dat een gedeelte van de bezuiniging die hieruit voortspuit mag heraangetrokken worden voor projecten van

4.1. Les services médicaux lourds d'hospitalisation.

4.1.1. La politique d'infléchissement a été réalisée partiellement pour des services où l'hospitalisation est indispensable.

Depuis 1979, un système de financement a été mis en place pour des services hospitaliers lourds comme:

1. Les services pour grands brûlés.
2. Les services de neurochirurgie.
3. Les services de chirurgie cardiaque.
4. Les services des urgences.
5. Les services de thérapie et de soins intensifs en médecine interne, en chirurgie ou dans les deux ensembles.
6. Les services de thérapie et de soins intensifs en néonatalogie.
7. Les services de soins stériles.

Dans ces services, on finance un encadrement, le personnel supérieur aux normes habituelles du moins si ces services existaient à la fin de 1979 et qu'ils satisfont aux critères de qualité portant sur:

- l'infrastructure architecturale (dont nombre de lits);
- la composition du staff médical;
- la composition des équipes d'infirmiers et de paramédicaux;
- les critères fonctionnels.

Le Conseil national a affiné ces critères et allongé la liste de ces services dans le but d'améliorer le financement des services cliniques. On propose aussi d'inclure dans ces critères des critères d'activité, par exemple quant au nombre d'interventions.

C'est sur la base de ces critères que le financement des hôpitaux universitaires a été diminué conformément à la décision gouvernementale prise dans le cadre du plan de Val-Duchesse, afin de tenir compte plus particulièrement de la nature des maladies qui sont soignées dans les hôpitaux universitaires.

4.1.2. Les pouvoirs publics sont confrontés à plusieurs questions au sujet de ces services:

1. Il faut d'abord examiner si la situation telle qu'elle a été retenue fin 1979 peut être actualisée de sorte que d'autres services que ceux qui satisfaisaient alors aux critères puissent entrer en ligne de compte pour des subventions spéciales. Lors de la réduction du nombre de lits on avait déjà posé comme principe qu'une part des économies qui en résulteraient serait réaffectée à l'amélioration de la qualité. Pour ceci entrent en ligne de compte, les services médicaux

kwaliteitsverbetering. Hiervoor komen o.m. in aanmerking de zware medische hospitalisatiediensten die aan de gestelde criteria voldoen. Anderzijds zou men ook in het kader van de nieuwe financieringswijze voor de zgn. klinische diensten in een eerste fase kunnen rekening houden met de activiteiten van zware medische diensten.

2. Een tweede belangrijk aspect is de vraag of de hoog gespecialiseerde geneeskunde moet worden beperkt tot de daartoe gekwalificeerde diensten. Kan men bvb. aanvaarden dat de neurochirurgie enkel in neurochirurgische diensten wordt beoefend? Indien het antwoord op deze vraag positief is dan zal men deze activiteiten goed moeten omschrijven en als het ware een erkenningssysteem moeten invoeren. Subsidiar stelt zich hierbij ook de vraag naar de programmering van deze diensten ten einde een goede spreiding en een goed gebruik van de diensten te waarborgen.

3. Een derde aspect betreft de coördinatie van het beleid naar de erkenning van de gespecialiseerde mankracht. Meer bepaald moet het aantal specialisten dat wordt opgeleid beantwoorden aan de behoefte aan diensten.

Hierbij aansluitend is er de vraag naar coördinatie met de zgn. zware medisch-technische diensten. Er is immers een band tussen bepaalde zware medische hospitalisatiediensten en bepaalde zware medische technische diensten. Zo bvb. moeten hartchirurgiediensten over de vereiste hartradiologieapparatuur beschikken. Neurochirurgie diensten moeten een dienst beeldvorming met scanner in hun bereik hebben.

4.2. *Zware medisch-technische diensten.*

4.2.1. Programmering en erkenning.

De problematiek van de zware medisch-technische diensten is eveneens zeer complex.

Het zijn diensten die over één of meerdere zware medische uitrustingen beschikken.

Typerend voor deze diensten is dat zij ambulant kunnen worden opgesteld en gebruikt. De erkenning en/of programmering van deze diensten stuitte tot voort kort op het ontbreken van een juridische basis. Door het koninklijk besluit nr. 284 werd hieraan verholpen. Voortaan is het mogelijk deze diensten aan erkenningsnormen en programmeringcriteria te onderwerpen, ook al staan zij buiten elk ziekenhuisverband opgesteld.

4.2.1.1. Diensten voor medische beeldvorming met scanner.

In uitvoering van de beleids optie de programmering van zware apparatuur om te buigen naar een erkenning van medico-technische diensten werd prioritair werk gemaakt van de ombuiging van de programmering van de scanner naar een erkenningssysteem van zware diensten van medische beeldvorming. Voor deze diensten werden inmiddels ter vervanging van de programmering van de scanner bij koninklijk besluit erkenningsnormen uitgevaardigd.

lourds qui satisfont aux critères. D'autre part, dans le cadre du nouveau mode de financement, on pourrait dans une première phase tenir compte aussi des activités des services médicaux lourds.

2. Un second point important est de savoir si la médecine hautement spécialisée doit être limitée aux seuls services qualifiés. Peut-on par exemple, admettre que la neurochirurgie soit pratiquée dans un service de neurochirurgie uniquement? Dans l'affirmative, il s'agira de bien définir ces activités et d'instaurer un système d'agrément. Accessoirement se pose aussi la question de la programmation de ces services en vue d'en garantir une bonne dispersion et une bonne utilisation.

3. La coordination de la politique de l'agrément du personnel spécialisé est un autre problème. Le nombre de spécialistes que l'on forme doit répondre aux besoins des services.

La coordination des services médico-techniques lourds en est un autre aspect. Il y a, en effet, un lien entre les services médicaux lourds d'hospitalisation et certains services médico-techniques lourds. Les services de chirurgie cardiaque, par exemple, doivent disposer de l'appareillage de radiologie cardiaque nécessaire. Le service de neurochirurgie doit avoir un service d'imagerie médicale avec scanner à sa portée.

4.2. *Services médico-techniques lourds.*

4.2.1. Programmation et agrément.

La problématique des services médico-techniques lourds est très complexe.

Ce sont des services qui disposent d'un ou de plusieurs appareillages médicaux lourds. Une de leurs caractéristiques est qu'ils peuvent être organisés et utilisés en ambulatoire.

Leur agrément et/ou leur programmation se heurtaient jusqu'il y a peu à l'absence d'une base juridique. L'arrêté royal n° 284 y a remédié. Il est à présent possible de subordonner ces services à des normes d'agrément et critères de programmation, même s'ils ne sont pas installés dans un hôpital.

4.2.1.1. Services d'imagerie médicale avec scanner.

En exécution de la décision politique d'infléchir la programmation de l'appareillage lourd en une programmation de services médico-techniques on s'est attaché en priorité à transformer la programmation des scanners en un système d'agrément des services lourds d'imagerie médicale. Pour ces services, un arrêté royal qui remplace la programmation des scanners par des normes d'agrément a été publié entre-temps.

Het besluit bevat nl. een geheel van kwalitatieve voorwaarden, die voor de installatie van een scanner moeten worden vervuld, en die zowel betrekking hebben op het ziekenhuis als op de dienst beeldvorming zelf.

Zo kan de scanner enkel in een algemeen ziekenhuis worden opgesteld. Dit ziekenhuis moet bovendien beschikken over één of meerdere van de zgn. spitsdiensten: radiotherapie, neurochirurgie, zware spoedgevallenzorg. Het toestel kan ook worden geïnstalleerd in een algemeen ziekenhuis dat een voldoende en goed gebruik van de scanner kan garanderen en dat m.n. beschikt over 250 acute bedden en diensten chirurgie en inwendige geneeskunde of dat deel uitmaakt van een ziekenhuisgroepering die tenminste 400 acute bedden telt. Wat de eigenlijke dienst voor beeldvorming zelf betreft, dient deze te beschikken over de conventionele beeldvormingsapparatuur (echografie, radiografie, angiografie), over een medische staf, bestaande uit minstens het equivalent van 3 full-time erkende radiologen, en dient deze 24 uur op 24 uur toegankelijk en operationeel te kunnen zijn.

Het voldoen aan bovengenoemde voorwaarden leidt automatisch tot erkenning van het ziekenhuis waarin een scanner mag worden geïnstalleerd.

Voor de ziekenhuizen die in het verleden reeds toestemming tot installatie bekwamen, gebeurt de erkenning ambtshalve.

Enkel die scannerprestaties zullen nog door de ziekteverzekering worden terugbetaald, die worden verricht in een daartoe erkende ziekenhuisdienst.

Het koninklijk besluit van 28 november 1986 (*Belgisch Staatsblad* van 6 december 1986) brengt ongetwijfeld een versoepeling mee in het aantal scanners dat zal kunnen worden geïnstalleerd. Dit ging echter gepaard met een vermindering van de nomenclatuurtarieven voor medische beeldvorming. De meeruitgaven door de verhoging van het aantal scanners worden aldus financieel gecompenseerd door minderingen.

4.2.1.2. Diensten voor radiotherapie.

Op de lijst der zware medische uitrusting staan drie soorten van radiotherapeutische apparatuur vermeld, : de lineaire versneller of deeltjesversneller, de simulator en het apparaat met ingekapselde stralingsbron of de zgn. cobaltbom.

In het kader van de ombuiging van het beleid heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisprogrammatie voorgesteld de radiotherapiediensten als zware medico-technische dienst aan erkenningsnormen te onderwerpen. In tegenstelling tot de vroegere Nationale programmatiecommissie wordt hierbij geen onderscheid meer gemaakt tussen het grotere type van dienst met lineaire versneller en het kleinere type van dienst met een cobaltbom. De Nationale Raad ziet slechts een type van dienst die hetzij beschikt over een lineaire versneller met minimum 4 MeV hetzij over een cobalttoestel dat voldoet aan moderne constructie-eisen.

Il comprend un ensemble de conditions qualitatives à remplir pour l'installation d'un scanner et concerne tant l'hôpital que le service d'imagerie.

Un tel appareil ne peut être installé que dans un hôpital général disposant d'un ou de plusieurs services de pointe: radiothérapie, neurochirurgie, service des urgences. Il peut aussi être installé dans un hôpital général qui peut garantir un usage suffisant du scanner: c.à.d. dans un hôpital comprenant 250 lits aigus et les services de chirurgie et de médecine interne ou qui fait partie d'un groupement d'hôpitaux comprenant au moins 400 lits aigus. Le service d'imagerie lui-même doit avoir un appareillage d'imagerie conventionnel (échographie, radiographie, angiographie) et disposer d'un staff médical comprenant au moins l'équivalent de 3 radiologues à temps plein agréés, et être accessibles et opérationnel 24 heures sur 24.

La satisfaction aux conditions précitées conduit automatiquement à l'agrément de l'hôpital dans lequel un scanner peut être installé.

Les hôpitaux qui ont déjà dans le passé obtenu une autorisation d'installation, sont agréés d'office.

Signalons enfin que l'assurance maladie ne remboursera que les prestations accomplies dans un service hospitalier agréé à cet effet.

L'arrêté royal du 28 novembre 1986 (*Moniteur belge* du 6 décembre 1986) augmente le nombre de scanners qui pourront être installés. Ceci a cependant été accompagné d'une diminution des tarifs dans la nomenclature de l'imagerie médicale. La dépense supplémentaire due à l'augmentation du nombre de scanners sera donc compensée par une baisse des dépenses.

4.2.1.2. Services de radiothérapie.

La liste de l'appareillage médical lourd comporte trois sortes d'appareils de radiothérapie: l'accélérateur linéaire, le simulateur et l'appareil avec source de rayonnement incorporée ou ladite Bombe au Cobalt.

Dans le cadre de l'infléchissement de la politique, le Conseil national des établissements hospitaliers a proposé d'imposer des normes d'agrément aux services de radiothérapie. Contrairement à l'ancienne Commission nationale de programmation, elle ne fait plus aucune distinction entre le type de service avec accélérateur linéaire et celui avec une bombe au cobalt. Pour le Conseil national il n'y a qu'un type de service qui dispose soit d'un accélérateur linéaire d'un minimum de 4 MeV soit d'un appareil au cobalt qui satisfait aux critères de construction modernes.

Cobaltapparaten worden als voorbijgestreefd geacht door de lineaire versnellers. De lineaire versnellers hebben met name naast hun hoge stralingsenergie het voordeel van korte bestralingstijden, grote bestralingsvelden en een scherp begrensde bundel.

Eén van de snel toenemende bezwaren tegen de cobaltapparatuur is de problematiek van de stralenbelasting voor personeel en omgeving. Het advies van de Afdeling Erkenning van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen werd aan de Afdeling Programmatie overgemaakt met verzoek na te gaan of er zich voor de radiotherapiediensten ook programmatiecriteria opdringen.

Het is evident dat de infrastructuur zoals voorzien in het « Erkenningsrapport » slechts efficiënt zal kunnen gebruikt worden wanneer er een voldoende aantal patiënten geconcentreerd worden in een bestralingsafdeling. Bedrijfs-technische evaluaties tonen aan dat met één bestralingstoestel vijfhonderd patiënten per jaar kunnen behandeld worden. Dit aantal kan ook makkelijk « verwerkt » worden met de basisrandapparatuur.

Het lijkt daarom nuttig dit getal van 500 te hanteren als basiseenheid voor een bestralingsafdeling.

Er bestaan voor het ogenblik 35 centra in België die beschikken over een megavoltbestralingstoestel, dit wil zeggen een Cesium, Cobaltbom, lineaire versneller of Betatron. De verdeling hiervan over verschillende provincies is als volgt:

West-Vlaanderen: 3 centra
Oost-Vlaanderen: 4 centra
Antwerpen: 6 centra
Limburg: 1 centrum
Brabant: 12 centra
Henegouwen: 5 centra
Luik: 3 centra
Namen: 1 centrum.

Gebaseerd op de incidentie van kwaadaardige tumoren kan er een raming gemaakt worden van ongeveer 12 000 patiënten per jaar die in België radiotherapie nodig hebben, dit betekent dat er over de verschillende centra een gemiddelde van iets minder dan 350 patiënten per afdeling behandeld worden. Van een aantal centra is het bekend dat zij een aanmerkelijk groter patiëntenaantal hebben zodat er dient aangenomen te worden dat sommige centra te weinig patiënten behandelen om leefbaar te zijn.

De 35 centra beschikken voor het ogenblik over 54 bestralingstoestellen. Hoofdzakelijk gaat het hier om cobalttoestellen (39) en lineaire versnellers (12). Verder is er een Cesiumtoestel en zijn er 2 Betatron apparaten. Het is opvallend dat er in het begin van de jaren 60 een snelle uitrusting is geweest van de meeste afdelingen met een cobaltapparaat. Sindsdien is er een zekere achterstand opgelopen op de investeringen. Inderdaad, slechts 3 toestellen zijn minder dan 5 jaar oud en 9 toestellen tussen 5 en 10 jaar. Dit betekent dat er van de 54 toestellen slechts 12 zijn die niet afgeschreven zijn. Tenslotte zijn er 10 toestellen die tussen 10 en 15 jaar oud zijn, 30 van de 54 toestellen die meer dan 15 jaar oud en 11 die zelfs meer dan 20 jaar oud zijn.

On considère les appareils au cobalt comme dépassés par les accélérateurs linéaires. En plus de toute leur énergie de rayonnement, ceux-ci présentent l'avantage de courtes durées d'irradiation, de grands champs de rayonnement et des faisceaux limités avec précision.

Le rayonnement auquel le personnel et l'environnement sont soumis est un des inconvénients des appareils au cobalt. L'avis de la Section Agrément du Conseil national des établissements hospitaliers a été soumis à la section Programmation afin de déterminer s'il y a urgence d'établir des critères de programmation pour les services de radiothérapie.

Il est évident que l'infrastructure prévue dans le rapport d'agrément ne pourra être utilisée avec efficacité qu'en concentrant un nombre suffisant de patients dans une section d'irradiation. Des estimations techniques prouvent qu'un appareil d'irradiation permet de traiter cinq cents patients par an. Ce même nombre peut être traité aisément à l'aide d'un appareillage de base.

Il semble dès lors raisonnable de prendre ce nombre de 500 comme unité de base pour une section de radiothérapie.

Il y a actuellement en Belgique 35 centres qui disposent d'un appareil d'irradiation megavolt, c.à.d. d'un césium, bombe au cobalt, accélérateur linéaire ou Betatron. Voici leur répartition dans leur province.

Flandre occidentale: 3 centres
Flandre orientale: 4 centres
Anvers: 6 centres
Limbourg: 1 centre
Brabant: 12 centres
Hainaut: 5 centres
Liège: 3 centres
Namur: 1 centre.

En se basant sur l'incidence des tumeurs malignes, on peut estimer que près de 12 000 patients doivent être traités par radiothérapie en Belgique; cela signifie que chaque section traite en moyenne un peu moins de 350 patients par an. L'on sait que certains centres ont un nombre de patients bien plus élevé de sorte que l'on peut admettre que certains centres traitent trop peu de patients pour être viables.

Les 35 centres disposent actuellement de 54 appareils d'irradiation. Il s'agit principalement de bombes au cobalt (39) et d'accélérateurs linéaires (12). Il y a aussi un appareil au Cesium et 2 Betatrons; on notera qu'au début des années 60 la plupart des sections se sont rapidement équipées d'un appareil au cobalt. Depuis lors il y a un certain retard dans les investissements. En effet, 3 appareils seulement ont moins de 5 ans et 9 de 5 à 10 ans. Des 54 appareils, 12 seulement ne sont donc amortis. Enfin, il y a 10 appareils qui datent de 10 à 15 ans, 30 des 54 ont plus de 15 ans et 11 plus de 20 ans.

Bij het uitwerken van een lange termijnplanning dienen zorgvuldig de doelstellingen omschreven te worden die bij een programmatie dienen nagestreefd te worden:

1. De uitbouw van een voldoende aantal diensten zodat aan alle patiënten de nodige zorgen kunnen geboden worden.

2. Aan die diensten de mogelijkheid bieden om door een adequate infrastructuur en omkadering, zorgen van een hoog kwalitatief niveau te kunnen verstrekken.

3. Te streven naar voldoende concentratie van patiënten zodat kwaliteit op een economisch verantwoorde wijze kan geboden worden.

4. De planning dient uit te gaan van de bestaande situatie en zich ook in de toekomst vooral te richten op de reële werkbelasting van de afdelingen.

4.2.1.3. Andere zware medico-technische diensten: hemodialyse en hartradiologiediensten.

In het kader van het beleid tot ombuiging van de programmatie van zware medische apparatuur naar diensten werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies gevraagd over:

1. de hemodialysediensten;
2. de hartradiologiediensten.

4.2.2. Financiering.

Een ander en niet minder belangrijk aspect is de wijze waarop de werking van de medisch-technische diensten moet worden gefinancierd. Vooreerst moet worden opgemerkt dat ten aanzien van de financiering van de investeringskosten voor de technische infrastructuur een coherent beleid moet worden gevoerd. Met name moet de reglementering die terzake bestaat geharmoniseerd worden zodat dubbele financiering wordt vermeden.

De werkingskosten van de medisch-technische diensten worden thans grotendeels door de ziekteverzekering gefinancierd. Zoals reeds eerder werd opgemerkt heeft de evolutie van de medische technologie een niet onbelangrijke invloed gehad op de uitgavenstijging van de ziekteverzekering. Deze is nochtans niet steeds gepaard gegaan met een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking. De middelen waarover de ziekteverzekering beschikt zijn noodgedwongen beperkt. Indien men het stelsel wil instandhouden dan moet het in evenwicht kunnen worden uitgebraat. De uitgaven moeten dan ook in de hand kunnen worden gehouden. Anderzijds moet de moderne technologie in het bereik van eenieder kunnen worden gesteld. Kortom de medische technologie moet zich in ons land volwaardig kunnen ontplooiën, met dien verstande dat de uitgaven die hiermee gepaard gaan de budgettaire mogelijkheden niet mogen overschrijden. Bij het uitstippelen van het ziekteverzekeringsbeleid moet met deze dubbele bekommernis voortdurend worden rekening gehouden.

In deze context worden hieronder een aantal bedenkingen geformuleerd met betrekking tot het oordeelkundig gebruik van de medische technologie enerzijds en de wijze waarop de technische prestaties worden vergoed, anderzijds.

En dressant un planning à long terme il faudra préciser soigneusement les objectifs qu'une programmation doit viser.

1. L'élaboration d'un nombre suffisant de services afin de pouvoir accorder les soins requis à tous les malades;

2. Donner aux services la possibilité de prodiguer des soins de haute qualité par une infrastructure et un encadrement adéquats;

3. S'efforcer de concentrer suffisamment les patients de façon à offrir de la qualité d'une manière économiquement justifiée;

4. Le planning doit être fondé sur la situation existante et, à l'avenir, être axé sur les activités réelles des sections.

4.2.1.3. Autres services médico-techniques lourds: l'hémodialyse et la radiologie cardiaque.

En raison de cette même politique d'infléchissement, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers a été demandé au sujet des:

1. services d'hémodialyse;
2. services de radiologie cardiaque.

4.2.2. Financement.

Les modalités de financement en ce qui concerne le fonctionnement des services médico-techniques constituent un autre aspect non moins important. Il y a tout d'abord lieu de souligner que le financement des frais d'investissement relatifs à l'infrastructure technique doit faire l'objet d'une politique cohérente. Il convient notamment d'harmoniser la réglementation y afférente de manière à éviter un double financement.

À l'heure actuelle, les frais de fonctionnement des services médico-techniques sont financés en grande partie par l'assurance maladie. Comme il est souligné plus haut, l'évolution de la technologie médicale a exercé une influence non négligeable sur l'accroissement des dépenses de l'assurance maladie, sans toutefois s'accompagner toujours d'une amélioration de l'état de santé de la population. Les moyens dont dispose l'assurance maladie sont forcément restreints. Si l'on veut maintenir le régime, il faut l'exploiter en le maintenant en équilibre et dès lors pouvoir maîtriser les dépenses. La technologie médicale doit d'autre part être à la portée de tout le monde. Il faut, en bref, qu'elle puisse s'épanouir pleinement dans notre pays; les dépenses y afférentes ne peuvent dépasser les possibilités budgétaires. Il conviendra donc de tenir compte en permanence de cette double préoccupation lors de l'élaboration d'une politique en matière d'assurance maladie.

Voici dans ce contexte, quelques considérations sur l'emploi judicieux de la technologie médicale et sur les modalités d'indemnisation des prestations techniques.

Vooreerst kan men zich de vraag stellen of het wenselijk is dat bepaalde onderzoeken kunnen worden uitgevoerd door de arts die ze zelf heeft voorgeschreven. Is het niet passend dat hier een grotere selectiviteit wordt aan de dag gelegd?

Anderzijds rijst ook de vraag of het voorschrijven van onderzoeken met zware medische apparatuur aan alle artsen kan worden voorbehouden zonder dat hiervoor enige bijzondere kwalifikatie wordt gesteld. De medische technologie vergt immers van de arts die hoog gespecialiseerde onderzoeken voorschrijft een diepgaande kennis over deze technologie en de risico's die eraan verbonden zijn.

Wat de vergoeding voor de technische prestaties betreft is het wenselijk dat deze geregeld zouden kunnen worden aangepast indien blijkt dat onder invloed van de evolutie van de medische technologie en de automatisering, deze sneller, frekwenter en goedkoper kunnen worden uitgevoerd.

Zo bvb. kunnen bepaalde onderzoeken die vroeger een grotere arbeidsintensiviteit vergden thans veel eenvoudiger, sneller en goedkoper worden verricht. Het is dan ook redelijk dat het terugbetalingstarief voor deze prestaties wordt aangepast.

Sommige samenhangende onderzoeken worden vaak in een reeks uitgevoerd. Wellicht is het aangewezen om deze niet langer per akte te vergoeden, maar voor de ganse reeks.

Tenslotte zijn er ook prestaties die courant zijn geworden en in bepaalde situaties nagenoeg automatisch worden toegepast. Ware het niet wenselijk om deze prestaties te integreren in het basishonorarium in plaats van deze afzonderlijk te vergoeden?

Om het budgettaire evenwicht van de ziekteverzekering veilig te stellen werden in het verleden vaak voor bepaalde sectoren lineaire maatregelen getroffen. Denken we hierbij bvb. aan de klinische biologie.

Achteraf is echter gebleken dat de vermindering in de tarieven voor deze sectoren vaak gevolgd werd door een verhoging van het aantal prestaties. Een en ander heeft voor gevolg gehad dat de uitgaven voor deze sectoren fors toenamen waardoor het budgettaire evenwicht terug in gevaar kwam. Men kan zich dan ook afvragen of het toepassen van dergelijke maatregelen wel het gewenste gevolg heeft gehad en of men niet veeleer naar een andere financieringswijze voor bepaalde sectoren moet zoeken waarbij het budgettaire evenwicht kan worden gegarandeerd zonder evenwel afbreuk te doen aan de kwalitatieve werking van de gezondheidszorg.

Het is de bedoeling, naar het voorbeeld van wat zich de laatste vier jaar in de ziekenhuissector heeft voorgedaan, ook in de sector van de medisch-technische diensten over te stappen van een kwantitatieve naar een kwalitatieve benadering. De benadering zal prioritair voor de dienst klinische biologie worden gevolgd. Hierdoor zal een grotere integratie van deze diensten in het globale ziekenhuisconcept worden mogelijk gemaakt. Met name zal een nieu-

On peut se demander d'abord s'il est souhaitable que le médecin prescripteur puisse effectuer lui-même certains examens. Ne faudrait-il pas faire montre d'une plus grande sélectivité dans ce domaine?

Il convient d'autre part de se demander si le droit de prescrire des examens au moyen d'appareils médicaux lourds peut être accordé à l'ensemble des médecins sans exiger aucune qualification spéciale de leur part. La technologie médicale requiert en effet de la part du médecin, prescrivant des examens hautement spécialisés, une connaissance approfondie de la technologie concernée et des risques qu'elle comporte.

L'indemnisation des prestations techniques doit de préférence faire l'objet d'une adaptation régulière s'il apparaît que l'évolution de la technologie médicale permet d'effectuer ces prestations de façon plus rapide, plus fréquente et moins chère.

Par exemple, certains examens qui demandaient à l'époque une plus grande intensité de travail peuvent à présent être effectués plus simplement, plus rapidement et à moindres frais. Il est dès lors raisonnable d'adapter le tarif de remboursement de ces prestations.

Certains examens connexes s'effectuent souvent en série. Il serait sans doute opportun de ne plus les indemniser désormais par acte mais bien par série.

Il y a pour terminer un certain nombre de prestations qui sont devenues courantes et que l'on effectue dans certains cas de façon quasi automatique. Ne serait-il pas souhaitable d'intégrer ces prestations dans l'honoraire de base au lieu de les indemniser séparément?

Des mesures linéaires ont été prises par le passé dans certains secteurs afin de sauvegarder l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie, notamment en biologie clinique.

Il est toutefois apparu par la suite qu'une réduction des tarifs dans ces secteurs entraînait souvent une augmentation du nombre de prestations avec, pour conséquence, un accroissement considérable des dépenses et un nouveau risque de déséquilibre budgétaire. On peut dès lors se demander si l'application de mesures semblables a bien donné le résultat escompté et s'il ne faut pas plutôt rechercher, pour certains secteurs, un autre mode de financement susceptible d'assurer l'équilibre budgétaire tout en garantissant un fonctionnement qualitatif de soins de santé.

A l'instar de ce qui s'est passé dans le secteur hospitalier ces quatre dernières années on envisage aussi dans le secteur des services médico-techniques de passer d'une approche quantitative à une approche qualitative. Ceci se fera d'abord pour les services de biologie clinique, permettant ainsi une meilleure intégration de ces services dans l'ensemble de l'hôpital. Une nouvelle technique de financement sera élaborée de manière à ce que le médecin soit financièrement

we financieringstechniek worden ontworpen zodat ook de arts financieel verantwoordelijk wordt voor zijn keuzen. Deze nieuwe financieringswijze zal gebaseerd zijn op een beter evenwicht tussen middelen en behoeften. Een wijze van financiering met een begrotingsenveloppe die voor elk ziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en niet langer voor alle ziekenhuizen van het land samen, zou aan deze kenmerken kunnen beantwoorden.

Naast de klinische biologie moet deze financieringstechniek progressief ook nog op andere medisch-technische diensten worden toegepast zoals bvb. de diensten beeldvorming en de dialysediensten.

5. Technology Assessment.

Eén van de problemen die het beleid in de afgelopen tien jaren m.b.t. de medische technologie heeft ervaren bestaat in de opvolging en evaluatie van de nieuwe technologie die op de markt wordt gebracht. Deze opvolging en evaluatie dient 3 fasen te bevatten:

1. De pre-introductiefase.

Nog voor een apparaat op de markt wordt gebracht zou, nadat het aan de diensten van Volksgezondheid is gemeld, moeten worden onderzocht of het voldoende veilig en efficiënt is en wat de cost-benefit situatie ervan is.

2. De introductiefase.

Nadat een toestel goed is bevonden kan het geprogrammeerd worden of toegelaten worden voor installatie.

3. De post-introductiefase.

Eens een apparaat geïnstalleerd dient nagegaan of het:

- aan de verwachtingen beantwoordt;
- een substitutieëffekt heeft;
- al of niet kostenbesparend is.

In andere landen bestaat sinds lang dit soort van technology assessment.

In de schoot van het Departement van Volksgezondheid zou een cel kunnen worden opgericht die specifiek belast is met deze problematiek.

VII. TEWERKSTELLING IN DE ZIEKENHUISSECTOR

Ondanks de bezuinigingen die in de ziekenhuissector werden doorgevoerd is de tewerkstelling er niet verminderd, integendeel. Dit moge blijken uit het hiernavolgend overzicht.

Tabel 19. Evolutie van de tewerkstelling in de ziekenhuissector

Aard van het personeel. — <i>Genre de personnel</i>	1975	1977	1979	1981	1983	1985
Administratief, vakkundig en dienstpersoneel. — <i>Personnel administratif, technique et de service</i>	30 752	33 678	37 577	36 011	35 947	—
Verplegend personeel. — <i>Personnel soignant</i>	39 522	45 143	49 289	55 448	54 896	—
Paramedisch personeel. — <i>Personnel paramédical</i>	4 577	5 286	6 180	6 497	8 241	—
Totaal. — <i>Total</i>	74 851	84 107	93 046	97 956	99 134	102 552

responsable de ses choix. Ce nouveau mode de financement sera fondé sur un meilleur équilibre entre les moyens et les besoins. Un financement au moyen d'enveloppes budgétaires, fixées pour chaque hôpital en particulier et non plus pour tous les hôpitaux du pays pourrait peut-être répondre à ces caractéristiques.

Cette technique de financement devra être appliquée progressivement à d'autres services médico-techniques, comme les services d'imagerie médicale et de dialyse.

5. Evaluation de la technologie.

Le suivi et l'évaluation de la nouvelle technologie qui est commercialisée sont quelques-uns des problèmes de la technologie médicale rencontrés par le Gouvernement au cours des 10 dernières années. Ce suivi et cette évaluation doivent se faire en trois étapes:

1. La phase préalable à l'introduction.

Avant sa commercialisation et après son enregistrement à la Santé publique, il faut examiner si l'appareil est suffisamment sûr, efficace et en estimer le rapport coût-profit.

2. La phase d'introduction.

Après son agrément, l'appareil doit être programmé ou son installation doit être autorisée.

3. La phase post introductive.

Dès qu'il est installé, il faut vérifier:

- si l'appareil répond aux attentes,
- s'il a des effets secondaires,
- s'il est économique.

Cette évaluation technologique se pratique depuis longtemps dans d'autres pays.

Le Département de la Santé publique devrait créer une cellule chargée de cette problématique.

VII. L'EMPLOI DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

L'emploi n'a pas diminué malgré les économies réalisées dans ce secteur. Le tableau ci-après en donne un aperçu.

Tableau 19. Evolution de l'emploi dans le secteur hospitalier

Aard van het personeel. — <i>Genre de personnel</i>	1975	1977	1979	1981	1983	1985
Administratief, vakkundig en dienstpersoneel. — <i>Personnel administratif, technique et de service</i>	30 752	33 678	37 577	36 011	35 947	—
Verplegend personeel. — <i>Personnel soignant</i>	39 522	45 143	49 289	55 448	54 896	—
Paramedisch personeel. — <i>Personnel paramédical</i>	4 577	5 286	6 180	6 497	8 241	—
Totaal. — <i>Total</i>	74 851	84 107	93 046	97 956	99 134	102 552

Ondanks de invoering van het moratorium van algemene akute ziekenhuisbedden in juli 1982 en de daarop gevolgde vermindering van 2 000 bedden tussen 1982-1985 is er een toename van $\pm 3\,000$ personeelsleden.

M.b.t. de geneesheren beschikken we over gegevens van 1980 tot 1983.

Tabel 20. Evolutie tewerkstelling geneesheren in de ziekenhuissector

	Aantal geneesheren	Aantal functies
1980	9 713	13 207
1981	10 209	13 746
1982	10 674	14 162
1983	10 673	14 079

Het aantal geneesheren en het aantal functies voor geneesheren blijft rond 1982-1983 $\pm$ stabiel.

De herstrukturingsmaatregelen zullen de tewerkstelling voor het niet-medisch personeel niet doen afnemen. Integendeel.

Door de herstructurering zullen met name middelen die uit de besparing vrijkomen heraangewend worden voor projecten van kwaliteitsverbetering met behoud of met verhoging van de tewerkstelling.

Anderzijds zullen door reconversie van ziekenhuisbedden naar verzorgingsbedden nieuwe mogelijkheden van tewerkstelling worden gecreëerd.

De fusies, groeperingen en reconversies laten dus voldoende mogelijkheid om de tewerkstelling te handhaven en zelfs gevoelig te verbeteren.

Tenslotte dient ook gewezen op het koninklijk besluit nr. 493 van 31 december 1986 waardoor de werkgelegenheid in de sociale sector, waaronder de ziekenhuizen, zal worden bevorderd.

Eén van de hoofdoobjectieven van het koninklijk besluit nr. 493 is de harmonisatie van de tijdelijke tewerkstellingsregimes.

Tabel 21. Thans bestaande tijdelijke tewerkstelling in de ziekenhuizen (1987)

Soort tewerkstelling	Aantal
T.W.W.	2 532,2
D.A.C.	2 378,8
B.T.K.	138,0
Totaal	5 049,0

De uitgangspunten voor de toepassing van het koninklijk besluit nr. 493 zijn de volgende:

1. De bestaande stelsels vervangen door één nieuw systeem.

L'effectif du personnel a augmenté de près de 3 000 unités malgré l'instauration d'un moratoire du nombre de lits généraux aigus en juillet 1982 et la réduction du nombre de lits de 2 000 unités de 1982 à 1985.

Au sujet des médecins, nous disposons des données de 1980 à 1983.

Tableau 20. Evolution de l'emploi des médecins dans le secteur hospitalier

	Nombre de medecins	Nombre de fonctions
1980	9 713	13 207
1981	10 209	13 746
1982	10 674	14 162
1983	10 673	14 079

Le nombre de médecins et le nombre de fonctions pour médecins sont relativement stables vers 1982-1983.

Les mesures de restructuration n'entraîneront aucune diminution de l'emploi. Au contraire.

La restructuration permettra de réaliser des économies qui seront réutilisées pour des projets d'amélioration de la qualité avec maintien ou augmentation de l'emploi.

La reconversion de lits d'hôpitaux en lits de soins créera des nouvelles possibilités d'emploi.

Les fusions, regroupements et reconversions permettent de sauvegarder et même d'améliorer sensiblement l'emploi.

Enfin l'arrêté royal n° 493 du 31 décembre 1986 améliorera l'emploi dans le secteur social et notamment dans les hôpitaux.

L'harmonisation des régimes d'emplois temporaires est un des objectifs de l'arrêté royal n° 493.

Tableau 21. Emplois temporaires dans les hôpitaux (1987)

Sorte d'emploi	Nombre
C.M.T.	2 532,2
T.C.T.	2 378,8
C.S.T.	138,0
Total	5 049,0

L'application de l'arrêté royal n° 493 est fondée sur les principes suivants:

1. Remplacer les régimes actuels par un régime unique.

2. De toewijzing van tijdelijke personeelsleden moet gebeuren i.f.v. de objectieven van het gezondheidsbeleid.

3. Openbare en private sektor zullen op gelijke voet worden behandeld.

4. Voornamelijk het ongeschoold of minder geschoold personeel dat thans werkloos is moet aan bod komen.

5. Full-time betrekkingen kunnen omgeschakeld worden naar part-time betrekkingen rekening houdend met de inspanningen die eerder op dit stuk reeds werden gedaan alsmede met de beperkingen van part-time werk in de ziekenhuissector.

Concreet moet naast de harmonisatie van de tijdelijke tewerkstellingsvormen een bijkomende tewerkstelling kunnen worden gecreëerd a rato van maximum 2 pct. van de loonmassa, hetzij 1 000 à 2 000 full-time betrekkingen. Om het aantal tewerkgestelden nog te verhogen wordt de deeltijde tewerkstelling nog verder aangemoedigd.

VIII. PRIORITEITEN VOOR DE ONMIDDELLIJKE TOEKOMST

Naast de hogervermelde prioriteiten staan voor de onmiddellijke toekomst drie prioriteiten centraal: het stimuleren van de daghospitalisatie, een meer globale aanpak van de klinische biologie, de opname van spoedgevallen.

1. Daghospitalisatie.

De daghospitalisatie moet in zijn begripsomschrijving worden onderscheiden van partiële hospitalisatie omdat het om een eenmalige interventie gaat.

Anderzijds verschilt de daghospitalisatie van ambulante of poliklinische activiteiten omdat deze meerdere uren verpleging vergt.

De daghospitalisatie komt in alle landen volop in ontwikkeling. Er zijn immers heel wat voordelen aan verbonden:

- de kosten liggen minder hoog omdat verpleegdagen kunnen worden uitgespaard;
- wachtlijsten kunnen worden verminderd;
- het aantal bedden kan worden gereduceerd;
- de patiënt kan sneller terug naar huis;
- het personeel heeft betere werkomstandigheden (geen nacht en weekends).

Het is duidelijk dat voor de patiënten, het personeel, het ziekenhuisbeheer en de overheid, aan de daghospitalisatie voordelen zijn verbonden.

De daghospitalisatie moet evenwel in goede omstandigheden kunnen gebeuren: de nodige infrastructuur en het vereiste personeel moeten er zijn. Er is een goede organisatie nodig voor de voorbereiding van de patiënt, de ingreep zelf en de post-operatieve zorgen.

Er is een team nodig waarvan de leden op elkaar moeten ingespeeld zijn om vlot en efficiënt te kunnen werken.

2. Le personnel temporaire doit être affecté en fonction des objectifs de la politique de santé.

3. Les secteurs privé et public seront traités sur un pied d'égalité.

4. Le personnel reconverti ou peu qualifié, actuellement en chômage, doit surtout entrer en ligne de compte.

5. Les emplois à temps plein doivent être convertis en emplois à temps partiel en tenant compte des efforts déjà consentis en cette matière ainsi que des limitations au travail à temps partiel dans les hôpitaux.

Concrètement, il faut donc en plus d'une harmonisation des formes d'emplois temporaires créer de l'emploi supplémentaire a ratio d'un maximum de 2 p.c. de la masse salariale, soit 1000 à 2000 équivalents temps plein. Le travail à temps partiel sera aussi encouragé afin d'augmenter le nombre de personnes mises au travail.

VIII. PRIORITES IMMEDIATES

Il y a trois priorités immédiates: la stimulation de l'hospitalisation d'un jour, une approche plus globale de la biologie clinique, l'admission des cas d'urgence.

1. L'hospitalisation d'un jour.

L'hospitalisation d'un jour diffère de l'hospitalisation partielle, parce qu'il s'agit d'une intervention unique.

Par ailleurs, l'hospitalisation d'un jour diffère des activités ambulatoires ou polycliniques parce qu'elle exige plusieurs heures de soins.

L'hospitalisation d'un jour se développe partout en raison des avantages qu'elle présente:

- coûts moins élevés parce que des journées d'hospitalisation peuvent être évitées;
- les listes d'attente peuvent être réduites;
- le nombre de lits peut être réduit;
- retour rapide des patients à leur domicile;
- meilleures conditions de travail pour le personnel (pas de nuits et de week-ends).

Il est évident que l'hospitalisation d'un jour présente de nombreux avantages pour le patient, le personnel, la gestion de l'hôpital et l'Etat.

L'hospitalisation d'un jour doit pouvoir se faire dans de bonnes conditions. L'infrastructure indispensable et le personnel nécessaire doivent être disponibles. Il faudra une bonne organisation pour la préparation du patient, pour l'opération elle-même et pour les soins postopératoires.

Les membres de l'équipe doivent être habitués à travailler ensemble pour agir avec aisance et efficacité.

Kortom, de daghospitalisatie moet omwille van de voordelen die eraan verbonden zijn in de komende jaren sterk worden aangemoedigd. Er dienen ook kwalitatieve eisen te worden gesteld naar de organisatie toe.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bracht over de daghospitalisatie een advies uit met een voorstel van erkenningsnormen.

De bedoeling ligt voor om de daghospitalisatie via de wetgeving te stimuleren zowel door het concept te omschrijven als door de financiering.

De wijziging die in 1985 aan de definitie van de ziekenhuiswet werd aangebracht laat dit overigens toe.

2. Klinische biologie.

2.1. Een tweede prioriteit bestaat erin de wetgeving inzake de laboratoria voor klinische biologie te herzien.

Thans worden de labo's gereguleerd op een viervoudige basis:

2.1.1. De financiering van de laboratoria gebeurt in het kader van de ZIV-wet op basis van vergoedingen per prestatie. Deze vergoedingen worden in beginsel overeengekomen in het kader van de conventies tussen geneesheren en verzekeringsinstellingen.

2.1.2. De exploitatie van de laboratoria wordt geregeld door het koninklijk besluit nr. 143. De naleving van de regelen die hierin werden vastgesteld is een voorwaarde voor terugbetaling in het kader van de ziekteverzekering. Essentieel in het koninklijk besluit nr. 143 is de bepaling dat laboratoria, in het kader van de ZIV-terugbetaling, in beginsel slechts mogen worden geëxploiteerd door verstrekkers van klinische biologie. De bedoeling van deze bepaling was te vermijden dat laboratoria zouden geëxploiteerd worden door personen of organisaties die commerciële doeleinden nastreven. Verder worden de laboratoria ook onderworpen aan het bijhouden van een boekhouding.

2.1.3. Om van de ZIV-terugbetaling te kunnen genieten moeten de prestaties van klinische biologie worden uitgevoerd door laboratoria die door de minister van Volksgezondheid zijn erkend. De belangrijkste erkenningsvoorwaarde is de medewerking aan een kwaliteitscontrole die verricht wordt door universitaire laboratoria. De erkenning kan worden ingetrokken na herhaaldelijk vastgestelde fouten in de analyses.

2.1.4. Tenslotte wordt het aantal laboratoria voor klinische biologie reeds sinds 1980 geblokkeerd op basis van een bepaling in de ziekenhuiswet.

2.2. De totnogtoe genomen maatregelen hebben niet het gewenste effect gehad.

2.2.1. De uitgaven in de sektor van de klinische biologie (en van de nucleaire geneeskunde) stegen op een ongebreidelde wijze.

Bref, en raison des avantages qu'elle présente, ce type d'hospitalisation doit être fortement encouragé. Il faut cependant imposer des normes qualitatives à son organisation.

Le Conseil national des établissements hospitaliers a émis à son sujet un avis et une proposition de normes d'agrément.

L'objectif est de stimuler le concept et le financement de l'hospitalisation.

La modification apportée en 1985 à la définition de la loi sur les hôpitaux le permet.

2. Biologie clinique.

2.1. La révision de la législation sur les laboratoires de biologie clinique est une seconde priorité.

La réglementation actuelle des laboratoires de biologie clinique est fondée sur quatre points:

2.1.1. Les laboratoires sont financés en vertu de la loi sur l'AMI et sur la base d'indemnités par prestation. Ces indemnités sont, en principe, fixées dans le cadre des conventions médico-mutualistes.

2.1.2. L'exploitation des laboratoires est régie par l'arrêté royal n° 143. Le respect des règles qui y sont fixées est une condition du remboursement par l'AMI. Une disposition essentielle de cet arrêté stipule que pour le remboursement par l'A.M.I., ces laboratoires ne peuvent être exploités que par des prestataires en biologie clinique. Cette disposition veut éviter que des laboratoires soient exploités par des personnes ou organisations ayant uniquement un but commercial. Ces laboratoires doivent aussi tenir une comptabilité.

2.1.3. Pour être remboursées par l'A.M.I., les prestations de biologie clinique doivent être accomplies par des laboratoires agréés par le ministère de la Santé publique. La condition principale d'agrément est la collaboration à un contrôle de qualité pratiqué par des laboratoires universitaires. L'agrément peut être retiré si des erreurs répétées dans les analyses sont constatées.

2.1.4. Enfin, le nombre de ces laboratoires est déjà bloqué depuis 1980, en vertu d'une disposition de la loi sur les hôpitaux.

2.2. Les mesures prises jusqu'à présent n'ont pas encore eu l'effet voulu.

2.2.1. Les dépenses ont augmenté d'une manière effrénée dans le secteur de la biologie clinique (médecine nucléaire y compris).

Tabel 22. Uitgaven per rechthebbende

Klinische biologie			Nukleaire geneeskunde <i>in vitro</i>		
in konstante franken			in konstante franken		
1970	350		1974	236	
1982	1 871		1982	281	
1984	2 254	826 (= × 2,5)	1984	474	230 (= × 10)

In konstante franken werden de uitgaven voor klinische biologie per rechthebbende sinds 1970 vermenigvuldigd met 2,5. Voor nukleaire geneeskunde sinds 1974 maal 10.

Tabel 23. Evolutie uitgaven en prestaties tussen 1980 en 1985 (nukleaire geneeskunde inbegrepen)

	Klinische biologie <i>Biologie clinique</i>			Nukleaire geneeskunde <i>in vitro</i> <i>Medecine nucleaire in vitro</i>		
	1980	1985	groei % — crois. %	1980	1985	groei % — crois. %
UITGAVEN. — DEPENSES				1 778 022 628	4 503 586 832	+ 153
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	2 553 423 470	3 424 427 194	+ 34			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	11 087 729 450	17 670 942 670	+ 59			
Totaal. — Total	13 641 252 920	21 095 369 864	+ 54			
GEVALLEN (PREST.). — CAS (PREST.)				2 414 424	7 261 400	+ 200
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	43 333 752	53 738 892	+ 24			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	58 708 390	83 703 554	+ 42			
Totaal. — Total	102 042 142	137 442 446	+ 34			
GEMID. KOSTPRIJS. — COUT MOYEN				736,42	620,21	- 15,8
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	58,92	63,72	9			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	188,86	211,11	12			

(1) Artikel 3 van de nomenclatuur bevat de prestaties die niet door een geneesheer-specialist moeten worden verricht.

(2) Artikel 24 van de nomenclatuur bevat de prestaties die enkel door geneesheren-klinisch biologen mogen worden verricht.

Sinds 1980 groeiden de uitgaven in de klinische biologie met meer dan 50 pct. en dit ondanks de tariefverminderingen. In de nukleaire geneeskunde *in vitro* stegen de uitgaven met 153 pct. en dit ook ondanks de tariefverminderingen.

De uitgavengroei is te wijten aan de grote toename van het aantal analyses: in de biologie met 34 pct. en in de nukleaire geneeskunde met 200 pct.

Het totale bedrag van klinische biologie kan al naargelang het al of niet gehospitaliseerd zijn van patiënten als volgt worden onderverdeeld:

1. labotesten voor ambulante patiënten 67 pct.
 - * voorgeschreven door huisarts 40 pct.
 - * voorgeschreven door specialist 27 pct.
2. labotesten voor gehospitaliseerde patiënten 33 pct.

2.2.2. De maatregelen inzake kwaliteit en kwaliteitscontrole hebben eveneens onvoldoende effect gehad.

De erkenningsnormen zijn vrij vaag en bieden nog onvoldoende garanties voor kwaliteit.

De kwaliteitscontrole heeft nauwelijks tot sancties geleid.

Tableau 22. Dépenses par bénéficiaire

Biologie clinique		Medecine nucleaire <i>in vitro</i>			
	en francs constants		en francs constants		
1970	350	1974	236		
1982	1 871	1982	281		
1984	2 254	826 (= × 2,5)	1984	474	230 (= × 10)

En francs constants les dépenses de biologie clinique ont été multipliées par 2,5 par bénéficiaire depuis 1970. Celles de médecine nucléaire par 10 depuis 1974.

Tableau 23. Evolution des dépenses et prestations de 1980 à 1985 (médecine nucléaire incluse)

	Klinische biologie <i>Biologie clinique</i>			Nukleaire geneeskunde <i>in vitro</i> <i>Medecine nucleaire in vitro</i>		
	1980	1985	groei % — crois. %	1980	1985	groei % — crois. %
UITGAVEN. — DEPENSES				1 778 022 628	4 503 586 832	+ 153
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	2 553 423 470	3 424 427 194	+ 34			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	11 087 729 450	17 670 942 670	+ 59			
Totaal. — Total	13 641 252 920	21 095 369 864	+ 54			
GEVALLEN (PREST.). — CAS (PREST.)				2 414 424	7 261 400	+ 200
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	43 333 752	53 738 892	+ 24			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	58 708 390	83 703 554	+ 42			
Totaal. — Total	102 042 142	137 442 446	+ 34			
GEMID. KOSTPRIJS. — COUT MOYEN				736,42	620,21	- 15,8
Omnipractic. — Art. 3(1) <i>nomencl.</i>	58,92	63,72	9			
Specialisten. — Art. 24(2) <i>nomencl.</i>	188,86	211,11	12			

(1) Article 3 de la nomenclature contient des prestations qui ne doivent pas être faites par un médecin-spécialiste.

(2) Article 24 de la nomenclature contient des prestations qui ne peuvent être faites que par des médecins-spécialistes en biologie clinique.

Les dépenses de biologie clinique ont augmenté de plus de la moitié depuis 1980, malgré les réductions tarifaires. Les dépenses pour la médecine nucléaire *in vitro* ont augmenté de 153 p.c., malgré la réduction des tarifs.

L'augmentation des dépenses est due à la multiplication du nombre des analyses en biologie clinique de 34 p.c. et de 200 p.c. en médecine nucléaire *in vitro*.

Le montant total de la biologie clinique peut être subdivisé ainsi (on ne tient pas compte si le patient est hospitalisé ou non):

1. test de laboratoire pour patients ambulants 67 p.c.
 - * prescrits par le généraliste 40 p.c.
 - * prescrits par le spécialiste 27 p.c.
2. test de laboratoire pour patients hospitalisés 33 p.c.

2.2.2. Les mesures portant sur la qualité et le contrôle de celle-ci n'ont pas eu un effet suffisant.

Les normes d'agrément manquent de précision et n'offrent pas suffisamment de garanties de qualité.

Ce contrôle n'a presque pas donné lieu à des sanctions.

2.2.3. De blokkering van het aantal labo's heeft niet belet dat België, in vergelijking met andere landen, over een vrij hoog aantal labo's beschikt. Opvallend is dat in de ziekenhuizen er meerdere labo's erkend kunnen zijn per ziekenhuis.

Tabel 24. Spreiding van de laboratoria voor klinische biologie volgens hun localisatie en de kwalificatie van de titularis

	Antwerpen — Anvers	Brabant — Brabant	West- Vlaanderen — Flandre occidentale	Oost- Vlaanderen — Flandre orientale	Hene- gouwen — Hannaut	Luik — Liege	Limburg — Limbourg	Luxem- burg — Luxem- bourg	Namen — Namur	Totaal — Total
Ziekenhuislaboratoria geleid door: — <i>Laboratoires hospitaliers dirigés par:</i>										
— Klinische biologen. — <i>Spécialistes en biologie clinique</i>	54	68	35	45	36	42	21	9	8	318
— Geneesheren connexisten. — <i>Médecins connexistes</i>	27	26	15	29	20	21	13	4	4	159
Extramurale laboratoria geleid door: — <i>Laboratoires extra-hospitaliers dirigés par:</i>										
— Klinische biologen. — <i>Spécialistes en biologie clinique</i>	34	85	30	47	35	32	9	4	8	284
— Geneesheren connexisten. — <i>Médecins connexistes</i>	93	132	54	95	50	33	33	7	17	514
— Huisartsen. — <i>Médecins généralistes</i>	20	26	24	13	29	6	4	1	6	129
Totaal. — <i>Total</i>	268	337	158	229	170	134	80	25	43	1 404

2.3. Naar de toekomst toe dienen meerdere maatregelen te worden getroffen.

2.3.1. Technieken dienen te worden uitgewerkt om de uitgaven beter te beheersen.

De voorkeur dient hierbij uit te gaan naar een enveloppe per labo. In het kader van het jongste medico-mutualistisch akkoord werd overeengekomen een enveloppesysteem uit te werken waarvoor vrijwillig kon worden geopteerd. Tevens werd beslist maatregelen te voorzien om commerciële praktijken te beteugelen.

2.3.2. De boekhouding van de labo's dient te beantwoorden aan de eisen van een goed management. Op basis van de boekhouding moet een grotere doorzichtigheid worden betracht van de inkomsten en uitgaven van de laboratoria.

2.3.3. Tenslotte dienen maatregelen te worden getroffen om de kwaliteit van de analyses te verbeteren.

Strengere erkenningsnormen moeten worden voorzien die een kwalitatieve werking garanderen. De niet-naleving dient gesanctioneerd.

Daarnaast moet een nieuw type van kwaliteitscontrole oppunt worden gesteld na o.m. een studie te hebben ondernomen over de buitenlandse systemen. Met deze studie werd de contactcommissie tussen geneesheren-biologen en apothekers-biologen belast. De commissie zal aangevuld worden met leden uit de commissies voor klinische biologie die bevoegdheid hebben inzake de erkenning van labo's.

2.2.3. Le blocage du nombre de laboratoires n'a pas empêché la Belgique d'en avoir encore toujours un nombre élevé, comparativement à d'autres pays. Il est à remarquer que par hôpital plusieurs laboratoires peuvent être agréés.

Tableau 24. Répartition des laboratoires de biologie clinique selon leur localisation et la qualification de leur titulaire

2.3. Plusieurs mesures doivent encore être prises.

2.3.1. Il faut élaborer des techniques en vue de mieux maîtriser les dépenses.

Dans le cadre du récent accord médico-mutualiste, on est convenu de mettre au point un système d'enveloppes qu'on peut choisir librement. Des mesures ont été décidées en vue de réprimer des manœuvres commerciales.

2.3.2. La comptabilité des laboratoires doit répondre aux exigences d'un bon management. Cette comptabilité doit donner une plus grande transparence des recettes et dépenses des laboratoires.

2.3.3. Enfin, des mesures doivent être prises pour améliorer la qualité des analyses.

Il y a lieu de prévoir des normes d'agrément plus sévères garantissant un fonctionnement de qualité. Leur non-respect doit être sanctionné.

Un nouveau type de contrôle de la qualité doit être mis au point, après étude des systèmes appliqués à l'étranger. La Commission de contact médecins biologistes-pharmaciens biologistes a été chargée de cette étude. La commission sera complétée par des membres des commissions de biologie clinique qui sont compétents pour l'agrément et le contrôle de la qualité des laboratoires.

2.4. Studie rond de laboratoria.

2.4.1. Ten einde de uitgaven in de sector van de klinische biologie beter te kunnen beheersen wordt een wetenschappelijk onderzoek ondernomen. Deze studie heeft hoofdzakelijk betrekking op:

- de inventaris van de bestaande toestand qua aantal labo's, hun statuut, de prestaties die er uitgevoerd worden, zakencijfer, enz.;
- een analyse van de kostenstructuur van de labo's;
- een analyse van de vraag naar analyses en de wijze waarop deze bepaald wordt.

2.4.2. Uit de thans beschikbare gegevens blijkt reeds dat in 1983 ongeveer 45 pct. van de labo's, met name extramurale labo's geleid door zgn. connexisten, slechts 4 pct. van het zakencijfer realiseerden. De ziekenhuislaboratoria vertegenwoordigen 31,7 pct. van de laboratoria en realiseren 63 pct. van het zakencijfer.

De extramurale labo's realiseren 29 pct. van het zakencijfer. Ongeveer 34 pct. van het zakencijfer wordt in 1983 gerealiseerd door labo's waarvan het zakencijfer lager is dan 50 miljoen en 58 pct. in laboratoria waarvan het zakencijfer lager is dan 100 miljoen.

Het zakencijfer per tewerkgesteld persoon is het hoogst in de extra-murale labo's en het minst groot in de ziekenhuislabo's.

Het zakencijfer per tewerkgesteld persoon blijkt een maximum te bereiken in labo's waarvan het zakencijfer schommelt tussen 50 en 100 miljoen, en vermindert vervolgens wanneer het zakencijfer hoger is dan 200 miljoen.

2.4.3. De studie deed ook een gedetailleerd onderzoek in één labo. Hieruit bleek o.m. het volgende:

1. De personeelskost in casu vertegenwoordigt 44,6 pct. van de kost (+ 11,7 pct. voor geneesheren). Verbruiksgoederen vertegenwoordigen 20 pct. van de kost en uitrusting 5,8 pct.

2. De rentabiliteit verschilt naargelang de aard van de analyses. Zo blijkt dat de scheikundige en hematologische onderzoeken een rentabiliteit hebben van 22 pct., terwijl de bacteriologie en de anatomo-pathologie deficitair zijn.

De rentabiliteit verschilt binnen de verschillende sectoren ook naargelang de samenstelling van de productie; zo bereiken de geautomatiseerde onderzoeken en de RIA onderzoeken een rentabiliteit die gaat tot 65 pct.

Analyses die met de hand worden verricht zijn doorgaans deficitair.

De nomenclatuurwaarde klopt dus niet steeds met de reële kostprijs.

3. De aard van de wachtdienst beïnvloedt sterk de kosten. Een oproepbare wacht vergt 2 full-time personeelsleden, terwijl een wacht ter plaatse 5 personen vergt.

Deze kost kan maar afgeschreven worden mits voldoende analyses te maken. Om dit volume te halen zijn hergroeperingen van wachten noodzakelijk.

2.4. Etude sur les laboratoires.

2.4.1. Une étude scientifique a été entreprise en vue de mieux maîtriser les dépenses en biologie clinique. L'étude porte principalement sur:

- l'inventaire du nombre actuel de laboratoires, leur statut, les prestations qui y sont accomplies, chiffre d'affaires, etc.;
- l'analyse de la structure des coûts du laboratoire;
- un examen de la demande d'analyses et de la manière dont cette demande est déterminée.

2.4.2. Les données révèlent qu'en 1983, 45 p.c. des laboratoires ne réalisaient que 4 p.c. du chiffre d'affaires. Les laboratoires d'hôpitaux ne représentent que 31,7 p.c. des laboratoires mais réalisent 63 p.c. du chiffre d'affaires.

Les laboratoires extra-muros réalisent 29 p.c. du chiffre d'affaires. En 1983, près de 34 p.c. du chiffre d'affaires ont été réalisés par des laboratoires dont le chiffre d'affaires est inférieur à 50 millions et 58 p.c. par des laboratoires qui ont un chiffre d'affaire inférieur à 100 millions.

Le chiffre d'affaires par personne employée est le plus élevé dans les laboratoires extra muros et les moins élevé dans les laboratoires d'hôpitaux.

Le chiffre d'affaires par personne employée semble être le plus élevé dans les laboratoires dont le chiffre d'affaires varie de 50 à 100 millions et diminue ensuite lorsque ce chiffre est supérieur à 200 millions.

2.4.3. L'étude comprend une enquête détaillée dans un laboratoire déterminé si on ajoute les frais. Elle a révélé que:

1. Le coût du personnel y représente 44,6 p.c. du coût (+ 11,7 p.c. du personnel médical). Les biens de consommation représentent 20 p.c. et l'équipement 5,8 p.c. du coût.

2. La rentabilité diffère d'après la nature des analyses. Il appert ainsi que les examens chimie-hématologie ont une rentabilité de 22 p.c. alors que la bactériologie et l'anatomo-pathologie sont déficitaires.

Dans les secteurs, la rentabilité diffère selon la composition de la production. Ainsi, les analyses automatisées et les RIA ont une rentabilité allant jusqu'à 65 p.c.

Les analyses manuelles sont souvent déficitaires.

La valeur fixée par la nomenclature ne correspond donc pas toujours au coût réel.

3. La sorte de service de garde a une grande influence sur le coût. Une garde appellable requiert deux personnes à temps plein, alors qu'une garde sur place exige 5 personnes. Ce coût ne peut s'amortir que par un nombre suffisant d'analyses. Il faut regrouper des gardes pour parvenir à cette quantité.

4. Het schaafeffect speelt een belangrijke rol. Hoe groter de productie hoe beter de organisatie en de werkverdeling en hoe groter de specialisatiegraad.

Anderzijds moet de hergroepering van labo's afgewogen worden tegenover de transportkosten, de wachttijden, enz.

5. De kosten variëren naargelang het aantal aanvragen. Hoe groter de productie hoe groter de besparing op de kost. Een toename van de productie met 25 pct. veroorzaakt een besparing van 13,3 pct. op de uitgaven.

2.4.4. De studie onderzoekt ook de wijze waarop de vraag wordt beïnvloed. De zakencijfers van de labo's werden vergeleken met demografische gegevens, ziekenhuisgegevens (bedden, verpleegdagen, opnamen) en medische gegevens.

Uit de studie blijkt dat het verbruik in de klinische biologie verschilt naargelang van de provincie en het ziekenhuis. Bijkomende studie is hieromtrent nodig, rekening houdend met epidemiologische gegevens, de structuur van het beddenpotentieel en de behandelde pathologie. In dit bijkomend onderzoek moet worden nagegaan hoe de uitgaven variëren voor gehospitaliseerde patiënten naargelang het type van diensten, de soorten specialismen, de aard van de pathologie.

3. Naar een meer optimale organisatie van de spoedgevallenzorg.

3.1. De dringende geneeskundige hulpverlening zoals die van overheidswege wordt georganiseerd is eigenlijk van vrij recente datum.

Te Antwerpen werd nl. in 1959 gestart met een experiment dat uitgegroeid is tot de dienst 900 zoals deze achteraf juridisch werd onderbouwd door de wet van 8 juli 1964. De hoofdcomponenten waren: een eenvormig oproepstelsel, eerste verzorging ter plaatse, vervoer naar het ziekenhuis en opnemingsdienst.

De dienst 900 werd een groot succes! Twintig jaar na de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening worden er thans immers jaarlijks meer dan 500 000 oproepen naar de 900-centrales gestuurd. Dit grote succes roept nochtans ook heel wat vragen op. Zo is het opvallend dat meer dan 50 pct. van de oproepen uitgaat van private woningen daar waar de wet voorschrijft dat van de 900 slechts kan gebruik worden gemaakt voor personen die zich op de openbare weg of op een openbare plaats bevinden.

3.2. Uit een enquête verricht door het departement van Volksgezondheid blijkt dat de spoedgevallenzorg niet steeds in optimale omstandigheden verloopt. Op 356 ziekenhuizen die aan de enquête meededen waren er slechts 48 die in het ziekenhuis zelf over een medische permanentie beschikken, hetzij 13 pct. Daarnaast beschikken 105 ziekenhuizen over een wachtregeling, dit is nog niet eens één derde van de ziekenhuizen.

4. Un plus grand volume de production permet une organisation et répartition et un plus grand degré de spécialisation. Les rendements d'échelle mis en évidence inciteraient à favoriser le regroupement des laboratoires.

Les économies réalisées dans les coûts de production grâce à ces regroupements doivent toutefois être mises en balance avec le coût du transfert, les délais de réponse, etc.

5. Une partie des coûts varie en fonction du nombre de demandes. L'économie des coûts est proportionnelle à la production. Une croissance de 25 p.c. de la production donne une économie de 13,3 p.c. sur les dépenses.

2.4.4. L'étude examine aussi la manière dont la demande est influencée. Les chiffres d'affaires des laboratoires ont été comparés aux données démographiques, hospitalières (lits, journées d'hospitalisation, hospitalisations) et médicales.

Il appert ainsi qu'en biologie clinique, la consommation diffère selon la province et l'hôpital. Une étude supplémentaire à ce sujet est nécessaire, compte tenu des données épidémiologiques, de la structure des lits et de la maladie traitée. Cette étude supplémentaire doit examiner comment les dépenses varient pour les patients hospitalisés, selon le type de service, la sorte de spécialité et la nature de la maladie.

3. Pour une organisation optimale des soins d'urgences.

3.1. L'aide médicale urgente telle que les autorités l'ont organisée, est de date assez récente.

C'est à Anvers, en 1959, qu'a commencé une expérience qui est devenue le service 900 tel que la loi du 8 juillet 1964 l'a juridiquement établi. Les éléments en étaient: numéro d'appel unique, premiers soins sur place, transfert à l'hôpital, admission dans un service.

Le 900 devint un grand succès. Vingt ans après la promulgation de la loi sur l'aide médicale urgente, les centraux 900 reçoivent chaque année plus de 500 000 appels. Ce succès suscite néanmoins bien des questions. Ainsi, il est frappant que plus de 50 p.c. des appels émanent de domiciles privés, alors que la loi prescrit que le 900 ne peut être appelé que pour des personnes qui se trouvent sur une voie ou dans un lieu public.

3.2. Une enquête du département de la Santé publique révèle que les soins d'urgence ne sont pas toujours accordés dans des conditions optimales. Des 356 hôpitaux qui ont participé à l'enquête, 48 seulement — soit 13 p.c. — avaient une permanence médicale à l'hôpital. Par ailleurs, 105 hôpitaux, donc moins d'un tiers de ceux-ci, ont une garde de nuit.

Op het totaal aantal patiënten dat in de spoedgevallen-dienst is opgenomen werd 15 pct. aangevoerd door de dienst 900; 73 pct. van het aantal spoedopnamen verlaat nog dezelfde dag het ziekenhuis. Men kan zich dan ook afvragen of in al deze gevallen wel een spoedopname vereist was.

3.3. Er is vooreerst het probleem van de 900-centrale en de dispatching. Hierbij zijn o.m. de vraag naar het invoeren van een systeem van medische regulatie. Deze regulatie heeft tot doel de slachtoffers te oriënteren naar het ziekenhuis dat het best geschikt is voor de opvang.

Een tweede probleem is dat van de begeleiding van het ziekenvervoer. Als doel wordt hier vooropgesteld een betere vorming van de ambulanciers ten einde deze in staat te stellen allernoodzakelijkste zorgen toe te dienen. Voor de zware spoedgevallen is er het probleem van de beschikbaarheid van medische interventiewagens (MUG).

Al deze aspecten dienen nader onderzocht te worden en te leiden tot beleidsmaatregelen met het oog op een verbetering van de spoedgevallenzorg.

3.4. Zoals onder punt 3.1 opgemerkt gaat 50 pct. van de oproepen uit van private woningen.

3.4.1. De opnamen in ziekenhuizen zijn in deze gevallen niet steeds verantwoord. Heel wat opnamen kunnen dan ook worden voorkomen door een betere verzorging ten huize.

De huisartsgeneeskunde zal zich in haar organisatie beter moeten afstemmen op deze opdracht.

Anderzijds moet bij het doorverwijzen van patiënten via de 900 naar het ziekenhuis een grotere selectiviteit aan de dag worden gelegd. Dit is één van de zwakke schakels van het huidige 900-systeem. De wet op de dringende geneeskundige hulpverlening voorziet nochtans dat met het oog op het toedienen van de eerste noodzakelijke zorgen ter plaatse de aangestelde van het hulpcentrum een vraag kan richten tot een geneesheer. Deze is krachtens de wet verplicht zich op de aangeduide plaats te begeven, tenzij hij hiertoe verhinderd is. Vermits er in het kader van de wet op de dringende hulpverlening geen specifieke wachtdienst voor geneesheren bestaat, is het niet altijd mogelijk snel een geneesheer te bereiken; ondertussen gaat echter heel wat tijd verloren en wordt het doel van de onmiddellijke hulpverlening niet bereikt.

Wel wordt beroep gedaan op ambulanciers om de aller-reerste zorgen te verlenen. In het verleden werd daarom nogal wat aandacht aan de vorming van de ambulanciers besteed.

3.4.2. Dit verklaart waarom tijdens een proefperiode experimenten worden gevoerd in Mortsel en in Luik. Tijdens deze periodes begeeft bij ongevallen in een privé-woning een huisarts met wachtdienst zich naar de patiënt. Deze oordeelt of de patiënt verder thuis kan worden verzorgd. Kan dat niet dan zorgt de geneesheer voor opname in een ziekenhuis dat het best geschikt is voor het gestelde probleem. Met dit experiment moet kunnen worden uitgemakt op welke manier de eerstelijnsgezondheidszorg drin-

Du nombre total de patients admis en urgence, 15 p.c. ont été transportés par le service 900; 73 p.c. des admissions d'urgence quittent l'hôpital le jour même. On peut dès lors se demander si tous ces cas exigeaient une admission urgente.

3.3. Il y a d'abord le problème des centraux 900 et de ses dispatchings ainsi que l'instauration d'un système de régulation médicale pour orienter les victimes vers l'hôpital le mieux adapté à leur cas.

Un deuxième problème est celui de l'encadrement médical lors du transport avec comme corollaire la nécessité d'une bonne formation des ambulanciers afin qu'ils soient capables d'administrer les premiers soins. Pour les cas graves se pose le problème de la disponibilité des véhicules d'intervention médicale (GUM).

Il faut que tous ces aspects soient examinés plus attentivement et ils doivent donner lieu à des mesures politiques en vue d'améliorer les soins d'urgence.

3.4. Remarquons que 50 p.c. des appels proviennent de domiciles privés.

3.4.1. Les hospitalisations ne sont pas toujours justifiées dans ces cas. Bien des hospitalisations peuvent dès lors être évitées par des meilleurs soins à domicile.

La médecine générale devra mieux adopter son organisation à cette tâche.

Il conviendra d'autre part de procéder de façon plus sélective lors du transfert de patients vers l'hôpital par les soins du service 900. J'estime que ceci constitue un des points faibles du système 900 actuel. La loi sur l'aide médicale urgente prévoit pourtant que le préposé du centre d'aide médicale peut adresser une demande à un médecin en vue de donner les premiers soins nécessaires sur place. Ce dernier est tenu, en vertu de la loi, de se rendre à l'endroit indiqué, sauf en cas d'empêchement. Il n'est toutefois pas toujours possible d'atteindre rapidement un médecin étant donné que la loi sur l'aide médicale urgente ne prévoit pas de service de garde spécifique pour les médecins; en attendant, cela fait toutefois perdre beaucoup de temps et l'objectif d'une aide médicale immédiate n'est pas atteint.

On fait néanmoins appel à des ambulanciers afin de dispenser les premiers soins. C'est pourquoi on a consacré, par le passé, pas mal d'attention à la formation des ambulanciers.

3.4.2. Ceci explique les expériences actuellement en cours à Mortsel et à Liège, pendant une période d'essai. Durant cette période, un médecin généraliste de garde se rendra chez le patient, lors d'un accident au domicile privé de celui-ci. Il jugera s'il est possible de continuer à soigner le patient chez lui. Dans le cas contraire, le médecin se chargera de l'admission dans l'hôpital le plus approprié. Cette expérience devrait permettre d'évaluer la manière dont les soins de santé primaires pourraient apporter une aide plus urgente

gende hulp aan de patiënt thuis kan verlenen. Soortgelijke experimenten zullen in de toekomst nog op andere plaatsen worden opgezet.

3.4.2.1. Bevindingen.

Aan het onderzoek te Mortsel wordt deel genomen door 60 op de 95 huisartsen uit het betrokken gebied.

In de periode van 1 juli 1984 tot 31 december 1986 werden 492 gevallen geregistreerd. Meer dan 3/4 van de oproepen werd rechtstreeks tot de 900 gericht. De arts van wacht kreeg slechts 7,4 pct. van de oproepen.

Er boden zich voor hulp ongeveer evenveel mannen als vrouwen aan. Het zwaartepunt ligt echter tussen 70 en 80 jaar (16,75 pct.).

Uit de resultaten van de registratie kan volgend beeld worden voorgesteld:

Tabel 25. Resultaten registratie experiment Mortsel

		%
— Tussenkost wachtarts	455	
— Onverrichter zake tussenkost	60	13,19
— Effectieve tussenkost	395	
• Vaststellen van overlijden	26	6,58
• Oproep MUG	24	6,08
• Behandeling zonder opname	162	41,01
• Hospitalisatie	168	42,53
Ambulatoire	10	2,53
Dringende medische redenen	130	32,91
Dringende sociale redenen	7	1,77
Aandringen patiënt	16	4,05
Andere redenen	5	1,27
• Andere	15	3,80

Uit deze tabel blijkt dat in 41 pct. hospitalisatie niet vereist was.

Tabel 26. Diagnosen experiment Mortsel

Diagnosen	431	%
Alcohol	18	4,18
Allergie	2	0,46
Cardiologie	75	17,40
Endocrinologie	8	1,86
Gastro-entero	23	5,34
Gynecologie	7	1,62
Intoxicologie	15	3,48
Luchtwegen	32	7,42
Neurologie	19	4,41
Pijntoestand	10	2,32
Psychologie	54	12,53
Zelfmoordpoging	18	4,18
Traumatologie	77	17,87
Urologie	4	0,93
Vasculair	39	9,05
Andere	30	6,96

De grootste vraag om hulp komt uit de psychische sector, nl. psychische afwijkingen, suïcide en suïcidepoging, intoxicaties (alcohol) en pijntoestanden: samen 31 pct.

au patient à domicile. Des expériences du même genre seront mises sur pied à l'avenir en d'autres endroits.

3.4.2.1. Constatations.

A l'enquête à Mortsel ont participé 60 des 95 généralistes de la région.

Du 1^{er} juillet 1984 au 31 décembre 1986, 492 cas ont été enregistrés. Plus de 3/4 des appels étaient adressés au 900 directement. Le médecin de garde n'a reçu que 7,4 p.c. des appels.

A peu près un nombre égal d'hommes et de femmes se sont présentés. Le plus grand nombre se situe entre 70 et 80 ans (16,75 p.c.).

Les résultats de l'enregistrement permettent de tirer les conclusions suivantes:

Tableau 25. Résultats enregistrement expériences à Mortsel

		%
— Intervention médecin de garde	455	
— Interventions vaines	60	13,19
— Interventions réelles	395	
• Constat de décès	26	6,58
• Appels GUM	24	6,08
• Traitements sans hospitalisation	162	41,01
• Hospitalisation	168	42,53
Ambulatoires	10	2,53
Raisons médicales impératives	130	32,91
Raisons sociales impératives	7	1,77
Insistance du patient	16	4,05
Autres raisons	5	1,27
• Autres	15	3,80

Ce tableau révèle que 41 p.c. des hospitalisations ne s'imposaient pas.

Tableau 26. Diagnostics expérience Mortsel

Diagnostics	431	%
Alcool	18	4,18
Allergie	2	0,46
Cardiologie	75	17,80
Endocrinologie	8	1,86
Gastro-enterologie	23	5,34
Gynecologie	7	1,62
Intoxication	15	3,48
Voies respiratoires	32	7,42
Neurologie	19	4,41
Etat douloureux	10	2,32
Psychologie	54	12,53
Tentative de suicide	18	4,18
Traumatologie	77	17,87
Urologie	4	0,93
Vasculaire	39	9,05
Autres	30	6,96

La plus grande demande d'aide émane du secteur psychique, notamment troubles psychiques, suicides et tentatives suicidaires, intoxications (alcool) et états douloureux: au total 31 p.c.

De cardio-vasculaire groep komt op de tweede plaats met iets meer dan een kwart van de gevallen; het aantal cardiale gevallen bedraagt 75 waarvan 30 opgenomen werden. Een derde groep is de traumatologie, nl. 17,87 pct. van de gevallen, hiervan diende 47 pct. niet opgenomen.

Op 431 gevallen waren er 34 hartinfarcten met 4 plotse overlijdens.

Opvallend is dat 34 pct. van de oproepen na 18 uur plaatshebben, terwijl 34,55 pct. van de gevallen zich 's nachts voordeden.

De huisarts is gemiddeld op 9 minuten en 40 seconden na het ontvangen van de oproep ter plaatse.

3.4.2.2. Aanbevelingen.

In het rapport lezen we volgende aanbevelingen:

1. Tijdens het experiment werd het nut ervaren van de medische interventiewagens in omstandigheden zoals hartstilstand en ademhalingsstilstand. Een controle op de toelatingsvoorwaarden en de werking van de MUG's wordt aanbevolen.

2. De spoedgevallenzorg aan huis mag niet als een afzonderlijke entiteit in de dringende hulpverlening worden gezien.

3. Het éénvormig oproepnummer heeft zijn nut bewezen. Het is niet wenselijk een bijkomend nummer voor hulp ten huize te creëren.

4. Oproepen afkomstig van de openbare weg komen niet in aanmerking voor huisartsen.

5. Voor oproepen ten huize moet de patiënt op de eerste plaats beroep doen op zijn huisarts.

6. In de 900-centrale horen geen artsen thuis. Wel moeten de aangestelden zoveel mogelijk inlichtingen verzamelen en zo volledig mogelijk overbrengen aan de wachtarts.

7. De artsen moeten hun wacht organiseren. De wachtarts moet beschikbaar en bereikbaar zijn. Hij moet over de nodige uitrusting beschikken en beroep kunnen doen op goed uitgeruste ziekenwagens met degelijk opgeleid personeel.

8. Het wagenpark moet progressief afhankelijk gemaakt worden van gespecialiseerde centra's.

9. Voor de intramurale spoedgevallenzorg moet men komen tot een beperkt aantal goed uitgeruste en gespecialiseerde urgentiediensten verantwoord verspreid over het ganse land. Ze dienen deel uit te maken van grotere ziekenhuizen met een minimum-infrastructuur.

3.4.2.3. De ervaringen in Luik zijn gelijkaardig aan deze in Mortsels opgedaan.

Het komt er thans op aan na te gaan hoe progressief het experiment kan uitgebreid worden om het na verloop van tijd te integreren in de 900-werking van het ganse land.

3.5. In het kader van de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen werd de verplichting opgelegd om vanaf 1 januari 1988 te beschikken over een medische permanentie die in

Le groupe cardio-vasculaire vient à la seconde place avec un peu plus d'un quart des cas, c'est-à-dire 75 cas dont 30 ont été hospitalisés. La traumatologie est le troisième groupe, notamment 17,87 p.c. des cas, dont 47 p.c. n'ont pas dû être hospitalisés.

Sur les 431 cas, il y a eu 34 infarctus avec 4 décès inopinés.

34 p.c. des appels ont été faits après 18 heures et 34,55 p.c. se sont produits la nuit.

Le généraliste est généralement sur place dans les 9 minutes et 40 secondes de l'appel.

3.4.2.2. Recommandations.

Le rapport fait les recommandations suivantes:

1. L'expérience a révélé l'utilité des véhicules d'intervention dans des cas comme les arrêts cardiaques et respiratoires. Il est recommandé de contrôler les conditions d'admission et le fonctionnement des GUM.

2. Les soins d'urgence à domicile ne peuvent pas être considérés comme une entité distincte de l'aide médicale urgente.

3. Le numéro unique d'appel a prouvé son utilité. Il n'est pas souhaitable d'instaurer un numéro supplémentaire pour l'aide à domicile.

4. Les appels pour la voie publique ne sont pas destinés aux généralistes.

5. Pour un appel à domicile, le patient doit d'abord s'adresser à son médecin.

6. Les médecins n'ont pas leur place au central 900. Les préposés doivent recueillir et transmettre le plus d'informations possibles au médecin de garde.

7. Les médecins doivent organiser leur garde. Le médecin de garde doit être disponible et joignable. Il doit avoir l'équipement nécessaire et pouvoir faire appel à des ambulances ayant du personnel formé à leur bord.

8. Le parc automobile doit être rendu progressivement dépendant de centres spécialisés.

9. Pour les soins d'urgence intra muros, il faut créer un nombre limité de services d'urgence bien équipés et spécialisés, judicieusement répartis sur tout le pays. Ils doivent faire partie d'hôpitaux plus grands avec une infrastructure minimale.

3.4.2.3. Les expériences faites à Liège sont semblables à celles de Mortsels.

Il s'agit maintenant de voir comment elles peuvent être étendues progressivement afin de les intégrer dans le système 900 de tout le pays.

3.5. Les normes d'agrément des hôpitaux obligent ceux-ci de disposer, à partir du 1^{er} janvier 1988, d'une permanence médicale à l'hôpital. Tous les hôpitaux doivent donc être

de instelling zelf moet verzekerd worden. Aldus moeten alle ziekenhuizen in staat zijn om in geval van hoogdringendheid onmiddellijk het nodige te doen. Het is echter duidelijk dat deze maatregel niet volstaat, zeker niet wanneer men met de 900-dienst wenst geaffilieerd te worden. De criteria die voor deze affiliatie gehanteerd worden dateren uit de jaren zestig en volstaan vandaag de dag niet meer. Daarom werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gevraagd nieuwe criteria uit te werken. Deze zullen tot doel hebben de kwaliteit van de spoedgevallenzorg te verbeteren door met name de patiënten in die ziekenhuizen op te nemen die daartoe het best zijn uitgerust en bemand.

DEEL 2. AANPASSING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID INGEVOLGE DE VEROUDERING VAN DE BEVOLKING

STIMULERING VAN ALTERNATIEVE VORMEN VAN VERZORGING: RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN EN THUISVERZORGING

1. DE VEROUDERING VAN DE BEVOLKING NOOPT TOT EEN AANPASSING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID

1. Veroudering van de bevolking een langdurig proces.

1.1. De veroudering van de bevolking is geen nieuw fenomeen. Dat de veroudering van de bevolking geen nieuw fenomeen is moge blijken uit het hiernavolgend overzicht:

Tabel 27. Evolutie van de bevolking van 1900-1980 (in duizenden)

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1900	1930	1960	1980	1900-1980 1900 = 100
0-19	2 767	2 509	2 796	2 776	100,3
20-59	3 292	4 803	4 745	5 254	159,9
60-64	220	165	526	403	183,1
65-84	401	594	1 065	1 325	330,4
85 +	14	21	58	94	671,4
Totaal. — Total	6 694	8 092	9 190	9 852	147,1

Bron: Bevolkingsvooruitzichten 1981-2025, Ministerie van Economische Zaken, N.I.S., 1985.

Daar waar de bevolking met $\pm$ de helft is toegenomen is de groep van 65 jaar en ouder meer dan verdrievoudigd. In 1900 vertegenwoordigde de groep van 65 jaar en ouder 6,1 pct. van de bevolking, terwijl deze groep in 1980 tgo. de ganse bevolking 14,4 pct. bedroeg.

en état de faire le nécessaire en cas d'urgence. Il est toutefois clair que cette mesure ne suffit pas pour adhérer au service 900. Les critères de cette adhésion datent des années soixante et ne suffisent plus. C'est pourquoi le Conseil national des établissements hospitaliers a été prié d'élaborer de nouveaux critères. Ceux-ci viseront à améliorer la qualité du service des urgences en hospitalisant les patients dans les établissements les mieux équipés en appareillage et en personnel.

PARTIE 2. ADAPTATION DE LA POLITIQUE DE SANTE AU VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE

STIMULATION DES THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES — MAISONS DE REPOS ET DE SOINS — SOINS A DOMICILE

1. LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE EXIGE UNE ADAPTATION DE LA POLITIQUE DE SANTE

1. Vieillissement de la population: un lent processus.

1.1. Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau comme le montre le tableau suivant.

Tableau 27. Evolution démographique de 1900 à 1980 (en milliers)

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1900	1930	1960	1980	1900-1980 1900 = 100
0-19	2 767	2 509	2 796	2 776	100,3
20-59	3 292	4 803	4 745	5 254	159,9
60-64	220	165	526	403	183,1
65-84	401	594	1 065	1 325	330,4
85 +	14	21	58	94	671,4
Totaal. — Total	6 694	8 092	9 190	9 852	147,1

Source: Prévisions démographiques 1981-2025, Ministère des Affaires économiques, I.N.S., 1985.

Alors que la population a presque doublé, la catégorie des 65 ans et plus a triplé. En 1950, ce groupe représentait 6,1 p.c. de la population contre 14,4 p.c. de la population en 1980.

1.2. De huidige samenstelling van onze bejaardenbevolking.

De gegevens van de jongste volkstelling geven het volgende beeld van onze bejaardenbevolking:

Tabel 28. Huidige samenstelling van de bejaardenbevolking (1985)

Gebied — Region	Totaal aantal — Nombre total		Mannen — Hommes		Vrouwen — Femmes	
	A.A. — N.A.	% tot. bevolk. — % pop. tot.	A.A. — N.A.	% tot. bevolk. — % pop. tot.	A.A. — N.A.	% tot. bevolk. — % pop. tot.
Vlaanderen. — <i>Flandre</i>	764 741	13,58	318 225	11,43	446 516	15,69
Wallonië. — <i>Wallonie</i>	475 430	14,76	180 070	11,55	295 360	17,77
Brussel. — <i>Bruxelles</i>	175 122	17,56	61 501	13,18	113 621	21,41
Rijk. — <i>Royaume</i>	1 415 293	14,37	559 796	11,64	855 497	16,98

Opvallend in deze analyse is dat het aantal vrouwelijke bejaarden beduidend hoger ligt dan het aantal mannelijke bejaarden.

1.3. Verdere ontwikkeling tot het jaar 2025.

Tabel 29. Evolutie van de bevolking van 1980-2025 (in duizenden)

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1980	1985	2000	2025	1980-2025 1980 = 100
0-19	2 776	2 557	2 335	2 113	76,1
20-59	5 254	5 314	5 159	4 220	80,3
60-64	403	570	499	628	155,8
65-84	1 325	1 247	1 453	1 681	126,8
85 +	94	115	169	198	210,6
Totaal. — <i>Total</i>	9 852	9 803	9 615	8 840	89,7

Bron: Bevolkingsvooruitzichten 1981-2025, Ministerie van Economische Zaken, N.I.S., 1985.

Uit deze vooruitzichten moge blijken hoe de totale bevolking met ± 11 pct. zal verminderen tussen 1980 en 2025. Deze vermindering situeert zich bij de jongeren en in de zgn. aktieve bevolking. De groep ouder dan 60 jaar blijft echter toenemen. Voornamelijk de groep ouder dan 85 jaar neemt toe, met name van 94 000 in 1980 naar 210 000 in 2025 of een toename met 116 000 personen. De totale groep 65 jaar en ouder groeit uit tot 21,4 pct. van de ganse bevolking.

1.4. Veroudering van de bevolking door de toenemende levensduur en het dalend sterftecijfer.

1.4.1. Toenemende levensduur.

Dat de levensduur aanzienlijk is toegenomen blijkt uit volgend overzicht.

1.2. Composition actuelle de notre population âgée.

Les données du dernier recensement donnent l'image suivante de notre population âgée:

Tableau 28. Composition actuelle de la population âgée (1985)

Cette analyse surprend par le nombre nettement plus élevé de femmes âgées.

1.3. Projection jusqu'en l'an 2025.

Tableau 29. Evolution de la population de 1980 à 2025 (en milliers)

Source: Prévisions démographiques 1981-2025, Ministère des Affaires économiques, I.N.S., 1985.

Ces prévisions semblent indiquer une diminution de la population totale de 11 p.c. environ entre 1980 et 2025. Elle concerne le groupe des jeunes et la population dite active. La catégorie des plus de 60 ans continuera toutefois à s'accroître. Surtout le groupe des 85 ans et plus, passant de 94 000 individus en 1980 à 210 000 en 2025, soit une hausse progressive de 116 000 personnes. Le groupe des 65 ans et plus atteint 21,4 p.c. de la population globale.

1.4. Vieillesse de la population du fait de l'allongement de la longévité et de la baisse de la mortalité.

1.4.1. Longévité accrue.

Le tableau ci-après montre l'augmentation de la longévité.

Tabel 30. Levensduur

Periode — Période	Leeftijd tot 60 jaar — Age jusqu'à 60 ans	
	Man — Homme	Vrouw — Femme
1900	42,2	48,9
1930	58,4	65,9
1950	70,5	79,7
1979-1981	80,8	89,0

Bron: Dooghe G. en Vandenboer L., Care for the elderly in Belgium, C.B.G.S. — Werkdocument, nr. 27, 1987.

Sinds het begin van de eeuw is de levensduur met meer dan 30 jaar toegenomen.

Het aantal personen dat 60 jaar wordt is zelfs verdubbeld. Tachtig procent van de mannen en 89 pct. van de vrouwen bereikt de leeftijd van 60 jaar tgo. resp. 42 pct. en 49 pct. in 1900.

Ook naar de leeftijd van 80 jaar toe is er vooruitgang. In 1900 werd 8,5 pct. van de mannen en 12,4 pct. van de vrouwen 80 jaar. In 1981 is dit 27,1 pct. voor de mannen en 50,6 pct. voor de vrouwen.

Opvallend hierin is de verlengde levensduur bij vrouwen. Ongeveer de helft van de vrouwen wordt 80 jaar, terwijl dit bij de mannen slechts iets meer dan een kwart is.

1.4.2. Dalend sterftecijfer.

De verlengde levensduur gaat gepaard met een dalend sterftecijfer. Dit blijkt uit volgend overzicht.

Tabel 31. Evolutie van het sterftecijfer per leeftijdsgroep (per 1 000 inwoners)

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1960-1964	1970-1974	1975	1980	1984
0-14	2,6	1,6	1,3	1,1	0,9
15-24	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
25-39	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2
40-54	5,1	4,6	4,5	4,3	4,0
55-64	16,0	15,6	15,0	12,6	12,4
65-74	38,7	38,7	38,1	34,1	31,9
> 75	120,1	115,3	115,8	104,8	99,3

Bron: Ministerie van Volksgezondheid.

Uit tabel 30 blijkt dat het sterftecijfer vanaf het jaar 1975 gevoelig is gedaald voor de groep 75 jaar en ouder.

2. Een groter aantal alleenstaande bejaarden.

De samenleving kent een grondige wijziging. Voorheen trokken de bejaarden gemakkelijker in bij hun kinderen die ze verzorgden.

Tableau 30. Longévité

	Leeftijd tot 60 jaar — Age jusqu'à 60 ans		Leeftijd tot 80 jaar — Age jusqu'à 80 ans	
	Man — Homme	Vrouw — Femme	Man — Homme	Vrouw — Femme
1900	42,2	48,9	8,5	12,4
1930	58,4	65,9	16,0	23,2
1950	70,5	79,7	22,3	33,1
1979-1981	80,8	89,0	27,1	50,6

Source: Dooghe G. et Vandenboer L., Care for the elderly in Belgium, Document de travail du C.B.E.F. n° 27, 1987.

Depuis le début du siècle, la longévité a augmenté de plus de 30 ans.

Le nombre de personnes de 60 ans a même doublé. 80 p.c. des hommes et 89 p.c. des femmes atteignent l'âge de 60 ans contre respectivement, 42 p.c. et 49 p.c. en 1900.

Des progrès sont aussi enregistrés pour la catégorie des 80 ans. En 1900, 8,5 p.c. des hommes et 12,4 p.c. des femmes atteignaient l'âge de 80 ans. Ces chiffres étaient de 27,1 p.c. et de 50,6 p.c. en 1981.

C'est l'allongement de la longévité chez les femmes qui surprend. Environ la moitié des femmes ont 80 ans tandis que seul un peu plus du quart des hommes atteignent cet âge.

1.4.2. Baisse de la mortalité.

L'allongement de la longévité va de pair avec une baisse de la mortalité, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 31. Evolution de la mortalité (par 1 000 habitants)

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1960-1964	1970-1974	1975	1980	1984
0-14	2,6	1,6	1,3	1,1	0,9
15-24	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
25-39	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2
40-54	5,1	4,6	4,5	4,3	4,0
55-64	16,0	15,6	15,0	12,6	12,4
65-74	38,7	38,7	38,1	34,1	31,9
> 75	120,1	115,3	115,8	104,8	99,3

Source: Ministère de la Santé publique.

Ce tableau montre que la mortalité de l'année 1975 a sensiblement diminué pour le groupe de 75 ans et plus.

2. Vieillards isolés de plus en plus nombreux.

La société traverse une profonde mutation. Autrefois, la personne âgée se retirait plus facilement chez ses enfants qui la soignaient.

Het samen uit huis gaan werken van man en vrouw heeft tot gevolg dat kinderen minder gemakkelijk voor hun ouders zorgen. Dit is geen onbelangrijke vaststelling op een ogenblik dat er meer een meer verzorgingsbehoevende bejaarden zijn.

Uit een onderzoek gedaan in Vlaanderen komt Dooghe tot het volgende situatieoverzicht (uitgedrukt in pct. — toestand 1985).

Tabel 32. Gezinssituatie van bejaarden

Type van huishouden Type de ménage	Mannen. — Hommes			Vrouwen. — Femmes		
	65-74	75 +	Totaal Total	65-74	75 +	Totaal Total
Alleenstaand. — <i>Isole</i>	17	21	19	32	48	38
Met partner of echtgenoot. — <i>Avec partenaire ou époux</i>	64	55	60	46	22	37
Met kinderen. — <i>Avec enfants</i>	3	10	6	9	22	14
Met echtgenoot of partner en kinderen. — <i>Avec époux ou partenaire et enfants</i>	12	8	11	8	4	6
Andere. — <i>Autres</i>	4	6	4	5	4	5
Totaal. — <i>Total</i>	100	100	100	100	100	100

Bron: Dooghe G. en Vandenboer L., Care for the elderly in Belgium, CBGS, Werkdocument nr. 37, 1987.

Het onderzoek kwam tot de volgende vaststelling:

- 1) het aantal alleenwonende bejaarden wordt steeds maar groter;
- 2) het aantal bejaarde mannen dat met hun echtgenote (zonder de kinderen) samenwoont wordt groter;
- 3) het aantal bejaarden dat met de kinderen samenwoont wordt steeds maar kleiner.

Het is duidelijk dat wanneer verzorgingsbehoevende bejaarden minder op de steun van hun kinderen kunnen rekenen, ze ook meer en meer zullen aangewezen zijn op hulp van derden of een onderkomen zullen moeten vinden in een collectieve woonst waar ze voor hun verzorging kunnen opgevangen worden.

3. De medische consumptie stijgt met de leeftijd.

Oudere mensen zijn meer vatbaar voor ziekten. De waarschijnlijkheid om ziek te worden stijgt nl. met de leeftijd. Mensen boven 65 jaar hebben drie keer meer kans op hart- en bloedvatenstoornissen dan mensen tussen 40 en 65 jaar; 88 pct. van de aandoeningen bij bejaarden is kronisch tgo. 34 pct. in de leeftijdsgroep tussen 15 en 40 jaar. Hogere ziektekansen bij ouderen weerspiegelen zich in hogere uitgaven per capita voor gezondheidszorg.

België beschikt ter zake over weinig gegevens. Er wordt enkel een onderscheid gemaakt tussen aktieven en gepensioneerden. Zo werd in 1983 per rechthebbende voor een aktieve 12 101 frank uitgegeven en voor een gepensioneerde 40 047 frank.

Le travail hors du foyer de l'homme et de la femme entraîne des difficultés pour les enfants à s'occuper de leurs parents. Cette constatation n'est pas dénuée d'intérêt à un moment où le nombre de vieillards nécessitant des soins ne cesse d'augmenter.

A partir d'une enquête effectuée en Flandre, Dooghe arrive à la situation suivante (exprimée en p.c. — situation en 1985).

Tableau 32. Situation familiale des personnes âgées

Type van huishouden Type de ménage	Mannen. — Hommes			Vrouwen. — Femmes		
	65-74	75 +	Totaal Total	65-74	75 +	Totaal Total
Alleenstaand. — <i>Isole</i>	17	21	19	32	48	38
Met partner of echtgenoot. — <i>Avec partenaire ou époux</i>	64	55	60	46	22	37
Met kinderen. — <i>Avec enfants</i>	3	10	6	9	22	14
Met echtgenoot of partner en kinderen. — <i>Avec époux ou partenaire et enfants</i>	12	8	11	8	4	6
Andere. — <i>Autres</i>	4	6	4	5	4	5
Totaal. — <i>Total</i>	100	100	100	100	100	100

Source: Dooghe G. et Vandenboer L., Care for the elderly in Belgium, CBGF, document de travail n° 37, 1987.

L'enquête arrivait à la conclusion suivante:

- 1) le nombre de vieillards isolés augmente sans cesse;
- 2) le nombre de vieillards cohabitant avec leur épouse (sans les enfants) est en hausse;
- 3) le nombre de vieillards cohabitant avec leurs enfants ne cesse de diminuer.

Il est clair que moins les personnes âgées nécessitant des soins peuvent compter sur l'aide de leurs enfants, plus elles seront tributaires de tiers ou devront trouver refuge dans une habitation collective qui pourra s'occuper de leurs soins.

3. La consommation médicale augmente avec l'âge.

Les personnes âgées sont plus vulnérables aux maladies. Les personnes âgées de plus de 65 ont trois fois plus de risques d'avoir des troubles cardiovasculaires que les 40 à 65 ans; 88 p.c. des affections des vieillards sont chroniques contre 34 p.c. dans le groupe d'âge entre 15 et 40 ans. Les risques plus élevés de maladie chez le vieillard se traduisent par un accroissement des dépenses de santé individuelles.

La Belgique dispose de peu de données en la matière. Seule une distinction est faite entre actifs et pensionnés. Ainsi, en 1983, on a dépensé 12 101 francs par bénéficiaire actif et 40 047 francs par bénéficiaire pensionné.

Het aandeel van de uitgaven van de gepensioneerde weduwen en invaliden stijgt van 37 pct. van de totale uitgaven (algemene regeling) in 1966 naar 56,2 pct. in 1987 (begroting). De W.I.G.W.-groep vertegenwoordigt slechts 24,4 pct. van de rechthebbenden en neemt dus meer dan de helft van de uitgaven voor zijn rekening.

Kenmerkend zijn ook de gegevens inzake hospitalisatie. De groep 60 jaar en ouder vertegenwoordigt 18,6 pct. van de bevolking en 32,5 pct. van de ziekenhuisopnamen.

Tabel 33. Percentage ontslagen naar verblijfsduur en leeftijdsgroep (1982)

Periode Période	< 15 jaar < 15 ans	15-59 jaar 15-59 ans	60-74 jaar 60-74 ans	> 75 jaar > 75 ans
1- 2 dagen. — 1- 2 jours	21,6	58,1	13,0	7,3
3- 30 dagen. — 3- 30 jours	12,1	56,1	18,7	13,1
31- 45 dagen. — 31- 45 jours	6,7	31,4	29,3	32,6
46- 60 dagen. — 46- 60 jours	5,7	31,7	26,9	35,6
61- 90 dagen. — 61- 90 jours	4,2	32,7	25,5	37,6
91-180 dagen. — 91-180 jours	2,9	32,2	24,0	40,9
181-365 dagen. — 181-365 jours	2,2	31,1	21,9	44,8
365 dagen en meer. — 365 jours et plus	1,7	39,2	23,6	35,5
Algemeen totaal. — Total général	13,3	54,3	18,4	14,1

Bron: Ministerie van Volksgezondheid.

Uit dit overzicht moge ook blijken dat bejaarden over 't algemeen een langere verblijfsduur hebben. Met name maken de bejaarden van 60 jaar en ouder meer dan 60 pct. uit van diegenen die langer dan 30 dagen in het ziekenhuis verblijven.

Dat de ziekenhuisopnamefrequentie hoger ligt bij bejaarden blijkt uit volgend overzicht.

Tabel 34. Evolutie opname-frequentie per leeftijdsgroep (per 1 000 inwoners)

Jaar Année	Leeftijdsgroepen. — Groupes d'âge		
	< 15 jaar < 15 ans	15-60 jaar 15-50 ans	61 jaar en meer 61 ans et plus
1976	89	113	193
1978	95	118	212
1980	98	123	227
1982	100	124	238
1984	106	129	255

Bron: Ministerie van Volksgezondheid.

Uit een Franse studie verricht door CREDES (*Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la Santé*, 30 april 1986) blijkt dat:

a) het aantal verbruikers van medische consumptie stijgt met de leeftijd;

La part des dépenses des veufs et invalides pensionnés passe de 37 p.c. des dépenses totales (régime général) en 1966 à 56,2 p.c. en 1987 (budget). Le groupe des VIPO ne représente que 24,4 p.c. des ayants droit et prend à sa charge plus de la moitié des dépenses.

Les données relatives à l'hospitalisation sont également caractéristiques. Le groupe de 60 ans et plus représente 18,6 p.c. de la population et 32,5 p.c. des admissions.

Tableau 33. Pourcentage de sorties d'après la durée de séjour et le groupe d'âge (1982)

Source: Ministère de la Santé publique.

Ce tableau révèle que la durée d'hospitalisation des personnes âgées est en général plus longue pour les personnes âgées. Les vieillards de 60 ans et plus représentent plus de 60 p.c. de ceux qui séjournent plus de 30 jours à l'hôpital.

Le tableau suivant illustre la fréquence plus élevée des hospitalisations des vieillards.

Tableau 34. Evolution de la fréquence des hospitalisations par groupe d'âge (par 1 000 habitants)

Source: Ministère de la Santé publique.

Il ressort d'une étude française du CREDES (*Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé*, 30 avril 1986) que:

a) le nombre de consommateurs médicaux augmente avec l'âge;

b) de uitgaven voor medische consumptie per verbruiker toenemen tot de leeftijd van 90 jaar;

c) De medische consumptie van bejaarden minder gericht is op gespecialiseerde zorgen;

d) de jongste 10 jaren de bejaarden meer en meer beroep doen op gezondheidszorgen en voornamelijk op technische onderzoeken.

Dit laatste wijst op een zekere medicalisatie van de bejaardenzorg.

4. Groeiend aantal semi-valide en invalide bejaarden.

Inzake het aantal semi-valide en invalide bejaarden beschikken we over weinig gegevens.

Het is evenwel bekend dat naarmate de leeftijd vordert de bejaarde hoe langer hoe meer wordt geconfronteerd met gezondheidsproblemen. De pathologie van de bejaarde is overigens vaak multipel. De toename van het aantal hoogbejaarden is dan ook naar de uitbouw van de gezondheidsvoorzieningen significant.

4.1. De thuissituatie.

Uit een studie van Dooghe blijkt dat ongeveer 15 pct. van de bejaarden die thuis verblijven semi-valid zijn en 9,7 pct. invalid.

Tabel 35. Evolutie van het aantal invalide en semi-valide bejaarden thuiswonend

Leeftijdsklassen — Groupe d'âge	1980 (in ‰) — 1980 (en ‰)		1981			2000		
	Semi- validen — Semi- valides	Inva- liden — Inva- lides	Thuis- wonend — Demeur. à domicile	Semi- validen — Semi- valides	Inva- liden — Inva- lides	Thuis- wonend — Demeur. à domicile	Semi- validen — Semi- valides	Inva- liden — Inva- lides
Mannen. — Hommes :								
65-69	12,4	6,1	197 646	22 508	12 056	219 915	27 269	13 415
70-74	13,3	8,0	160 429	21 337	12 834	183 109	24 353	14 649
75-79	18,1	14,9	107 155	19 395	15 966	131 977	23 888	19 665
80 en +. — 80 et +	21,2	31,4	77 513	16 433	24 334	89 533	18 981	28 113
Totaal. — Total	14,9	11,6	542 743	79 673	65 195	624 534	94 491	75 842
Vrouwen. — Femmes :								
65-69	9,8	2,8	242 654	23 730	6 794	258 735	25 356	7 245
70-74	11,7	7,0	226 774	26 533	15 874	241 920	28 305	16 934
75-79	16,6	10,6	175 992	29 215	18 655	202 689	33 646	21 485
80 en +. — 80 et +	15,0	20,5	154 993	23 249	31 774	196 346	29 452	40 251
Totaal. — Total	15,0	8,2	800 413	102 277	73 097	899 690	116 759	85 915
Algemeen totaal. — Total général	15,0	9,7	1 343 156	182 450	138 292	1 524 224	211 250	161 757

Bron: Dooghe G., The aging of the population in Belgium, CBGS, Werkdocument nr. 23, 1985.

Het is duidelijk dat met de leeftijd de bejaarden kwetsbaarder worden. De weerstand van het organisme tegen ziekte-aanvallen verzwakt. Het ziektebeeld is bovendien

b) les dépenses médicales par consommateur augmentent jusqu'à 90 ans;

c) la consommation médicale des personnes âgées est moins axée sur les soins spécialisés;

d) ces dix dernières années, les vieillards recourent de plus en plus à des soins de santé, principalement à des examens techniques.

Ce qui indique une certaine médicalisation gériatrique.

4. Accroissement du nombre de vieillards semi-valides et invalides.

Nous avons peu de données sur le nombre de vieillards semi-valides et invalides.

Toutefois, il est de notoriété publique que les problèmes de santé ne cessent d'augmenter avec l'âge. Les affections des personnes âgées sont souvent multiples. Le nombre croissant des grands vieillards justifie dès lors le développement de l'infrastructure sanitaire.

4.1. La situation à domicile.

Il ressort d'une étude de Dooghe que quelque 15 p.c. des personnes âgées, qui sont toujours chez elles, sont semi-valides et 9,7 p.c. invalides.

Tableau 35. Evolution du nombre de personnes âgées invalides et semi-valides demeurant à domicile

Source: Dooghe G., The aging of the population in Belgium, CBEF, document de travail n° 23, 1985.

Il est clair que la personne âgée est de plus en plus vulnérable avec l'âge. La résistance de l'organisme aux maladies s'affaiblit. En outre, les maladies sont souvent

vaak multipathologisch waardoor de kans op invaliditeit toeneemt. Het ziekteproces is dikwijls ook traag en onomkeerbaar.

In vergelijking met andere bevolkingsgroepen komen bij bejaarden bepaalde aandoeningen ook frekwenter voor zoals bvb. reumatische klachten en aandoeningen aan hart- en bloedvaten. Bejaarden komen dan ook vaker in contact met geneesheren, verpleegkundigen en paramedici.

De bewegingsvrijheid is in belangrijke mate bepalend voor het autonoom en onafhankelijk bestaan van de bejaarde. Het deelnemen aan het sociale leven wordt er door gedetermineerd. Met het oog op het optimaliseren van de thuissituatie is het mobiel zijn dan ook van groot belang. De grote meerderheid van de bejaarden die thuis verblijven geniet een onafhankelijke bewegingsvrijheid. Een deel ervan ondervindt niettemin moeilijkheden bij het zich naar buiten bewegen (15 pct.). Een beperkt deel, nl. 2 pct. is bedlegerig.

Op grond van de scores die bejaarden halen inzake de geschiktheid tot het verrichten van hun dagelijkse levensactiviteiten worden drie groepen onderscheiden.

Vooreerst zijn er de valide bejaarden die driekwart van de bejaarde-populatie uitmaken.

Een tweede groep of 15 pct. van de bejaarden wordt als semi-valid beschouwd en is dermate gehandicapt dat ze hulp van derden nodig hebben om zelfstandig te kunnen leven. De derde groep of 10 pct. is volledig invalid en moet geholpen worden bij het verrichten van de dagelijkse handelingen.

Kortom de toename van het aantal bejaarden en de gezondheidsproblematiek die eigen is aan deze bevolkingsgroep vergt dat onze voorzieningen hierop worden afgestemd om hen in hun gezondheidsbehoeften te kunnen opvangen.

4.2. Bejaarden in rustoorden.

Tabel 36. Huidig aantal rustoorden en rustoordbedden in België (in % tussen haakjes)

	Openbare instellingen — <i>Etablissements publics</i>		Private instellingen. — <i>Etablissements privés</i>				Totaal <i>Total</i>
	Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	V.Z.W. — <i>A.S.B.I.</i>		Andere. — <i>Autres</i>		
			Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	
Bedden. — <i>Lits</i> :							
Vlaamse Gemeenschap. — <i>Communaute flamande</i>	15 761 (34,6)	3 096 (6,8)	18 769 (41,3)	2 169 (4,7)	3 972 (8,7)	1 658 (3,6)	45 445
Franse Gemeenschap. — <i>Communaute française</i>	7 173 (28,4)	3 759 (14,9)	4 851 (19,2)	1 520 (6,0)	4 524 (17,9)	3 369 (13,4)	25 223
Brussel. — <i>Bruxelles</i>	3 119 (23,4)	640 (4,8)	1 104 (8,2)	160 (1,2)	6 588 (49,4)	1 712 (12,8)	13 321
Rijk. — <i>Royaume</i>	26 053 (31,0)	7 495 (8,9)	24 744 (29,4)	3 849 (4,5)	15 084 (17,9)	6 766 (8,0)	83 991

multiples, ce qui augmente le risque d'invalidité. Souvent aussi le processus pathologique est lent et inévitable.

Comparé aux autres groupes démographiques, celui des personnes âgées présente certaines affections plus fréquentes, comme rhumatismes et maladies cardio-vasculaires. Les personnes âgées sont dès lors plus souvent entre les mains des médecins et du personnel infirmier et paramédical.

La liberté de mouvement détermine en grande partie l'autonomie d'existence du vieillard. Sa participation à la vie sociale en est influencée. La mobilité de la personne âgée est par conséquent capitale pour optimiser la situation à domicile. La grande majorité des personnes âgées qui demeurent chez elles jouit d'une autonomie de mouvement. Pour une partie d'entre elles (15 p.c.) le déplacement en dehors de la maison s'effectue néanmoins avec difficulté. Une fraction limitée de personnes âgées, 2 p.c., est grabataire.

On distingue trois groupes selon l'aptitude du vieillard à accomplir les actes quotidiens de l'existence.

D'abord les vieillards valides, c'est-à-dire les trois quarts de la population âgée.

Un second groupe, soit 15 p.c. des personnes âgées est considéré comme semi-valide. Le handicap dont elles souffrent est tel qu'elles ont besoin de l'aide d'un tiers pour vivre de façon indépendante. Le troisième groupe ou 10 p.c., est constitué de personnes âgées invalides à 100 p.c. qui doivent être aidées dans l'accomplissement des actes quotidiens.

Bref, la croissance du nombre de personnes âgées et les problèmes de santé particuliers à cette catégorie nécessitent une adaptation de notre infrastructure pour pouvoir satisfaire leurs besoins en soins de santé.

4.2. Vieillards dans les maisons de repos.

Tableau 36. Nombre actuel des maisons de repos et de lits en Belgique (en % entre parenthèses)

	Openbare instellingen — <i>Etablissements publics</i>		Private instellingen. — <i>Etablissements privés</i>				Totaal <i>Total</i>
	Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	V.Z.W. — A.S.B.L.		Andere. — <i>Autres</i>		
			Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	Erkende — <i>Agrees</i>	Niet-erkende — <i>Non agrees</i>	
Instellingen. — <i>Instituts</i> :							
Vlaamse Gemeenschap. — <i>Communaute flamande</i>	196 (27,4)	32 (4,4)	258 (36,1)	30 (4,2)	132 (18,5)	65 (9,1)	713
Franse Gemeenschap. — <i>Communaute française</i>	97 (15,5)	51 (8,1)	80 (12,8)	32 (5,1)	169 (27,1)	193 (31,0)	622
Brussel. — <i>Bruxelles</i>	21 (6,4)	3 (0,9)	18 (5,52)	4 (1,2)	196 (60)	84 (25,7)	326
Rijk. — <i>Royaume</i>	314 (18,9)	86 (5,1)	356 (21,4)	66 (3,9)	497 (29,9)	342 (10,5)	1 661

De openbare sektor heeft ongeveer 40 pct. van het aantal rustoordbedden waarvan 3/4 erkend zijn.

De private sektor vertegenwoordigt 60 pct. van het aantal rustoordbedden waarvan iets meer dan de helft een VZW-statuut heeft; binnen de privé-sektor is eveneens ongeveer 3/4 erkend. Daar waar de openbare sektor 40 pct. van het aantal rustoordbedden vertegenwoordigt, heeft deze slechts 24 pct. van het aantal rustoorden; dit betekent dat de openbare sektor doorgaans grotere instellingen bevat.

Het aandeel van verzorgingsbehoevende bejaarden in rusthuizen varieert sterk naargelang van de gebruikte criteria. Uit studies blijkt dat het aantal niet-validen in bejaardentehuizen in 1976 werd geraamd op 28 pct., in 1983 al op 54 pct. (1).

In dit verband dient ook opgemerkt dat in het kader van de subsidiëeringsregeling voor de bouw van rustoorden er aanvankelijk werd van uitgegaan dat 1/3 van de bedden zou worden voorbehouden voor niet-validen; naderhand werd gesteld dat 2/3 van de rustoordbedden voor niet-validen dienen gereserveerd te worden.

II. KNELPUNTEN NAAR DE AANPASSING VAN ONZE GEZONDHEIDSINFRAStructuur

Om aan de behoeften van onze snel verouderde bevolking te kunnen beantwoorden dienden verschillende problemen te worden aangepakt. Hieronder worden deze knelpunten toegelicht.

1. Het niet steeds adequaat functioneren van bestaande voorzieningen.

1.1. De R-diensten.

Met het oog op het opvangen van de akute gezondheidsproblemen werd in de jaren zestig de zgn. R-dienst opgericht. Deze dienst was bedoeld voor diagnose en kortstondige behandeling. In bepaalde R-diensten kwam echter het geriatrisch aspect helemaal niet of onvoldoende aan bod.

(1) Krachtlijnen voor een vernieuwd bejaardenbeleid in Vlaanderen, Centrum voor bevolking en Gezinsschillen, Monografie, 1985/1, p. 135 en p. 140.

Le secteur public représente quelque 40 p.c. du nombre de lits de repos, dont 3/4 sont agréés.

Le secteur privé en représente 60 p.c. dont un peu plus de la moitié ont un statut d'ASBL; 75 p.c. environ sont également agréés. Le secteur public, avec ses 40 p.c. du nombre des lits de repos, ne possède que 24 p.c. du nombre des maisons de repos, en d'autres termes, ce secteur englobe en général des établissements plus importants.

Le pourcentage de personnes âgées nécessitant des soins en maison de repos varie fortement selon les critères utilisés. Des études montrent que le nombre de non-valides en maison de repos, qui était estimé en 1976 à 28 p.c., s'élevait déjà à 54 p.c. en 1985 (1).

A cet égard, il faut remarquer que la réglementation des subventions accordées pour la construction des maisons de repos tenait à l'origine compte de l'affectation réservée de 1/3 des lits à des non-valides. Il fut précisé par la suite que 2/3 des lits en maisons de repos seront réservés à des non-valides.

II. DIFFICULTES D'ADAPTATION DE NOTRE INFRASTRUCTURE SANITAIRE

Pour pouvoir répondre aux besoins de notre population vieillissante, plusieurs problèmes doivent être abordés.

1. Le fonctionnement de l'infrastructure existante n'est pas toujours adéquat.

1.1. Les services R.

C'est pour répondre aux problèmes de santé aigus que le service dit R a été créé dans les années soixante. Ce service était conçu pour les diagnostics et le traitement de courte durée. Mais, dans certains services R, l'aspect geriatrisque n'était absolument pas ou insuffisamment pris en considéra-

(1) Lignes de force d'une nouvelle politique en faveur des personnes âgées en Flandre, Centre d'étude de la population et de la famille, monographie, 1985 1, p. 135 et 140.

Deze diensten functioneerden in casu als dienst voor revalidatie, vaak in het verlengde van het verblijf in andere ziekenhuisdiensten. In deze R-diensten werden namelijk heel wat jongeren opgenomen om na een heelkundige ingreep of een intensieve behandeling een verdere revalidatie te ondergaan.

1.2. De V-diensten.

Om de chronisch zieke patiënt te kunnen verzorgen werd in het jaar 1965 de V-dienst opgericht. Deze diensten kregen de opdracht een voortgezette ziekenhuiszorg te verlenen met het oog op de wederinschakeling van de patiënt in zijn thuishmilieu of in een thuisvervangend milieu.

Sinds de oprichting van de V-dienst werden zowat 10.000 V-bedden gecreëerd. Nagenoeg 3/5 van deze diensten stonden buiten een algemeen ziekenhuis opgesteld.

De V-dienst heeft net zoals de R-diensten een feitelijke ontwikkeling gekend die niet steeds beantwoordt aan het oorspronkelijk concept.

Uit de beschikbare gegevens blijkt namelijk dat het merendeel van de V-patiënten maanden en soms jaren in de V-dienst verblijven. Door hun langdurige opname heeft de V-dienst de facto een residentieel karakter gekregen. De gezondheidstoestand van deze V-patiënten is doorgaans dermate gestabiliseerd dat zij geen behoefte meer hebben aan een specialistische ziekenhuisinfrastructuur. Wel hebben ze een geregeld algemeen medisch toezicht nodig, alsmede verpleegkundige en paramedische zorg, en voornamelijk hulp op het vlak van de dagelijkse levensactiviteiten.

2. Het gebrek aan alternatieve verzorgingsvormen.

Het ontslag in V-diensten of gebeurlijk ook in andere ziekenhuisdiensten is vaak niet mogelijk wegens gebrek aan alternatieve verzorgingsvormen.

2.1. Rustoorden met verzorging.

In de eerste plaats betreft het het gebrek aan rustoorden met verzorging. Deze rustoorden beschikken niet over de nodige middelen om de zwaar verzorgingsbehoevende bejaarden op te vangen. Door het gebrek aan middelen kan nl. onvoldoende verzorgingspersoneel worden gerecruteerd. Patiënten die in rustoorden verblijven en die zwaar verzorgingsbehoevend zijn ontbreekt het aan de noodzakelijke verzorging. Hierdoor zijn de rustoorden als het ware gediscrimineerd tegenover de V-diensten en andere ziekenhuisdiensten.

Er bestaat ook een financiële discriminatie in hoofde van de patiënten. De verzorgingsbehoevenden die nl. in een rustoord verblijven moeten de kosten van hun verzorging voor het grootste deel zelf dragen, terwijl voor de verzorging in het ziekenhuis tot voor enige tijd praktisch alles werd terugbetaald met inbegrip van logements- en voedingskosten. Deze financiële discriminatie was en is nog steeds oorzaak van onvoldoende doorstroming uit de V-diensten naar de rust- en verzorgingstehuizen.

Ces services fonctionnaient en l'occurrence comme services de réadaptation, souvent dans le prolongement d'autres hospitalisations. En effet, de très nombreux jeunes étaient admis dans ces services R pour y poursuivre leur révalidation après une intervention chirurgicale ou un traitement intensif.

1.2. Les services V.

Les services V ont été créés en 1965 pour soigner les malades chroniques. Ils reçurent comme mission de donner des soins hospitaliers continus en vue de la réinsertion du patient dans son milieu familial ou dans un milieu de substitution.

Depuis la création du service V, quelque 10 000 lits V ont été mis en service. Près de 3 services sur cinq étaient situés hors d'un hôpital général.

Comme les services R, les services V ont connu une extension de fait qui ne correspond pas toujours au concept initial.

Il ressort notamment des données disponibles que la plupart des patients V restaient des mois, voire des années dans ce service. Leur hospitalisation de longue durée a donné de facto un caractère résidentiel au service V. L'état de santé des patients V est généralement si stabilisé qu'ils ne nécessitent plus une infrastructure hospitalière spécialisée. Il leur faut cependant un contrôle médical général et régulier ainsi que des soins paramédicaux et infirmiers et surtout une assistance dans leurs activités quotidiennes vitales.

2. Absence de thérapeutiques alternatives.

Il n'est souvent pas possible de sortir des services V et d'autres services hospitaliers en raison du manque de formes alternatives de soins.

2.1. Maisons de repos et de soins.

Il s'agit en premier lieu du manque de maisons de repos et de soins. Ces maisons de repos ne disposent pas des moyens nécessaires à l'accueil des vieillards nécessitant des soins intensifs. Le manque de moyens ne permet pas d'engager le personnel nécessaire. Les patients résidant en maison de repos et qui nécessitent des soins ne reçoivent pas les soins nécessaires. Les maisons de repos sont ainsi défavorisées par rapport aux services V et aux autres services hospitaliers.

Il y a aussi une discrimination financière à l'égard des patients. Les vieillards en maison de repos et qui nécessitent des soins doivent supporter eux-mêmes une grande partie du coût de leurs soins, alors que les soins à l'hôpital étaient jusqu'à présent pratiquement entièrement remboursés, frais d'hébergement compris. Cette discrimination était et est encore toujours la cause d'un transfert insuffisant des services V aux maisons de repos et de soins.

2.2. Thuisverzorging.

Ook de patiënten die zich thuis laten verzorgen zijn in zekere mate financieel gediscrimineerd. De verzorging ten huize verliest dan ook een stuk van zijn aantrekkelijkheid. Vandaar dat patiënten die zich in V-diensten bevinden of in andere ziekenhuisdiensten niet steeds voldoende doormerken naar het thuismilieu.

3. Het gebrek aan additionele financiële middelen voor de uitbouw van alternatieve verzorgingsvormen.

De veroudering van de bevolking en de uitgaven die dit voor het stelsel van de ziekteverzekering met zich zullen brengen komt op een ogenblik dat het land, thans reeds meer dan 10 jaren, samen met de andere westerse landen een economische crisis doormaakt.

Alleen reeds de duur van deze crisistoestand wijst erop dat deze niet van voorbijgaande aard is. Het gaat om een zgn. structurele crisis waarvan het einde door niemand echt kan worden voorspeld. De overheidsfinanciën hebben zwaar te lijden onder deze crisissituatie. Het gekumuleerde overheidstekort is groter dan het bruto nationaal produkt. Dit tekort groeit ondanks de zware saneringsinspanningen nog steeds van jaar tot jaar aan mede door de evolutie die de interestvoeten hebben meegemaakt.

Deze financiële toestand doet zich voor op een ogenblik dat de sociale uitgaven van jaar tot jaar toenemen. Deze trend kenmerkt ook de financiële situatie van de ziekteverzekeringsuitgaven.

Het gebrek aan additionele middelen voor de uitbouw van alternatieve verzorgingsvormen heeft mede te maken met de enorme ontwikkeling die de ziekenhuissector heeft gekend en de financiële consequenties die dit met zich heeft gebracht (zie deel I). Er is daardoor als het ware een scheeftrekking in de organisatie van de gezondheidszorg ontstaan. Om de nodige middelen voor alternatieve verzorgingsvormen te kunnen vrijmaken moesten de uitgaven in de ziekenhuissector beter onder controle worden gebracht en dienen herstructureringen in de ziekenhuissector te worden doorgevoerd (zie deel I).

Daarnaast stelt zich ook de meer fundamentele vraag naar de financiering van de sociale zekerheid en inzonderheid van de ziekteverzekering. Dit vormt evenwel niet het voorwerp van onderhavige beleidsnota.

III. BELEID T.A.V. VERZORGINGSBEHOEVENDE BEJAARDEN

Beleidskader

De nieuwe behoeften aan verzorging ingevolge de veroudering van de bevolking hebben een herformulering van het beleid noodzakelijk gemaakt. Bij deze herformulering moest een grotere duidelijkheid en doorzichtigheid worden betracht zowel in de plaats als in de opdracht van de diverse

2.2. Soins à domicile.

Les patients qui se laissent soigner à domicile sont aussi désavantagés financièrement dans une certaine mesure. Ces soins à domicile perdent dès lors une partie de leur attrait. Les patients des services V ou d'autres services hospitaliers ne sont pas toujours suffisamment renvoyés dans leur milieu familial.

3. Le manque de moyens financiers additionnels pour la création de formes alternatives de soins.

Le vieillissement de la population et les dépenses que ce vieillissement entraînera pour le régime de l'assurance-maladie surviennent à une époque où notre pays et les autres nations occidentales subissent une crise économique depuis plus de 10 ans.

La durée seule de celle-ci prouve qu'elle n'est pas passagère. Il s'agit d'une crise structurelle dont nul ne peut prédire la fin. Cette situation de crise pèse lourdement sur les finances de l'Etat. Le déficit cumulé dépasse le produit national brut. Ce déficit augmente toujours d'année en année malgré les efforts d'assainissement importants, en partie aussi en raison de l'évolution des taux d'intérêts. Cette situation se manifeste à un moment où les dépenses sociales augmentent d'année en année.

Cette tendance caractérise aussi la situation financière des dépenses hospitalières.

Le manque de moyens additionnels pour la création de formes alternatives de soins est dû aussi à l'extension considérable du secteur hospitalier et aux soucis financiers qu'elle a entraîné (voir partie I). Ainsi est née une distorsion dans l'organisation des soins de santé. Pour libérer les moyens nécessaires aux formes alternatives de soins, les dépenses du secteur hospitalier doivent être contrôlées et des restructurations de services doivent être opérées (voir partie I).

Par ailleurs se pose aussi la question plus fondamentale du financement de la sécurité sociale et de l'assurance-maladie en particulier. Mais cette dernière ne fait pas l'objet de la présente note politique.

III. LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES NECESSITANT DES SOINS

Cadre politique

Le vieillissement de la population a entraîné une demande accrue de soins et la nécessité d'une reformulation de la politique. Cette reformulation doit apporter plus de clarté et de transparence tant dans la place que dans la tâche des diverses structures de soins pour personnes âgées. Il faut,

gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden. Tevens diende een grotere gelijkheid te worden gerealiseerd tussen de bejaarden wat de eigen financiële tussenkomst betreft in de kosten van hun verzorging. Ook moeten meer voorzieningen worden gecreëerd om de toenemende behoeften te kunnen opvangen.

Bij het uittekenen van de beleidslijnen werd er van uitgegaan dat de bejaarde zolang het enigszins kan **THUIS** in zijn woonst moet kunnen blijven, meer bepaald in het milieu waar hij het best mee vertrouwd is. Daartoe moeten de bejaarden zoveel mogelijk zelf de zorg en de verantwoordelijkheid van hun gezondheid op zich kunnen nemen. Informatie over zelfzorg, het stimuleren van de preventieve geneeskunde en de ondersteuning van een goed gecoördineerde thuisgezondheidszorg zijn uiteraard essentieel.

Pas indien de patiënt zich niet alleen meer kan behelpen moet naar een **THUISVERVANGEND MILIEU** worden gezocht waar hij in functie van zijn toestand over de noodzakelijke zorgen moet kunnen beschikken. Het ziekenhuis kan in geen geval een dergelijke residentiële functie vervullen.

Een **ZIEKENHUISOPNAME** is slechts verantwoord indien de bejaarde een continu specialistisch toezicht nodig heeft alsmede een intensieve medische behandeling. Daarna moet de patiënt in principe terug naar huis kunnen keren of desgevallend naar een thuisvervangend milieu.

Bij de structurele uitbouw van de diverse soorten van voorzieningen moet er uiteraard over worden gewaakt dat deze in voldoende aantal zijn om de behoeften te dekken. Tevens moet in deze voorzieningen een hoogstaande kwalitatieve verzorging kunnen worden geboden.

Gelet op de budgettaire beperkingen kunnen voor de realisatie van deze beleidsdoelstellingen vanuit de ziekteverzekering geen belangrijke aanvullende middelen worden vrijgemaakt. In tijden van economische welvaart zouden wellicht bijkomende middelen worden aangesproken om nieuwe voorzieningen te kunnen totstandbrengen. Dit is thans echter uitgesloten. Tegen deze achtergrond moet dan ook een beleid worden gevoerd van herschikking der middelen.

In het nieuw geriatriesch beleid wordt de progressieve uitbouw van diverse voorzieningen beoogd. Tot op heden kon reeds de basis worden gelegd van twee nieuwe vormen van voorzieningen, met name de rust- en verzorgingstehuizen enerzijds en de geriatriediensten anderzijds. Op deze beide soorten van voorzieningen wordt thans dieper ingegaan.

1. Oprichting van de rust- en verzorgingstehuizen.

Prioriteit werd verleend aan de oprichting van rust- en verzorgingstehuizen. Sinds lang was er namelijk behoefte aan een type van voorziening waar een tussenkomst wordt verleend voor de verzorging van verzorgingsbehoevende bejaarden aangetast door een aandoening met een langdurig karakter.

en même temps, réaliser une meilleure égalité entre les vieillards en ce qui concerne l'intervention financière proprement dite dans les frais de soins. Des structures en plus grand nombre doivent être citées pour pouvoir répondre à l'accroissement des besoins.

Les lignes de la politique ont été définies en se basant sur le principe que le vieillard doit rester aussi longtemps que possible **CHEZ LUI**, et, plus spécialement, dans le milieu qui lui est le plus familier. Pour ce faire, ces personnes doivent pouvoir assumer elles-mêmes leurs soins et la responsabilité de leur santé. L'information sur les soins personnels, la stimulation de la médecine préventive et l'aide aux soins à domicile bien coordonnés sont évidemment essentiels.

Ce n'est que lorsqu'il ne peut plus se suffire à lui-même qu'il faut chercher un **MILIEU DE REMPLACEMENT** où il doit pouvoir disposer des soins en fonction de son état. L'hôpital ne peut en aucun cas assumer une telle fonction résidentielle.

Une **HOSPITALISATION** n'est justifiée que si la personne âgée nécessite une surveillance spécialisée continue et un traitement médical intensif. Ensuite le patient doit en principe pouvoir rentrer chez lui ou, le cas échéant, dans un milieu de remplacement.

Lors de l'édification structurelle des diverses sortes d'établissements, il faudra évidemment veiller à ce que celles-ci suffisent à couvrir les besoins. Des soins de haute qualité doivent être prodigués dans ces établissements.

Vu les limitations budgétaires, l'assurance-maladie ne peut pas libérer les moyens supplémentaires nécessaires à la réalisation de ces objectifs. En temps de prospérité économique, on pourrait trouver les moyens supplémentaires pour des nouvelles réalisations. Ceci est exclu à présent. Il faut dès lors mener une politique de réajustement des moyens.

La nouvelle politique gériatrique vise le développement progressif de divers équipements. Jusqu'à présent, les fondements de deux de ceux-ci ont pu être jetés: les maisons de repos et de soins et les services gériatriques. Ces deux types d'initiatives sont le sujet d'études plus approfondies.

1. Création de maisons de repos et de soins.

On a donné la priorité à la création de maisons de repos et de soins. Depuis longtemps, il fallait un type d'établissement où soit accordée une intervention dans les soins aux vieillards atteints d'une affection de longue durée.

Deze bekommernis is voortgesproten uit het feit dat er in de rustoorden voor bejaarden onvoldoende verzorgingsmogelijkheden zijn. Zo werd vastgesteld dat er per 30 invalide bejaarden voor de verzorging in een rustoord slechts 5 personeelsleden beschikbaar zijn, tegenover 15 in de V-diensten.

Het spreekt dan ook vanzelf dat de rustoorden in moeilijke omstandigheden moeten werken om verzorging aan de zwaar zorgenbehoevende bejaarden te kunnen verstrekken.

Dit kan overigens ook vastgesteld worden wanneer men nagaat welke middelen uit de ziekteverzekering aan deze beide sectoren worden besteed.

Hieruit blijkt met name dat voor de verpleegkundige zorgen in de ganse rustoordsector, die minstens 30 000 invaliden en semi-validen telt, slechts 2,8 miljard frank op jaarbasis is voorzien, daar waar de uitgaven voor de V-diensten 8 à 9 miljard frank bedragen.

Om deze redenen was het nodig een tussenkomst van de ziekteverzekering te voorzien voor de verzorging in de erkende rustoorden die daartoe aan de bijzondere normen van het rust- en verzorgingstehuis beantwoorden.

Deze tussenkomst heeft betrekking op alle verzorgingsaspecten behoudens op de medische behandeling. Logements- en voedingskosten zijn in het forfait niet inbegrepen.

Kenmerkend is dat de personen die in de rust- en verzorgingstehuizen worden opgenomen vóór hun opname de nodige diagnostische onderzoeken hebben ondergaan alsmede iedere actieve en reacterende behandeling zonder dat zulks een herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven tot gevolg had. Opgenomen in het rust- en verzorgingstehuis vergen deze personen derhalve geen diagnostische onderzoeken meer en evenmin een specialistisch toezicht in de instelling. Deze personen hebben wel nog verpleegkundige en paramedische zorg nodig als medehulp op het stuk van de noodzakelijke levensactiviteiten.

Het rust- en verzorgingstehuis onderscheidt zich nog van het ziekenhuis doordat de verzorgingsbehoevende er in principe gedurende een vrij lange periode verblijft. Het rust- en verzorgingstehuis heeft dan ook een residentieel karakter en moet als dusdanig worden ingericht: het is een rustoord waar bijzondere zorgen worden verstrekt. Van de R.I.Z.I.V.-tussenkomst kunnen enkel genieten de personen die aan de bij koninklijk besluit vastgestelde criteria voldoen. Hierop moet nauwlettend worden toegezien.

De oprichting van de rust- en verzorgingstehuizen beantwoordt aan een dringende noodzaak gelet op de veroudering van de bevolking. De behoeften werden voorlopig vastgesteld op 2 bedden per 1 000 inwoners. Het is de betrachting om deze behoeften te kunnen dekken. Zoals daarnet reeds werd aangestipt is het evenwel niet mogelijk om voor de oprichting ervan aanvullende financiële middelen te voorzien. Deze moeten gevonden worden binnen de bestaande

Ce souci est dû à l'insuffisance des possibilités de soins dans les maisons de repos. C'est ainsi que l'on a constaté qu'il y avait 5 personnes pour soigner 30 vieillards invalides dans une maison de repos, pour 15 dans les services V.

Il est dès lors évident que les maisons de repos doivent travailler dans des conditions difficiles pour pouvoir assurer les soins aux vieillards gravement malades.

Ceci se constate d'ailleurs aussi sur la base des moyens que l'assurance-maladie consacre à ces deux secteurs.

Il apparaît ainsi que pour les soins infirmiers dans tout le secteur des maisons de repos, secteur comptant au moins 30 000 invalides et semi-valides, à peine 2,8 milliards par an sont prévus, alors que les dépenses pour les services V s'élèvent entre 8 et 9 milliards.

Il était donc nécessaire de prévoir une intervention de l'assurance-maladie pour les soins en maisons de repos agréées qui satisfont aux normes particulières des maisons de repos et de soins.

Cette intervention porte sur tous les aspects des soins, sauf sur le traitement médical. Les frais d'hébergement et de nourriture ne sont pas compris dans le forfait.

Il faut remarquer que les personnes admises dans les maisons de repos et de soins ont subi les examens diagnostiques requis avant leur admission ainsi que tout traitement d'activation et de réactivation sans que ceci ait rétabli les fonctions nécessaires à la vie quotidienne. Les personnes admises en maison de repos et de soins n'exigent donc plus d'exams diagnostiques ni une surveillance spécialisée dans l'établissement. Ces personnes nécessitent encore des soins infirmiers et paramédicaux ainsi qu'une assistance dans l'accomplissement des activités vitales indispensables.

La maison de repos et de soins se distingue encore de l'hôpital par le fait que la personne y demeure en principe durant une période assez longue. La maison de repos et de soins a donc un caractère résidentiel et doit être aménagée comme telle: c'est une maison de repos où des soins spécifiques sont dispensés. Peuvent bénéficier de l'intervention de l'I.N.A.M.I., les personnes qui satisfont aux critères fixés par arrêté royal. Il faut y veiller scrupuleusement.

La création de maisons de repos et de soins répond à un besoin pressant vu le vieillissement de la population. Les besoins ont été fixés provisoirement à 2 lits pour 1 000 habitants. Nous nous efforçons de répondre à ces besoins. Il n'est cependant pas possible de prévoir des moyens financiers complémentaires pour leur création. Ceux-ci doivent être trouvés dans les limites budgétaires existantes, notamment par la reconversion de lits d'hôpitaux. L'agrément des

budgettaire voorzieningen, namelijk door omschakeling van ziekenhuisbedden. Vandaar dat de erkenning van rust- en verzorgingstehuizen werd verbonden aan de voorwaarde van de gelijkwaardige vermindering van ziekenhuisbedden.

Tot op heden konden aldus reeds 5 196 bedden in rust- en verzorgingstehuizen worden gecreëerd.

Tabel 37. Situatie aantal rust- en verzorgingsbedden op 1 maart 1987

maisons de repos et de soins doit dès lors être subordonné à une réduction équivalente de lits d'hôpitaux.

Jusqu'à présent 5 196 lits ont pu être créés dans des maisons de repos et de soins.

Tableau 37. Situation du nombre de lits en maisons de repos et de soins au 1^{er} mars 1987

R.V.T.-BEDDEN ONTSTAAN INGEVOLGE — LITS MRS CRÉES À LA SUITE DE															
	Niet uitgevoerde P.A. — A.P. non exécutes		Afbouw — Suppression								Totaal afbouw — Suppression totale		Geopende R.V.T. — M.R.S. crées		
			Acute — Aigus		V — V		Sana — Sana		S-therm. — S-therm.						
	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	O — Publ.	P — Pr.	
Vlaanderen. — <i>Flandre</i>	876	314	307	486	214	190	0	30	0	15	1 397	1 035	1 999	1 543	
Wallonië. — <i>Wallonie</i>	280	0	65	45	228	107	0	0	0	0	573	152	872	359	
Brussel. — <i>Bruxelles</i>	0	0	119	0	0	44	0	0	0	0	119	44	238	185	
Rijk. — <i>Royaume</i>	1 156	314	513	531	442	291	0	30	0	15	2 089	1 231	3 109	2 087	
											3 320		5 196		

Het aantal R.V.T.-bedden is uiteraard onvoldoende. Er zullen dan ook supplementaire inspanningen moeten worden gedaan om de behoefte aan verzorgingsbedden te dekken.

2. Oprichting van geriatriediensten.

Voor het adequaat opvangen van de complexe multi-pathologische gezondheidsproblematiek van zieke bejaarden moet tevens in een geëigende ziekenhuisinfrastructuur worden voorzien.

Aldus werd destijds met het oog op de diagnose en de kortstondige behandeling de R-dienst geconcipeerd als een specifieke ziekenhuisdienst voor geriatrie en revalidatie.

In bepaalde van deze R-diensten kwam het geriatrisch aspect echter niet steeds aan bod. Om het exclusief geriatrisch karakter te beklemtonen werden de R-normen met ingang van 1 juli 1986 definitief afgeschaft en vervangen door de G-normen. De nieuwe benaming «geriatriedienst» moet trouwens elke verwarring omtrent de doelstelling van de dienst wegnemen. De G-diensten moeten tevens een kwalitatief betere verzorging kunnen garanderen.

Zij moeten er met name voor zorgen dat het aantal langdurige zieke bejaarden tot een absoluut minimum wordt herleid door een vroegtijdige, deskundige en efficiënte aanpak van de akuit zieke of sub-akuit zieke hoogbejaarde. Van bij de aanvang moet de opname in een G-dienst gericht zijn op een spoedig ontslag uit het ziekenhuis. De ligduur moet dan ook zeer kort worden gehouden.

Ce nombre de lits M.R.S. est évidemment insuffisant. Des efforts supplémentaires devront donc être consentis pour répondre à ces besoins en lits de soins.

2. Création de services gériatriques.

Une approche adéquate de la problématique multi-pathologique des personnes âgées malades requiert une infrastructure hospitalière spécifique.

Ainsi, en vue du diagnostic et du traitement de courte durée, le service R a été conçu à l'époque comme un service hospitalier spécifique de la gériatrie et de la réadaptation.

Dans le but d'accentuer le caractère exclusivement gériatrique, les normes R ont été définitivement supprimées au 1^{er} juillet 1986 et ont été remplacées par les normes G. La nouvelle dénomination «service de gériatrie» doit par ailleurs éviter toute confusion autour de l'objectif du service. Les services G doivent aussi pouvoir assurer des soins de meilleure qualité.

Ils doivent ainsi veiller à réduire le nombre de personnes âgées malades pendant une longue durée à un strict minimum par un traitement précoce, spécialisé et efficace des personnes très âgées souffrant d'une maladie aiguë ou subaiguë. Dès que le malade arrive au service G il faut veiller à ce que son séjour à l'hôpital soit le plus court possible. La durée de séjour doit être abrégée au maximum.

In de meeste gevallen zal deze de 30 dagen niet overschrijden. Bij de conceptie van de G-dienst werd er nochtans van uitgegaan dat voor sub-akute aandoeningen de opname iets langer kan duren. Dit mag evenwel niet uitlopen op een verlengde hospitalisatie. Vandaar dat in de normen werd gesteld dat de gemiddelde ligduur geenszins drie maanden mag overtreffen. Er moet overigens op worden gewezen dat na drie maanden verblijf de persoonlijke tussenkomst van de patiënt wordt verhoogd precies om lange hospitalisatie in akute diensten tegen te gaan alsmede de financiële discriminatie met de rustoordsector.

Kenmerkend voor de geriatriediensten is ook dat de personen die er opgenomen worden hoogbejaard moeten zijn. De gemiddelde leeftijd moet ten minste 75 jaar bedragen.

De leiding van de dienst moet toevertrouwd worden aan een specialist in inwendige geneeskunde die van een bijzondere bekwaamheid in de geriatrie moet blijken. De geneesheer moet voltijs in het ziekenhuis tewerkgesteld zijn zodat hij zich volledig kan wijden aan zijn ziekenhuispatiënten.

Hij heeft de leiding over de verzorgingsequipe van de dienst. Deze equipe vormt een multidisciplinair team met wie de geneesheer geregeld de gezondheidstoestand van de patiënt moet bespreken. Dit teamwerk moet het mogelijk maken de patiënt in al zijn verzorgingsaspecten te kunnen behandelen. Vanuit het team moet het ontslag van de patiënt en zijn opvang thuis of in een thuisvervangend milieu grondig worden voorbereid.

De geriatriedienst moet ook beroep kunnen doen op andere medische specialismen. Vandaar dat de dienst per definitie in een algemeen ziekenhuis moet worden ondergebracht.

Slechts zeer uitzonderlijk mag de geriatriedienst buiten een algemeen ziekenhuis gevestigd zijn. In dat geval moet de dienst een functionele binding hebben met een algemeen ziekenhuis dat eveneens over een geriatriedienst beschikt.

Een zelfde medische equipe moet in voorkomend geval de beide diensten bedienen. In het licht van het koninklijk besluit van 8 december 1986 zullen beide ziekenhuizen moeten deel uitmaken van een ziekenhuisgroep.

In principe komen de R-diensten prioritair in aanmerking om zich naar een geriatriedienst om te schakelen, althans voor zover ze aan alle voorwaarden voldoen. Indien door de reconversie van R-diensten het programmatiecriterium van 3,5 G-bedden per 1 000 bejaarden niet is bereikt mogen ook andere diensten in aanmerking komen. Dit cijfer werd opgetrokken met 1,5 G-bedden per 1 000 bejaarden en is exclusief voorbehouden aan de reconversie van V-diensten.

Ziedaar de belangrijkste karakteristieken van de nieuwe G-dienst. Het is van belang dat de desbetreffende normen korrekt worden toegepast, enkel dan kan de G-dienst een succes worden. Het is in het belang van de bejaarde dat hij een goede ziekenhuisverzorging geboden krijgt.

Dans la plupart des cas, elle ne dépassera pas les 30 jours. Lors de la conception du service G, on a admis que l'hospitalisation pouvait être un peu plus longue pour les affections subaiguës. Le séjour à l'hôpital ne peut cependant se prolonger. Aussi, les normes supposent-elles que le séjour moyen ne peut excéder trois mois. Remarquons par ailleurs que l'intervention personnelle du patient est majorée après trois mois de séjour, précisément afin d'éviter de longues hospitalisations dans des services aigus et une discrimination financière à l'égard du secteur des maisons de repos.

Une autre caractéristique des services gériatriques est que les patients qui sont placés doivent être des personnes très âgées. Leur âge moyen doit être de 75 ans au moins.

La direction du service doit être confiée à un spécialiste en médecine interne témoignant de compétences particulières en gériatrie. Le médecin doit être occupé à temps plein afin qu'il puisse se consacrer entièrement à ses patients hospitalisés.

Il dirige l'équipe soignante du service. Cette équipe multidisciplinaire s'entretient régulièrement avec le médecin au sujet de l'état de santé du patient. Ce travail d'équipe doit permettre un traitement médical complet du patient. L'équipe doit soigneusement préparer le départ du patient et son accueil à la maison ou dans un milieu de substitution.

Le service de gériatrie doit aussi faire appel à d'autres spécialistes médicaux. Aussi, le service doit-il, par définition, être intégré dans un hôpital général.

Ce n'est qu'à titre d'exception que le service de gériatrie peut être détaché d'un hôpital général. Dans ce cas, il doit avoir un lien fonctionnel avec un hôpital général qui comporte un service de gériatrie.

Dans le cas précité, une même équipe médicale doit être à la disposition des deux services. Compte tenu de l'arrêté royal du 8 décembre 1986, les deux hôpitaux doivent faire partie d'un groupement d'hôpitaux.

Le cas échéant, une seule équipe médicale doit s'occuper des deux services. En principe, les services R ont la priorité pour leur transformation en service de gériatrie, du moins s'ils remplissent toutes les conditions. Si la reconversion des services R ne produit pas comme résultat le critère de programmation de 3,5 lits G par 1 000 personnes âgées, d'autres services peuvent entrer en ligne de compte. Ce chiffre a été augmenté de 1,5 lit G pour 1 000 personnes âgées et vaut exclusivement pour la conversion des services V.

Telles sont les caractéristiques majeures du nouveau service G. Il importe que les normes qui s'y rapportent soient correctement appliquées. Il y va du succès de ce service G. La personne âgée a tout intérêt à ce qu'elle reçoive des soins hospitaliers de qualité.

Dit moet hem namelijk in staat stellen de vitale functies terug te kunnen uitoefenen en naar huis terug te keren. Indien hij zich echter niet meer thuis kan behelpen dan zal hij voor zijn aandoening elders moeten worden verzorgd.

3. Reconversie van V-diensten.

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat het merendeel van de V-patiënten maanden en soms jaren in de V-diensten verblijven. Door hun langdurige opname heeft hun verblijf *de facto* een residentieel karakter gekregen. Hun gezondheidstoestand is doorgaans dermate gestabiliseerd dat zij geen behoefte meer hebben aan de specialistische ziekenhuisinfrastructuur. Wel hebben zij een geregeld algemeen medisch toezicht nodig, alsmede verpleegkundige en paramedische zorg, en voornamelijk hulp op het vlak van de noodzakelijke levensactiviteiten.

Hun ontslag uit de V-dienst is in vele gevallen niet mogelijk omdat zij thuis niet over de nodige verzorging kunnen beschikken of omdat zij geen plaats vinden in een rustoord waar hen de nodige gezondheidszorgen kunnen worden verstrekt. Het niet bestaan van de rust- en verzorgingstehuizen maakte inderdaad het ontslag van de V-patiënten vaak onmogelijk. Belangrijk is evenwel ook het feit dat de patiënt in de V-dienst voor zijn logements- en onderhoudskosten, althans tot voor kort, nagenoeg niet diende tussen te komen, terwijl hij hiervoor in het rustoord wel moet betalen.

Het volstaat niet voor deze patiënten hun persoonlijke tussenkomst voor logements- en onderhoudskosten op te trekken tot op het niveau van het rust- en verzorgingstehuis.

Het probleem reikt echter veel verder. Deze personen zijn geen ziekenhuispatiënten zodat het statuut van de dienst waarin ze zijn opgenomen in vraag moet worden gesteld.

Deze vraag geldt voor vrij veel V-diensten. Anderzijds moet ook opgemerkt worden dat een beperkt aantal V-diensten in feite een actieve geriatrie functie vervult, waar de patiënten door een intensieve behandeling vrij snel uit de inrichting kunnen worden ontslagen. Deze diensten beantwoorden eigenlijk aan de verwachtingen die thans in de G-diensten worden gesteld.

Tenslotte zijn er enkele instellingen die zwaar zorgenbehoevende zieken behandelen met een specifieke aandoening die naast verpleegkundige en paramedische zorg ook nog een specialistisch toezicht vergen wegens de ernstige verwikkelingen die zich dagelijks kunnen voordoen.

Deze vaststellingen die bij de feitelijke ontwikkeling van de V-diensten moeten worden gemaakt, heeft de Regering er toe geleid om in augustus 1985 een reeks maatregelen te treffen om de reconversie van V-diensten naar rust- en verzorgingstehuizen aan te moedigen (1):

— het R.V.T.-forfait werd van 650 frank opgetrokken tot 950 frank per dag. Thans bedraagt dit forfait $\pm$ 1 000

Ceux-ci lui permettront d'exercer à nouveau ses fonctions vitales et de rentrer à la maison. Si son degré d'autonomie ne le permet pas, son affection devra alors être soignée ailleurs.

3. Reconversion des services V.

Les données disponibles montrent que la plupart des patients V restent des mois et parfois des années dans les services V. Cette hospitalisation prolongée a rendu *de facto* leur séjour permanent. En général, leur état de santé s'est stabilisé à un niveau tel qu'ils ne nécessitent plus d'infrastructure hospitalière spécialisée. Cependant, ils ont besoin d'un contrôle médical général régulier ainsi que de soins infirmiers et paramédicaux, et surtout d'une assistance dans leurs activités vitales.

Leur départ du service V est souvent impossible parce qu'ils ne peuvent recevoir les soins nécessaires à domicile ou parce qu'ils ne trouvent pas de maison de repos où les soins de santé indispensables peuvent leur être fournis. En effet, l'absence de maisons de repos et de soins empêchait leur départ du service V. Remarquons que, jusqu'à il y a peu, du moins, le patient admis dans un service V ne devait pratiquement pas intervenir dans les frais d'hébergement et d'entretien, contrairement à la situation dans les maisons de repos.

Mais le problème est bien plus étendu. Ces personnes ne sont pas des patients hospitalisés de sorte que le statut du service dans lequel elles étaient placées doit être remis en cause.

Bon nombre des services V sont concernés. Et un nombre limité de services V remplit en fait une fonction active de gériatrie, dans lesquels les patients reçoivent un traitement intensif qui leur permet un départ rapide de ce service. Ces services répondent aux espoirs mis actuellement dans les services G.

Enfin, certaines institutions traitent des maladies nécessitant des soins importants, et souffrant d'une affection spécifique dont les soins infirmiers et paramédicaux doivent s'assortir d'un contrôle spécialisé en raison des sérieuses complications qui peuvent surgir quotidiennement.

Ces constatations relatives au développement effectif des services ont invité le gouvernement à prendre en août 1986 des mesures en vue d'encourager la reconversion des services V en institutions de repos et de soins (1):

— le forfait M.R.S. a été relevé de 650 francs à 950 francs par jour. Actuellement ce forfait s'élève à $\pm$ 1 000 francs

(1) Zie brochure: «De conceptie en concretisering van het beleid inzake de voorzieningen voor de zieke en verzorgingsbehoevende bejaarden», kabinet van de minister van Sociale Zaken, september 1985.

(1) Voir brochure «Conception et considération de la politique en matière d'infrastructure pour les personnes âgées malades et nécessitant des soins», cabinet du ministre des Affaires sociales, septembre 1985.

frank per dag. Hierdoor kan een verzorgingsequipe worden vergoed bestaande uit 5 verpleegkundigen, 6 verzorgingspersoneelsleden en het F.T.-equivalent van 1 kine- en/of ergotherapeut;

— per V-bed dat wordt afgeschaft kunnen 2,5 R.V.T.-bedden worden bekomen;

— de schadeloosstelling voor de investeringen werd opgetrokken van 50 pct. tot 60 pct. van de residuwaarde;

— bij volledige sluiting van een instelling werd de schadeloosstelling voor alle andere kosten dan deze verbonden aan de goederen met 20 pct. verhoogd. Tevens werd in een voorschottensysteem voorzien;

— faciliteiten worden geboden om V-diensten progressief over een periode van 3 jaren om te schakelen;

— een specifieke regeling werd uitgewerkt voor de geneesmiddelenbedeling in ex-ziekenhuisdiensten.

Daarnaast werd aan de V-diensten ook de mogelijkheid geboden zich naar geriatriedienst om te schakelen, althans voor zover ze effectief een akute geriatrie functie vervullen. Een specifieke programmatie van 1,5 G-bed per 1 000 bejaarden werd hiervoor voorzien. In voorkomend geval moet bij de omschakeling van 1 V-bed naar 1 G-bed een ander V-bed omschakelen naar verzorgingsbed.

Uit de bij de gemeenschappen aanhangig gemaakte dossiers kan afgeleid worden dat, ingevolge de stimulerende maatregelen van augustus 1985, in de loop van 1987 ongeveer 7 000 verzorgingsbedden zullen ontstaan door reconversie van 2 800 V-bedden.

Inmiddels werden de V-diensten, voor zover deze nog niet omgeschakeld zijn, aan een doorlichting onderworpen. De enquête is gestart op 1 oktober 1986 en loopt over één jaar. Uit deze evaluatie moet blijken of er in de toekomst behoefte blijft bestaan aan een V-dienst. Zo ja moet uitgemaakt worden volgens welk concept en voor welke behoefte. Een stuurgroep bestaande uit geneesheren van verzekeringsinstellingen, van inrichtende machten van V-diensten, gerieters en geneesheren van de inspectiediensten zal een rapport opstellen dat een antwoord moet bieden op de hierboven gestelde vragen.

4. Meer verzorgingsbedden door sluiting van akute bedden.

4.1. R.V.T.-bedden door reconversie van andere bedden dan V-bedden.

De operatie bedvermindering is er op gericht zoveel mogelijk verzorgingsbedden te laten tot stand komen. De sluitingsoperatie beoogt een vermindering van 2 000 bedden in 1987 en 4 000 bedden in 1988, hetzij in totaal 6 000 bedden.

Per gedesaffecteerd ziekenhuisbed kunnen 2 R.V.T.-bedden worden gecreëerd. Indien men evenwel gebruik wenst te maken van de recyclage van middelen die uit de sluiting voortkomen, voor projecten van kwaliteitsverbetering, dan kan men 1 R.V.T.-bed per ziekenhuisbed bekomen. De sluitingsoperatie moet dus 6 000 tot 12 000 verzorgingsbedden kunnen opleveren.

par jour. Il permet d'indemniser une équipe de soins composée de cinq infirmiers, de six membres du personnel soignant et de l'équivalent plein-temps d'un kinésithérapeute et/ou d'un ergothérapeute;

— la suppression d'un lit V permet la création de 2,5 lits M.R.S.;

— le dédommagement des investissements a été porté de 50 à 60 p.c. de la valeur résiduelle;

— en cas de fermeture totale d'une institution, le dédommagement de tous les frais autres que ceux liés aux biens a été majoré de 10 p.c. Simultanément, un système d'avances a été mis sur pied;

— les services V ont à présent la possibilité de reconversion progressive sur une période de trois ans;

— un régime spécifique a été mis sur pied pour la distribution de médicaments dans des anciens services hospitaliers.

En outre, les services V ont la possibilité de se reconvertir en services gériatriques, du moins s'ils remplissent effectivement une fonction de gériatrie aiguë. A cet effet, une programmation bien spécifique d'1,5 lit G par 1 000 personnes âgées a été prévue. Le cas échéant, la reconversion d'un lit V en un lit G, doit entraîner la reconversion d'un autre lit V en lit de soins.

On peut déduire des dossiers introduits auprès des communautés que les mesures de stimulation du mois d'août 1985 permettront dans le courant de 1987 la reconversion d'environ 2 800 lits V en 7 000 lits de soins.

Les services V non encore reconvertis ont été sondés. Cette enquête a débuté le 1^{er} octobre 1986 et porte sur une période d'un an. Cette évaluation devra montrer la future nécessité ou non d'un service V. Si la réponse est positive, il faudra déterminer suivant quelle conception ce besoin devra être satisfait. Une commission d'experts composée de médecins d'organismes assureurs, des pouvoirs organisateurs des services V, de gériatries et de médecins des services d'inspection établira un rapport qui répondra à ces questions.

4. Plus de lits de soins par la suppression de lits aigus.

4.1. Lits M.R.S. par reconversion d'autres lits que des lits V.

L'opération de réduction du nombre de lits doit permettre la création d'un maximum de lits de soins. L'opération de fermeture comporte une réduction de 2 000 lits en 1987 et de 4 000 lits en 1988, soit 6 000 lits au total.

Chaque lit d'hôpital désaffecté permet la création de 2 lits M.R.S. Si l'on désire éventuellement utiliser les moyens recyclés découlant de la suppression, pour les projets visant une amélioration de la qualité, on pourrait obtenir 1 lit M.R.S. par lit d'hôpital. L'agréation de suppression doit donc permettre de créer 6 000 à 12 000 lits de soins.

Voorwaarde is dat de sluiting wordt aangekondigd vóór 1 juni 1987 en de sluiting uiterlijk volgt op 31 december 1987.

Het zal dus mogelijk zijn om op 31 mei 1987 een inventaris te maken van de R.V.T.-bedden die uit de sluiting van akute bedden voortkomen.

4.2. R.V.T.-bedden door poolvorming.

Naast de verzorgingsbedden die overeenkomstig de voormelde regelen kunnen worden gecreëerd, zal tevens, in uitvoering van het protocolakkoord met de gemeenschappen, binnen de budgettaire mogelijkheden, een supplementaire pool aan R.V.T.-bedden ter beschikking worden gesteld. Het toekennen van deze pool zal grotendeels afhankelijk zijn van het succes van de vrijwillige sluitingsoperatie in de ziekenhuissector.

IV. BELEIDSPROBLEMEN NAAR DE TOEKOMST

1. Rustoorden. Rust- en verzorgingstehuizen.

1.1. Concept van het rust- en verzorgingstehuis.

Het concept van het rust- en verzorgingstehuis is nog relatief jong: het is amper 4 jaar oud.

Uit de ervaring die ermee opgedaan wordt zal ten gepaste tijde een evaluatie moeten worden gemaakt die desgevallend tot bijsturing zal moeten leiden.

Hieronder volgen bij wijze van vraagstelling een reeks van problemen die de aandacht van het beleid zullen vergen.

1.1.1. Vooreerst zijn er de criteria die worden gehanteerd om opgenomen te worden in een R.V.T.. Sommigen stellen dat de criteria te streng zijn en het derhalve soms moeilijk is om een goede bezetting te hebben.

Dit staat uiteraard in sterk contrast met de V-diensten waar tot op heden geen criteria werden gesteld voor de opname, en de bezetting van de V-diensten geen moeilijkheden kende.

Anderzijds wordt ook opgemerkt dat de criteria die voor de R.V.T.'s gelden precieser zouden moeten omschreven worden. De meeste kritiek gaat hierbij uit naar het criterium «gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte». Deze omschrijving is dusdanig algemeen dat hiervoor fijnere parameters zich opdringen.

In de V-enquête werden op het stuk van ADL-criteria en het gedesoriënteerd zijn, een meer precies meetinstrument gebruikt. De ervaring die hiermee opgedaan wordt zal belangrijk zijn naar gebeurlijke verfijning van de thans geldende criteria.

1.1.2. Bij het opmaken van de R.V.T.-criteria werd de vraag onderzocht of er geen differentiatie moet komen in de criteria. Differentiatie biedt echter nadelen omdat men dan binnen een zelfde instelling met twee of meerdere categorieën moet werken.

De vraag blijft echter aktueel. Ook hier zal het resultaat van de V-enquête indicatief zijn.

A cet effet, la suppression doit être annoncée avant le 1^{er} juin 1987 et avoir lieu au plus tard le 31 décembre 1987.

Au 31 mai 1987, on pourra donc dresser un inventaire des lits M.R.S. résultant de la suppression des lits aigus.

4.2. Lits M.R.S. par formation d'un pool.

En plus des lits de soins qui peuvent être créés conformément aux règles précitées, un pool supplémentaire de lits M.R.S. sera disponible, dans les limites budgétaires, en exécution de l'accord de protocole conclu avec les communautés. L'affectation de ce pool dépendra en grande partie du succès de l'agrégation de suppression volontaire dans le secteur hospitalier.

IV. PROBLEMES POLITIQUES FUTURS

1. Maisons de repos. Maisons de repos et de soins.

1.1. Concept de la maison de repos et de soins.

Le concept de la maison de repos et de soins est relativement récent: il n'a que quatre ans.

L'expérience acquise permettra de faire en temps opportun une évaluation qui devra donner lieu à des corrections éventuelles.

Voici, sous forme de questions, une série de problèmes qui exigeront l'attention des responsables politiques.

1.1.1. Il y a en premier lieu les critères utilisés pour l'admission en M.R.S. D'aucuns prétendent que ces critères sont trop stricts et une bonne occupation est donc parfois malaisée.

Ceci contraste fortement avec les services V qui n'ont pas encore de critères d'admission et dont l'occupation n'a posé aucun problème.

On a fait remarquer aussi qu'il faudrait préciser les critères appliqués pour les M.R.S. Le critère «être désorienté dans le temps et l'espace» est le plus critiqué. Cette définition est trop générale et des paramètres plus précis s'imposent.

Par l'enquête sur les services V on a utilisé un instrument de mesure plus précis pour les critères A.V.Q. (Activité Vie Quotidienne) et la désorientation. L'expérience qu'elle a permis d'acquérir sera fort utile pour affiner éventuellement les critères actuels.

1.1.2. En fixant les critères M.R.S. on s'est demandé s'il ne fallait pas les différencier. La différenciation présente cependant des désavantages parce qu'il faut utiliser deux ou plusieurs catégories dans un même établissement.

La question demeure néanmoins d'actualité. Le résultat de l'enquête V donnera des indications.

1.1.3. Vaak wordt de vraag gesteld of er in de R.V.T.-instellingen geen onderscheid moet worden gemaakt tussen deze waar patiënten gevestigd zijn met eerder somatische aandoeningen en deze met eerder psychische problemen.

Het opdelen van de R.V.T.'s lijkt moeilijk omdat het verzorgingsbehoefte een evolutief proces is waar somatische en psychische aspecten vaak gemengd zijn.

Uiteraard kunnen de psychische aspecten bij sommigen dominanter zijn dan bij anderen. De vraag is dan ook of in grotere R.V.T.-instellingen aparte afdelingen moeten worden voorbehouden. Deze vraag zal akuter worden naarmate er meer en meer R.V.T.-afdelingen beschikbaar zijn.

1.1.4. Een andere veel gehoorde vraag is of de R.V.T.-bedden binnen een rustoord architectonisch moeten afgezonderd worden van de rest van de instelling.

In de erkenningsnormen wordt hierover gezegd dat de R.V.T.-bedden bij voorkeur gegroepeerd moeten worden. Hiervan werd echter geen verplichting gemaakt precies omdat het zorgbehoefte een evolutief is.

Vaak komt men binnen in het rustoord als valide en wordt men mettertijd invalid. Het lijkt moeilijk om een bejaarde in zo'n geval te verplaatsen binnen de instelling naar een R.V.T.-afdeling wanneer hij reeds sinds jaren een zelfde kamer betreft. Nog moeilijker is het wanneer een bejaard echtpaar een kamer betreft en één van de echtgenoten als invalide bejaarde moet worden verhuisd naar een R.V.T.-afdeling. Het voordeel van een afzonderlijke R.V.T.-afdeling is echter dat het personeel dat vertrouwd is met verzorgingsbehoeften geconcentreerd is op één plaats.

Misschien wordt de vraag naar een afzonderlijke R.V.T.-afdeling minder groot naarmate er meer R.V.T.-bedden beschikbaar zijn.

1.1.5. In dezelfde gedachtengang wordt vaak de vraag gesteld of er moet geopteerd worden voor instellingen die uitsluitend uit R.V.T.-bedden bestaan.

Bij de redactie van de erkenningsnormen werd hiervoor niet gepleit, omwille van het progressief karakter van het verzorgingsbehoefte zijn.

Gemengde tehuizen genieten dan ook de voorkeur.

Iets anders is het wanneer het gaat over ziekenhuisafdelingen die zich naar R.V.T. reconvertieren. Hier bestaat geen mogelijkheid om een gemengde instelling te creëren. Het is een « exclusieve » R.V.T.-instelling uit noodzaak geworden. Het is als het ware een uitzonderingssituatie die een pragmatische oplossing biedt voor instellingen die zich niet als ziekenhuis handhaven.

Het spreekt vanzelf dat deze instellingen uitsluitend R.V.T.-patiënten opnemen, ten ware ze in een volledig omgeschakelde instelling een gedeelte als « rustoord » erkend krijgen.

1.1.3. Par ailleurs, faut-il faire une distinction entre les services V soignant des patients souffrant d'affections plutôt somatiques et ceux qui recueillent des malades à problèmes psychiques ?

Une distinction semble difficile parce que la nécessité de soins est un processus évolutif où les aspects somatiques et psychiques se confondent souvent.

Il est évident que les aspects psychiques peuvent être plus prépondérants chez une personne que chez une autre. La question se pose dès lors de savoir s'il ne faut pas réserver des sections séparées dans les établissements M.R.S. plus importants. Cette question deviendra de plus en plus aiguë au fur et à mesure que le nombre de sections M.R.S. augmentera.

1.1.4. Dans une maison de repos faut-il isoler les lits M.R.S. du reste, d'un point de vue architectonique ?

Les normes d'agrément précisent que les lits M.R.S. doivent être groupés, de préférence. Ce n'est cependant pas une obligation puisque la nécessité de soins est évolutive.

On est souvent valide en entrant en maison de repos et l'on devient progressivement invalide. Il semble difficile, dans pareil cas, de transférer une personne d'une maison de repos à une section M.R.S., lorsqu'elle occupe une chambre depuis plusieurs années. Ceci est d'autant plus difficile lorsque des conjoints âgés occupent une chambre et que l'un d'eux doit être transféré dans une section M.R.S.; une section M.R.S. présente cependant l'avantage que le personnel y est familiarisé avec de telles personnes et se trouve concentré à un endroit.

La demande de section M.R.S. séparées diminuera peut-être au fur et à mesure que plus de lits M.R.S. deviennent disponibles.

1.1.5. Dans ce même ordre d'idées on se demande souvent s'il faut préférer des établissements qui ont uniquement des lits M.R.S.

Ce point de vue n'a pas été suivi lors de la rédaction des normes d'agrément en raison du caractère progressif de la nécessité des soins.

Des établissements mixtes sont dès lors préférables.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de sections hospitalières qui se convertissent en M.R.S. Il n'est pas possible de créer ici un établissement mixte. C'est un établissement exclusivement M.R.S., par nécessité. C'est une vraie situation d'exception qui offre une solution pragmatique aux établissements qui ne peuvent pas subsister en tant qu'hôpital.

Il va de soi que de tels établissements n'accueillent que des patients M.R.S. à moins qu'une partie de leur établissement entièrement reconverti ne soit agréé comme « maison de repos ».

1.1.6. Een veel gehoord probleem is dat van de medische organisatie.

Bij de redactie van het koninklijk besluit over de erkenningsnormen werd ervan uitgegaan dat het rust- en verzorgingstehuis een thuisvervangend milieu is en de verzorgings-behoevende er bijgevolg, zoals de thuisblijvende patiënt, een vrije keuze van arts moet hebben. Het besluit voorziet evenwel dat wanneer de patiënt geen beroep doet op een arts van zijn keuze deze ook beroep moet kunnen doen op een arts die door de instelling is aangewezen. Deze geneesheer dient naar de beheerder toe een adviserende rol te spelen en moet tevens een coördinerende rol voor de medische werkzaamheden kunnen vervullen.

Hierbij werd de mogelijkheid niet uitgesloten dat naarmate patiënten langer in het tehuis verblijven ze enkel nog op deze arts, aangewezen door de beheerder, beroep doen. Het is ook mogelijk dat de patiënten van bij hun opname de voorkeur geven aan de arts van de instelling. Principieel is het nochtans belangrijk het fundamenteel recht op de vrije keuze te handhaven.

De organisatorische moeilijkheden die gepaard gaan met de vrije keuze van de arts kunnen ten dele opgevangen worden door praktische afspraken met de huisartsengroepering van de streek. Deze afspraken kunnen zich vertalen in een overeenkomst of in een reglement van orde. Op termijn moet worden onderzocht of de praktische moeilijkheden die de vrije keuze tot gevolg kunnen hebben door dergelijke overeenkomsten oplosbaar zijn. Tevens dient ook nagegaan of patiënten die sinds lang in een R.V.T. verblijven mettertijd enkel nog beroep doen op de arts van de instelling. Op basis van de opgedane ervaringen moet dan geconcludeerd worden of er zich wijzigingen aan de reglementering opdringen.

1.1.7. Zoals voor de arts geldt ook voor de geneesmiddelen het principe dat het R.V.T. een thuisvervangend milieu is. Met andere woorden het R.V.T. moet voor de geneesmiddelen beroep doen op geneesmiddelen van een officina buiten de instelling. De bedoeling van deze maatregel was medicalisering van de instelling te voorkomen.

Op dit principe werd een uitzondering voorzien voor de R.V.T.'s die een omgeschakelde ziekenhuisdienst zijn. Deze instellingen beschikken namelijk reeds over een officina met apotheker of blijven er één behouden wanneer zich naast het R.V.T. in hetzelfde complex nog ziekenhuisdiensten bevinden.

Wellicht is het aangewezen een studie te maken over het gebruik van geneesmiddelen in R.V.T.'s met officina binnen de gebouwen enerzijds, en in R.V.T.'s waar voor de geneesmiddelen beroep wordt gedaan op een officina buiten de instelling anderzijds.

Op basis hiervan moet kunnen nagegaan worden of het beschikken over een officina binnen de gebouwen van een R.V.T. medicaliserend werkt of niet.

1.1.6. L'organisation médicale, problème fréquent.

La rédaction de l'arrêté royal sur les normes d'agrément repose sur le principe que la maison de repos et de soins est un milieu de remplacement et que la personne qui nécessite des soins doit pouvoir choisir librement son médecin, comme la personne malade chez elle. L'arrêté dispose cependant que lorsque le patient ne demande pas un médecin de son choix, il doit pouvoir faire appel au médecin désigné par l'établissement. Ce médecin doit jouer un rôle consultatif pour le gestionnaire et un rôle de coordination des activités médicales.

Il n'est pas exclu qu'avec le temps les patients fassent exclusivement appel au médecin désigné par le gestionnaire. Il se peut aussi que les patients donnent dès leur admission leur préférence au médecin de l'établissement. Il importe cependant de sauvegarder le principe du droit fondamental au libre choix.

Les difficultés organisationnelles liées au libre choix du médecin peuvent être compensés en partie par des arrangements pratiques avec le groupement des médecins de la région. De tels arrangements peuvent être coulés en une convention ou un règlement intérieur. A terme, il faudra examiner si les difficultés pratiques pouvant résulter du libre choix peuvent être résolues par de telles conventions. Il faudra examiner aussi si les patients résidant depuis longtemps en M.R.S. font, avec le temps, encore uniquement appel au médecin de l'établissement. L'expérience permettra de conclure si des modifications à la réglementation sont nécessaires.

1.1.7. Le principe selon lequel la M.R.S. est un milieu de remplacement vaut pour les médicaments comme pour les médecins. En d'autres termes, la M.R.S. doit prendre ses médicaments auprès d'une pharmacie hors de l'établissement. Le but de la mesure est d'éviter la médicalisation de l'établissement.

Une exception à ce principe a été prévue par les M.R.S. qui sont des services hospitaliers reconvertis. De tels établissements disposent en effet d'une officine avec pharmacien; elles en gardent une aussi si le même complexe comprend encore des services hospitaliers.

Il serait opportun de faire une étude sur l'usage des médicaments en M.R.S. ayant une officine dans le bâtiment et sur celles faisant appel à des officines extérieures.

Une telle étude révélerait si une officine dans la M.R.S. entraîne ou non une médicalisation.

1.1.8. Een andere vraag is deze van het prijzenbeleid binnen de R.V.T.'s. Dit hangt samen met het prijzenbeleid voor de rustoorden in het algemeen.

De prijzen dienen op een coherente wijze te worden vastgesteld, waarbij voor dezelfde behoeften en lasten dezelfde prijzen worden vastgesteld.

1.2. Financiering van de verzorgingsbehoevenden in rustoorden, nog niet erkend als R.V.T.

De problematiek gesteld door de verzorging van zwaar zorgbehoevende bejaarden is één der grote uitdagingen van het gezondheidsbeleid van de komende jaren. De behoeften aan verzorging zullen immers met de veroudering van de bevolking en de stijgende leeftijdsverwachting zeer sterk toenemen. Het komt er voor het beleid derhalve op aan tijdig een aangepast zorgaanbod uit te bouwen.

Hierbij dient echter rekening gehouden met de beschikbare middelen. Men moet vermijden, zoals in het verleden te vaak is gebeurd in de gezondheidssector, mechanismen op gang te brengen die binnen de kortste keren onbetaalbaar blijken. Daarom werd geopteerd voor de moeilijke weg met name deze van de geleidelijke herschikking van beschikbare middelen.

Enerzijds werd van meetaf in 1982 het tot dan toe theoretisch concept van rust en verzorgingstehuis (R.V.T.) operationeel gemaakt; maar anderzijds werd ook de erkenning van deze R.V.T.-bedden vrij strak gekoppeld aan de afbouw van ziekenhuisbedden.

Wellicht gaat dit voor de rustoordensector die thans reeds instaat voor de opvang van zwaarbehoevende bejaarden te traag. Het beleid kan die reactie begrijpen. Ook de regering zou niet liever wensen dan dat voor elke bejaarde die zwaar zorgbehoevend is nu reeds de aangepaste R.V.T.-voorzieningen en de financiële tenlasteneming ervan zouden bestaan.

Als de weg van de geleidelijkheid werd gevolgd is dit zeker geen uiting van ongevoeligheid voor de reële problematiek, maar wel van de zorg voor de veilige en blijvende financiering.

De tijd dat men de illusie kon hebben of er alles en alles terzelfdertijd mogelijk was is voorbij. Vandaag moeten we kiezen en prioriteiten durven stellen.

De vooropgestelde programmatienormen moeten niet onmiddellijk voor 100 pct. gehaald worden, gezien zij gedeeltelijk ook met de toekomstige behoeften rekening houden. Op korte termijn moet echter het huidige aantal R.V.T.-bedden gevoelig kunnen opgetrokken worden, gezien de reeds bestaande behoeften.

Daarom werd uitdrukkelijk het engagement aangegaan t.a.v. de gemeenschapsministers dat, zo in juni 1987 blijkt dat de ziekenhuissector voldoende inspeelt op hun vooropgestelde herschikkingsbeleid, een pool-R.V.T.-bedden zou worden gecreëerd die exclusief bestemd zou zijn voor de rusthuizen.

1.1.8. La politique des prix dans les M.R.S. est un autre problème lié à celui de la politique des prix pour les maisons de repos en général.

Les prix doivent être fixés de manière cohérente et identique pour les mêmes besoins et les mêmes charges.

1.2. Financement des personnes nécessitant des soins en maisons de repos non agréées comme M.R.S.

La problématique de soins de santé aux personnes âgées qui en nécessitent tout particulièrement, constitue un des défis majeurs de la politique de santé des années à venir. En effet, les besoins en cette matière ne feront que s'accroître, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie. Aussi, la politique de santé doit-elle prévoir à temps une offre de soins adéquate.

Toutefois, il faut tenir compte des moyens disponibles. Contrairement à ce qui a trop souvent eu lieu dans le passé dans le secteur des soins de santé, il faut éviter de créer des mécanismes qui s'avèrent rapidement insupportables du point de vue budgétaire. Aussi, a-t-on choisi un réaménagement progressif des moyens disponibles.

Le concept, jusqu'alors purement théorique, de maison de repos et de soins (M.R.S.) a été rendu d'emblée opérationnel en 1982; mais l'agrément de ces lits M.R.S. a été rigoureusement lié à la suppression de lits d'hôpitaux.

Pour les maisons de repos qui s'occupent déjà des personnes âgées nécessitant des soins importants, cette opération s'effectue peut-être trop lentement. Les responsables politiques sont conscients de cette situation. Le gouvernement souhaite lui aussi que pour chaque personne nécessitant des soins intensifs, les structures M.R.S. adéquates et la prise en charge financière existent dès maintenant.

Une approche progressive ne témoigne nullement d'une indifférence aux problèmes réels, mais bien du souci d'un financement sûr et durable.

On ne peut plus se bercer d'illusions et se dire que tout est possible en même temps. Il nous faut aujourd'hui choisir et oser fixer des priorités.

Les normes de programmation préétablies ne doivent pas être immédiatement atteintes à 100 p.c., vu qu'elles tiennent partiellement compte aussi des besoins futurs. Toutefois, le nombre actuel des lits M.R.S. doit sensiblement augmenter à court terme, vu les besoins existants.

C'est pourquoi un engagement formel a été pris à l'égard des ministres des communautés; il précise qu'un pool de lits M.R.S. sera créé à l'usage exclusif des maisons de repos s'il apparaît en juin 1987 que le secteur hospitalier répond dans une mesure suffisante aux exigences de réaménagement qu'ils se sont fixées.

Hierbij dient herhaald dat een belangrijk aantal R.V.T.-bedden moet voortkomen uit de herstructurering van de V-sector. Om de mogelijkheden die hieruit voor de rusthuis-sector moeten voortvloeien te maximaliseren werd beslist dat het koninklijk besluit waarbij de reconversie van V-bedden recht geeft op 2,5 R.V.T.-bedden, waarvan 1,5 in een rusthuis, te verlengen tot 31 mei 1987 (zelfde datum als voor notificatie van bedvermindering in de ziekenhuizen).

Het is dus een vaste wil om het aantal R.V.T.-bedden op korte termijn op te trekken. Dit moet echter gebeuren in het kader van een herschikking van de beschikbare middelen.

Het beleid is er zich goed van bewust dat er ondertussen in de rustoorden meer patiënten verblijven, die aan de R.V.T.-criteria beantwoorden, dan er R.V.T.-bedden beschikbaar zijn. Daarom ook werd in 1986 in het kader van de ziekteverzekering een specifieke vergoeding voorzien voor de verpleging van deze patiënten. Thans wordt er door de rustoorden op aangedrongen dat een globale forfaitaire vergoeding van 403 frank per dag zou worden ingevoerd.

Men vroeg dat dit van kracht zou worden op 1 januari 1987. Er werd inderdaad gesteld dat dit op deze datum niet kon. Het antwoord was echter geen afwijzing zonder meer. Met name werd gesteld dat vooraleer welke maatregel ook te nemen men vooraf: a) moest weten wat de meerkost geweest is van de maatregel die in 1986 werd genomen; b) een beeld moest hebben van de globale financiering van de intra-murale verzorging binnen het R.I.Z.I.V.

Daarom werd door het Kabinet voorgesteld binnen het R.I.Z.I.V. een speciale commissie op te richten (wat ondertussen is gebeurd) waarin de verzorgingssector zelf rechtstreeks met de mutualiteiten de financiering van deze sector kan regelen. Tot nu toe gebeurde dit door de vertegenwoordigers van de verplegenden, wat niet opgaat voor de rustoordsector, gezien de beheerders de financiële verantwoordelijkheid dragen en niet de verplegenden.

De Commissie werd in februari 1987 geïnstalleerd. Geleidelijk komt aldus een volwaardige overlegstructuur tot stand voor de verzorgingssector. Het is meteen ook de erkenning van de eigen plaats van de verzorgingssector in het gehele aanbod aan gezondheidszorgen.

De R.I.Z.I.V.-commissie heeft tot opdracht een nieuw kader uit te werken voor de financiering van de intra-murale verzorgingssector binnen het R.I.Z.I.V. Dit zou zich kunnen vertalen in een ad-hoc conventie voor 1988. Ondertussen blijft de conventie-verplegenden van toepassing voor de sector in 1987. Er bestaat geen bezwaar dat de commissie voorstellen zou uitwerken die reeds in de eerste helft van 1987 in voege zouden kunnen treden. Deze zouden de vorm kunnen aannemen van een addendum — verzorgingssector aan de conventie-verplegenden. Deze voorstellen kunnen geheel of gedeeltelijk de door de sector gewenste richting van forfaitaire vergoeding ingaan. Voorwaarde is echter dat men enerzijds de kostprijs ervan zou kunnen ramen aan de hand van de gegevens 1986 en dat men ook een beeld zou hebben over de toekomstige globale financiering.

Soulignons une fois de plus à ce sujet, qu'un nombre important de lits M.R.S. doit provenir de la restructuration du secteur V. Afin d'optimiser les possibilités qui en découlent pour le secteur des maisons de repos, il a été décidé de proroger jusqu'au 31 mai 1987 l'arrêté royal par lequel la reconversion des lits V donne droit à 2,5 lits M.R.S., dont 1,5 lit dans une maison de repos (le 31 mai est la date adoptée pour la notification de la réduction du nombre de lits d'hôpitaux).

Il y a donc ferme intention d'augmenter à court terme le nombre de lits M.R.S. Mais cette opération doit avoir lieu dans le cadre d'un réaménagement des moyens disponibles.

Les responsables politiques n'ignorent pas qu'entre-temps les maisons de repos qui répondent aux critères M.R.S. hébergent plus de patients qu'il y a de lits M.R.S. disponibles. Aussi, une indemnité spécifique dans le cadre de l'assurance-maladie a-t-elle été prévue pour les soins dispensés à ces patients. Actuellement, les maisons de repos demandent une indemnité globale forfaitaire de 403 francs par jour, à partir du 1^{er} janvier 1987.

Cette exigence, a-t-on en effet affirmé, ne pouvait être satisfaite à cette date. Cette réaction n'était cependant pas un refus pur et simple. En effet, il a été dit qu'avant de prendre une quelconque mesure, il fallait au préalable connaître: a) les dépenses supplémentaires qu'a entraînée cette mesure prise en 1986; b) le financement global de ces soins « intra muros » au sein de l'I.N.A.M.I.

Le Cabinet a dès lors proposé de créer une commission spéciale au sein de l'I.N.A.M.I. (ce qui a eu lieu entre-temps), permettant au secteur de soins de santé d'organiser directement avec les mutualités le financement de ce secteur. Jusqu'à présent, ce financement était fixé par les représentants du personnel soignant, ce qui n'est pas possible pour le secteur des maisons de repos étant donné qu'ici les gestionnaires ont une responsabilité financière, et non le personnel soignant.

La Commission a été installée en février 1987. Une structure de concertation à part entière est aussi installée progressivement pour le secteur des soins de santé. Il s'agit en même temps de la reconnaissance de ce secteur dans l'ensemble de la politique de santé.

La Commission de l'INAMI a pour mission de créer un nouveau cadre pour le financement du secteur des soins de santé intra-muros au sein de l'INAMI. Il pourrait en résulter un accord ad hoc pour 1988. Entre-temps, la convention Personnel soignant reste d'application pour le secteur en 1987. Il n'y a aucune objection à ce que la commission fasse des propositions qui seraient applicables dans la première moitié de 1987. Il pourrait s'agir d'une annexe « secteur soins de santé » à la convention « Personnel soignant ». Ces propositions pourraient aller totalement ou partiellement dans le sens d'une indemnité forfaitaire telle que le secteur la souhaite. Toutefois, il faut pouvoir en estimer le coût sur la base des données de 1986 et entrevoir le financement global futur.

2. Ziekenhuizen.

2.1. Geriatriediensten.

2.1.1. Naar de toekomst toe komt het er op aan er over te waken dat het concept van de geriatriedienst wordt gerespecteerd.

Een ontsporing van deze diensten, zoals destijds met de R-diensten, moet ten allen prijze worden vermeden.

2.1.2. Een belangrijk aspect in het concept van de geriatriedienst is het element verblijfsduur. De G-dienst is een dienst voor kort verblijf. Het is in principe een akute ziekenhuisdienst.

De verpleegduur moet dan ook kort worden gehouden. De nieuwe erkenningsnormen van 8 december 1986 hebben voor het eerst de notie verpleegduur expliciet als een element van erkenning ingevoerd. De verpleegduur mag in principe de nationale gemiddelde ligduur met een nader te bepalen percentage niet overschrijden. Indien dit wel het geval is moet een onderzoek worden ingesteld naar het waarom van de langere verpleegduur.

Indien hiervoor geen verantwoording kan worden geboden moet worden onderzocht of de dienst al of niet aan het G-concept beantwoordt. Hieruit moeten desgevallend de nodige conclusies worden getrokken.

2.1.3. Een ander belangrijk aspect betreft de leiding van de dienst door een internist met een bijzondere bekwaamheid in de geriatrie. De ratio legis voor het invoeren van deze bijzondere bekwaamheid is mensen te vinden die voldoende geïnteresseerd zijn in de problematiek van bejaarden. Interesse en motivering zijn essentieel bij het leiden van een G-dienst. De G-dienst mag niet zo maar een nevenactiviteit vormen voor een geneesheer naast activiteiten in andere diensten. Hij moet full-time aan het ziekenhuis verbonden zijn en zijn hoofddopdracht moet zich in de G-dienst situeren.

Het komt er thans op aan goede stagediensten te vormen waar geriateren kunnen worden opgeleid. Er moet een voldoende aantal geriateren kunnen worden opgeleid gelet op de veroudering van de bevolking.

Er moet dan ook worden toegezien op het aantal kandidaten dat zich meldt. Op het eerste zicht lijkt de geriatrie als specialisatie niet zo aantrekkelijk te zijn. Het lijkt belangrijk hiervan de oorzaken te onderzoeken en desgevallend hieraan te verhelpen.

2.1.4. Zoals het noodzakelijk is over goede geriateren te beschikken is het ook onontbeerlijk dat verpleegkundigen een opleiding krijgen in de geriatrie. Op dit punt wordt verderop in deze nota nader ingegaan.

2.1.5. In verband met de geriatrie adviseerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen om Gp-diensten op te richten, zijnde diensten voor akute psychogeriatric.

2. Hôpitaux.

2.1. Services gériatriques.

2.1.1. Il importera à l'avenir de veiller au respect du concept de service de gériatrie.

Un dérapage de ces services, comme ce fut le cas pour les services R doit être évité à tout prix.

2.1.2. Un aspect important du concept des services gériatriques est l'élément de durée de séjour. Le service G est un service de court séjour. C'est en principe un service hospitalier aigu.

La durée des soins doit dès lors rester brève. Pour la première fois, les nouvelles normes d'agrément du 8 décembre 1986 ont instauré explicitement la notion de durée d'hospitalisation comme élément d'agrément. La durée d'hospitalisation ne peut, en principe, excéder, d'un pourcentage à préciser, la durée nationale moyenne d'hospitalisation.

Si aucune justification ne peut être donnée, il faut examiner si le service répond ou non au concept G et en tirer, le cas échéant, les conclusions qui s'imposent.

2.1.3. Un autre aspect important est la direction du service par un spécialiste en médecine interne possédant une compétence particulière en gériatrie. La raison de l'instauration de cette compétence spécifique est de trouver des personnes suffisamment intéressées par la problématique des vieillards. Intérêt et motivation sont essentiels dans la conduite d'un service G. Un tel service ne doit pas constituer sans plus une activité secondaire pour un médecin à côté de ses activités dans d'autres services. Il doit être lié à plein temps à l'hôpital et sa mission principale doit se situer dans le service G.

Il faut à présent constituer de bons services de stage capables de former un nombre suffisant de gériatres eu égard au vieillissement démographique.

Il faut dès lors contrôler le nombre de candidats qui s'inscrivent. A première vue, la gériatrie n'apparaît pas très attrayante comme spécialité. Il faut en étudier les causes et, le cas échéant, y remédier.

2.1.4. Au même titre qu'il importe de disposer de gériatres compétents, il est également indispensable que le personnel infirmier soit formé en gériatrie. Cet aspect de la question sera plus en détail dans la présente note.

2.1.5. En matière de gériatrie, le Conseil national des établissements hospitaliers a conseillé la création de services Gp, à savoir des services de psychogériatrie aiguë.

De vraag moet worden gesteld of een goed onderscheid kan worden gemaakt tussen een geriatriedienst (G) en een psychogeriatricdienst (Gp). De psychogeriatric maakt deel uit van de geriatrie en is hiervan onafscheidelijk. Geriatriche patiënten zullen overigens vaak psychische problemen hebben. Wel zou men gebeurlijk in grotere geriatriche diensten afdelingen kunnen voorbehouden aan patiënten waarbij de psychogeriatriche problemen zeer acuut zijn.

Het is wellicht geboden meer ervaring op te doen met de geriatriche diensten om na verloop van tijd hieruit de nodige conclusies te trekken naar het gebeurlijk oprichten van afzonderlijke diensten of afdelingen voor psychogeriatric.

2.1.6. De Nationale Raad suggereerde eveneens centra voor geriatriche daghospitalisatie op te richten. In ons land hebben we op dit stuk nog weinig traditie.

Het is een nieuw fenomeen dat nog onvoldoende bekendheid heeft verworven. Daghospitalisatie in de geriatrie kan voordelen hebben; met name kan de geriatriche behandeling in een G-dienst worden ingekort of kan het ziekenhuisverblijf worden voorkomen.

Nadelen zijn dat men in de ziekenhuissfeer blijft daar waar thuisverzorging misschien meer is aangewezen. Een ander nadeel of risico is dat de geriatriche daghospitalisatie de facto «dagcentra» zijn waar meer de klemtoon wordt gelegd op de bezigheidstherapie.

Het lijkt dan ook veeleer aangewezen om alvorens ter zake definitieve concepten en programmacriteria vast te leggen, te onderzoeken hoe de daggeriatric in het buitenland, of in de reeds bestaande Belgische centra ervaren wordt.

Op basis hiervan kunnen dan beleidsconclusies naar de toekomst toe worden getrokken.

2.2. V-diensten.

Om de toekomstperspectieven voor de V-diensten te kunnen bepalen moeten de resultaten van de V-enquête worden afgewacht.

Uit deze enquête zal moeten blijken of er nog behoefte is aan dergelijke diensten en zo ja, volgens welk concept, met welke opnamecriteria en voor hoeveel bedden.

De enquête bestaat uit een reeks van algemene gegevens over de V-diensten. Deze gegevens werden inmiddels reeds verzameld op het departement van Volksgezondheid.

Vervolgens zijn er gegevens die patiëntgebonden zijn; deze dienen trimestrieel bij het departement te worden ingestuurd.

De enquête is in velerlei opzichten merkwaardig en zonder voorgaande:

1. Het is een doorlichting van alle V-diensten wat dus zal toelaten een totaalbeeld te vormen.

2. Het is een enquête waar voor het eerst pathologiegegevens aan het departement van Volksgezondheid worden medegedeeld.

Il faut se poser la question de savoir s'il est possible de faire une distinction entre un service de gériatrie (G) et un service de psychogériatrie (Gp.) La psychogériatrie fait partie de la gériatrie dont elle est indissociable. Les patients gériatriques auront d'ailleurs souvent des problèmes psychiques. Certes, on pourrait dans des services gériatriques réserver des sections plus vastes aux patients confrontés à des problèmes psychogériatriques très aigus.

Il est peut-être indiqué de multiplier les expériences en matière de services gériatriques pour en tirer en fin de compte les conclusions nécessaires en vue de créer éventuellement des services ou sections de psychogériatrie distincts.

2.1.6. Le Conseil national a également suggéré de créer des centres d'hospitalisation gériatrique de jour. Notre pays manque encore d'expérience dans ce domaine.

Il s'agit d'un phénomène nouveau qui n'a pas encore acquis suffisamment de notoriété. L'hospitalisation de jour en gériatrie peut présenter des avantages. Le traitement gériatrique en service G peut être abrégé et l'hospitalisation évitée.

Mais elle a également le désavantage de laisser le vieillard en milieu hospitalier alors que des soins à domicile seraient peut être plus indiqués. Un autre désavantage ou risque est que l'hospitalisation gériatrique de jour prenne de fait la forme de «centres de jour» où l'accent serait mis davantage sur la thérapie occupationnelle.

Il apparaît dès lors plus indiqué, avant de fixer en la matière des concepts définitifs et des critères de programmation, d'examiner de quelle façon la gériatrie de jour est appréhendée à l'étranger ou dans les centres belges qui existent déjà.

Grâce à cette étude, il sera possible de tirer des conclusions pour la politique future.

2.2. Services V.

Pour pouvoir fixer les perspectives d'avenir des services V, il faut attendre les résultats de l'enquête qui est menée dans ce domaine.

Cette enquête devra établir si de tels services sont nécessaires et, dans l'affirmative, suivant quel concept, avec quels critères d'admission et pour quel nombre de lits.

L'enquête consiste en une série de données générales sur les services V. Ces données ont, entre-temps, déjà été rassemblées au département de la Santé publique.

Ensuite, il y a des données liées au patient; elles doivent être envoyées trimestriellement au département.

L'enquête est remarquable et sans précédents à plus d'un titre:

1. C'est une radioscopie de tous les services V qui permettra de tirer un cliché d'ensemble.

2. C'est une enquête où, pour la première fois, des données pathologiques sont communiquées au département de la Santé publique.

3. In de enquête werden voorzorgen genomen om de privacy te respecteren.

4. De enquête loopt over een vol jaar wat een beeld moet geven over een vrij lange periode en ook moet wijzen op het al of niet efficiënt zijn van de opname.

5. Aan de enquête wordt meegewerkt door de geneesheren-diensthooft en de hoofdverpleegkundigen wat een goed beeld moet geven van de werking van de V-diensten.

6. De enquête wordt ten vrijwillige titel ook ingevuld door R.V.T.'s. Meer dan de helft van de R.V.T.'s doet er aan mee. Er zal hierdoor een vergelijking kunnen worden gemaakt tussen V-diensten en R.V.T.'s.

7. De enquête zal worden beoordeeld door een commissie van geneesheren respectievelijk van de betrokken V-diensten, van het ministerie van Volksgezondheid, van de ministeries van de Gemeenschappen en van verzekeringsinstellingen.

De enquête zal aldus toelaten met kennis van zaken beslissingen te nemen nopens de verdere toekomst van de V-diensten.

Het rapport van de Commissie zal worden voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

2.3. Vp-diensten.

Sinds 1977 beschikken we over een programmatie van de zgn. Vp-diensten: 0,3 bedden per 1 000 inwoners. Voor deze diensten werd nooit enig concept uitgetekend. Sommige werden erkend onder de kenletter V, terwijl andere zich situeren in de psychiatrie.

De enquête die in de V-diensten gebeurt zal ook hier duidelijkheid moeten geven over de pathologie en de graad van verzorgingsbehoefte van de patiënten die in Vp-diensten verblijven, althans voor zover zij onder de V-kenletter erkend zijn.

Ofschoon het specifiek karakter van zwaar dementerende patiënten moet worden erkend zal bij de toekomstige beslissingen die rond de V-diensten worden genomen ook duidelijkheid moeten worden gebracht rond de plaats waar de Vp-diensten zich situeren t.a.v. de gebeurlijk resterende V-diensten, de G-diensten, de T-diensten en de R.V.T.'s.

3. Thuisgezondheidszorg.

3.1. Eén van de belangrijkste objectieven voor het gezondheidsbeleid in 1987 en voor de volgende jaren bestaat in het revaloriseren van de eerstelijnszorg, o.m. door een betere financiële ondersteuning van de thuiszorg. Deze is absoluut noodzakelijk mede gelet op de veroudering van de bevolking. Door deze ondersteuning moet de opvang in het ziekenhuis of in het rust- en verzorgingstehuis kunnen worden voorkomen of moet het ziekenhuisverblijf kunnen worden ingekort. De thuisgezondheidszorg moet het de zieke of de verzorgingsbehoevende mogelijk maken, zich thuis in zijn vertrouwd milieu te handhaven door er over de noodzakelijke zorgen te beschikken.

3. Des précautions ont été prises lors de l'enquête pour respecter la vie privée.

4. L'enquête porte sur une année complète, ce qui permettra de donner un aperçu d'une période assez longue et de mettre l'accent sur l'efficacité ou non de l'admission.

5. A l'enquête collaborent des médecins-chefs de service et le personnel infirmier en chef, grâce auxquels une image précise sera donnée du fonctionnement des services V.

6. L'enquête est également menée volontairement par des M.R.S. dont plus de la moitié y participent. Une comparaison sera ainsi possible entre services V et M.R.S.

7. L'enquête sera appréciée par une commission de médecins appartenant respectivement aux services V concernés, au ministère de la Santé publique, aux Communautés et aux organismes assureurs.

A la lumière de l'enquête des décisions pourront être prises en toute connaissance de cause sur l'avenir des services V.

Le rapport de la Commission sera soumis au Conseil national des établissements hospitaliers.

2.3. Services Vp.

Depuis 1977, nous disposons d'une programmation des services dits V: 0,3 lit par 1 000 habitants. Ces services n'ont jamais fait l'objet du moindre concept. Certains ont été agréés sous l'indice V, d'autres se situent en psychiatrie.

L'enquête qui est menée dans les services V devra ici aussi clarifier la pathologie et les degrés de besoin des soins éprouvés par les patients séjournant en service Vp, dans la mesure où ils sont agréés sous l'indice V.

Bien que le caractère spécifique des patients atteints de démence grave doit être reconnu, les décisions futures à propos des services V devront préciser la place des services Vp par rapport aux autres services V éventuels, aux services G, T et aux M.R.S.

3. Soins de santé à domicile.

3.1. Un des objectifs principaux de la politique de la santé en 1987 et pour les années à venir est la revalorisation des soins de santé primaires, entre autres par une meilleure stimulation financière des soins à domicile. Ces soins sont devenus absolument nécessaires compte tenu du vieillissement de la population. Grâce à ce soutien financier, l'hospitalisation ou le placement dans une maison de repos ou de soins doivent pouvoir être évités ou le séjour à l'hôpital doit pouvoir être écourté. Les soins à domicile doivent permettre au malade ou au patient de rester dans son environnement familial et d'y recevoir les soins nécessaires.

3.2. De thuiszorg onderscheidt zich van de ziekenhuiszorg doordat de patiënt die thuis wordt verzorgd in beginsel geen behoefte meer heeft aan een continu specialistisch toezicht, en evenmin aan de medisch-technische infrastructuur van het ziekenhuis. Mocht de patiënt behoefte hebben aan een dergelijk specialistisch toezicht dan zal een ziekenhuisopname vereist zijn. Omgekeerd bij stabilisering van de toestand, kan een intens medisch toezicht vermeden worden, en kan het ontslag uit het ziekenhuis worden overwogen. Of de patiënt op dat ogenblik naar zijn thuismilieu kan terugkeren, dan wel of een opname in het kader van een rust- en verzorgingstehuis dient te worden verkozen, hangt mede samen met de graad van zelfredzaamheid van de patiënt.

Bij gebreke van een goed ondersteunde thuisgezondheidszorg wordt soms gemakshalve het ziekenhuis verkozen. Het ziekenhuis biedt immers een goede personeelsomkadering waardoor de patiënt met alle mogelijke zorgen wordt omringd. Bovendien is het ziekenhuisverblijf financieel ook voordelig omdat het grootste gedeelte van de kosten door de ziekteverzekering wordt terugbetaald. Om dezelfde redenen blijven de zieken na behandeling van een akute ziekte ook gemakkelijk in het ziekenhuis.

Het niet-beschikken over voldoende verzorgingstehuizen en het financieel onvoldoende aantrekkelijk zijn van de thuiszorg werken een langer ziekenhuisverblijf dan ook in de hand. Het beperken van de ligdagenquota die voor financiering van de werkingskosten van het ziekenhuis in aanmerking worden genomen en de ligduurcontrole die thans in het kader van de erkenningsnormen wordt opgelegd maken het des te noodzakelijker om de alternatieve verzorgingsvormen te ontwikkelen.

Anderzijds is het ondersteunen van deze alternatieven, waaronder de thuiszorg, niet mogelijk indien daartoe niet de nodige middelen worden vrijgemaakt.

Deze middelen moeten worden bekomen door een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden en een betere beheersing van de uitgaven voor de werkingskosten van de ziekenhuizen. Alle mechanismen werden hiervoor grotendeels oppuntgesteld, zodat thans meer aandacht kan worden besteed aan een betere financiële ondersteuning van de thuiszorg. Het beleid inzake de thuiszorg maakt aldus een onderdeel uit van een globale beleidsvisie en sluit aan bij de maatregelen die tot nu toe werden genomen op het vlak van de ziekenhuizen en van de rust- en verzorgingstehuizen.

3.3. De thuiszorg moet ook worden gesitueerd binnen een globaal beleid ten opzichte van de ganse eerstelijnszorg. Deze bevat ten andere zeer veel aspecten waarmee moet rekening worden gehouden.

3.3.1. Op het vlak van de zorgverlening moet bijvoorbeeld een onderscheid worden gemaakt naargelang het curatief en preventief karakter. Hierbij dient opgemerkt dat de preventieve geneeskunde (b.v. het medisch schooltoezicht en de sportgeneeskunde) tot de exclusieve bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort.

3.2. Les soins à domicile se distinguent des soins hospitaliers par le fait que le patient soigné à la maison ne nécessite plus de suivi spécialisé continu, pas plus que de l'infrastructure médico-technique de l'hôpital. Si le patient nécessite pareil contrôle spécialisé, son hospitalisation s'avérera indispensable. Inversement, lors d'une stabilisation de l'état du patient, un contrôle médical intense peut être évité et le départ du patient de l'hôpital peut être envisagé. La réintégration dans son milieu familial, ou de son placement dans une maison de repos ou de soins dépendent entre autres du degré d'autonomie du patient.

En l'absence de soins de santé à domicile convenablement étoffés, l'hospitalisation est parfois choisie comme solution de facilité. L'hôpital offre en effet un bon encadrement de sorte que le patient reçoit les meilleurs soins. En outre, le séjour à l'hôpital s'avère aussi financièrement intéressant parce que la majeure partie des frais est remboursée par la mutuelle. Pour des raisons identiques, les patients restent facilement à l'hôpital après traitement d'une maladie aiguë.

Aussi, l'insuffisance de maisons de soins et le manque d'attrait financier des soins à domicile entraînent-ils un allongement de l'hospitalisation. La limitation des quotas de journées d'hospitalisation pris en compte pour le financement des frais de fonctionnement de l'hôpital et le contrôle de la durée de séjour s'imposent actuellement dans le cadre des normes d'agrément, rendent encore plus nécessaire le développement de thérapeutiques alternatives.

Par ailleurs, le soutien à ces soins de remplacement parmi lesquels les soins à domicile, n'est possible que si les moyens nécessaires sont rendus disponibles.

Ceux-ci doivent être obtenus par une réduction du nombre de lits d'hôpitaux et par une meilleure maîtrise des frais de fonctionnement des hôpitaux. Tous les mécanismes adéquats sont actuellement mis au point, de sorte qu'une attention particulière peut être accordée à un meilleur soutien financier aux soins à domicile. Cette attention accordée aux soins à domicile cadre donc dans une politique globale de la santé et se situe au même niveau que les mesures prises jusqu'à présent dans le domaine des hôpitaux et des maisons de repos et de soins.

3.3. Les soins à domicile doivent également s'intégrer dans une politique globale des soins de santé primaires. Cette politique contient de très nombreux aspects dont il faut tenir compte.

3.3.1. Ainsi, en ce qui concerne la dispensation de soins, il faut distinguer les soins curatifs des soins préventifs. Signalons à ce sujet que la médecine préventive (p. ex. l'inspection médico-scolaire et la médecine sportive) relève de la compétence exclusive des communautés.

Zoals wordt gesteld onder punt 5.2 van het protocolakkoord dat op 25 juli 1986 tussen de nationale regering en de gemeenschapsexecutieven werd afgesloten, moet, met respect voor ieders bevoegdheden, tussen beide instanties overleg worden gepleegd ten einde op het vlak van de thuisgezondheidszorg tot een coherent beleid te komen.

3.3.2. Naast het objectief van de zorgverlening kan ook een onderscheid worden gemaakt tussen de professionele hulpverlening en de niet-professionele. Tot deze laatste behoort ook de zgn. mantelzorg of de zelfhulp. De maatregelen tot ondersteuning van de thuiszorg mogen de ontwikkeling van de mantelzorg geenszins verhinderen.

3.3.3. Binnen de professionele zorgverlening worden, naargelang de aard van de zorgverstrekkers, verschillende vormen van hulpverlening onderscheiden. De belangrijkste groepen zijn de geneesheren, de verpleegkundigen, de gezins- en bejaardenzorg, de kinesitherapie en de maatschappelijke hulp.

Daarnaast zijn er nog talrijke andere, zoals tandartsen, apothekers, logopedisten, ergotherapeuten enz... Naar deze verschillende groepen toe stellen zich multiële problemen, zoals hun statuut, hun aanbod, de opleiding, de financiering van hun prestaties enz... Tevens is er het vraagstuk van de coördinatie van de zorgverlening binnen de eerstelijnszorg enerzijds en tussen de eerstelijns en de zgn. tweedelijns anderzijds.

3.3.4. Tenslotte, en niet in het minst, is er de problematiek van de patiënt zelf: w.o. de behoefte aan zorgverlening, de relatie tussen hem en de zorgverstrekkers en zijn financiële draagkracht.

Al deze aspecten dienen nader onderzocht te worden. Tevens dient een *status questionis* te worden opgemaakt van al de hangende problemen en dienen oplossingen te worden voorgesteld.

3.4. De financiële ondersteuning van de thuiszorg is een belangrijk gegeven in de ganse beleidscontext. Met name bestaat er naar de patiënt toe een financiële discriminatie tussen de ziekenhuisverzorging en de thuisverzorging. Deze discriminatie moet progressief worden weggewerkt om aldus ook een meer evenwichtige uitbouw van de gezondheidszorg te kunnen realiseren.

In het kader hiervan werd door het H.I.V.A. een studie opgezet die een analyse maakt van de thuisgezondheidszorg. De studie gaat uit van een enquête, verricht in 1984 en in 1986, bij zwaar zieken. Naast een analyse van de cliënteel van thuisverzorging wordt in deze studie gezocht naar criteria die het best de hulpbehoefte en bijgevolg ook de meerkost verklaren.

Op basis hiervan wordt dan een raming gemaakt van het aantal hulpbehoevenden. Tevens zal een evaluatie worden voorgesteld van mogelijke systemen voor tegemoetkoming in de thuisgezondheidszorg. Ofschoon het eindrapport van deze studie nog niet klaar is, kunnen uit het interimverslag

Conformément au point 5.2 de l'accord de protocole conclu le 25 juillet 1986 entre le gouvernement national et les Exécutifs des communautés, les deux instances doivent se concerter, dans le respect de leurs compétences respectives, afin d'arriver à une politique cohérente en matière de soins de santé à domicile.

3.3.2. Abstraction faite de l'objectif de la dispensation des soins, une distinction peut être faite entre l'assistance professionnelle et non professionnelle. L'assistance caritative et les soins personnels appartiennent à cette dernière catégorie. Les mesures d'encouragement aux soins à domicile ne peuvent en aucune manière nuire au développement de l'assistance caritative.

3.3.3. En ce qui concerne les soins professionnels, on peut opérer une distinction suivant la nature des prestataires de soins. Les principaux en sont les médecins, les infirmiers, les aides familiales et seniors, les kinésithérapeutes et les assistantes sociales.

D'autres dispensateurs sont les dentistes, les pharmaciens, les logopèdes, les ergothérapeutes, etc... Ces différents groupes sont confrontés à des problèmes multiples comme le statut, l'offre de soins, leur formation, le financement de leurs prestations, etc ... Il y a également le problème de la coordination des soins de santé, d'une part au niveau des soins de santé primaires et, d'autre part, entre les soins de santé primaires et les soins de santé dits secondaires.

3.3.4. Enfin, le patient constitue lui aussi une problématique certainement primordiale dont les aspects sont le besoin d'assistance médicale, la relation avec les prestataires de soins, sa capacité financière.

Tous ces aspects méritent d'être examinés plus avant. Tous les problèmes pendants doivent être recensés et des solutions doivent être proposées.

3.4. Le soutien financier aux soins à domicile est un aspect important de la politique globale de la santé. Du point de vue du patient, il existe une discrimination financière entre les soins hospitaliers et les soins à domicile. Cette discrimination doit progressivement être supprimée afin d'arriver à un développement mieux équilibré des soins de santé.

Dans cette optique, le H.I.V.A. a analysé les soins à domicile. Cette étude repose sur une enquête menée en 1984 et en 1986 auprès de personnes gravement malades. Outre une analyse de la clientèle des soins à domicile, cette étude cherche également à déterminer les critères en matière de nécessité d'assistance médicale permettant d'en fixer le coût supplémentaire.

Cette base permet d'évaluer le nombre de personnes nécessitant cette assistance. En même temps, une évaluation sera proposée en ce qui concerne les systèmes d'intervention dans les soins à domicile. Bien que le rapport final ne soit pas encore prêt, le rapport provisoire permet néanmoins de

toch reeds een reeks van interessante gegevens worden afgeleid. Zo blijkt b.v. dat 63,3 pct. van de patiënten uit vrouwen bestaat en de gemiddelde leeftijd 67 jaar bedraagt. De meeste patiënten zijn gedurende lange tijd ziek, waarvan twee derde meer dan 5 jaren. Veel patiënten, nl. 40 pct., hebben problemen met hun mobiliteit.

De meeste patiënten hebben medische zorgen nodig en zowat driekwart vergt ook verpleegkundige hulp. Kinesithérapie, maatschappelijk werk en gezins- en bejaardenhulp komt telkens bij ongeveer één derde van de patiënten voor. De thuiszorg heeft voor 75 pct. van de patiënten een ziekenhuisopname voorkomen, en in 72 pct. de hospitalisatieduur ingekort.

De totale gemiddelde kost wordt op zowat 818 frank per dag geschat, waarvan gemiddeld 278 frank ten laste is van de patiënt. De zelfredzaamheid wordt als de belangrijkste bepalende factor beschouwd in de totale uitgaven voor de thuisgezondheidszorg; deze zelfredzaamheid is echter niet in één criterium te vatten.

Uit de analyse komt naar voor dat een systeem dat tegemoet komt aan de meeruitgaven van thuisverzorging in de eerste plaats moet rekening houden met verschillende categorieën van zelfredzaamheid. Verder blijkt dat het aantal professionele diensten en de recente hospitalisatie de eigen uitgaven significant verhogen.

Het bepalen van de zelfredzaamheid van een zieke veronderstelt dat men vooraf een keuze maakt welke criteria men selecteert om de zelfredzaamheid te definiëren en welke maatstaf men neemt om deze zelfredzaamheid te meten.

Naast een selectie van de patiënten stelt zich nog de vraag welke meerkosten eventueel in aanmerking zullen worden genomen voor een tegemoetkoming en voor welke periode.

Kortom, vooraleer een stelsel van financiële tegemoetkoming voor de thuisverzorging wordt uitgewerkt, moet een antwoord worden geboden op tal van vragen, w.o. ook de financiële weerslag van zo'n tegemoetkoming.

3.5. In het protocolakkoord dat de Regering met de Executieven heeft afgesloten, heeft de Staat er zich toe verbonden progressief uitvoering te geven aan de bepaling in de Z.I.V.-wet, ingevoegd door de wet van 1 augustus 1985, die juist toelaat aan patiënten die zich onder bepaalde voorwaarden thuis laten verzorgen, een forfaitaire vergoeding per dag toe te kennen.

3.5.1. Hierbij werd gesteld dat prioriteit zal worden gegeven aan de meest verzorgingsbehoevenden die over de nodige bijstand moeten beschikken om zich in het thuismilieu te handhaven. Het is evident dat het toekennen van een vergoeding aan verzorgingsbehoevenden zal moeten gepaard gaan met het oppuntstellen van een meetinstrument.

décélérer une série de données intéressantes. Ainsi, il apparaît que 63,3 p.c. des patients sont des femmes et que la moyenne d'âge se situe aux alentours de 67 ans. La plupart des patients sont malades depuis longtemps, deux tiers depuis plus de 5 ans. Bon nombre de patients, à savoir 40 p.c., ont des problèmes de mobilité.

La plupart des patients nécessitent des soins médicaux et près des trois quarts ont également besoin de soins infirmiers. L'intervention d'un kinésithérapeute, d'un assistant social et d'une aide familiale ou senior est à chaque fois sollicitée pour environ un tiers des patients. Pour 75 p.c. des patients, les soins à domicile ont évité une hospitalisation et pour 72 p.c. ils ont abrégé le séjour à l'hôpital.

Le coût total moyen est évalué à 818 francs par jour, dont en moyenne 278 francs à charge du patient. Le degré d'autonomie est considéré comme la déterminante majeure des dépenses totales des soins à domicile; cette autonomie ne peut cependant être exprimée pour un seul critère.

L'analyse démontre qu'un système d'intervention dans le coût supplémentaire des soins à domicile doit en premier lieu tenir compte des différents degrés d'autonomie. De plus, il apparaît que le nombre de services professionnels et l'hospitalisation récente augmentent les dépenses personnelles d'une manière significative.

La détermination de l'autonomie d'un malade suppose le choix de critères permettant de définir cette autonomie et des normes permettant de l'évaluer.

Outre la sélection des patients, il s'agit encore de déterminer quelles dépenses supplémentaires entrent en ligne de compte pour une intervention et pendant quelle période.

En conclusion, avant d'élaborer un système d'intervention financière dans les dépenses de soins à domicile, pas mal de questions requièrent une réponse, comme, par exemple, le problème de l'incidence financière de pareille intervention.

3.5. Dans l'accord de protocole que le Gouvernement a conclu avec les Exécutifs, l'Etat s'est engagé à exécuter progressivement une disposition de la loi A.M.I., insérée par la loi du 1^{er} août 1985, permettant aux patients qui se font soigner à domicile dans certaines conditions, d'octroyer une indemnité forfaitaire journalière.

3.5.1. Il a été affirmé qu'une priorité absolue serait accordée aux personnes ayant le plus grand besoin de soins médicaux et nécessitant une assistance permettant de les maintenir dans leur milieu familial. Il est évident que l'octroi d'une indemnité aux personnes nécessitant des soins devra être assorti de la mise au point d'une procédure de mesure.

Sinds 1 januari 1986 wordt aan zwaar verzorgingsbehoevenden die aan de R.V.T.-criteria beantwoorden en verpleegkundige zorgen nodig hebben een W1 vergoeding verstrekt. Op basis hiervan zal men zich een beeld kunnen vormen van het aantal R.V.T.-patiënten die thuis verblijven. De vraag is of in een eerste fase voor de toekenning van een vergoeding thuisverzorging dezelfde criteria kunnen worden gehanteerd dan wel dat meer verfijnde criteria moeten worden toegepast.

3.5.2. Bij de toekenning zal een bijzondere aandacht worden besteed aan een betere coördinatie van de zorgverlening met respect voor de vrije keuze van zorgverstrekkers.

Naast het financieel ondersteunen van de thuisgezondheidszorg is er immers ook behoefte aan een goede coördinatie van de diverse dienstverleningsvormen. Globaal genomen zijn er in ons land nl. voldoende hulpverleners.

Het is duidelijk dat er geen behoefte is aan het oprichten van allerlei nieuwe structuren. Wel is het nodig de verschillende disciplines die bij de thuisverzorging worden betrokken in hun werking beter op elkaar af te stemmen om op die manier een gecoördineerde zorgverlening te kunnen garanderen.

Coördinatie is niet alleen noodzakelijk binnen de eerste lijn maar ook tussen het ziekenhuis en de thuissituatie.

Dank zij deze coördinatie moet het ontslag en de terugkeer naar huis kunnen worden voorbereid. Tevens moet heropname in het ziekenhuis kunnen worden vermeden.

Bij het toekennen van een financiële tegemoetkoming kan het dus van belang zijn dat wordt nagegaan of coördinatie plaats heeft. Het is een waarborg voor een goede zorgverlening en een herstel of verbetering van de gezondheidstoestand.

De coördinatie van de zorgen kan gebeuren op basis van afspraken tussen de zorgverstrekkers die de patiënt heeft uitgekozen. De coördinatie kan ook gebeuren in het kader van vaste equipes.

De coördinatie van professionele en niet professionele hulpverlening kan b.v. het voorwerp uitmaken van een verzorgingsplan. De huisarts moet bij het opstellen van dit plan een centrale rol vervullen.

3.5.3. Naast de coördinatie in de verlening van de gezondheidszorgen is het van essentieel belang dat er goede maatschappelijke hulp bestaat. Deze wordt best gecoördineerd hetzij door O.C.M.W.'s, hetzij door andere centra. Deze centra kunnen een depistagerol vervullen. Met name kunnen ze de probleemsituatie opsporen en ervoor zorgen dat de diensten of verstrekkers aan huize komen met respect voor de vrije keuze van de behoeftige.

Het is van belang dat de juiste zorg of hulp wordt verleend en in de hoeveelheid die er nodig is. Vaak kan het belangrijker zijn dagelijks gedurende kortere tijd hulp te verlenen dan meerdere uren tweemaal per week.

Depuis le 1^{er} janvier 1986, les personnes nécessitant des soins importants, qui répondent aux critères M.R.S. et ont besoin de soins infirmiers, se voient octroyer une indemnité W1. Grâce à cette procédure on pourra se faire une idée du nombre de patients M.R.S. qui restent chez eux. La question est de savoir si, dans une première phase, les mêmes critères peuvent être appliqués à l'octroi d'une indemnité de soins à domicile ou si des critères plus affinés doivent l'être.

3.5.2. Une attention particulière sera accordée à une meilleure coordination des soins, dans le respect du libre choix du prestataire des soins.

En effet, le soutien financier aux soins à domicile nécessite une bonne coordination des différentes formes de prestations de service. D'un point de vue global, notre pays compte suffisamment de prestataires de soins.

Il est clair que des structures nouvelles seraient totalement superflues. Toutefois, il faudrait que les différentes disciplines concernées pour les soins à domicile fonctionnent d'une manière mieux coordonnée.

La coordination ne s'impose pas seulement sur le plan des soins de santé primaires mais aussi entre l'hôpital et la situation à domicile.

Grâce à cette coordination, le départ de l'hôpital et retour à la maison au domicile, doivent pouvoir être préparés. De même, une nouvelle hospitalisation doit pouvoir être évitée.

Il peut donc être important lors de l'octroi d'une intervention financière de vérifier si une coordination a lieu. Elle garantit la dispensation de soins de qualité, le rétablissement ou l'amélioration de l'état de santé.

La coordination des soins peut s'exprimer par des conventions entre les prestataires de soins choisis par le patient. Elle peut aussi avoir lieu dans des équipes fixes.

La coordination des secours professionnels et non professionnels fera l'objet d'un plan de soins par la rédaction duquel le généraliste devra remplir un rôle central.

3.5.3. Outre la coordination dans le prolongement des soins de santé, il est capital qu'existe une bonne assistance sociale, coordonnée de préférence soit par les C.P.A.S. soit par d'autres centres, qui peuvent remplir un rôle de dépistage. Ils peuvent notamment détecter des situations problématiques et veiller à ce que les services ou les prestations viennent au domicile des patients en respectant leur libre choix.

Il importe d'administrer l'aide ou les soins adéquats et dans la mesure nécessaire. Il est souvent plus important de fournir chaque jour une aide brève que de le faire deux fois par semaine pendant plusieurs heures.

De centra mogen de professionalisering niet in de hand werken, evenmin als de institutionalisering. Daar waar nodig moet vrijwilligershulp worden georganiseerd; deze ontstaat overigens best in het kader van buurtgemeenschappen.

De hulpverlening moet er ook in bestaan de verzorgings-behoevende actief te houden. Zelftraining van de verzorgings-behoevende, hiervoor geflankeerd door hulpverleners, is enorm belangrijk.

3.5.4. De vergoeding kan hetzij meerkosten dekken maar ook op een meer globale wijze reeds bestaande vergoedingen dekken.

Een optie is hier noodzakelijk.

Tevens is het van belang dat de financiering van de thuiszorg *in globo* beheerst wordt. Aldus moet worden vermeden dat een nieuw type van financiering wordt geopend waarvan men vooraf niet weet tot welke uitgaven dit zal leiden.

3.5.5. Gelet op de talrijke vragen die zich voor thuiszorg stellen is het wenselijk met één of meerdere experimenten te starten waarin één of verschillende formules kunnen worden uitgetest.

De voormelde wet van 1 augustus 1985 biedt overigens een wettelijke basis voor experimenten. Op basis van deze experimenten kan dan worden nagegaan hoe het stelsel van thuisverzorging progressief kan worden uitgebreid.

4. Vorming van personeel.

4.1. Verpleegkundigen.

De pathologie en gedragstoestand van bejaarden eist een aangepaste opleiding van verpleegkundigen. De verpleegkundigen zijn over het algemeen onvoldoende vertrouwd met de psychische en sociale problemen van de bejaarde. De behoefte van de geriatrie en de bejaardenzorg vergen een heroriëntering van de opleiding.

Met het oog hierop kunnen volgende suggesties worden geformuleerd:

— Voor vakken als geriatrie, geriatrische verpleegkunde en bejaardenzorg worden best afzonderlijke cursussen opgezet.

— Er dienen specifieke stages in geriatrie en bejaardenzorg te worden georganiseerd. Deze stages zouden aan waarde winnen mocht ook de extramurale zorg voor bejaarden daarin aan bod komen.

— In de stages zouden grotere keuzemogelijkheden moeten opengelaten worden, waarin ook de geriatrie één van de keuzerichtingen dient te zijn.

— De geriatrie zou desgevallend ook het voorwerp kunnen zijn van een afzonderlijk derde jaar, of gebeurlijk van een bijkomend vierde jaar.

— Er is grote behoefte aan een goed uitgebouwd systeem van bijscholing, permanente vorming, beroepsvervolmaking enz.

Les centres ne peuvent favoriser ni le professionnalisme ni l'institutionnalisation. Le bénévolat doit être organisé là où c'est nécessaire, de préférence d'ailleurs au sein des comités de quartier.

L'aide doit aussi consister à maintenir en activité la personne nécessitant des soins. L'entraînement individuel de la personne, encadrée par du personnel d'assistance, est, à cet égard, crucial.

3.5.4. L'indemnité peut couvrir soit un supplément de frais soit aussi des allocations existantes et plus globalisées.

Il est indispensable de choisir.

De même, il importe de gérer globalement le financement de soins à domicile, pour éviter l'apparition d'un nouveau type de financement dont on ignore au départ les dépenses auxquelles il aboutira.

3.5.5. Vu les nombreuses interrogations sur les soins à domicile, une ou plusieurs expérimentations sont souhaitables.

La loi du 1^{er} août 1985 offre d'ailleurs une base légale à cet effet. Cette période d'expérimentation donnera des indications sur la façon d'étendre progressivement le système.

4. Formation du personnel.

4.1. Personnel infirmier.

La pathologie et le type de comportement de la personne âgée exigent une formation appropriée du personnel infirmier. Celui-ci est, en général, insuffisamment familiarisé avec les problèmes socio-psychologiques du vieillard. Les besoins de la gériatrie et l'aide aux personnes âgées commandent de réorienter la formation.

A cet égard, les suggestions suivantes peuvent être formulées:

— Les cours de gériatrie, de nursing et de soins gériatriques seront de préférence organisés séparément.

— Des stages spécifiques en gériatrie et en soins à la personne âgée doivent être organisés et gagneraient en importance s'ils incluaient les soins gériatriques extramuraux.

— Les stages laisseraient des possibilités de choix plus vastes parmi lesquelles la gériatrie doit être l'une des orientations optionnelles.

— La gériatrie ferait, le cas échéant, l'objet d'une troisième année distincte, voire d'une quatrième année supplémentaire.

— Un système bien élaboré de recyclage, de formation permanente, de perfectionnement professionnel est nécessaire.

— Tenslotte moeten ook leerkrachten in geriatrie en bejaardenzorg worden opgeleid en dienen er in goede stageplaatsen te worden voorzien.

In dit verband zullen met de bevoegde instanties de nodige contacten worden gelegd.

4.2. Gezins- en bejaardenhulp.

Een belangrijk onderdeel in de bejaardenhulp is de ondersteuning in de dagelijkse levensactiviteiten. Dit is zowel nodig voor de bejaardenhulp in rust- en verzorgings-tehuizen als in thuisverzorging.

De bejaardenhelp(st)er is niet alleen een contactpersoon naar de bejaarde toe, maar moet zonnodig voor een stuk ook het huishouden kunnen beredderen, kunnen omgaan met de familie enz...

De bejaardenhelp(st)er mag de bejaarde niet slaafs dienen, maar moet de bejaarden helpen en zijn zelfzorg stimuleren.

Kortom de bejaardenhelp(st)er heeft een belangrijke rol te vervullen. Deze vergt dan ook een specifieke en deskundige aanpak. Een nieuw type van opleiding is nodig. Deze opleiding dient zowel theoretisch onderricht als stages te omvatten. Ook in dit verband zullen de nodige contacten met de bevoegde instanties worden gelegd om de opleiding te optimaliseren.

5. Wetenschappelijk onderzoek.

Het baat niet over goed uitgebouwde diensten en degelijk personeel te beschikken zolang er aan de oorzaken van de ziekte niet geredieerd wordt.

Vandaar het belang om over de bejaardenproblematiek aan wetenschappelijk onderzoek te doen. Dit onderzoek moet ertoe kunnen leiden de bejaarde zolang mogelijk fysisch en psychisch gezond te houden.

De thans beschikbare middelen voor wetenschappelijk onderzoek zijn echter bescheiden en bovendien verspreid over diverse organismen. Deze middelen dienen meer te worden samengebundeld om ze ook meer efficiënt te kunnen gebruiken. Dit onderzoek kan op Belgisch vlak gebeuren, maar ook in het kader van een internationale samenwerking.

* *

SLOTBESCHOUWINGEN

Tijdens de voorbije jaren werd het gezondheidsbeleid fundamenteel geheroriënteerd. In het jaar 1987 moet deze heroriëntering van het beleid verder worden gezet.

1. De groei van het aantal ziekenhuisbedden kon tot nu toe door het gevoerde beleid worden stopgezet. Er kan zelfs een lichte vermindering van het aantal ziekenhuisbedden worden vastgesteld. Daarnaast werd het aantal verpleegdagen verminderd en werd een eerste aanzet gegeven om de ziekenhuisuitgaven beter in de hand te houden via het invoeren van een enveloppesysteem.

— Enfin, du personnel enseignant doit être formé en gériatrie et en soins aux personnes âgées et des possibilités de stage doivent également être prévues.

Dans ce contexte, les contrats nécessaires seront pris avec les instances compétentes pour optimiser la formation.

4.2. Aide familiale et senior.

Un élément important de l'aide aux personnes âgées est le soutien dans les activités vitales. Cette nécessité se manifeste tant dans les maisons de repos et de soins qu'en rapport avec les soins à domicile.

L'aide-senior n'est pas seulement un contact avec la personne âgée, cette personne doit aussi au besoin s'occuper en partie du ménage de la personne âgée, s'entretenir avec la famille, etc...

Elle ne doit pas servir aveuglément la personne âgée mais doit l'assister et stimuler son autonomie.

Bref, l'aide-senior est appelée à jouer un rôle important. Une approche spécifique et compétente s'avère dès lors nécessaire. Un nouveau genre de formation s'impose. Dans ce domaine également, les contacts indispensables seront pris avec les instances compétentes en vue de l'optimisation de la formation.

5. Recherche scientifique.

Disposer de services bien étoffés et du personnel approprié n'a pas de sens aussi longtemps que les causes de la maladie ne sont pas éliminées.

D'où l'importance de la recherche scientifique sur la problématique des personnes âgées. Grâce à cette recherche, on doit pouvoir maintenir le vieillard dans un état de santé physique et psychique le plus longtemps possible.

La recherche fondamentale est nécessaire. Mais les moyens actuellement disponibles pour la recherche scientifique sont modestes et répartis entre divers organismes. Les moyens devraient être plus concentrés, en vue d'une plus grande efficacité. La recherche peut être menée à l'échelon national mais aussi international.

* *

CONSIDERATIONS FINALES

La politique de santé a changé fondamentalement d'orientation au cours des dernières années. Ce changement de cap doit se poursuivre en 1987.

1. La croissance du nombre de lits d'hôpitaux a pu être enrayée jusqu'à présent, grâce à la politique qui a été menée. On constate même une légère diminution du nombre de lits. De plus, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué, et le système des enveloppes a été une première ébauche d'une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières.

Tevens werden mechanismen gecreëerd om de ziekenhuissector zowel kwantitatief als kwalitatief te herstructureren.

Naar de toekomst toe moet het nieuwe financieringssysteem, waarvan de basis werd gelegd, verder geleidelijk worden tot uitvoering gebracht. Dit nieuwe systeem moet voor de ziekenhuisbeheerders een efficiënter beheer mogelijk maken, terzelfdertijd biedt het voor de overheid een instrument om de uitgaven beter te beheersen de ziekenhuizen op een objectieve basis te financieren in functie van de activiteiten die ze verrichten.

2. De stopzetting van de groei van het aantal ziekenhuisbedden, de vermindering van de overtallige ziekenhuiscapaciteit en de beheersing van de ziekenhuisuitgaven moet ruimte vrijmaken om alternatieve vormen van verzorging te ontwikkelen. Hiermee moet meteen ook worden ingespeeld op de veroudering van de bevolking en de gezondheidsbehoeften die hieruit ontstaan.

Het oprichten van goedwerkende geriatriediensten en de uitbouw van rust- en verzorgingstehuizen vormen samen de hoekstenen waarop het nieuw geriatriesch gezondheidsbeleid in de intramurale sektor steunt. De juridische basis van deze beide nieuwe voorzieningen werd gelegd. Thans komt het erop aan erover te waken dat deze voorzieningen volgens het vooropgestelde concept functioneren en desnoods de vereiste bijstellingen te verrichten. Tevens moet alles in het werk worden gesteld om progressief de behoeften te kunnen dekken.

3. Naast de beheersing van de ziekenhuissector en de uitbouw van de rust- en verzorgingstehuizen moet in 1987 en in de volgende jaren werk worden gemaakt van de ondersteuning van de thuisgezondheidszorg. De realisatie ervan vormt niet alleen het sluitstuk van het nieuwe gezondheidsbeleid, maar is er tevens de bekroning van. Een goed opgezette thuiszorg vormt immers de basis, het fundament van de gezondheidszorg.

De uitvoering van het geheroriënteerde beleid zal het mogelijk maken een gezondheidszorgsysteem op een meer evenwichtige wijze uit te bouwen, waar de patiënt over de mogelijkheid zal kunnen beschikken om de zorgen te verkrijgen die hij nodig heeft.

Des mécanismes ont été créés pour restructurer le secteur hospitalier tant quantitativement que qualitativement.

Le nouveau système de financement dont les bases ont été jetées, doit être mis progressivement en application. Il doit permettre aux gestionnaires de mener une gestion plus efficace. Il offre aux autorités l'instrument d'une meilleure maîtrise des dépenses et permet de financer les hôpitaux sur une base objective, en fonction de leurs activités.

2. L'arrêt à l'accroissement du nombre de lits d'hôpitaux, la réduction de la surcapacité hospitalière et la maîtrise des dépenses doivent permettre le développement de formes alternatives de soins, qui seront mieux adaptées au vieillissement de la population et aux besoins de santé qui en résultent.

La création de services gériatriques efficaces et l'extension des maisons de repos et de soins sont les pierres angulaires de la nouvelle politique gériatrique dans le secteur intra-muros. La base juridique de ces deux nouvelles structures a été jetée. Il s'agit maintenant de veiller à ce que ces structures fonctionnent selon le concept fixé en y apportant, le cas échéant, les corrections nécessaires. De même tout doit être mis en œuvre pour couvrir progressivement les besoins.

3. Outre la maîtrise du secteur hospitalier et l'extension des maisons de repos et de soins, il faudra s'attacher, en 1987, et dans les années suivantes, à renfoncer les soins à domicile. Cette réalisation n'est pas seulement la clé de voûte mais aussi le couronnement de la nouvelle politique de santé. Des soins à domicile bien conçus constituent le fondement des soins de santé.

La mise en application de la politique réorientée permettra de développer dans un meilleur équilibre le système des soins de santé, grâce auquel chacun pourra recevoir les soins dont il a besoin.

BIJLAGE 1

Lijst van de gebruikte kenletters
Kliniekdiensten in algemene ziekenhuizen

	Aantal erkende bedden per 1.1.1986
A Dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling	1 626
A1 Dagverpleging in A-dienst	100
A2 Nachtverpleging in A-dienst	—
B Dienst voor TBC-behandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis	105
C Dienst voor diagnose en heelkundige behan- deling	21 436
D Dienst voor diagnose en geneeskundige behan- deling	18 205
E Dienst voor kindergeneeskunde	4 905
G Dienst voor geriatrie	2 399
H Dienst voor gewone hospitalisatie	223
H* Dienst voor gemengde hospitalisatie C + D	983
I Dienst voor intensieve verzorging (voor de instel- lingen die de bestaande I bedden niet afzonder- lijk opgeven zijn deze meestal inbegrepen in C of D)	800
K2 Nachtverpleging in K-dienst	—
L Dienst voor besmettelijke aandoeningen	163
M Kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek	4 446
N Dienst voor vroeggeboren en zwakke pasgeboren kinderen (prematuren)	769
R Dienst voor geriatrie en revalidatie	1 373
S Dienst voor specialiteiten (inclusief S-therma- lisme)	1 831
V Dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen	7 526
Vp Psycho-geriatrie	969

ANNEXE 1

Liste des indices utilisés
Services cliniques dans les hôpitaux généraux

	Nombre de lits agréés au 1.1.1986
A Service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement	1 626
A1 Hospitalisation de jour en service A	100
A2 Hospitalisation de nuit en service A	—
B Service de traitement de la TBC dans le cadre de l'hôpital général	105
C Service de diagnostic et de traitement chirurgical	21 436
D Service de diagnostic et de traitement médical	18 205
E Service de pédiatrie	4 905
G Service gériatrique	2 399
H Service d'hospitalisation simple	223
H* Service d'hospitalisation mixte C + D	983
I Service de soins intensifs (pour les établissements qui ne renseignent pas les lits I séparément, ceux- ci sont compris le plus souvent en C ou D)	800
K2 Hospitalisation de nuit en service K	—
L Service des maladies contagieuses	163
M Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement	4 446
N Service de prématurés et de nouveau-nés débiles	769
R Service de gériatrie et revalidation	1 373
S Service de spécialisation (y compris S-therma- lisme)	1 831
V Service pour le traitement des malades atteints d'affections de longue durée	7 526
Vp Psycho-geriatrie	969

BIJLAGE 2A

ANNEXE 2A

Algemene regeling + zelfstandigen
Nieuwe technologieën: werkelijke uitgaven
(in duizendtallen franken)

Régime général + indépendants
Technologies nouvelles: dépenses réelles
(en milliers de francs)

	1980	Ind.	1981	Ind.	1982	Ind.	1983	Ind.	1984	Ind.
1. Radiologie. — <i>Radiologie:</i>										
1.1. Computer tomograaf. — <i>Tomodensitométrie</i>	264 784	100	416 565	157	585 555	221	768 201	290	999 500	377
1.2. Echografie. — <i>Echographie</i>	346 806	100	507 977	146	705 642	203	765 955	221	969 249	279
1.3. D.S.A. (Digital subtracting angiogr.) — A.D.S.	—	—	—	—	—	—	8 602	100	50 520	587
1.4. Angioplastie. — <i>Angioplastie</i>	—	—	—	—	—	—	3 499	100	15 836	453
2. Isotopen. — <i>Isotopes</i>	2 359 340	100	2 883 705	122	3 452 135	146	1 709 592	72	1 116 354	47
3. Radiotherapie. — <i>Radiothérapie</i>	59 740	100	64 489	108	329 471	552	355 834	596	383 842	643
4. Niertransplantatie. — <i>Transplantation rénale</i>	6 417	100	8 391	131	9 702	151	8 384	131	19 181	299
5. Nierdialyse. — <i>Dialyse rénale</i>	1 565 482	100	1 684 598	108	1 970 399	126	2 330 287	149	2 271 364	145
6. Holter monitoring. — <i>Monitoring holter</i>	—	—	—	—	—	—	174 644	100	234 039	134
7. Cardiovasculaire chirurgie. — <i>Chirurgie cardiovasculaire</i>	155 653	100	207 643	133	282 346	181	321 657	207	377 430	242
8. Prothesen (T.H.P. + kleppen + pacemaker). — <i>Prothèses (T.H.P. + val. + stimul. cardiaque)</i>	268 627	100	287 464	107	341 564	127	461 888	172	565 343	210
9. Cardiologie. — <i>Cardiologie</i>	519 753	100	596 861	115	691 936	133	1 024 956	197	1 195 353	230
10. Reanimatie. — <i>Réanimation</i>	239 287	100	430 592	180	603 321	252	677 289	283	756 235	316
11. Endoscopie. — <i>Endoscopie</i>	340 234	100	431 350	127	576 197	169	743 833	219	860 421	253
Totaal uitgaven. — <i>Total des dépenses</i>	6 126 123	100	7 519 635	123	9 548 268	156	9 354 621	153	9 814 667	160
% uitgaven gezondheidszorgen. — % <i>dépenses soins de santé</i>	4,54	100	5,16	114	5,94	131	5,29	117	5,17	114
Globale klinische biologie (A.R. + Z.). — <i>Ensemble biologie clinique (R.G. + I.)</i>	15 419 17	100	16 893 402	110	19 233 306	125	21 810 206	141	25 191 460	163
% uitgaven gezondheidszorgen. — % <i>dépenses soins de santé</i>	11,44	100	11,60	101	11,98	105	12,34	108	13,28	116
Globale radiologie (A.R. + Z.). — <i>Ensemble radiologie (R.G. + I.)</i>	8 005 000	100	8 844 100	110	10 020 700	125	11 110 900	139	12 170 700	152
% uitgaven gezondheidszorgen. — % <i>dépenses soins de santé</i>	5,94	100	6,07	102	6,24	105	6,29	106	6,41	108
Uitgaven gezondheidszorgen (A.R. + Z.) (sociale ziekten inclusief). — <i>Depenses soins de santé (R.G. + I.) (y compris maladies sociales)</i>	134 804	100	145 682 700	108	160 595 600	119	176 704 000	131	189 682 200	141

BIJLAGE 2B

ANNEXE 2B

Algemene regeling + zelfstandigen
Nieuwe technologieën: aantal gevallen
(in duizendtallen franken)

Régime général + indépendants
Technologies nouvelles: nombre de cas
(en milliers de francs)

	1980	Ind.	1981	Ind.	1982	Ind.	1983	Ind.	1984	Ind.
1. Radiologie. — Radiologie:										
1.1. Computer tomograaf. — Tomodensitometrie	72 869	100	222 950	306	283 244	389	351 877	483	470 695	646
1.2. Echografie. — Echographie	408 729	100	577 867	141	729 917	179	801 530	196	977 805	239
1.3. D.S.A. (Digital subtracting angiogr.) — A.D.S.	—	—	—	—	—	—	2 985	100	17 322	580
1.4. Angioplastie. — Angioplastie	—	—	—	—	—	—	235	100	1 343	571
2. Isotopen. — Isotopes	2 593 908	100	3 356 507	129	3 882 951	150	1 337 308	51,5	301 884	11,6
3. Radiotherapie. — Radiothérapie	20 498	100	20 153	98	59 314	289	66 826	326	70 109	342
4. Niertransplantatie. — Transplantation rénale	151	100	202	134	223	148	187	124	435	288
5. Nierdialyse. — Dialyse rénale	235 538	100	243 901	104	239 893	102	276 214	117	293 301	124
6. Holter monitoring. — Monitoring holter	—	—	—	—	—	—	52 948	100	70 901	134
7. Cardiovasculaire chirurgie. — Chirurgie cardiovasculaire	11 844	100	13 963	118	16 352	138	18 169	153	24 198	204
8. Prothesen (T.H.P. + kleppen + pacemaker). — Prothèses (T.H.P. + val. + stimul. cardiaque)	10 078	100	9 110	90	10 947	109	19 439	193	24 091	239
9. Cardiologie. — Cardiologie	940 163	100	1 032 599	110	1 092	116	1 163 438	124	1 208 067	128
10. Reanimatie. — Réanimation	203 264	100	281 295	138	354 946	175	363 981	179	390 067	192
11. Endoscopie. — Endoscopie	194 266	100	224 347	115	262 723	135	306 558	158	341 165	176
Totaal gevallen (A.R. + Z.). — Total des cas (R.G. + I.)	4 691 308	100	5 982 894	128	6 933 255	148	4 761 695	102	4 191 383	89
% gevallen gezondheidszorgen. — % cas soins de sante	1,24	100	1,55	125	1,75	141	1,15	93	0,89	72
Globale klinische biologie (A.R. + Z.). — Ensemble biologie clinique (R.G. + I.)	104 456 570	100	114 908 143	110	121 102 139	116	127 200 475	122	143 821 139	138
% gevallen gezondheidszorgen. — % cas soins de sante	27,7	100	29,9	108	30,6	110	30,8	111	30,4	110
Globale radiologie (A.R. + Z.). — Ensemble radiologie (R.G. + I.)	10 988 217	100	11 447 711	104	11 900 401	108	12 554 037	114	13 129 979	119
% gevallen gezondheidszorgen. — % cas soins de sante	2,91	100	2,97	102	3,01	103	3,04	104	2,8	96
Gevallen gezondheidszorgen (A.R. + Z.) (sociale ziekten inclusief). — Cas soins de sante (R.G. + I.) (y compris maladies sociales)	377 348 791	100	384 864 459	102	395 463 482	105	413 479 933	110	173 061 423	125

II. INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE STAATSSECRETARIS VOOR LEEFMILIEU EN MAATSCHAPPELIJKE EMANCIPATIE

LEEFMILIEU

A. Algemene objectieven van het beleid

Het is duidelijk dat in 1987 het beleid op gebied van leefmilieu wordt gedomineerd door het feit dat dit jaar door de Europese Gemeenschap werd uitgeroepen tot Europees Jaar van het Milieu.

1. Uitvoering Europese Richtlijnen

In de eerste plaats heeft dit tot gevolg dat wij, mede omwille van het voorzitterschap dat België in de eerste helft van dit jaar waarneemt, met een bijkomende stimulans, voortwerken aan de omzetting van de E.E.G.-richtlijnen in de nationale reglementering en aan de effectieve toepassing ervan.

Een paar maanden geleden heb ik in deze Commissie voor wat de richtlijnen die geheel of gedeeltelijk door de nationale overheid moeten worden omgezet, de stand van zaken gegeven op 31 december 1986.

Uit een vergelijking met de toestand op 30 april 1987 blijkt dat terug vooruitgang is geboekt.

Van de bestaande 13 leefmilieuriichtlijnen die volledig nationaal uit te voeren zijn, moeten er nog 4 worden omgezet. Voor twee hiervan, die gaan over internationale afvaltransporten, ligt een koninklijk besluit ter medeondertekening bij mijn bevoegde collega's. Het zal normaal vóór het einde van de maand kunnen gepubliceerd worden. Tegen die tijd kan ook over hetzelfde onderwerp een protocol met de Gewesten, waarover reeds een akkoord bestaat, ondertekend worden. Op die manier zullen we op zeer korte termijn, niet alleen een reglementaire tekst hebben, maar ook een operationeel systeem en een sluitende controle op de afvalbewegingen.

Eveneens in de loop van dit jaar nog hopen wij de richtlijn over het gebruik van zuiveringsslib in de landbouw praktisch te kunnen omzetten — dit keer in overleg met het Ministerie van Landbouw.

Voor de volledige en formele omzetting, die tegen 1989 moet gebeuren is echter wetgevend werk op het gebied van grondwater — en bodembescherming noodzakelijk. Een ontwerp hiervoor zal u in de komende maanden worden voorgelegd. Voor de richtlijn over drankverpakkingen tenslotte zal onderzocht worden hoe deze, in overleg met de Gewesten, kan worden omgezet.

Het aantal richtlijnen, die gedeeltelijk door de nationale en gedeeltelijk door de regionale overheid moeten omgezet worden, bedraagt nu 14. Vier ervan moeten nog omgezet worden. Voor twee, nl. kwaliteit van zwemwater en de nieuwe richtlijn met lozingsvormen voor D.D.T., tetrachloorkoolstof en pentachloorfenol is dit een kwestie van weken of maanden. De andere twee vragen wetgevende initiatieven.

II. EXPOSE INTRODUCTIF DU SECRETAIRE D'ETAT A L'ENVIRONNEMENT ET A L'EMANCIPATION SOCIALE

ENVIRONNEMENT

A. Objectifs généraux de la politique

Il ne fait aucun doute que la politique en matière d'environnement 1987 est dominée par le fait que cette année a été proclamée par la Communauté européenne « Année européenne de l'Environnement ».

1. Exécution des directives européennes

Je signalerai, en tout premier lieu, que cet événement, associé à la présidence belge du Conseil C.E.E. pendant le premier semestre de cette année, nous encourage, plus encore que par le passé, à œuvrer pour la transposition des directives C.E.E. dans la législation nationale et pour leur application effective.

Il y a quelques mois, j'ai exposé devant cette Commission comment se présentait la situation au 31 décembre 1986 en ce qui concerne les directives qui doivent être transposées, totalement ou partiellement, par les autorités nationales.

Il ressort d'une comparaison avec la situation au 30 avril 1987 que des progrès ont encore été accomplis.

Des 13 directives-Environnement dont l'exécution est totalement nationale, il ressort que 4 doivent encore être transposées. Deux d'entre elles, qui traitent des transports internationaux de déchets, font l'objet d'un arrêté royal soumis à mes collègues appelés à les contresigner. Il pourra normalement être publié à la fin du mois. A ce moment, un protocole avec les Régions, qui fait déjà l'objet d'un accord, pourra, à son tour, être signé. De cette manière, nous disposerons à très court terme, non seulement d'un texte réglementaire mais également d'un système opérationnel et d'un contrôle efficace des transports de déchets.

Egalement dans le courant de cette année, nous espérons réaliser la transposition pratique de la directive sur l'utilisation des boues d'épuration dans l'agriculture — cette fois-ci, de commun accord avec le Ministère de l'Agriculture.

Une transposition complète et formelle — qui doit être réalisée en 1989 — requiert une action législative dans le domaine de la protection des eaux souterraines et du sol. Un projet à cet effet vous sera soumis au cours des prochains mois. Quant à la directive relative aux emballages liquides alimentaires, sa transposition, de commun accord avec les Régions devra être examinée.

Quelque 14 directives doivent être transposées, en partie, par les autorités nationales et, en partie, par les Régions. Quatre d'entre elles ne sont pas encore transposées. Pour deux de ces directives, la qualité de l'eau de baignade et la nouvelle directive fixant des normes de rejet pour le D.D.T., le tétrachlorure de carbone et le pentachlorophénol, ce n'est plus qu'une question de semaines ou de mois. Les deux der-

Dit is het geval voor de grondwaterbescherming, die ik reeds vermeldde, en voor milieueffectrapportering.

Van de ondertussen 56 harmonisatierichtlijnen blijven er 9 uit te voeren. De laatste maanden zijn er dus 8 omgezet in Belgisch recht en 4 nieuwe bijgekomen. Ook hier wordt verder gewerkt om zeker de achterstand volledig op te halen en dus de richtlijnen waarvoor de omzettingstermijn verstrekken is of binnenkort afloopt prioritair door te voeren.

Ik zegde bij het begin van mijn uiteenzetting reeds dat ons doel niet alleen is de richtlijnen in nationale reglementering om te zetten, maar ook ze effectief toe te passen. Voor veel richtlijnen bestaat een deel van die toepassing in het doorgeven van informatie aan de Europese Commissie.

Weinu een aantal procedures die tegen België aan gang zijn, zijn een gevolg van de problemen met deze informatieverplichtingen. Zoals voor de omzetting van de richtlijnen, moet ook hier een deel van het werk door de Gewesten worden gedaan, omdat het gaat over materies die onder hun bevoegdheid vallen. Ik heb een dossier hierover voorgelegd aan het Overlegcomité en als resultaat hiervan is een werkgroep nationaal-gewesten gestart om ons ook op dit vlak zo snel mogelijk met de E.E.G. in orde te zetten.

Binnen dezelfde werkgroep zal trouwens ook overleg worden gepleegd over de omzetting van die richtlijnen die volledig tot de regionale bevoegdheid behoren. Ik herhaal echter wat ik hier vroeger reeds zegde, dat de nationale overheid over geen enkel middel beschikt om de gewesten te verplichten internationale verplichtingen op te volgen.

2. Informatie en sensibilisatie

Naast de toepassing van de Europese richtlijnen, gaat in 1987 natuurlijk ook veel aandacht naar informatie en sensibilisatie, de objectieven van dit Europees Milieujaar.

In dit verband wil ik eerst verwijzen naar twee brochures die reeds werden gerealiseerd en worden verspreid : een eerste die precies gaat over de toepassing van het E.E.G.-milieubeleid in België en een tweede : *Vragen en Antwoorden rond radioactiviteit na Tsjernobyl*. Een volgende uitgave zal de verschillende aspecten van de verontreiniging van de zee behandelen en mag tegen begin juni verwacht worden, wanneer ook over gans de Belgische kust een actiedag rond de Noordzee zal worden gehouden om alle betrokkenen te sensibiliseren voor de problematiek. Het Jaar van het Milieu mag inderdaad niet beperkt blijven tot de uitgave van brochures en het inrichten van manifestaties, die slechts even de aandacht trekken. Het is zeker niet de bedoeling geld uit te geven om aan te tonen wat reeds gerealiseerd is.

Integendeel, elk initiatief in het kader van het Jaar van het Milieu zal tot doel hebben begrip, steun en medewerking los te maken voor het voeren van een beleid dat

nières requièrent des initiatives législatives. Il s'agit de la protection des eaux souterraines déjà mentionnée et de l'Etude d'Impact sur l'Environnement.

Parmi les 56 directives d'harmonisation, 9 sont encore à exécuter. En d'autres mots, au cours des derniers mois, 8 ont été transposées en droit belge et 4 nouvelles sont venues compléter l'éventail existant. Tout est mis en œuvre pour combler totalement le retard encouru, la priorité étant accordée à transposer, en priorité, ces directives dont le délai prévu pour leur application en droit national est écoulé ou se terminera bientôt.

J'ai déjà déclaré au début de mon exposé que notre objectif ne consiste pas seulement à transposer les directives dans notre réglementation nationale mais de les appliquer effectivement. Pour de nombreuses directives, une partie de cette application se concrétise par la communication d'informations à la Commission européenne.

Or, une série de procédures en cours contre la Belgique sont la conséquence de problèmes liés à ces obligations en matière de transfert d'informations. Or ici, tout comme pour la transposition des directives, une partie du travail doit être accomplie par les Régions parce qu'il s'agit de matières qui ressortissent à leur compétence. J'ai soumis au Comité de concertation un dossier à ce sujet et le résultat est qu'un groupe de travail National-Régions a démarré et doit nous permettre de nous conformer le plus rapidement possible aux normes C.E.E.

Dans ce même groupe de travail, une concertation sera organisée au sujet de la transposition de ces directives qui ressortissent complètement à la compétence régionale. Je répète toutefois que les autorités nationales ne disposent d'aucun moyen pour contraindre les Régions à respecter des obligations internationales.

2. Information et sensibilisation

Outre l'application de directives européennes, j'accorde en 1987 une très large attention à l'information et à la sensibilisation qui sont des objectifs de l'Année européenne de l'Environnement.

A cet égard, je voudrais citer deux brochures déjà mises au point et diffusées : une première concerne précisément l'application de la politique C.E.E. en matière d'environnement en Belgique et une seconde traite des « Questions et réponses concernant la radioactivité après Tchernobyl ». Une prochaine édition sera consacrée aux différents aspects de la pollution marine et peut être attendue début juin, précisément au moment où une journée d'action sera consacrée à la mer du Nord sur tout le littoral belge; cette journée est destinée à sensibiliser tous les milieux concernés à cette problématique. L'Année de l'Environnement ne peut certes pas être limitée à l'édition de brochures et à l'organisation de manifestations qui n'attirent que fugacement l'attention. Notre but ne consiste en aucun cas à dépenser de l'argent pour montrer ce qui a déjà été accompli.

Au contraire, toute initiative prise dans le cadre de l'Année européenne de l'Environnement aura comme objectif de trouver la compréhension, l'appui et la collaboration

gericht is op een zo goed mogelijke bescherming van de mens en van het milieu. In die zin zal het ook gericht zijn naar en, telkens wanneer het mogelijk is, doorgevoerd worden in samenwerking met de groepen in de maatschappij die hiertoe kunnen bijdragen. Dat kan de overheid zijn, de industrie, de werknemers of het grote publiek. Een paar voorbeelden kunnen dit duidelijk maken. Ik zal ze geven terwijl ik verder de hoofdlijnen van het beleid dat ik wil voeren, uiteenzet.

3. *Integratie van milieu in het beleid*

Het is geen nieuwigheid meer om te stellen dat een goed milieubeleid alleen een preventief milieubeleid kan zijn. Wij zijn er ons reeds lang van bewust dat de vervuiling aan de bron moet worden bestreden, of beter nog dat het ontstaan van verontreiniging moet vermeden worden. Om dit te bereiken moet het aspect milieu van bij het begin van het planningsproces in rekening worden gebracht. Dit betekent meer dan milieu-effectrapportering. Dit is een verandering in mentaliteit, in denkwijze die niet door reglementaire teksten kan ingevoerd worden. Wij kunnen alleen deze evolutie door begeleidende en stimulerende maatregelen versnellen. Deze maatregelen kunnen verschillende vormen aannemen.

4. *Bevordering van niet-vervuilende technologieën*

Zij zullen echter steeds moeten rekening houden met het gegeven dat een gezond leefmilieu niet de enige aspiratie is in de huidige maatschappij en dat « leefmilieu tegen elke prijs » een illusie is.

Wij weten dat het gebruik van niet vervuilende technologieën een grote stap vooruit is in de bescherming van het milieu, maar wij stellen vast dat de ontwikkeling en het gebruik ervan in België achterop blijft. Wij hebben wel reeds reglementerende maatregelen genomen om industrieën in die richting te sturen. Ik verwijs naar het inschrijven van reductieprogramma's in de sectoriële normen voor lozing van afvalwaters, naar het verbod tot dumpen van afvalstoffen van de titaandioxydeindustrie en naar de emissienormen voor nieuwe grote stookinstallaties. Maar dat is niet voldoende om echt de ontwikkeling te bevorderen. Daarvoor wordt in samenwerking met de industrie een programma uitgewerkt. In de eerste plaats wordt de bestaande technologie in België geïnventariseerd en gepromoveerd via demonstratieprojecten. Hierbij zal ook de relatie milieu-economietewerkstelling worden doorgelicht. Milieu wordt inderdaad nog te vaak in concurrentie gezien met economie en tewerkstelling en de discussie hierover wordt dikwijls los van de feiten gevoerd.

In samenwerking met werkgevers en werknemers wil ik, in het kader van het Jaar van het Milieu, de feiten op een rij zetten en deze relatie bestuderen, in de overtuiging dat daar-

nécessaires pour mener une politique axée sur une protection maximale de l'homme et de son environnement. Dans cette perspective, cette politique visera également les groupes de notre société qui peuvent collaborer à une telle action et elle sera, chaque fois que ce sera possible, menée en collaboration avec les groupes visés. Il peut s'agir des pouvoirs publics, de l'industrie, des travailleurs ou du public au sens large. Quelques exemples me permettront de préciser cet objectif. Je les citerai au fur et à mesure que je passerai en revue les lignes de force de la politique que j'ai l'intention de mener.

3. *Intégration de l'environnement dans la politique*

Ce n'est certes pas une affirmation révolutionnaire que d'affirmer qu'une bonne politique en matière d'environnement ne peut être qu'une politique préventive. Depuis longtemps déjà, nous avons pris conscience du fait que la pollution doit être combattue à la source ou, mieux encore, que la formation même de cette pollution doit être évitée. Pour y arriver, l'aspect environnement doit être pris en compte dès le début du processus de planification. Cela va bien au-delà de l'étude d'impact sur l'environnement. Il s'agit d'un changement de mentalité, d'un changement des conceptions qui ne peuvent être réalisés par des textes réglementaires. Nous pouvons uniquement accélérer cette évolution en prenant des mesures de stimulation et d'accompagnement. Ces mesures peuvent prendre différentes formes.

4. *Promotion de l'utilisation de technologies non polluantes*

Nous ne pourrions jamais perdre de vue qu'un environnement sain n'est pas la seule aspiration qui a cours dans la société actuelle et que protéger l'environnement à n'importe quel prix n'est qu'une illusion.

Nous savons que l'utilisation de technologies non polluantes est un important pas en avant dans la perspective de protection de l'environnement mais nous constatons que la Belgique accuse un retard dans ce domaine. Nous avons pris des mesures réglementaires pour encourager les industries à se diriger dans cette direction. Permettez-moi de citer les programmes de réduction inscrits dans les normes sectorielles de rejets des eaux usées, l'interdiction d'immersion de déchets de l'industrie du dioxyde de titane ainsi que les normes d'émission pour les nouvelles grandes installations de combustion. Mais un tel effort ne suffit pas vraiment pour stimuler l'évolution visée. A cet effet, un programme est élaboré en collaboration avec l'industrie. Il s'agit, en premier lieu, de dresser l'inventaire des technologies existantes en Belgique et de mener une action de promotion grâce à des projets de démonstration. Dans ce contexte, la relation environnement-économie-emploi sera soumise à un examen approfondi. En effet, l'environnement est trop souvent considéré comme le concurrent de l'économie et de l'emploi et la discussion à ce sujet n'est souvent pas étayée par des faits concrets.

En collaboration avec les employeurs et les travailleurs, je voudrais saisir l'occasion offerte par l'Année de l'Environnement, pour aligner tous les faits concrets dans ce domaine et

uit zal blijken dat de zorg voor het milieu globaal een positief effect op de economie heeft en dat dit zal leiden tot een versnelde milieuvriendelijke industrie.

Het is echter niet uitgesloten dat in een eerste fase begeleidende maatregelen noodzakelijk zijn en daarom zal simultaan met de andere bevoegde departementen, waaronder financiën, worden onderzocht wat op dat gebied de mogelijkheden zijn.

Wat geldt voor de industrie, geldt ook voor het individu. De praktijk toont aan dat het gebruik van loodvrije benzine wordt geremd door de prijs. Ook hiervoor wordt naar een oplossing gezocht.

5. Verder terugdringen van de verontreiniging

De overschakeling op minder vervuilende technologieën en producten is natuurlijk een proces op langere termijn. Ondertussen moet verder gewerkt worden aan het beperken van de verontreiniging die voortkomt van de bestaande installaties en binnen de verschillende sectoren van het milieu worden hiervoor nieuwe reglementeringen voorbereid. Ik kom hier straks meer in detail op terug.

6. Voorkomen van ongevallen

Naast de bestrijding van verontreiniging die het gevolg is van normale industriële activiteit en het normaal gebruik van producten, gaat in het beleid bijzondere aandacht naar het voorkomen van ongevallen.

Door de Seveso-wet, die een paar weken geleden in het *Staatsblad* werd gepubliceerd, hebben wij nu de juridische basis voor preventieve maatregelen, die moeten toelaten ongevallen in de industrie te vermijden of de gevolgen voor mens en milieu te beperken. De uitvoeringsbesluiten van deze wet worden dan ook voorbereid in overleg met de Gewesten, zoals voorzien in het protocol dat hierover werd afgesloten. De eerste ervan regelen de modaliteiten van de melding van risicohoudende activiteiten.

Daarna zullen algemene normen volgen om waterverontreiniging bij ongevallen te voorkomen. Ook op het gebied van het vermijden van ongevallen met scheikundige producten staan nieuwe initiatieven op stapel. In een eerste fase zal een volledige doorlichting gebeuren van de bestaande, zeer complexe, reglementering met het doel deze doorzichtiger en bruikbaar te maken en eventuele tekortkomingen aan het licht te brengen.

Ook dit is een opdracht in het kader van het milieujaar.

Daarnaast zal een adviesraad gevaarlijke stoffen worden opgericht om in overleg met de betrokkenen het beleid te optimaliseren.

De resultaten van beide initiatieven moeten leiden tot een verfijning van de reglementering en een betere bescherming van het publiek en van het milieu.

pour étudier la relation précitée, ceci dans la conviction que je pourrais prouver que la protection de l'environnement dans sa totalité aura un effet positif sur l'économie et permettra d'accélérer l'essor d'une industrie non polluante.

Il n'est toutefois pas exclu, que dans une première phase, des mesures d'encadrement soient nécessaires et c'est la raison pour laquelle les possibilités dans ce domaine seront examinées simultanément et ceci en collaboration avec les autres départements concernés, parmi lesquels les Finances.

Mais ce qui est valable pour l'industrie l'est tout autant pour l'individu. La pratique nous apprend que l'utilisation de l'essence sans plomb est entravée par le prix. Une solution est également recherchée pour ce problème.

5. Continuer le combat contre la pollution

Le recours à des technologies et des produits moins polluants est, bien entendu, un processus à long terme. Mais entre-temps, nous devons poursuivre nos efforts pour limiter la pollution provoquée par les installations existantes et de nouvelles réglementations sont préparées à l'intérieur des différents secteurs de l'environnement. J'y reviendrai plus tard de manière plus détaillée.

6. Prévention des accidents

Outre la lutte contre la pollution qui est la conséquence de l'activité industrielle normale et de l'utilisation normale des produits, la politique accordera une attention particulière à la prévention des accidents.

La loi Seveso publiée il y a quelques semaines au *Moniteur belge* nous donne l'assise juridique nécessaire pour prendre des mesures préventives qui devront permettre d'éviter les accidents dans l'industrie ou tout au moins d'en limiter les conséquences pour l'homme et l'environnement. Les arrêtés d'exécution de cette loi sont préparés en concertation avec les Régions, conformément au Protocole conclu à cet égard. Les premiers de ces arrêtés règlent les modalités de la notification des activités à risques.

Par la suite, il faudra prendre des normes générales permettant d'éviter la pollution de l'eau en cas d'accidents. De nouvelles initiatives sont également prévues dans le domaine de la prévention d'accidents impliquant des produits chimiques. Dans une première phase, la réglementation très complexe existante dans ce domaine fera l'objet d'une étude approfondie afin de la rendre plus claire et plus facile à utiliser et de mettre, en même temps, en lumière les éventuelles lacunes.

Il s'agit là d'une autre mission que nous nous sommes fixée dans le cadre de l'Année européenne de l'Environnement.

En outre, un Conseil consultatif substances dangereuses sera institué et chargé d'optimiser la politique après concertation avec les milieux intéressés.

Les résultats de ces deux initiatives doivent permettre d'affiner la réglementation et de mieux protéger le public et l'environnement.

Belangrijk in het kader van de ongevalpreventie is eveneens de voorbereiding van de Noordzeeconferentie die einde van dit jaar in Engeland doorgaat en waar op internationaal niveau o.a. de voorkoming van ongevallen op zee via een betere controle op de transporten zal besproken worden.

7. *Interventie bij rampen*

De recente gebeurtenissen bij Zeebrugge hebben nogmaals aangetoond dat ook de noodplanregelingen terecht een belangrijk aspect in het beleid zijn. U weet dat op mijn initiatief begin 1986 de herziening van de nucleaire noodplannen begonnen is en dat het ontwerp van globaal noodplan binnenkort aan de Regering zal worden voorgelegd door de Minister van Binnenlandse Zaken.

Eveneens op mijn initiatief heeft een interdepartementele werkgroep zich gebogen over de plannen voor interventie bij ongevallen op zee. Deze groep zal binnenkort zijn werkzaamheden beëindigen, zodat ook deze herziene noodplanregeling aan de Ministerraad zal kunnen voorgelegd worden.

Tenslotte zal de toepassing van de Seveso-wet toelaten voor risicohoudende industriële vestigingen specifieke noodplanregelingen uit te werken. Op die manier zullen wij tegen de verschillende mogelijke ongevallen gewapend zijn.

8. *Internationale aspecten*

Dit hoofdstuk over de algemene beleidslijnen kan niet afgesloten worden zonder kort de internationale aspecten van het milieubeleid te behandelen.

Hierin staat voor 1987 natuurlijk het voorzitterschap van de E.G.-milieuraad centraal.

Dank zij de grote inspanningen die werden geleverd voor de voorbereiding en de uitstekende samenwerking met onze bestendige afvaardiging en met de Commissie, werden na de informele raad van 19 en 20 maart reeds een paar belangrijke resultaten geboekt. Ik vermeld maar het akkoord over de prioriteiten binnen het 4e milieuactieprogramma van de Gemeenschap, de vermindering van het zwavelgehalte van gasolie, de mogelijkheid tot het uit de markt nemen van loodhoudende normale benzine. Op de dossiers over luchtverontreiniging door grote stookinstallaties en door motorvoertuigen werd belangrijke vooruitgang geboekt.

De inspanningen zullen in de komende weken en maanden worden voortgezet op de twee laatste dossiers en op een aantal richtlijnen over water en het voorstel voor communautaire aktes voor het milieu. Ook voor de bescherming van de ozonlaag willen wij de lid-staten verenigen rond een vooruitstevend standpunt dat toelaat tot een akkoord in een ruimere internationale context te komen.

Une autre étape importante dans la perspective de la prévention des accidents est la préparation de la Conférence sur la mer du Nord qui se tiendra à la fin de cette année en Angleterre et qui discutera, au niveau international, de la prévention des accidents en mer, grâce à un meilleur contrôle des transports.

7. *Intervention en cas de catastrophes*

Les événements récents au large de Zeebrugge ont démontré une fois de plus que les plans d'urgence sont, à juste titre, considérés comme un aspect important dans le contexte de cette politique. Vous savez qu'une révision des plans d'urgence nucléaires a été entamée début 1986 sur mon initiative et que le projet de plan d'urgence global sera soumis très prochainement au Gouvernement par le Ministre de l'Intérieur.

J'ai également pris l'initiative de charger un groupe de travail interdépartemental des plans d'intervention en cas d'accidents en mer. Ce groupe terminera bientôt ses activités, ce qui implique que les nouveaux plans d'urgence dans ce domaine pourront être soumis très prochainement au Conseil des Ministres.

L'application de la loi Seveso permettra enfin de définir des plans d'urgence spécifiques pour les sites industriels à risque. De cette manière, nous serons mieux armés pour lutter contre les diverses formes d'accidents possibles.

8. *Aspects internationaux*

Ce chapitre, consacré aux lignes de forces générales de ma politique ne serait pas complet sans référence aux aspects internationaux de la politique en matière d'environnement.

Dans ce contexte, bien entendu, la présidence du Conseil Environnement C.E.E. est le principal centre d'intérêt pour 1987.

Grâce aux importants efforts consentis dans le domaine de la préparation de cette action et à l'excellente collaboration que nous entretenons avec notre représentation permanente et avec la Commission, une série de résultats importants ont déjà été enregistrés après le Conseil informel des 19 et 20 mars. Je voudrais signaler l'accord concernant les priorités dans le cadre du Quatrième programme d'action en matière d'environnement de la Communauté, la réduction de la teneur en soufre du gasoil, la possibilité de retirer du marché l'essence normale plombée. Des progrès considérables ont également été enregistrés en ce qui concerne les dossiers de la pollution de l'air par les grandes installations de combustion et par les véhicules automoteurs.

Ces efforts seront poursuivis au cours des semaines et mois à venir et seront axés sur les deux derniers dossiers et sur une série de directives relatives à l'eau ainsi que sur une proposition d'actions communautaires pour l'environnement. Nous tenterons également de recueillir l'assentiment des Etats membres sur un point de vue progressif concernant la protection de la couche d'ozone qui ouvrira la voie à un accord dans un contexte international plus large.

In de internationale context wil ik ook even de aandacht vestigen op een aantal initiatieven die erop gericht zijn te vermijden dat wij onze milieuproblemen exporteren naar derde landen. Ik verwijs in dit verband naar de reeds vermelde koninklijke besluiten over uitvoer van afval. Wij zouden daarnaast ook ervaring willen opdoen met notificatie van de uitvoer van gevaarlijke produkten en initiatieven in die zin worden onderzocht.

B. Belangrijke initiatieven in specifieke milieusectoren

Tenslotte zou ik nog zeer kort een paar belangrijke initiatieven willen vermelden in enkele specifieke domeinen. Al deze initiatieven kaderen natuurlijk in de algemene beleidslijn, maar ik heb ze nog niet eerder vermeld.

Op het gebied van waterverontreiniging zal worden voortgedaan met de herziening van de sectoriële lozingsnormen. Daarnaast zal echter worden gewerkt aan een systeem van minimum-kwaliteitsobjectieven voor alle oppervlaktewaters.

Op het gebied van de luchtverontreiniging komt er, naast het koninklijk besluit voor de nieuwe stookinstallaties, een nieuwe en strengere reglementering voor de uitstoot van bestaande installaties.

Op het gebied van de radioactiviteit moet zeker vóór de vakantie de beslissing vallen over de uiteindelijke omvang van het Telerad-meetnet, zodat in het najaar de aanbesteding kan gebeuren en met de installatie kan begonnen worden.

Voor de bestrijding van de geluidshinder, zowel door motoren als uit dancings worden reglementeringen voorbereid.

Deze korte opsomming heeft zeker niet de bedoeling volledig te zijn. Zij toont enkel aan dat reglementerende maatregelen noodzakelijk blijven tijdens de overgangsfase naar de meer milieubewuste maatschappij die wij voor ogen hebben.

Beveiliging van de bestaanszekerheid van de minstbedeelden

In mijn beleid ter beveiliging van de bestaanszekerheid van de minstbedeelden wil ik, in de lijn van wat in 1986 werd opgestart, volgende doelstellingen prioritair nastreven :

- het beveiligen en verhogen van de gewaarborgde minima;
- een verbetering van de werking van de O.C.M.W.'s, die op lokaal vlak, het instrument bij uitstek zijn in de strijd tegen de armoede;
- het verwerven van een nauwkeuriger kennis en een beter inzicht in de situatie van de minstbedeelden;

Dans le contexte international, je voudrais également attirer votre attention sur un certain nombre d'initiatives dont le but est d'éviter que nous exportions nos problèmes de l'environnement vers les pays tiers. Je signale, dans ce domaine, les arrêtés royaux déjà cités consacrés à l'exportation de déchets. Nous voudrions, en outre, acquérir une certaine expérience dans le domaine de la notification de l'exportation de produits dangereux et des initiatives dans ce sens sont examinées.

B. Initiatives importantes dans des secteurs spécifiques de l'environnement

Je voudrais enfin aborder brièvement quelques initiatives importantes dans des domaines bien spécifiques. Toutes ces initiatives s'inscrivent, bien entendu, dans la ligne générale de notre politique, mais je ne les ai pas encore citées.

En matière de pollution de l'eau, la révision des normes sectorielles de déversement sera poursuivie. Mais il faudra, de plus, tenter de mettre au point un système d'objectifs de qualité minimums pour toutes les eaux de surface.

Dans le secteur de la pollution de l'air, une réglementation nouvelle et plus sévère de l'émission des installations existantes est attendue et complètera l'arrêté royal pour les nouvelles installations de combustion.

Dans le domaine de la radioactivité, la décision concernant l'envergure finale du réseau de mesure Telerad devra être prise, de toute manière, avant les vacances, ce qui nous permettra de lancer l'adjudication au cours de l'automne et d'entamer l'installation par la suite.

Des réglementations sont également en préparation en ce qui concerne la lutte contre le bruit provoqué tant par les moteurs que par les dancings.

Cette énumération n'est certes pas complète. Mais elle devrait toutefois suffire à démontrer que des mesures réglementaires restent indispensables pendant la phase de transition qui doit mener à la société plus consciente de la protection de l'environnement que nous espérons réaliser.

Protection de la sécurité d'existence des plus démunis

Dans ma politique visant la protection de la sécurité d'existence des plus démunis, j'ai l'intention de poursuivre, en priorité, les objectifs suivants, qui s'inscrivent dans la ligne de ma politique menée en 1986 :

- la sauvegarde et l'augmentation des minima garantis;
- l'amélioration du fonctionnement des C.P.A.S. qui sont l'instrument le plus indiqué pour lutter contre la pauvreté au niveau local;
- la collecte d'informations plus précises et l'acquisition d'une meilleure connaissance de la situation des plus démunis;

— het creëren van bijkomende integratie- en emancipatiekansen voor de armen;

— een afdoende en rechtvaardige oplossing voor het bijzonder probleem van de opvang van de kandidaat-politieke vluchtelingen.

1. Het beveiligen van de gewaarborgde minima

Aan de inkomens van de allerzwaksten wordt niet geraakt in 1987. Integendeel, op 1 januari werden ze verhoogd met 2 pct. boven index (4 pct. voor alleenstaanden).

— la création de possibilités complémentaires d'intégration et d'émancipation;

— la mise au point d'une solution efficace et équitable au problème délicat de l'accueil des candidats réfugiés politiques.

1. La protection des minima garantis

Les revenus des plus démunis sont préservés en 1987. Ils ont même été majorés de 2 p.c. au-delà de l'index au 1^{er} janvier (4 p.c. pour les isolés).

Bedragen B.M. — Montants minimex	01.01.76	01.01.81	01.01.86	01.01.87
Samenwonende echtgenoten. — <i>Epoux cohabitants</i>	7 442	13 392	20 084	20 485
Alleenstaande. — <i>Isolé</i>	5 409	9 642	14 761	15 364
Samenwonende. — <i>Cohabitant</i>	3 721	6 696	10 042	10 243

De bedragen van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden (G.I.B.) en van de gewone tegemoetkoming voor mindervaliden (I.M.) zijn gelijk aan het B.M., zodat elke verhoging ten goede komt aan ongeveer 235 000 rechthebbenden, te weten :

- B.M. (1986) : 43 774;
- G.I.B. (1986) : 89 500;
- I.M. (1985) : 102 102.

Er zal naar gestreefd worden het beleid inzake verhoging van de gewaarborgde minima voort te zetten, rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden. Hierbij kan men zich afvragen of een meer selectieve verhoging bijvoorbeeld ten voordele van alleenstaanden met kinderen, op korte termijn niet wenselijk zou zijn.

Naast het verhogen van de basisbedragen, werden zopas nieuwe beperkingen ingevoerd inzake de terugvordering van het bestaansminimum (en van andere financiële steun) bij de onderhoudsplichtigen (koninklijk besluit van 8 april 1987).

De draagwijdte ervan werd verduidelijkt in een folder.

2. Een verbetering van de werking van de O.C.M.W.'s

a) Snellere terugbetaling en bijkomende middelen voor de O.C.M.W.'s.

Verschillende maatregelen moeten bijdragen tot een snellere terugbetaling :

— de informatisering van de dienst « Bestaansminimum » die gestart is op 1 januari 1987; dit houdt geen verplichting in voor de O.C.M.W.'s zelf om hun eigen diensten eveneens te informatiseren. Wel moeten zij, vanaf 1 mei, de beslissingen i.v.m. het bestaansminimum hetzij per informatica-dragger, hetzij op standaardformulieren overmaken aan het departement;

— de invoering van een voorschottensysteem voor de steun aan vreemdelingen (wet van 15 december 1986 en koninklijk besluit van 25 februari 1987); dergelijk systeem bestond reeds voor het bestaansminimum;

Les montants du revenu garanti pour personnes âgées (R.G.P.A.) et de l'allocation normale pour les handicapés sont égaux au minimex; toute augmentation concerne ainsi 235 000 ayants droit, à savoir :

- Minimex (1986) : 43 774
- R.G.P.A. (1986) : 89 500
- Handicapés (1985) : 102 102

Tous les efforts seront déployés en vue de poursuivre la politique concernant la majoration des minima garantis, compte tenu des possibilités budgétaires. Il faut se demander si une augmentation plus sélective, par exemple en faveur des isolés avec des enfants à charge, ne serait pas souhaitable à court terme.

Outre la majoration des montants de base, de nouvelles limitations viennent d'être introduites en matière de recouvrement du minimex (et d'autres formes d'aide financière) auprès des débiteurs d'aliments (arrêté royal du 8 avril 1987).

La portée de ces mesures vient d'être précisée dans un dépliant.

2. Améliorer le fonctionnement des C.P.A.S.

a) Accélération des remboursements et mise de moyens supplémentaires à la disposition des C.P.A.S.

Différentes mesures doivent contribuer à accélérer le remboursement :

— l'informatisation du service « Minimum de moyens d'existence » qui a démarré le 1^{er} janvier 1987; cette dernière n'implique aucune obligation pour les C.P.A.S. quant à l'informatisation de leurs propres services. Ils doivent cependant transmettre, à partir du 1^{er} mai, leurs propres décisions en matière de minimex au département, soit par support informatique, soit au moyen de formulaires type;

— l'introduction d'un système d'avances dans le domaine de l'aide aux réfugiés (loi du 15 décembre 1986 et arrêté royal du 25 février 1987); un tel système existait avant même le minimex;

— de mogelijkheid tot versnelde terugbetaling van de achterstallen inzake de steun aan vreemdelingen (wet van 17 maart 1987).

— de informatisering van de dienst « Financiën en Onderstandskosten » die instaat voor de terugbetaling van de steun aan vreemdelingen en die in de loop van 1987 moet opgestart worden;

— bijkomende aanwervingen voor de bestuursafdeling van het maatschappelijk welzijn, alsmede een kaderuitbreiding in de loop van 1987.

Inzake bijkomende middelen voor de O.C.M.W.'s herinner ik aan :

— de terbeschikkingstelling van 250 maatschappelijk werkers voor de budgetbegeleiding. Deze maatregel loopt tot 31 augustus 1987. Een verlenging en uitbreiding ervan werd aangevraagd;

— de oprichting van een hulpfonds door de gas- en elektriciteitssector, dat ter beschikking wordt gesteld van de O.C.M.W.'s; het is mijn bedoeling aan dergelijk fonds een wettelijke basis te geven (zie verder).

b) Wetswijzigingen

Door middel van verschillende verbeteringen in de wetgeving en reglementering kan de werking van de O.C.M.W.'s eveneens verbeterd worden :

— de wijziging van de terugvorderingsregels (zie hoger) betekent eveneens een verlichting van het administratieve werk van de O.C.M.W.'s;

— in samenwerking met de Hoge Raad voor Maatschappelijk Welzijn, die ik in 1986 heb opgericht, is een herziening van de wetgeving op het O.C.M.W. bezig.

Een eerste voorontwerp dat de regeling van de verkiezingen van de raad voor maatschappelijk welzijn behandelt, is klaar en zal na akkoord van de Ministerraad en advies van de Raad van State aan het Parlement worden voorgelegd.

Daarna volgt de volledige herziening van de wet van 2 april 1965 « op het ten laste nemen van de steun verleend door de commissies van openbare onderstand » en van de overige bepalingen van de organieke wet van 8 juli 1976.

3. Een beter inzicht

Het onderzoek van de populatie van bestaansminimum-trekkers kan belangrijke gegevens opleveren voor het beleid inzake maatschappelijke emancipatie.

Recente statistische gegevens ontbreken nochtans volledig.

Het laatste onderzoek dateert van 1976 (1), terwijl de statistieken van de dienst « Bestaansminimum » van het

— la possibilité d'accélérer le remboursement des arriérés en matière d'aide aux étrangers (loi du 17 mars 1987);

— l'information du Service « Finances et frais d'entretien » chargé du remboursement de l'aide aux étrangers qui doit démarrer dans le courant de 1987;

— le recrutement d'effectifs supplémentaires pour l'Administration de l'aide sociale ainsi qu'une extension de cadre dans le courant de 1987.

En ce qui concerne les moyens supplémentaires pour les C.P.A.S. permettez-moi de rappeler :

— les 250 travailleurs sociaux affectés à la guidance budgétaire. Cette mesure restera en vigueur jusqu'au 31 août 1987. La prolongation et l'extension de cette mesure a été demandée;

— la création d'un Fonds d'Entraide pour le secteur du gaz et de l'électricité mis à la disposition des C.P.A.S.; j'ai l'intention de doter ce fonds d'une base légale.

b) Modification des législations en vigueur

Plusieurs modifications apportées à la législation et à la réglementation sont de nature à améliorer le fonctionnement des C.P.A.S.;

— la modification des règles en vigueur en matière de recouvrement (voir plus haut) signifie, en même temps, un allègement du travail administratif des C.P.A.S.;

— une modification de la législation sur les C.P.A.S. est en cours, en collaboration avec le Conseil supérieur de l'Aide sociale.

Un premier avant-projet régissant les élections du Conseil de l'Aide sociale est achevé et sera déposé au Parlement après approbation du Conseil des Ministres et l'avis du Conseil d'Etat.

Il y aura ensuite une révision complète de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge de l'aide accordée par les commissions d'assistance publique « ainsi que des autres dispositions de la loi organique du 8 juillet 1976. »

3. Un aperçu plus clair de la situation

L'analyse de la population des bénéficiaires du minimex peut nous donner des éléments intéressants en vue de la définition de notre politique en matière d'émancipation sociale.

Aucune donnée statistique récente n'est toutefois disponible.

La dernière enquête date de 1976 (1), alors que les statistiques du Service « Minimum et moyens d'existence » du

(1) E. Jacques, *Le processus de marginalisation. Les ayants droit au minimex*, Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen, deel 19D.

(1) E. Jacques, *Le processus de marginalisation. Les ayants droit au minimex*. Programme national de recherches en sciences sociales, partie 19D.

Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, bij gebrek aan personeel, niet meer worden bijgehouden sinds 1983. De richtcijfers die nadien werden gebruikt voor het opstellen van de begroting, waren dan ook alleen gebaseerd op ramingen (+ 10 pct. rechthebbenden jaarlijks).

In de toekomst zal de informatisering van de dienst bestaansminimum per 1 januari 1987, zorgen voor actuele gegevens over de gerechtigden op het bestaansminimum. In afwachting daarvan heb ik twee onderzoeksopdrachten gegeven :

- een analyse van de dossiers bestaansminimum die door de O.C.M.W.'s voor terugbetaling worden ingediend bij het Ministerie van Volksgezondheid (K.U.L.);

- een onderzoek naar het socio-economisch profiel van de B.M.-gerechtigden aan de hand van een onderzoek in een aantal O.C.M.W.'s (U.C.L.).

Het volledige onderzoeksrapport van het onderzoek van de K.U.L. (Sociologisch Onderzoeksinstituut, professor doctor F. Lammertyn en de heer D. Luyten), werd zopas afgeleverd. Het wordt door de K.U.L. zelf gedrukt in het Nederlands en in het Frans. Zodra deze publikatie klaar is, zal ik de commissieleden graag een exemplaar bezorgen.

De statistische analyse heeft betrekking op de populaties B.M.-trekkers op 28 februari 1981 en 28 februari 1986. Tevens worden de gegevens van 29 februari 1976 (E. Jacques) opgenomen, zodat de evolutie over de voorbije tien jaar kan bestudeerd worden.

De belangrijkste conclusies kunnen als volgt worden samengevat :

- in 1976, 1981 en 1986 waren er respectievelijk 9 436, 25 135 en 43 774 rechthebbenden op et B.M. De stijging was het grootst in het Waalse Gewest, het kleinst in het Brusselse Gewest;

- het merendeel van de rechthebbenden (63 pct. in 1986) zijn alleenstaanden; 29 pct. zijn samenwonende echtgenoten; 8 pct. zijn samenwonenden;

- de populatie kenmerkt zich door een overwicht van vrouwen : 61 pct. in 1976; 63 pct. in 1981; 57 pct. in 1986;

- het zwaartepunt situeert zich in de jongere leeftijdsklassen : 56 pct. is 40 jaar of jonger; in Wallonië is dit veel duidelijker (66 pct.) dan in Vlaanderen en in Brussel (telkens 49 pct.);

- in de periode 1976-1986 heeft zich een duidelijke verjonging voorgedaan;

- ongeveer 95 pct. heeft de Belgische nationaliteit;

- van alle rechthebbenden krijgt 73 pct. het volledige bedrag van het B.M.

Ten einde een nog beter inzicht te verwerven en bepaalde verklaringen te vinden zal het databestand door de K.U.L. in mijn opdracht nog verder worden geanalyseerd en ver-

Ministère de la Santé publique et de l'Environnement ne sont plus tenues à jour depuis 1983 en raison du manque de personnel. Les chiffres-guides utilisés par la suite pour l'élaboration du budget étaient, par conséquent, basés sur des estimations (+ 10 p.c. d'ayants droit par année).

A l'avenir, l'informatisation du service du minimum de moyens d'existence au 1^{er} janvier 1987, permettra d'obtenir des données actualisées sur les bénéficiaires du minimex. En attendant, j'ai fait réaliser deux études :

- une analyse des dossiers minimex introduits par les C.P.A.S. en vue du remboursement auprès du Ministère de la Santé publique (K.U.L.);

- une analyse du profil socio-économique des bénéficiaires du minimex sur la base d'une enquête auprès de plusieurs C.P.A.S. (U.C.L.).

Le rapport complet de la recherche de la K.U.L. vient d'être introduit (*Sociologisch Onderzoeksinstituut*, prof. dr. F. Lammertyn et M.D. Luyten). Il sera imprimé par la K.U.L. en néerlandais et en français. Dès le moment où la publication sera terminée, un exemplaire sera remis aux membres de la commission.

L'analyse statistique concerne les populations de bénéficiaires du minimex au 28 février 1981 et au 28 février 1986. Les données du 29 février 1976 sont également reprises (E. Jacques) ce qui permet de passer en revue l'évolution au cours des 10 dernières années.

Les principales conclusions peuvent être résumées comme suit :

- en 1976, 1981 et 1986 il y avait respectivement 9 436, 25 135 et 43 774 ayants droit au minimex. L'augmentation est la plus importante dans la Région wallonne, la moins sensible dans la Région bruxelloise;

- la majorité des ayants droit (63 p.c. en 1986) sont des isolés; 29 p.c. sont des époux cohabitants; 8 p.c. sont des cohabitants;

- la population est caractérisée par une prédominance des femmes : 61 p.c. en 1976; 63 p.c. en 1981; 57 p.c. en 1986;

- pour les garçons, le pic se situe dans les classes d'âge plus jeunes : 56 p.c. ont 40 ans au moins; ce phénomène est encore bien plus net en Wallonie (66 p.c.) qu'en Flandre et à Bruxelles (chaque fois 49 p.c.);

- la période 1976-1986 a été caractérisée par un indéniable rajeunissement;

- près de 95 p.c. ont la nationalité belge;

- 73 p.c. de tous les ayants droit perçoivent le montant complet du minimex.

Afin d'avoir un aperçu encore plus clair de la situation et de trouver certaines explications, j'ai chargé la K.U.L. de poursuivre l'étude des données disponibles; elles seront

geleken o.a. met de gegevens van het onderzoek naar de bestaansonzekerheid uitgevoerd door het Centrum voor Sociaal beleid te Antwerpen onder leiding van professor doctor H. Deleeck.

Het onderzoek door de U.C.L. (socio-economisch profiel van de B.M.-gerechtigden) moet tegen eind mei klaar zijn.

Tegen de zomer verwacht ik eveneens de resultaten van een onderzoek naar de problematiek van de niet-betaalde onderhoudsgelden, uitgevoerd door U.F.S.I.A.-Antwerpen en de *Université de l'Etat* te Luik.

4. Maatregelen tot betere integratie en emancipatie van de minstbedeelden

De armoedeproblematiek vraagt een gecoördineerde aanpak op de verschillende terreinen van het maatschappelijk leven. Ten einde deze aanpak mogelijk te maken ging de aandacht in 1986 vooreerst naar de uitbouw van de nodige beleidsinstrumenten. In 1987 worden de eerste resultaten verwacht. Daarnaast worden een aantal prioritaire problemen op het vlak van de maatschappelijke emancipatie van de zwakkeren aangepakt.

a) Instrumenten

Een Interdepartementale Werkgroep voor de beveiliging van de bestaanszekerheid van de minstbedeelden onder leiding van professor Deleeck werd belast met de studie van de cumulatieve effecten van de Regeringsmaatregelen en met het voorstellen van gecoördineerde maatregelen ter zake.

Een eerste rapport wordt verwacht tegen de zomer van 1987.

Daarnaast werd gestreefd naar een eigen budget en administratie inzake maatschappelijke emancipatie.

Voor 1987 is 22 miljoen voorzien, d.i. een verdubbeling tegenover 1986. Het bedrag wordt aangewend voor de werking van de Interdepartementale Werkgroep, voor publicaties en voor enkele kortlopende onderzoeken en acties rond specifieke armoedeproblemen.

b) Specifieke problemen

— Samen met de Minister van Economische Zaken werd een wetsontwerp opgesteld tot wijziging van de wetgeving op de verbruikskredietovereenkomsten.

Het advies van de Raad van State is bekend. Na aanpassing van het ontwerp zal het zo vlug mogelijk worden ingediend.

— Samen met de Ministers van Tewerkstelling en Arbeid, Sociale Zaken en Financiën werden een aantal nieuwe tewerkstellingsmogelijkheden gecreëerd voor de bestaansminimumgerechtigden: toegang tot D.A.C. en gesubsidieerde contractuelen, vervanging van bruggepensioneerden, fiscale vrijstelling van huispersoneel, vermindering van patronale bijdragen.

comparées à celles révélées par la recherche consacrée à l'insécurité d'existence par le *Centrum voor Sociaal Beleid* à Anvers, sous la direction du prof. dr. H. Deleeck.

L'étude de l'U.C.L. (profil socio-économique des ayants droit au minimex) doit être terminée fin mai.

J'attends également cet été les résultats d'une recherche au sujet de la problématique des créances alimentaires non payées réalisée par l'U.F.S.I.A.-Anvers et l'Université de l'Etat à Liège.

4. Mesures visant une meilleure intégration et l'émancipation des plus défavorisés

La problématique de la pauvreté requiert une approche coordonnée dans les différents domaines concernés de la vie sociale. En vue de permettre une telle approche, une attention particulière a été accordée en 1986 à la mise au point des instruments politiques nécessaires. Les premiers résultats sont attendus en 1987. Un certain nombre de problèmes prioritaires dans le domaine de l'émancipation sociale des plus défavorisés sont abordés.

a) Instruments

Un groupe de travail interdépartemental pour la protection de la sécurité des plus démunis sous la présidence du professeur Deleeck, a été chargé de l'étude des effets cumulatifs des mesures gouvernementales et de la proposition de mesures coordonnées en la matière.

Un premier rapport est attendu dans le courant de l'été '87.

Les efforts sont, en outre, poursuivis en vue de doter l'émancipation d'un budget et d'une administration propres.

Pour 1987, 22 millions sont prévus, c'est-à-dire le double du montant de 1986. Ce montant sera affecté au fonctionnement du groupe de travail interdépartemental, à des publications et à quelques recherches à court terme et actions consacrées à ces problèmes spécifiques de la pauvreté.

b) Problèmes spécifiques

— Un projet de loi modifiant les conventions de crédit à la consommation a été mis au point en collaboration avec le Ministre des Affaires économiques.

L'avis du Conseil d'Etat est connu. Après adaptation, le projet sera introduit le plus rapidement possible.

— De concert avec les Ministres de l'Emploi et du Travail, des Affaires sociales et des Finances, un certain nombre de nouvelles possibilités d'emploi ont été créées pour les bénéficiaires du minimex: accès au T.C.T., contractuels subsidiés, remplacement de prépensionnés, exonération fiscale pour les employés de maison, diminution des cotisations patronales.

Deze mogelijkheden werden zopas via een brochure ruim bekend gemaakt. Bovendien zal de toepassing van deze maatregelen van pilootacties in een tiental O.C.M.W.'s in 1987 gevolgd, gestimuleerd en geëvalueerd worden.

— De Ministerraad hechtte zijn principiële goedkeuring aan de toekenning van voorschotten door het O.C.M.W. op niet-betaalde onderhoudsgelden voor kinderen.

Een wetsontwerp ter zake is klaar en ligt voor advies bij de Raad van State.

— De maatregelen aanbevolen door het Controlecomité voor gas en elektriciteit ter preventie van afsluitingen werden aandachtig opgevolgd en geëvalueerd, o.m. via een eigen bevraging van de O.C.M.W.'s.

Samen met de Ministers van Economische Zaken en van Sociale Zaken en met de Staatssecretaris voor Energie, werd een voorontwerp van wet betreffende de levering van elektriciteit voor advies overgemaakt aan het Controlecomité. Dit advies is nu bekend en het voorontwerp werd aan dit advies aangepast. Het probleem van de verwarming zal nadien onderzocht worden.

— Samen met de Staatssecretaris voor Landbouw werd een informatiecampaagne gevoerd inzake de beschikbaarheid tegen gereduceerde prijzen van E.G.-voedseloverschotten voor sociale doeleinden. Op basis van zeer recente E.G.-verordeningen liep tot 31 maart 1987 een bijkomende actie voor gratis verdeling van voedsel aan hulpbehoevenden. Samen met de O.C.M.W.'s en de andere hulporganisaties die hieraan hebben meegewerkt, maak ik momenteel een evaluatie op van dit initiatief.

— Aan de V.Z.W. « A.T.D. Vierde Wereld Beweging » werd opgedragen, op basis van een studie van de geschiedenis van de vierde wereld, een vormingspakket voor de allerarmsten op te stellen.

5. Een specifiek probleem : de kandidaat-politieke vluchtelingen

Ik had reeds meermaals de gelegenheid deze problematiek uitgebreid toe te lichten.

Ik herhaal trouwens mijn uitnodiging tot de Commissie om het opvangcentrum « Klein Kasteeltje » te gaan bezoeken.

Ik wil wel in het kort enkele essentiële punten benadrukken :

— de opvang wordt essentieel beïnvloed door de maatregelen van de Minister van Justitie;

— het allerbelangrijkste langs de zijde van Justitie is het verzekeren van korte termijnen bij de behandeling van de erkenningsaanvraag;

— het Klein Kasteeltje is een transitcentrum dat bedoeld is voor een korte periode; het is dan ook van essentieel

Ces possibilités font l'objet d'une brochure largement diffusée. En outre, l'application de ces mesures sera suivie, stimulée et évaluée par le biais d'actions pilotes menées dans une dizaine de C.P.A.S. en 1987.

— Le Conseil des Ministres a donné son accord de principe à l'octroi d'avances par le C.P.A.S. sur les pensions alimentaires non payées en faveur des enfants.

Un projet de loi en la matière a été mis au point, et est soumis à l'avis du conseil d'Etat.

— Les mesures recommandées par le Comité de Contrôle du Gaz et de l'Electricité visant la prévention des coupures sont suivies de près et évaluées, notamment par le biais d'une enquête auprès des C.P.A.S.

De concert avec les Ministres des Affaires économiques et des Affaires sociales, ainsi qu'avec le Secrétaire d'Etat à l'Energie, un avant-projet de loi concernant la fourniture d'électricité a été soumis pour avis au Comité de Contrôle. Cet avis est à présent connu et l'avant-projet y a été adapté. Le problème du chauffage sera examiné par la suite.

— Une campagne d'information consacrée à la distribution de surplus alimentaires C.E.E. à des fins sociales, a été menée en collaboration avec le Secrétaire d'Etat à l'Agriculture. Sur la base d'un règlement récent de la C.E.E., une action supplémentaire visant la distribution gratuite de nourriture aux plus démunis a été menée jusqu'au 31 mars 1987. Je réalise à l'heure actuelle une évaluation de cette initiative, de concert avec les C.P.A.S. et les autres organisations qui ont participé à cette action.

— L'A.S.B.L. « A.D.T. Quart Monde » a été chargée d'élaborer, sur la base d'une étude consacrée au quart monde, une enveloppe de formation pour les plus pauvres.

5. Un problème spécifique : les candidats réfugiés politiques

J'ai eu à plusieurs reprises, l'occasion de commenter cette problématique.

Je renouvelle mon invitation à la Commission en vue d'une visite au centre d'accueil « Petit Château ».

Mais je tiens à souligner brièvement quelques points essentiels :

— l'accueil est essentiellement influencé par les mesures du Ministre de la Justice;

— le point essentiel du côté de la Justice est de raccourcir les délais de traitement de la demande de reconnaissance;

— le Petit Château est un centre de transit conçu pour un séjour de courte durée; il est essentiel que les différents

belang dat de verschillende O.C.M.W.'s zo spoedig mogelijk de verdere opvang verzekeren;

— door de Regering werd een maximale inspanning gedaan om de lokale besturen te informeren en om een snelle terugbetaling van de steun die zij verlenen te waarborgen.

Het waarborgen van gelijke kansen voor vrouwen en mannen

1. Budget en administratie

Het voeren van een efficiënt emancipatiebeleid vergt zowel een financiële als logistieke ondersteuning.

Voor 1986 werd een budget van 12,8 miljoen toegekend. Dit bedrag werd voor 1987 verdubbeld tot 25,6 miljoen. Wat de administratie betreft, werd de principiële beslissing genomen om 10 personeelsleden toe te kennen.

2. De Emancipatieraad

Aan de Emancipatieraad die werd opgericht bij koninklijk besluit van 31 oktober 1986 werd door de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Emancipatie advies gevraagd over :

— de gelijkschakeling van de pensioenleeftijd voor mannen en vrouwen. Het advies wordt voor juli 1987 verwacht;

— een ontwerp van subsidieregeling voor emancipatieprojecten. De Emancipatieraad heeft hierover reeds advies uitgebracht op basis waarvan een regeling wordt uitgewerkt.

3. De vrouwen in het socio-economische leven

3.1. In het tweede luik van het Pinksterplan werden specifieke tewerkstellingsmaatregelen voor vrouwen opgenomen.

Het betreft :

3.1.1. De aanwerving van vrouwelijke arbeidsbemiddelaars in de R.V.A. Met de Minister van Tewerkstelling en Arbeid worden onderhandelingen gevoerd om aan deze maatregel uitvoering te geven.

3.1.2. Het verdelen van de tewerkstellingsprogramma's in functie van de structuur van de werkloosheid in elk subgewest.

Op initiatief van de Staatssecretaris heeft de Minister van Tewerkstelling en Arbeid de proportionaliteitsregel reeds ingevoerd in de B.T.K.- en D.A.C.-reglementering.

3.1.3. De uitvoering te verlenen van de aanbeveling van de Europese Gemeenschap inzake positieve acties voor vrouwen.

C.P.A.S. assurent le plus rapidement possible l'accueil « après le Petit Château »;

— le Gouvernement a fait un effort maximal afin d'informer les administrations locales et de garantir l'accélération du remboursement de l'aide octroyée.

Garantir des chances égales aux hommes et aux femmes

1. Budget et administration

Une politique de l'émancipation efficace requiert des moyens financiers mais également un appui logistique.

Pour 1986, un budget de 12,8 millions a été attribué. Ce montant a été doublé pour 1987 et atteint 25,6 millions. En ce qui concerne l'administration, une décision de principe a été prise et affecte dix membres du personnel à cette politique.

2. Le Conseil de l'Emancipation

Le Conseil de l'Emancipation créé par l'arrêté royal du 31 octobre 1986 a été chargé par le Secrétaire d'Etat à l'Emancipation sociale de donner un avis sur les sujets suivants :

— égalisation de l'âge de la pension pour les hommes et les femmes. L'avis est attendu avant le mois de juillet 1987.

— un projet de financement des projets d'émancipation. Le Conseil de l'émancipation a déjà émis son avis en la matière et une réglementation sera mise au point sur la base dudit projet.

3. Les femmes dans la vie socio-économique

3.1. Le second volet du Plan de Val Duchesse reprend des mesures spécifiques de promotion de l'emploi des femmes.

Il s'agit :

3.1.1. Du recrutement de placeurs féminins à l'O.N.Em. Des négociations sont en cours avec le Ministre de l'Emploi et du Travail afin de mettre cette mesure en exécution.

3.1.2. De la répartition des programmes de promotion de l'emploi en fonction de la structure du chômage dans chaque sous-région.

A l'initiative du Secrétaire d'Etat, le Ministre de l'Emploi et du Travail a déjà introduit la règle de proportionnalité dans la réglementation C.S.T. et T.C.T.

3.1.3. De porter à exécution la recommandation de la Communauté européenne relative aux actions positives en faveur des femmes.

— Op initiatief van de Staatssecretaris werd door de Minister van Tewerkstelling en Arbeid een juridisch kader voor het voeren van positieve acties voorbereid.

Voor de privé-sector werd een ontwerp van koninklijk besluit ter advies aan de Nationale Arbeidsraad voorgelegd. De Raad heeft hierover op 16 december 1986 een eenparig gunstig advies uitgebracht. Op basis van dat advies werd de tekst van het ontwerp van koninklijk besluit aangepast en werd het ter advies aan de Raad van State overgemaakt.

Voor de openbare sector worden de onderhandelingen voortgezet.

— De Staatssecretaris stimuleert bovendien tot het daadwerkelijk voeren van positieve acties.

Op initiatief van de Staatssecretaris werd in oktober 1986 door de Staatssecretaris voor P.T.T. een pilootproject inzake positieve acties in de R.T.T. gestart.

Voor het uitvoeren van dat project werd binnen de R.T.T. een emancipatiebureau opgericht dat een ontwerp van positief actieplan heeft uitgewerkt waarvan de actiepunten zich voornamelijk situeren op het wegwerken van de belemmeringen die vrouwen ondervinden bij de deelname aan het arbeidsproces en het verbeteren van de positie van de vrouwen in het R.T.T.-bedrijf.

De Staatssecretaris voor Maatschappelijke Emancipatie heeft gezorgd voor de wetenschappelijke begeleiding van dit experiment met als doel te komen tot een model voor het voeren van positieve acties in de openbare sector. Daartoe werd een onderzoekscontract afgesloten.

3.1.4. Het nemen van maatregelen in het onderwijs die een grotere gelijkheid inzake kansen tussen meisjes en jongens moeten waarborgen, dit in het kader van een betere afstemming van studiekeuze en studierichtingen op de arbeidsmarkt.

In samenwerking met de Minister van Onderwijs heeft de Staatssecretaris een sensibiliseringscampagne voorbereid om meisjes aan te zetten tot een studiekeuze die roldoorbrekend is en meer kansen op tewerkstelling biedt. Het is de bedoeling aan deze campagne die binnenkort zal starten, een opvolging te geven.

3.2. Met de Gemeenschapsministers die instaan voor de beroepsopleiding, wordt nagegaan welke initiatieven er kunnen genomen worden om werkloze vrouwen en vrouwen die thuis gebleven zijn om hun kinderen op te voeden, terug op de arbeidsmarkt in te schakelen.

3.3.1. Het vereisen van fysieke criteria voor bepaalde beroepen zoals bijvoorbeeld voor leger, rijkswacht, brandweer bemoeilijken in een aantal gevallen de tewerkstellingskansen

— A l'initiative du Secrétaire d'Etat, le Ministre de l'Emploi et du Travail a préparé un cadre juridique pour les actions positives.

En ce qui concerne le secteur privé, un projet d'arrêté royal a été soumis au Conseil national du Travail. Le Conseil a émis un avis favorable unanime à cet égard le 16 décembre 1986. Le texte du projet d'arrêté royal a été adapté sur la base de l'avis précité et a été transmis, pour avis, au Conseil d'Etat.

Les négociations sont poursuivies pour le secteur public.

— le Secrétaire d'Etat stimule, en outre, la conduite effective d'actions positives.

A l'initiative du Secrétaire d'Etat, un projet-pilote d'actions positives a été lancé en octobre 1986 à la R.T.T. par le Secrétaire d'Etat aux P.T.T.

En vue de l'exécution de ce projet, un bureau d'émancipation a été institué au sein de la R.T.T.; ce dernier a mis au point un plan d'action positive dont les axes principaux sont l'élimination des obstacles que rencontrent les femmes dans la participation au processus du travail, ainsi que l'amélioration de la position de la femme au sein de la R.T.T. en tant que telle.

Le Secrétaire d'Etat à l'Emancipation sociale assure l'encadrement scientifique de cette expérience dont le but est de définir un modèle d'actions positives dans le secteur public. Une convention relative à une recherche dans ce domaine a été conclue.

3.1.4. La prise de mesures dans l'enseignement qui doivent garantir une plus grande égalité de chances entre les filles et les garçons, ceci afin de mieux axer les choix et les orientations d'études sur le marché de l'emploi.

En collaboration avec le Ministre de l'Education nationale, le Secrétaire d'Etat a préparé une campagne de sensibilisation afin d'inciter les filles à opter pour des orientations d'études qui rompent les schémas traditionnels et qui offrent de meilleures chances d'emploi. Le but est de lancer cette campagne dans les plus brefs délais et de lui donner le suivi qui s'impose.

3.2. Le Secrétaire d'Etat examine avec les Ministres communautaires responsables de la formation professionnelle, quelles sont les initiatives pouvant être prises afin de faciliter la réinsertion, dans le marché de l'emploi, des chômeuses et des femmes qui sont restées chez elles pour s'occuper de l'éducation de leurs enfants.

3.3.1. Dans un certain nombre de cas, l'imposition de critères physiques à certains groupes, comme par exemple l'armée, la gendarmerie, les pompiers, compromettent les

voor vrouwen. Op initiatief van de Staatssecretaris werd door de Minister van Landsverdediging eind vorig jaar een ministerieel besluit uitgevaardigd waarbij de fysieke discriminerende testen voor de toegang tot het leger werden vervangen of aangepast. Voor de andere beroepen wordt verder onderhandeld.

3.3.2. Eveneens op initiatief van de Staatssecretaris heeft de Minister van Landsverdediging de nodige richtlijnen gegeven om vanaf het schooljaar 1987 toegang te verlenen aan meisjes tot de Koninklijke Kadettenschool.

3.4.1. Op Europees niveau heeft de Staatssecretaris haar medewerking verleend aan de tot standkoming van twee nieuwe richtlijnen inzake gelijke behandeling van mannen en vrouwen respectievelijk in de beroepsregelingen en voor de zelfstandigen.

Er wordt thans gewerkt aan de toepassing van deze richtlijnen in de Belgische wetgeving.

3.4.2. In het kader van het Belgisch voorzitterschap van de E.E.G.-Raad van Ministers heeft de Staatssecretaris op 30 april een Informele Raad voorgezeten van de Ministers die emancipatiezaken tot hun bevoegdheid hebben.

Tijdens deze Raad werden drie punten besproken : de mededeling van de Commissie over de beroepsopleiding van vrouwen, de mededeling van de Commissie over de beschermende wetgevingen voor vrouwen, het tussentijds rapport van de Commissie over ongewenst seksueel gedrag op het werk.

Tijdens deze Informele Raad werden over de drie onderwerpen conclusies voorbereid met het oog op de goedkeuring ervan tijdens de Formele Raad van Ministers voor sociale aangelegenheden die op 26 mei aanstaande zal bijeenkomen.

3.5. Over de impact van nieuwe technologieën op de arbeidsmarktsituatie van vrouwen, het beter afstemmen van de studiekeuze van meisjes op de arbeidsmarkt, plaatselijke werkgelegenheidsinitiatieven voor vrouwen, nachtarbeid voor vrouwen, werden onderzoeksopdrachten uitbesteed.

De resultaten van deze kortlopende onderzoeken worden in de loop van 1987, begin 1988 verwacht.

4. Vrouwen en geweld

4.1. In verband met de gehele problematiek van geweld en seksueel geweld op vrouwen heeft de Staatssecretaris begin vorig jaar een werkgroep « Vrouw en Veiligheid » opgericht met als doel de inspanningen van de verschillende bij de problematiek betrokken instanties te coördineren (rijkswacht, politie, vrouwengroepen die zich met een of andere vorm van geweld op vrouwen bezig houden, professoren en vertegen-

possibilités d'emploi des femmes. A l'initiative du Secrétaire d'Etat, le Ministre de la Défense nationale a promulgué, l'année dernière, un arrêté ministériel remplaçant ou adaptant les tests discriminatoires régissant l'accès à l'armée. Les négociations se poursuivent pour les autres professions.

3.3.2. Egalement à l'initiative du Secrétaire d'Etat, le Ministre de la Défense nationale a donné les directives nécessaires pour que les filles aient accès à l'Ecole royale des cadets dès l'année scolaire 1987-1988.

3.4.1. Au niveau européen, le Secrétaire d'Etat a collaboré à la mise au point de deux nouvelles directives au sujet de l'égalité de traitement des hommes et des femmes, respectivement dans les régimes professionnels et pour les indépendants.

La transposition de ces directives dans la législation belge est à présent en cours.

3.4.2. Dans le cadre de la présidence belge du Conseil de la C.E.E., le Secrétaire d'Etat a présidé, le 30 avril, un Conseil informel des Ministres qui ont l'émancipation dans leur compétence.

Trois points ont été discutés au cours de ce Conseil : la communication de la Commission relative à la formation professionnelle des femmes, la communication de la Commission concernant les législations protectrices des femmes, le rapport intérimaire de la Commission concernant le harcèlement sexuel sur le lieu du travail.

Le Conseil informel a préparé des conclusions au sujet des trois projets, en vue de leur approbation lors du Conseil formel des Ministres des Affaires sociales le 26 mai prochain.

3.5. Des recherches sont effectuées à l'heure actuelle au sujet de l'impact des nouvelles technologies sur la situation des femmes sur le marché de l'emploi, sur une meilleure adéquation des choix d'études des filles et le marché du travail, sur les initiatives locales de promotion de l'emploi des femmes, sur les femmes et le travail de nuit.

Les résultats de ces recherches à court terme sont attendus dans le courant de 1987 ou le début de 1988.

4. Les femmes et la violence

4.1. En ce qui concerne l'ensemble de la problématique de la violence et de la violence sexuelle à l'égard des femmes, le Secrétaire d'Etat a institué, au début de l'année dernière, un groupe de travail « Femme et Sécurité ». Le but de ce groupe de travail est de coordonner les efforts des différentes instances concernées par la problématique (police, gendarmerie, associations féminines dont le terrain d'action

woordigers van de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Emancipatie).

Deze werkgroep heeft in eerste instantie vooral gewerkt rond het opstellen van een drietal brochures : een preventie-brochure, een informatiebrochure voor slachtoffers en een informatiebrochure voor politie en rijkswacht. Het is de bedoeling op basis van deze brochures voor de zomer van 1987 een informatiecampagne te starten.

4.2. De Staatssecretaris heeft inzake geweld op vrouwen opdracht gegeven tot enkele onderzoeken :

- een onderzoek naar de mogelijkheden tot structurele uitbouw van een netwerk van coördinatiecentra, op regionaal niveau inzake vrouwen en (sexueel) geweld met deelname van de verscheidene betrokken eerstelijnsinstanties. De resultaten worden eind oktober 1987 ingewacht;

- een onderzoek naar het sexueel misbruiken van kinderen in het gezin met het oog op beleidsmaatregelen vooral op het niveau van de preventie;

- een onderzoek naar de juridische, fiscale en sociale zekerheidsaspecten inzake prostitutie met het oog op beleidsmaatregelen die het prostituees die dit wensen, makkelijker maken hun beroep en milieu te verlaten.

4.3. In verband met ongewenst sexueel gedrag op het werk heeft de Staatssecretaris met medewerking van de commissie Vrouwenarbeid in november 1986 een brede informatie- en sensibiliseringscampagne gestart onder de slogan « Sex-collega ? Ex-collega ».

De bedoeling van deze campagne is enerzijds het taboe rond O.S.G.W. te doorbreken en anderzijds de slachtoffers van ongewenste intimiteiten op het werk duidelijk te maken dat « lastig gevallen worden » inderdaad een probleem is, maar dat hiertegen evenwel kan worden opgetreden.

Dat de campagne niet onopgemerkt is voorbijgegaan, kan afgeleid worden uit de 1 400 brieven die hieromtrent bij het Staatssecretariaat zijn binnengekomen. Er wordt thans nagegaan op welke wijze aan deze campagne een follow up kan gegeven worden.

couvre l'une ou l'autre forme de violence à l'égard des femmes, des professeurs et des représentants du Secrétaire d'Etat à l'Emancipation sociale).

Les activités de ce groupe de travail s'articulent, en premier lieu, autour de l'élaboration de trois brochures : une brochure de prévention, une brochure d'information pour les victimes et une brochure d'information pour la police et la gendarmerie. Le but est de lancer avant l'été 1987 une campagne d'information autour de ces brochures.

4.2. Le Secrétaire d'Etat a fait réaliser quelques recherches au sujet de la violence à l'égard des femmes :

- une recherche concernant les possibilités d'élaboration structurelle au niveau régional d'un réseau de centres de coordination dans le domaine des femmes et de la violence (sexuelle) avec la participation de différentes instances concernées du premier échelon. Les résultats sont attendus fin octobre 1987;

- une recherche consacrée à l'abus sexuel d'enfants dans le milieu familial dans la perspective de mesures politiques situées principalement au niveau de la prévention;

- une recherche au sujet des aspects juridiques, fiscaux et de sécurité sociale de la prostitution en vue de la prise de mesures politiques qui devront permettre aux prostituées qui le désirent de quitter leur profession et leur milieu.

4.3. En ce qui concerne le harcèlement sexuel sur le lieu du travail, le Secrétaire d'Etat a lancé, en collaboration avec la Commission du Travail des Femmes, en novembre 1986, une large campagne d'information et de sensibilisation sous le slogan « Sex Collège ? Ex-Collège ».

L'objectif de cette campagne est, d'une part, de rompre le tabou autour du harcèlement sexuel et, d'autre part, de faire clairement comprendre aux victimes du harcèlement sexuel qu'être importunée est un problème réel mais qu'une réaction est possible.

La campagne n'est certes pas passée inaperçue : songeons que quelque 1 400 lettres ont été envoyées à ce sujet au Secrétariat d'Etat. Les modalités du suivi de cette campagne sont à présent à l'étude.

III. BESPREKING

1. Invloed van de demografie op de begroting

Een lid vraagt wat de budgettaire weerslag op de begroting Volksgezondheid zal zijn van de demografische achteruitgang.

De Minister antwoordt dat in de beleidsnota die hij heeft bezorgd, naar aanleiding van de bespreking van de begroting van Sociale Voorzorg, nader wordt ingegaan op dit probleem. Al naargelang van de aangehouden hypothesen zullen de uitgaven met 40 tot 62 pct. stijgen in constante prijzen.

De demografische evolutie zal vooral problemen veroorzaken voor de sectoren pensioenen en gezondheidszorgen. Het is dus noodzakelijk de infrastructuur aan te passen aan de aard van de te verstrekken zorgen (verzorgingstehuizen).

In de tweede plaats dient, zoals voor de ziekenhuizen, een systeem te worden gevonden om de kosten in de verzorgingssector op jaarbasis correct te begroten. De betaling per prestatie leidt immers tot een toename van die prestaties.

2. Ziekenhuisbeleid

Een commissielid vraagt nadere preciseringen over de wijze waarop de herstructureringen en de fusies van de ziekenhuizen zullen verlopen. Binnen welke termijn dient zulks te geschieden? Zullen de instellingen vrij snel over de middelen beschikken om, zo nodig, investeringen te doen? Betekent de voorlopige herstructurering geen geldverspilling en ware het niet beter de gelden onmiddellijk aan te wenden voor een definitieve herstructurering?

Het lid vreest dat het gebrek aan concurrentie tussen de instellingen de kwaliteit van de verzorging in gevaar zal brengen. Dient men geen minimumnormen op te leggen, bij voorbeeld wat betreft het aantal specialisten per ziekenhuisdienst?

Wat de rust- en verzorgingstehuizen betreft, vraagt de spreker zich af of de personen welke in die instellingen verblijven niet te vlug naar acute ziekenhuizen worden overgebracht. Daardoor worden de ziekenhuizen bevoordeligd ten nadele van de huisartsen.

Spreker merkt tenslotte op dat het beter ware de instellingen te verplichten een dossier met een maximaal aantal gegevens aan te leggen in plaats van een « minimum-dossier ». Het bijhouden van een minimum-dossier betekent alleen administratieve rompslomp zonder enig praktisch nut.

De Minister antwoordt dat het hergroeperingsbeleid nodig is om te komen tot ziekenhuizen van hoge kwaliteit. Dit beleid zal samengaan met nieuwe investeringen, eventueel nieuwbouw. De middelen daartoe vallen voor 40 pct. ten laste van de gemeenschappen en voor 60 pct. ten laste van de nationale begroting. Voorzien werd dat die verdeling res-

III. DISCUSSION

1. Incidence de la démographie sur le budget

Un membre demande quelles seront les répercussions de la décroissance démographique sur le budget de la Santé publique.

Le Ministre répond que la note politique qu'il a fournie à l'occasion de la discussion du budget de la Prévoyance sociale, traite cette question plus à fond. Selon les hypothèses retenues, les dépenses augmenteront de 40 à 62 p.c. à prix constants.

L'évolution démographique soulèvera des problèmes principalement dans les secteurs des pensions et des soins de santé. Il est donc essentiel d'adapter l'infrastructure à la nature des soins de santé à prodiguer (maisons de soins).

En deuxième lieu, il convient d'élaborer, comme pour les hôpitaux, un système permettant d'estimer correctement les coûts inhérents au secteur des soins de santé sur une base annuelle. Le paiement par prestation entraîne en effet une augmentation de ces prestations.

2. Politique hospitalière

Un commissaire demande des précisions sur la manière dont se feront les restructurations et les fusions des hôpitaux. Dans quel délai devront-elles être réalisées? Les établissements auront-ils assez rapidement les moyens financiers pour procéder, au besoin, à des investissements? N'est-ce pas une dépense inutile que de procéder à la restructuration provisoire et ne serait-il pas préférable d'affecter directement les fonds à une restructuration définitive?

Le membre redoute que l'absence de concurrence entre les établissements ne menace la qualité des soins. Ne convient-il pas d'imposer des normes minimales, par exemple en ce qui concerne le nombre des spécialistes par service hospitalier?

Eu égard aux maisons de repos et de soins, l'intervenant se demande si les patients pris en charge par ces établissements ne sont pas transférés trop rapidement dans des hôpitaux pour cas aigus. Ce phénomène avantage les médecins des hôpitaux au détriment des généralistes.

L'intervenant signale enfin qu'il serait préférable d'obliger les établissements à constituer un dossier reprenant un maximum de données plutôt qu'un « dossier minimum ». La tenue d'un « dossier minimum » ne suscite que des tracasseries administratives sans présenter la moindre utilité pratique.

Le Ministre répond qu'il est indispensable de recourir à la politique de regroupement pour obtenir des hôpitaux de haute qualité. Cette politique s'accompagnera de nouveaux investissements, et éventuellement de constructions nouvelles. Les moyens à mettre en œuvre à cet effet sont pour 40 p.c. à la charge des Communautés et pour 60 p.c. à celle du

pectievelijk 30 pct. en 70 pct. wordt wanneer de hergroepering leidt tot een vermindering met 25 pct. van het aantal bedden.

Het spreekt vanzelf dat ook de Gemeenschappen een inspanning zullen moeten doen.

Wat Brussel betreft, waar praktisch alle ziekenhuizen bicommunautair zijn, werden in de nationale begroting de nodige middelen voorzien om de herstructurering mogelijk te maken.

De Minister is van oordeel dat de herstructurering niet te snel mag verlopen. Hij zou het al een goede zaak vinden mocht men binnen de eerstvolgende vijf jaar erin slagen het aantal bedden te verminderen tot het niveau dat in de zeventiger jaren als normaal werd beschouwd. Hij geeft toe dat er in de landelijke gebieden en in de kleine agglomeraties minder concurrentie tussen de ziekenhuizen zal zijn wat nadelig zou kunnen zijn voor de kwaliteit van de verzorging. Hij meent echter dat die kwaliteit ook intern kan worden gegarandeerd door een soort concurrentie binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld door het aantal geneesheren die in het ziekenhuis werken, te verhogen. De Hoge Raad voor de Ziekenhuizen werd reeds gevraagd te preciseren wat het minimumaantal geneesheren per dienst moet zijn voor een ziekenhuis met een bepaald aantal bedden.

Wat de rust- en verzorgingstehuizen betreft, verklaart de Minister dat hij die instellingen wat de geneeskundige verzorging betreft, beschouwt als behorende tot het domein van de huisartsen. In de praktijk zijn er « ongezonde » situaties gegroeid die gaan van ongevraagde bezoeken van de huisarts tot klachten van de beheerders over het voorschrijfgedrag van de geneesheren. De Minister blijft evenwel bij zijn basisopvatting. Er is een probleem en een gesprek om tot een oplossing te komen blijkt moeilijk te zijn.

Met betrekking tot het minimum-dossier, zegt de Minister dat een minimumaantal gegevens nodig zijn voor de berekening van de kostprijs van de ziekenhuizen.

Het bijhouden van het dossier heeft evenwel nog een andere functie, nl. een interne evaluatie in het ziekenhuis mogelijk maken.

Zowel de artsen als de beheerders dienen zich van die mogelijkheid te vergewissen.

Hetzelfde lid stelt nog een bijkomende reeks vragen. Zij luiden als volgt :

— Dient de herstructurering van de ziekenhuizen hoedan ook gepaard te gaan met beddenvermindering? Is het zo dat beddenvermindering de voorwaarde is om, bijvoorbeeld, zware apparatuur te kunnen aanschaffen (scanner) of het aantal personeelsleden per dienst te kunnen verhogen?

— Zou het niet logisch zijn dat bij de organisatie van de dienst 900 een huisarts wordt betrokken die zou bepalen of tussenkomst van een specialist al of niet noodzakelijk is?

budget national. Il a été prévu de porter ces proportions respectivement à 30 et à 70 p.c. lorsque le regroupement se solde par une diminution de 25 p.c. du nombre des lits.

Il va de soi que même les Communautés devront faire un effort.

En ce qui concerne Bruxelles, où pratiquement tous les hôpitaux sont bicommunautaires, les crédits nécessaires à la restructuration ont été inscrits au budget national.

Le Ministre pense que la restructuration ne peut se faire trop rapidement. Il s'estimerait déjà heureux si l'on parvenait, dans les cinq prochaines années, à ramener le nombre des lits au niveau considéré comme normal dans les années septante. Il concède que la concurrence entre les hôpitaux sera moins importante dans les régions rurales et dans les petites agglomérations, ce qui pourrait affecter la qualité des soins. Il estime toutefois que cette qualité peut également être garantie au niveau interne si l'on instaure une sorte de concurrence au sein des hôpitaux, par exemple en y augmentant l'effectif des médecins. Le Conseil supérieur des hôpitaux a déjà été invité à préciser l'effectif minimum des médecins à respecter par service pour un hôpital comptant un nombre déterminé de lits.

Pour ce qui est des maisons de repos et de soins, le Ministre déclare qu'il considère ces établissements comme relevant du domaine des généralistes, en matière de soins médicaux. Dans la pratique sont apparues des situations « malsaines », qui vont de visites spontanées du généraliste aux plaintes des gestionnaires au sujet de la politique suivie par les médecins en matière de prescriptions. Le Ministre s'en tient néanmoins à sa première idée. Le problème est réel et il semble difficile d'engager une discussion dans le but de trouver une solution.

A propos du « dossier minimum », le Ministre dit qu'il faut un nombre minimum de données pour pouvoir calculer le coût de revient des hôpitaux.

La tenue du dossier remplit toutefois encore une autre fonction, en ce sens qu'elle permet une évaluation interne à l'hôpital.

Tant les médecins que les gestionnaires doivent s'assurer de cette possibilité.

Le même membre pose encore la série de questions que voici :

— la restructuration des hôpitaux doit-elle de toute façon s'accompagner d'une diminution du nombre des lits? Est-il exact que la diminution du nombre des lits est la condition pour pouvoir, par exemple, acquérir un appareillage lourd (scanographe) ou augmenter l'effectif du personnel par service?

— Ne serait-il pas logique d'associer un généraliste à l'organisation du service 900 afin qu'il juge de l'opportunité de l'intervention d'un spécialiste? L'expérience montre que ce

De ervaring wijst uit dat deze dienst vaak personen naar het ziekenhuis brengt waarvan de opname niet noodzakelijk is.

— Welke diensten worden vergoed in het kader van de thuisverzorging? Hoe wordt de controle over de thuisverzorging uitgeoefend ten einde misbruiken te vermijden?

— Van de fusies van de ziekenhuizen wordt soms gebruik gemaakt om geneesheren te ontslaan zonder hun de normale opzeggvergoeding uit te keren. De geneesheren zijn verplicht zich tot de rechtbank te wenden om de uitkering van die vergoeding af te dwingen.

— Hoe zal de Minister de controle op de kwaliteit van de zorgverlening in de ziekenhuizen organiseren?

— Wat is het beleid van de Minister ten aanzien van de biconmunaulaire instellingen? Worden de Staatssecretarissen voor het Brussels Gewest bij dit beleid betrokken?

De Minister antwoordt dat er, wat de herstructureringen betreft, twee mogelijkheden zijn :

— herstructurering van bijvoorbeeld twee ziekenhuizen die elk 150 bedden hebben;

— herstructurering van ziekenhuizen waarvan één 150 bedden heeft en het of de andere niet; alleen in dit laatste geval moet de bedden capaciteit worden verminderd.

Er is een probleem van dispatching bij de dienst 900 die enigszins het slachtoffer is geworden van zijn succes.

Experimenten, met name dat uitgevoerd in Mortsels, hebben aangetoond dat bepaalde personen nodeloos naar het ziekenhuis worden gevoerd. Momenteel wordt onderzocht hoe de dienstverlening van de dienst 900 optimaal kan worden georganiseerd.

Inzake de thuisverzorging wordt overwogen een forfaitair bedrag toe te kennen aan de persoon die thuisverzorging behoeft. De aard van de te verstrekken zorgen wordt daarbij niet nader bepaald aangezien deze van geval tot geval kunnen verschillen. Er werd een studie verricht om te bepalen hoe de kosten van de verzorging, die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald, kunnen worden gecontroleerd.

Het probleem van de ontslagen werd geregeld in het kader van de sluitingsvergoeding die aan het ziekenhuis wordt uitgekeerd.

Het minimumdossier is een belangrijke stap in de richting van de organisatie van de kwaliteitscontrole. Dit dossier, dat dient voor de externe controle kan, op voorwaarde dat het wordt aangevuld, ook dienen voor de controle binnen het ziekenhuis.

De Staatssecretarissen Bascour en Thys worden betrokken bij het beheer van de biconmunaulaire instellingen.

service transporte souvent à l'hôpital des personnes dont l'hospitalisation n'est pas indispensable.

— Quels services indemnise-t-on dans le cadre des soins à domicile? De quelle manière contrôle-t-on les soins donnés à domicile pour éviter des abus?

— On recourt parfois aux fusions d'hôpitaux pour licencier des médecins sans leur payer l'indemnité normale de préavis. Les médecins sont obligés de s'adresser au tribunal pour obtenir la liquidation de celle-ci.

— Comment le Ministre organisera-t-il le contrôle de la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux?

— Quelle est la politique du Ministre à l'égard des établissements biconmunaulaires? Les Secrétaires d'Etat à la Région bruxelloise y sont-ils associés?

Le Ministre répond qu'il y a, en matière de restructuration, deux possibilités :

— restructuration, par exemple, de deux hôpitaux qui comptent chacun 150 lits;

— restructuration d'hôpitaux dont l'un compte 150 lits et l'(es) autre(s) pas; c'est uniquement dans ce dernier cas qu'il faut réduire la capacité des lits.

Un problème de répartition se pose au sein du service 900, qui est en quelque sorte victime de son succès.

Des expériences, notamment celle réalisée à Mortsels, ont montré que certaines personnes étaient transportées inutilement à l'hôpital. On étudie actuellement les possibilités d'optimiser l'organisation du service 900.

Pour ce qui est des soins à domicile, on envisage d'attribuer un montant forfaitaire aux personnes qui en ont besoin. La nature des soins à prodiguer n'est pas précisée, étant donné qu'ils peuvent différer d'un cas à l'autre. On a réalisé une étude en vue de déterminer la manière de contrôler le coût des soins, qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Le problème des licenciements a été réglé dans le cadre de l'indemnité de fermeture qui est accordée aux hôpitaux.

Le « dossier minimum » contribue fortement à l'organisation du contrôle de la qualité. Ce dossier, qui sert au contrôle externe, peut également être utilisé pour le contrôle interne à l'hôpital, à condition d'être complété.

Les Secrétaires d'Etat Bascour et Thys sont associés à la gestion des établissements biconmunaulaires.

Een ander commissielid maakt de volgende opmerkingen :

Volgens de beleidsnota is er een overschrijding van de programmatiecriteria zowel in Vlaanderen als in Wallonië en Brussel.

Er zijn evenwel nog streken waar er geen overschrijding is, meer bepaald in Limburg. Overigens dient te worden opgemerkt dat er een kloof van tien jaar is tussen de algemene bevolkingsevolutie en die in Limburg. Tot 1995 is er nog steeds een bevolkingsaangroei. De lineaire maatregelen van de overheid houden voor zover bekend geen rekening met die specifieke toestand. In hoeverre kan dit beleid nog worden aangepast ?

Voor de universitaire bedden is er volgens de beleidsnota een specifieke programmatie. Wat houdt die programmatie in ?

Volgens het lid ontsnappen deze instellingen aan de programmatie en zijn regeringsmaatregelen eerder gericht op de « zwakkere » instellingen.

De intervenant is voorts van oordeel dat een subsidiëring op basis van de bezetting van de « diensten » niet meer aangepast is aan de werkelijke toestand. De dienst chirurgie, vooral in de grotere ziekenhuizen, kan nog bezwaarlijk als één dienst worden beschouwd.

De verschillende afdelingen van deze dienst hebben niet alle dezelfde bezettingsgraad. Om te verhinderen dat bepaalde afdelingen zouden lijden onder de onderbezetting van een of andere sub-dienst is het wenselijk voor de subsidiëring uit te gaan van de bezetting per sub-dienst.

— Er is overleg tussen de nationale minister en de gemeenschapsminister : houdt zulks niet het gevaar in van een tweesporenbeleid ?

— De kortere ligduur leidt tot een snellere wisseling van de patiënten. Hierdoor wordt het humane karakter van de geneeskunde nadelig beïnvloed.

De daghospitalisatie doet meer bepaald problemen rijzen voor de personeelsbezetting van de operatiekamer. Er zal meer personeel en er zullen meer operatiekamers nodig zijn.

— Wat zijn de inzichten van de Minister in verband met de specialistische geneeskunde buiten het ziekenhuis ? Voor sommige disciplines wordt de uitoefening daarvan buiten het ziekenhuis steeds moeilijker. Radiologie bijvoorbeeld op privé-basis wordt door de technische evolutie onmogelijk. Andere activiteiten daarentegen — huidziekten, oogziekten — kunnen even goed buiten het ziekenhuis worden uitgeoefend.

Naarmate de activiteiten meer en meer naar het ziekenhuis worden verlegd, zal de kostprijs verhogen. Een conservatieve gipsbehandeling bijvoorbeeld is in een privé-praktijk minder duur dan in een ziekenhuis omdat ook het gebruik van de gips en/of operatiekamer wordt aangerekend. De

Un autre membre formule les remarques suivantes :

Il ressort de la note politique que les critères de programmation ont été dépassés aussi bien en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.

Certaines régions, en particulier dans le Limbourg, échappent encore à ce phénomène. Il convient par ailleurs de remarquer que le Limbourg présente un décalage de dix ans par rapport à l'évolution générale de la population. La croissance démographique se poursuivra jusqu'en 1995. Pour autant que l'on sache, les mesures linéaires prises par le Gouvernement ne tiennent pas compte de cette situation spécifique. Dans quelle mesure peut-on encore adapter cette politique ?

Selon la note politique, les lits universitaires font l'objet d'une programmation spécifique. Quel en est le contenu ?

D'après le membre, ces établissements échappent à la programmation et les mesures gouvernementales s'adressent plutôt aux « petits » établissements.

L'intervenant estime en outre que l'octroi de subventions sur la base de l'effectif des « services » n'est plus adapté à la réalité. Le service chirurgical, en particulier celui des grands hôpitaux, peut difficilement être encore considéré comme un seul service.

Le taux de l'effectif des différentes sections de ce service n'est pas identique. Pour éviter que certaines sections ne subissent les effets du manque de personnel de l'un ou de l'autre sous-service, il est souhaitable de lier l'octroi des subventions à l'effectif respectif des sous-services.

— Le ministre national et le ministre communautaire se concertent : cette concertation ne risque-t-elle pas de déboucher sur une politique à deux vitesses ?

— La diminution de la durée d'hospitalisation provoque une rotation plus rapide des patients. Cette tendance a une influence néfaste sur le caractère humain de la médecine.

L'hospitalisation de jour soulève surtout des problèmes pour l'effectif en personnel de la salle d'opération. Il faudra augmenter l'effectif du personnel ainsi que le nombre des salles d'opération.

— Que pense le Ministre de la médecine spécialisée pratiquée en dehors des hôpitaux ? Cette possibilité s'offre de moins en moins pour certaines disciplines. C'est le cas, par exemple, en radiologie, où l'évolution technique rend toute pratique privée impossible. D'autres activités par contre — les maladies de la peau et des yeux — peuvent tout aussi bien être exercées en dehors des hôpitaux.

Le prix de revient augmentera à mesure que les activités seront transférées dans les hôpitaux. Par exemple, un plâtre de restauration est moins coûteux en pratique privée qu'au niveau hospitalier, où l'on facture également le plâtre employé et/ou la salle d'opération. La question se pose donc de

vraag rijst derhalve of het niet aangewezen is een gedeelte van de specialistische behandelingen buiten het ziekenhuis te behouden.

Een ander lid, hierbij aansluitend vraagt of de bezettingsgraad en de ligduur een rol spelen voor de benadering van het probleem van de grootte van de ziekenhuizen.

Wat de evolutie inzake de uitoefening van de specialistische geneeskunde betreft merkt het lid op dat oogartsen voor bepaalde technische prestaties een dag hospitalisatie in rekening moeten brengen ook al is verblijf in het ziekenhuis overbodig. Doen zij dat niet, dan is er geen terugbetaling door het R.I.Z.I.V.

Nog een ander lid voegt hieraan toe dat deze laatste opmerking geldt voor de toediening van bepaalde geneesmiddelen. Er is slechts terugbetaling wanneer die toediening in een ziekenhuis geschiedt.

Volgens de Minister is er in Limburg wat de ziekenhuisbedden betreft, geen onderbezetting. Er is in die provincie een probleem in die zin dat het niet mogelijk is een voldoende aantal rust- en verzorgingsbedden te installeren door de sluiting van ziekenhuisbedden.

De Minister wijst erop dat hij met de Gemeenschapsminister heeft afgesproken dat, indien het doel van de beddenvermindering in de ziekenhuissector wordt gehaald, los daarvan een aantal verzorgingsbedden kunnen worden tot stand gebracht op plaatsen waar er blijkbaar te weinig zijn.

In de programmatie van de universitaire bedden wordt een onderscheid gemaakt tussen universitaire bedden in een academisch ziekenhuis en universitaire bedden in andere ziekenhuizen (bijvoorbeeld Genk).

De programmatie inzake de academische bedden werd niet overschreden, zeker niet in Luik en ook niet in Jette en Antwerpen. Van de andere kant worden in Gent meer dan 300 academische bedden gesloten.

De Minister wijst erop dat hij de programmatiecriteria niet heeft gewijzigd maar dat hij een prijsaanpassing (vermindering) heeft doorgevoerd aangezien de academische ziekenhuizen ten dele ook de functie van gewoon ziekenhuis hebben.

De Minister voegt hier nog aan toe dat de programmatie van de universitaire bedden zich situeert op een dubbel niveau.

Enerzijds moeten de bedden van de universitaire ziekenhuizen passen in de algemene ziekenhuisprogrammatie.

Daarnaast werd bij koninklijk besluit van 24 december 1980 het maximum aantal bedden per faculteit van geneeskunde vastgesteld dat voor de programmatie van de betrokken ziekenhuizen van toepassing is.

De universitaire bedden worden vervolgens bij koninklijk besluit aangewezen overeenkomstig de voorwaarden bepaald in het koninklijk besluit van 14 november 1978.

savoir s'il n'est pas indiqué de maintenir certains traitements spécialisés hors des hôpitaux.

Dans cet ordre d'idées, un autre membre demande si le taux de l'effectif et la durée d'hospitalisation ont une incidence sur la manière d'aborder le problème de la dimension des hôpitaux.

En ce qui concerne l'évolution de l'exercice de la médecine spécialisée, le membre fait remarquer que les oculistes doivent facturer une journée d'hospitalisation pour certaines prestations techniques même si un séjour à l'hôpital ne s'impose pas, faut de quoi les frais ne seront pas remboursés par l'I.N.A.M.I.

Un autre commissaire encore ajoute que cette dernière remarque vaut pour l'administration de certains médicaments, ceux-ci n'étant remboursés que s'ils ont été administrés à l'hôpital.

D'après le Ministre, tous les lits d'hôpitaux sont occupés dans le Limbourg. Un problème se pose donc dans cette province en ce sens qu'il n'est pas possible d'installer un nombre suffisant de lits de repos et de soins à cause de la fermeture de lits d'hôpitaux.

Le Ministre fait remarquer qu'il a convenu avec le Ministre communautaire que, si l'objectif fixé pour la diminution du nombre des lits dans le secteur hospitalier est atteint, un certain nombre de lits de soins peuvent, indépendamment de cela, être installés là où le besoin s'en fait manifestement sentir.

En ce qui concerne la programmation des lits universitaires, on fait une distinction entre ceux des hôpitaux universitaires et ceux des autres hôpitaux (par exemple à Genk).

La programmation en matière de lits universitaires n'a pas été dépassée, certes pas à Liège et pas non plus à Jette et à Anvers. D'autre part, plus de 300 lits universitaires sont fermés à Gand.

Le Ministre signale qu'il n'a pas modifié les critères de programmation, mais qu'il a adapté les prix (à la baisse), étant donné que les hôpitaux universitaires font aussi partiellement office d'hôpitaux ordinaires.

Le Ministre ajoute encore que la programmation des lits universitaires se situe à deux niveaux.

D'une part, les lits des hôpitaux universitaires doivent s'inscrire dans la programmation hospitalière générale.

D'autre part, l'arrêté royal du 24 décembre 1980 a fixé le nombre maximum de lits par faculté de médecine qui s'applique à la programmation des hôpitaux concernés.

Les lits universitaires sont ensuite désignés par arrêté royal, conformément aux conditions prévues par l'arrêté royal du 14 novembre 1978.

Hierna volgt de lijst van de door de Koning aangewezen universitaire bedden per faculteit van geneeskunde.

U.C.L.

Saint-Luc Woluwe	890
Mont-Godinne	300

Totaal	1 190
Toegelaten	1 190

V.U.B.

V.U.B. Jette	586
Brugmann Brussel	30

Totaal	616
Toegelaten	616

K.U.L.

Gasthuisberg	1 198
O.C.M.W. Sint-Jan Genk	75
Sint-Pieter Leuven	20
Sint-Jan Brugge	60

Totaal	1 353
Toegelaten	1 428

Blijven nog aan te wijzen : 75 bedden (voorstel tot aanwijziging van 50 universitaire bedden in Virga Jesse Hasselt. Blijven dan nog aan te wijzen : 25 bedden).

R.U.G.

A.Z. Gent	1 065
Sint-Jan Brugge	100

Totaal	1 165
Toegelaten	1 165

U.I.A.

Antwerps O.C.M.W.-kinderziekenhuis	30
Middelheim	74
Sint-Camillus	20
Sint-Vincentius	95
Stuyvenberg	88
U.I.A.	524
Sint-Augustinus	50

Totaal	881
Toegelaten	881

U.L.B.

Bordet Bruxelles	80
Saint-Pierre Bruxelles	110
Brugmann	50
Erasme	750
La Madeleine Ath	20

Ci-après figure la liste des lits universitaires, désignés par le Roi, par faculté de médecine.

U.C.L.

Saint-Luc Woluwe	890
Mont-Godinne	300

Total	1 190
Autorisés	1 190

V.U.B.

V.U.B. Jette	586
Brugmann Bruxelles	30

Total	616
Autorisés	616

K.U.L.

Gasthuisberg	1 198
C.P.A.S. Sint-Jan Genk	75
Sint-Pieter Louvain	20
Sint-Jan Bruges	60

Total	1 353
Autorisés	1 428

Restent à attribuer : 75 lits (proposition d'attribution de 50 lits universitaires à Virga Jesse Hasselt. Restent donc à attribuer : 25 lits).

R.U.G.

Hôpital universitaire Gand	1 065
Sint-Jan Bruges	100

Total	1 165
Autorisés	1 165

U.I.A.

Hôpital pédiatrie C.P.A.S. Anvers	30
Middelheim	74
Sint-Camillus	20
Sint-Vincentius	95
Stuyvenberg	88
U.I.A.	524
Sint-Augustinus	50

Total	881
Autorisés	881

U.L.B.

Bordet Bruxelles	80
Saint-Pierre Bruxelles	110
Brugmann	50
Erasme	750
La Madeleine Ath	20

Hôpital civil Charleroi	27
Institut Gailly Charleroi	20
Tivoli La Louvière	56
Montignies-le-Tilleul	57
Mutualités socialistes Tournai	20

Totaal 1 190
 Toegelaten 1 190

Université de l'Etat te Luik

Citadelle Liège	300
Bavière en Sart-Tilman	611
Bois de l'Abbaye à Seraing	24

Totaal 935
 Toegelaten 935

In verband met de bezettingsgraad merkt de Minister het volgende op : het feit dat, bijvoorbeeld, de chirurgische activiteit werd gediversifieerd wil niet zeggen dat ook de dienst chirurgie (C) moet worden gediversifieerd. Een opsplitsing van die dienst in onderafdelingen, met de vaststelling van een minimumaantal bedden voor elke onderafdeling, zou ongetwijfeld leiden tot een toename van het globaal aantal bedden. Het gevaar voor een tweesporenbeleid is reëel. Door de goede samenwerking met de Gemeenschapsministers kon zo'n beleid worden vermeden.

De ziekenhuisgeneeskunde evolueert naar een korte ligduur voor acute ingrepen, met als extreme toestand de daghospitalisatie.

Deze evolutie doet een aantal problemen rijzen :

— coördinatie tussen ziekenhuis en huisarts voor de nazorg;

— omkadering in het ziekenhuis : de besparing die gerealiseerd wordt door de herstructurering, moet worden aangewend om de omkadering in de overblijvende ziekenhuizen te verbeteren;

— aanpassing van de technische infrastructuur : ofwel dient een operatiekamer uitsluitend voor daghospitalisatie te worden gereserveerd ofwel voert het ziekenhuis een zekere planning in (bijvoorbeeld donderdag en vrijdag voorbehouden voor ingrepen met daghospitalisatie). De Minister is geen voorstander van de regeling die in de Verenigde Staten werd ingevoerd, namelijk de inrichting van centra voor dagchirurgie buiten de ziekenhuizen;

— de financiering van de daghospitalisatie : tot nu toe ontvangt het ziekenhuis voor daghospitalisatie een vast bedrag, wat ook de aard van de ingreep is. Er zal een diversificatie van de vergoedingen moeten komen al naargelang van het nomenclatuurnummer.

Over de specialistische activiteiten binnen en buiten het ziekenhuis heeft de Minister geen duidelijk omlijnde opvattingen. Hij is het grotendeels met het commissielid eens en merkt op dat niet alleen de technologische evolutie bepalend

Hôpital civil Charleroi	27
Institut Gailly Charleroi	20
Tivoli La Louvière	56
Montignies-le-Tilleul	57
Mutualités socialistes Tournai	20

Total 1 190
 Autorisés 1 190

Université de l'Etat à Liège

Citadelle Liège	300
Bavière et Sart-Tilman	611
Bois de l'Abbaye à Seraing	24

Total 935
 Autorisés 935

En ce qui concerne le taux d'occupation, le Ministre fait la remarque suivante : le fait que l'activité chirurgicale, par exemple, a été diversifiée ne signifie pas que le service de chirurgie (C) doive l'être, lui aussi. Une scission de ce service en subdivisions, avec la fixation d'un nombre minimum de lits pour chaque subdivision, aboutirait indubitablement à un accroissement du nombre global des lits. Le danger d'une politique à double voie est réel. Une bonne collaboration avec les Ministres communautaires permettrait d'éviter une telle politique.

La médecine hospitalière évolue dans le sens d'une durée d'hospitalisation plus courte pour les interventions aiguës, avec, comme situation extrême, l'hospitalisation de jour.

Cette évolution suscite un certain nombre de problèmes :

— coordination entre l'hôpital et le généraliste pour les soins postopératoires;

— encadrement au sein de l'hôpital : l'économie réalisée grâce à la restructuration doit être affectée à l'amélioration de l'encadrement dans les hôpitaux qui restent;

— adaptation de l'infrastructure technique : ou bien une salle d'opération doit être réservée exclusivement à l'hospitalisation de jour, ou bien l'hôpital adopte une certaine planification (par exemple, le jeudi et le vendredi sont réservés aux interventions avec hospitalisation de jour). Le Ministre n'est pas partisan du système qui a été instauré aux Etats-Unis, à savoir la création de centres de chirurgie de jour en dehors des hôpitaux;

— le financement de l'hospitalisation de jour : jusqu'à présent, l'hôpital reçoit un forfait pour l'hospitalisation de jour, quelle que soit la nature de l'intervention. Il faudra réaliser une diversification des remboursements, en fonction du numéro de nomenclature.

En ce qui concerne les activités des spécialistes à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, le Ministre n'a pas d'idées bien précises. Il est d'accord en grande partie avec le commissaire et fait remarquer que ce qui est déterminant, c'est non

is maar ook het feit dat de geneesheren-specialisten zich meer en meer met een onderdeel van hun specialiteit bezighouden. Zulks moet leiden tot een grotere samenwerking onder de specialisten hetgeen op zijn beurt een van de redenen is om te streven naar grotere ziekenhuizen.

De voorgaande intervenant verwijst vervolgens naar het « Rapport Groot » waarin te lezen staat dat men voor de algemene ziekenhuizen zal afstappen van een zekere hiërarchie. Er zouden nog alleen universitaire en algemene ziekenhuizen zijn. Op dit ogenblik kent men lokale, regionale en universitaire ziekenhuizen. Er valt voor te vrezen dat de groei van bepaalde regionale ziekenhuizen in provincies waar geen universiteit gevestigd is, zal worden beknot hetgeen een ongunstige weerslag heeft op de tewerkstelling. Immers, ziekenhuizen zijn niet alleen van belang in hoofde van hun functie als verzorgingsinstelling, maar ook als centrum voor tewerkstelling.

De indruk wordt gewekt dat de regionale ziekenhuizen aan banden worden gelegd ter bescherming van de universitaire ziekenhuizen.

In hetzelfde rapport is er ook sprake van een programmering van de ziekenhuizen per leeftijdsgroep. Afgezien van de twee extreme leeftijdsgroepen — heel jonge kinderen en hoogbejaarden — lijkt dat moeilijk te realiseren. Wat is het standpunt van de Minister ter zake ?

— Volgens dezelfde spreker dreigt het gevaar dat de aanwending van de N.M.R.-scanners te lang in een experimenteel stadium blijft. De toepassingsmogelijkheden van deze apparatuur zijn revolutionair en voor de toekomst van de geneeskunde van uitzonderlijk belang. Dient men de toelating voor de installatie van C.A.T.-scanners niet te beperken en meer ruimte te laten voor de N.M.R.-scanners ?

De Minister verklaart dat de universitaire ziekenhuizen in het Rapport Groot niet werden geïsoleerd; zij maken deel uit van het globale aanbod.

Het Rapport Groot gaat uit van de leeftijdscategorieën voor de programmering van het aantal bedden in de ziekenhuizen. Hieruit mag niet worden geconcludeerd dat in het rapport gepleit wordt voor een opdeling van de ziekenhuizen volgens de leeftijdsstructuur.

Tenslotte wordt in het rapport afgestapt van een te strakke hiërarchisering; de onderliggende idee is de spreiding van een aantal diensten over de ziekenhuizen. M.a.w. niet in alle ziekenhuizen zou dezelfde zware apparatuur aanwezig zijn. Over dit voorstel wordt het advies ingewacht van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Wat de zware medische apparatuur betreft, tracht de Minister te komen tot een planning van diensten. De diensten zouden een enveloppe ontvangen en zelf bepalen welke apparatuur hiermee zou worden aangeschaft. Wat de scanners betreft, werd reeds een stap in die richting gezet.

seulement l'évolution technologique, mais aussi le fait que les médecins spécialistes se consacrent de plus en plus à une subdivision de leur spécialité. Cela doit entraîner une plus grande collaboration entre les spécialistes, ce qui constitue, à son tour, une des raisons de tendre à des hôpitaux plus grands.

Le préopinant renvoie ensuite au « rapport Groot », qui dit que pour les hôpitaux généraux, on renoncera à une certaine hiérarchie. Il ne subsisterait plus que des hôpitaux universitaires et généraux. On connaît pour l'instant des hôpitaux locaux, régionaux et universitaires. Il faut craindre une limitation de la croissance de certains hôpitaux régionaux dans des provinces où aucune université n'est établie, ce qui a une incidence défavorable sur l'emploi. En effet, les hôpitaux sont importants non seulement par leur fonction d'établissements de soins, mais aussi en tant que centres créateurs d'emploi.

On donne l'impression de brider les hôpitaux régionaux pour protéger les hôpitaux universitaires.

Dans le même rapport, il est également question d'une programmation des hôpitaux par catégorie d'âge. Indépendamment des deux catégories extrêmes — les très jeunes enfants et les personnes très âgées —, cela paraît difficile à réaliser. Quel est le point de vue du Ministre à ce sujet ?

— Selon le même intervenant, l'utilisation des scanographe N.M.R. risque de rester longtemps au stade expérimental. Les possibilités d'application de cet appareil sont révolutionnaires et présentent une importance exceptionnelle pour l'avenir de la médecine. Ne devrait-on pas limiter les autorisations d'installation pour les scanographes C.A.T. et élargir les possibilités pour les scanographes N.M.R. ?

Le Ministre déclare que les hôpitaux universitaires n'ont pas été isolés dans le rapport Groot; ils font partie de l'offre globale.

Le rapport Groot part des catégories d'âge pour la programmation du nombre de lits dans les hôpitaux. Il ne faut pas en conclure que le rapport préconise la répartition des hôpitaux en fonction de la structure d'âge.

En fin de compte, le rapport abandonne une hiérarchie trop rigide; l'idée de base est l'étalement d'un certain nombre de services entre les hôpitaux. En d'autres termes, tous les hôpitaux ne possèderaient pas le même appareillage lourd. On attend l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur cette proposition.

En ce qui concerne l'appareillage médical lourd, le Ministre s'efforce d'en arriver à une planification des services. Ceux-ci recevraient une enveloppe et détermineraient eux-mêmes les appareils à acquérir au moyen de celle-ci. Concernant les scanographes, un premier pas a déjà été fait dans cette direction.

De Minister is het ermee eens dat er in de beeldvorming een evolutie gaande is en dat de nieuwe apparatuur zo snel mogelijk ter beschikking moet worden gesteld. Voorwaarde is evenwel de mogelijkheid om die apparatuur te financieren.

Volgens de Minister is het noodzakelijk in de diagnostische sector, zowel wat de beeldvorming als wat de klinisch biologie betreft, te komen tot een financiering op basis van een enveloppesysteem.

Een lid vraagt hierop hoe in dat geval kan worden vermeden dat de ziekenhuizen die toestellen gebruiken welke voor hen het meest renderend zijn.

De Minister antwoordt dat hij heeft moeten vaststellen dat in de ziekenhuizen waar de technische verstrekkingen ten dele dienen voor de algemene financiering, druk wordt uitgeoefend op de geneesheren om die verstrekkingen op te drijven.

Het enveloppesysteem verhindert zulks en bevat ten minste een aansporing om met betrekking tot de diagnose, een economische berekening te maken; de geneesheren-specialisten realiseren zich doorgaans niet wat de kostprijs is van bepaalde technische prestaties.

Een ander lid verwijst naar punt 2.1.1. van de nota waar te lezen staat dat één vierde van de middelen die vrijkomen in de ziekenhuissector, zullen worden aangewend om het personeelseffectief in de ziekenhuizen te verhogen. In punt 2.4.1.1. wordt gezegd dat ziekenhuizen die hun bedcapaciteit met minstens 10 pct. verminderen, één vierde van de ontstane bezuiniging terugkrijgen om voor de resterende bedden hun personeelseffectief te verhogen.

Wat gebeurt er met de kleinere ziekenhuizen, bijvoorbeeld met 160 bedden, die hun capaciteit niet met 10 pct. kunnen verminderen?

Op blz. 77, punt 4, bovenaan, staat te lezen dat vooral ongeschoold en minder geschoold personeel aan bod moet komen. Is zulks wel realistisch voor de ziekenhuissector? Het verplegend personeel kent nu reeds een zeer zware belasting. Beantwoordt zulks aan het streven naar kwaliteitsverbetering?

De Minister antwoordt dat het algemeen beginsel is dat één vierde van de besparing gerecycleerd wordt naar alle ziekenhuizen. De ziekenhuizen die meer dan 10 pct. van hun bedden capaciteit sluiten, ontvangen één vierde van de opbrengst van de eigen beddenvermindering en een deel van de globale opbrengst.

Wat de tewerkstelling betreft dient volgens de Minister een onderscheid te worden gemaakt tussen de tewerkstelling die het gevolg is van de financiering van het ziekenhuis zelf en de bijkomende tewerkstelling in het kader van het koninklijk besluit nr. 493.

Wat de eerste groep betreft, moet worden gezorgd voor voldoende hoge kwaliteitsnormen; bij de tweede categorie gaat het om een specifiek tewerkstellingsprogramma. Aangezien er zelfs tekorten dreigen te ontstaan op de markt van de geschoolde verplegenden, is het niet aangewezen

Le Ministre reconnaît que la radiographie évolue et que les nouveaux appareils doivent être disponibles le plus rapidement possible. La condition est toutefois que ces appareils puissent être financés.

Selon le Ministre, il est nécessaire d'en venir à un financement sur la base d'un système d'enveloppe dans le secteur du diagnostic, tant en ce qui concerne la radiographie que la biologie clinique.

Un membre demande comment on peut éviter dans ce cas que les hôpitaux n'utilisent les appareils les plus rentables pour eux.

Le Ministre répond qu'il a été amené à constater que dans les hôpitaux où les prestations techniques contribuent partiellement au financement général, des pressions étaient exercées sur les médecins pour qu'ils augmentent ces prestations.

Le système de l'enveloppe empêche cela et comporte au moins une incitation à faire un calcul économique en ce qui concerne le diagnostic; les médecins spécialistes ne réalisent habituellement pas quel est le coût de certaines prestations techniques.

Un autre membre se réfère au point 2.1.1. de la note, où l'on peut lire qu'un quart des moyens libérés dans le secteur hospitalier seront utilisés à augmenter les effectifs du personnel dans les hôpitaux. Il est dit au point 2.4.1.1. que les hôpitaux qui réduisent leur capacité de lits de 10 p.c. au moins se verront ristourner un quart de l'économie réalisée en vue d'augmenter leurs effectifs pour les lits restants.

Que se passera-t-il pour les petits hôpitaux, de 160 lits par exemple, qui ne peuvent réduire leur capacité de 10 p.c.?

A la page 77, point 4, en haut, on peut lire que c'est surtout du personnel non qualifié et moins qualifié qui entre en ligne de compte. Cela est-il bien réaliste dans le secteur hospitalier? Le personnel soignant est d'ores et déjà très sollicité. Cela est-il compatible avec le souci d'améliorer la qualité?

Le Ministre répond que le principe général est qu'un quart de l'économie sera recyclé vers les hôpitaux. Les hôpitaux qui suppriment plus de 10 p.c. de leur capacité de lits recevront un quart du produit de leur propre réduction et une partie du produit global.

En ce qui concerne l'emploi, il y a lieu, selon le Ministre, de faire une distinction entre l'emploi qui découle du financement de l'hôpital lui-même et l'emploi supplémentaire dans le cadre de l'arrêté royal n° 493.

En ce qui concerne le premier groupe, il y a lieu de veiller à une norme de qualité suffisamment élevée; pour la seconde catégorie, il s'agit d'un programme d'emploi spécifique. Etant donné que des déficits risquent d'apparaître même sur le marché du personnel soignant qualifié, il n'est pas indiqué

middelen van het tewerkstellingsbeleid aan te wennen om bijkomende geschoolden aan te werven. Er is daarentegen een grote werkloosheid bij de ongeschoolden. Voor hen moet dus prioritair iets worden gedaan. Bovendien zijn er in de ziekenhuizen heel wat taken die door ongeschoolden en personen met een lagere scholingsgraad kunnen worden uitgevoerd (onderhoud, hulppersoneel bij de verzorging). Gehoopt wordt dat $\pm$ 6 000 personen bijkomend kunnen worden tewerkgesteld.

Hetzelfde lid wijst nog op de problemen die zich voordoen in verband met de betoelaging van de psychiatrische ziekenhuizen. De betoelaging geschiedt op basis van 16 verpleegkundigen voor 30 bedden bij een bezetting van 100 pct. Indien de patiënten tijdens de weekends thuis verblijven, is het voor die ziekenhuizen onmogelijk een bezetting van 100 pct. te bewijzen.

Het commissielid merkt ook op dat er grenzen zijn aan deeltijds werken in de gezondheidssector. Bij ongeveer 30 pct. van de personeelsleden zijn er negatieve nevenwerkingen en er valt voor te vrezen dat men bij een verdere uitbreiding van het deeltijds werken in deze sector veeleer de voorkeur zal geven aan mannelijk personeel.

Volgens de Minister moet met het begrip bezettingsgraad, gelet op de evolutie, voorzichtig worden omgesprongen. De Minister is van mening dat hij, in de mate dat het beleid afgestemd is op de bezettingsgraad, de grens heeft bereikt.

Indien te veel de nadruk wordt gelegd op de bezettingsgraad dreigt men in botsing te komen met het begrip « goed beheer ». Er moet tussen beide naar een evenwicht worden gezocht.

Wat de deeltijdse arbeid betreft, zijn er in de gezondheidssector inderdaad organisatorische grenzen.

Een laatste spreker vraagt of de betoelaging van de ziekenhuizen wordt verminderd in evenredigheid met de vermindering van de bedden capaciteit.

De Minister antwoordt dat de beddenvermindering leidt tot een afremming van de stijging der uitgaven en tot een betere beheersing van de begroting. Sedert zes jaar worden voor de ziekenhuissector geen bijkredieten meer gevraagd.

3. Andere opmerkingen en vragen inzake het gezondheidsbeleid

Een lid vraagt waarom er in de begroting nog een bedrag wordt ingeschreven voor het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn.

Door recente regeringsmaatregelen werden besparingen gerealiseerd ten koste van de oorlogsslachtoffers. Het lid vraagt over welk bedrag het hier gaat en wat die maatregelen precies inhouden.

d'affecter des ressources de la politique de l'emploi à recruter de la main-d'œuvre qualifiée supplémentaire. Il y a par contre un important chômage chez les personnes non qualifiées. Il faut donc agir prioritairement pour elles. En outre, il y a dans les hôpitaux pas mal de tâches qui peuvent être effectuées par des personnes non qualifiées et par des personnes dont le degré de scolarisation est moins élevé (entretien, personnel auxiliaire de soins). On espère que plus ou moins 6 000 personnes supplémentaires pourront être mises au travail.

Le même membre évoque encore les problèmes que pose le subventionnement des hôpitaux psychiatriques. Ce subventionnement se fait sur la base de 16 infirmiers pour 30 lits occupés à 100 p.c. Si les patients passent les week-ends chez eux, ces hôpitaux sont dans l'impossibilité de faire la preuve d'une occupation à 100 p.c.

L'intervenant fait remarquer qu'il y a des limites au travail à temps partiel dans le secteur de la santé. Il y a des effets secondaires négatifs chez plus ou moins 30 p.c. des membres du personnel et il est à craindre que si l'on continue à étendre le travail à temps partiel dans ce secteur, la préférence ne soit donnée à du personnel masculin.

Selon le Ministre, il faut manier la notion de taux d'occupation avec prudence, compte tenu de l'évolution. Il considère que la limite est atteinte dans la mesure où la politique suivie est axée sur le taux d'occupation.

Si l'on met trop l'accent sur le taux d'occupation, on risque de se heurter à la notion de « bonne gestion ». Il faut rechercher un équilibre entre les deux.

En ce qui concerne le travail à temps partiel, il y a effectivement dans le secteur de la santé des limites sur le plan de l'organisation.

Un dernier intervenant demande si le subventionnement des hôpitaux sera réduit proportionnellement à la réduction de la capacité en lits.

Le Ministre répond que la réduction du nombre des lits freine l'augmentation des dépenses et se traduit par une maîtrise budgétaire plus grande. Depuis six ans, il n'est plus demandé de crédits supplémentaires pour le secteur hospitalier.

3. Autres remarques et questions relatives à la politique de la santé

Un membre demande pourquoi l'on inscrit encore au budget un montant destiné à l'Œuvre nationale de l'enfance.

A la suite de mesures gouvernementales récentes, des économies ont été réalisées au détriment des victimes de guerre. L'intervenant demande de quel montant il s'agit en l'occurrence et ce que ces mesures impliquent exactement.

De Minister antwoordt dat de kredieten voor het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn werden ingeschreven op het ogenblik dat de herstructurering nog niet was doorgevoerd.

Ten aanzien van de oorlogsslachtoffers werden een aantal maatregelen getroffen die geïnspireerd zijn op die welke in het kader van het R.I.Z.I.V. werden getroffen.

4. Sociaal levensminimum en bijstand aan behoeftigen

Een commissielid merkt op dat de kredieten voor de subsidiëring van de O.C.M.W.'s op het gebied van het bestaansminimum en de kredieten bestemd om de kosten van de bijstand aan behoeftigen te dekken, aanzienlijk werden verhoogd. Zijns inziens dient hieruit te worden geconcludeerd dat het regeringsbeleid heeft geleid tot een verslechtering van de toestand van de minstbedeelden en tot een algemene verarming.

Het lid vraagt nadere details over het door de Staatssecretaris geciteerde aantal van 43 774 bestaansminimum-trekkers. Gaat het om het aantal uitkeringen of om het aantal steuntrekkers ?

Het lid vraagt ook nadere uitleg over de activiteiten van de V.Z.W. « Mens en Ruimte ». Hij vraagt zich terloops af of de gelden die aan het werk van die instelling worden besteed niet beter hadden kunnen worden aangewend, met name, voor de verbetering van de toestand der minstbedeelden.

Een ander commissielid maakt de volgende opmerking over het tellen van het aantal armen : de ontvangers van uitkeringen zijn de wettelijk erkende armen; over de rest van de armoede tasten wij in het onzekere omdat er geen duidelijkheid is over de aangewende normen.

Spreker is overtuigd dat de armoede is toegenomen bij de actieven, maar zij is aanzienlijk afgenomen bij de bejaarden.

Hij zegt voorts huiverig te staan tegenover het politiseren van het tellen van de armen en waarschuwt tegen het hanteren van de cijfers voor het afsluiten van energieleveringen. Uit onderzoek is gebleken dat het in de meeste gevallen waarin de energie werd afgesloten, niet ging om armen.

De voornaamste middelen voor de armoedebestrijding zijn van de ene kant, de handhaving van de sociale zekerheid, met inbegrip van blijvende werkloosheidsuitkeringen en aan de andere kant, de goede werking van de O.C.M.W.'s.

Wat de interpretatie van het aantal van 43 774 steuntrekkers betreft, merkt de spreker op dat dit cijfer inderdaad mede beïnvloed werd door de crisis maar ook door het regeringsbeleid : door de verhoging van het plafond is het aantal rechthebbenden toegenomen. Hij vraagt of de Regering denkt aan een verdere verhoging van het bestaansminimum.

Le Ministre répond que les crédits en faveur de l'Œuvre nationale de l'enfance ont été inscrits au moment où la restructuration n'avait pas encore été réalisée.

On a pris à l'égard des victimes de guerre un certain nombre de mesures inspirées de celles qui avaient été prises dans le cadre de l'I.N.A.M.I.

4. Minimum socio-vital et assistance aux indigents

Un commissaire fait remarquer que les crédits destinés au subventionnement des C.P.A.S. dans le cadre du minimum de moyens d'existence et les crédits destinés à couvrir le coût de l'assistance aux indigents ont été considérablement accrus. A son avis, il faut en conclure que la politique gouvernementale a abouti à une détérioration de la situation des plus démunis et à un appauvrissement général.

L'intervenant demande des détails supplémentaires concernant le nombre des bénéficiaires du minimum de moyens d'existence cité par le Secrétaire d'Etat, qui est de 43 774. S'agit-il du nombre d'indemnités ou du nombre de bénéficiaires ?

Il voudrait également obtenir de plus amples renseignements concernant les activités de l'A.S.B.L. « Mens en Ruimte ». Il se demande au passage si les sommes consacrées aux activités de cet établissement n'auraient pas pu trouver une meilleure affectation, à savoir l'amélioration de la situation des plus démunis.

Un autre commissaire fait l'observation suivante au sujet du dénombrement des pauvres : les bénéficiaires d'indemnités sont les pauvres légalement reconnus; pour ce qui est du reste des personnes vivant dans la pauvreté, il y a incertitude, parce qu'il n'y a aucune clarté au sujet des normes utilisées.

L'intervenant est convaincu que la pauvreté a augmenté parmi les actifs, mais qu'elle a sensiblement diminué parmi les personnes âgées.

Il exprime par ailleurs ses inquiétudes au sujet de la politisation qui pourrait intervenir dans le dénombrement des pauvres et conseille la prudence dans le maniement des chiffres relatifs aux coupures des fournitures d'énergie. Des enquêtes ont montré que la plupart des personnes qui ont subi ces coupures n'étaient pas des pauvres.

Les principaux moyens de lutte contre la misère sont la sauvegarde de la sécurité sociale, y compris les allocations en cas de chômage permanent, et le bon fonctionnement des C.P.A.S.

Pour ce qui est de l'interprétation du nombre de 43 774 bénéficiaires, l'intervenant fait observer que ce chiffre est, bien sûr, influencé par la crise, mais aussi par la politique gouvernementale : le relèvement du plafond a entraîné une augmentation du nombre de bénéficiaires. Il demande si le Gouvernement envisage d'encore augmenter le minimum de moyens d'existence.

Het commissielid steunt de Staatssecretaris in het zoeken naar een oplossing voor de ongunstige situatie waarin een alleenstaande met kinderlast zich bevindt. Hij of zij ontvangt minder dan samenwonenden. Om te vermijden dat fictieve echtscheidingen zouden ontstaan denkt hij dat een speciaal tarief in hoofde van de kinderen zou moeten worden ingevoerd.

Tenslotte maakt het lid nog een opmerking over de voedseloverschotten : het is goed dat zij worden aangewend om echte behoeften te dekken. Er moet dan wel voor een goede organisatie en voor het waarborgen van een behoorlijke kwaliteit worden gezorgd.

Een ander lid stelt vast dat er in de begroting voor 1986 een verhoging is van de toelage voor het sociaal levensminimum (artikel 33.16 van sectie 54). Deze verhoging was toe te schrijven aan een toename van de steuntrekkers, een stijging van de bedragen, een verhoging van de tussenkomsten met 2 pct. en de achterstallige betaling van de Staat aan de O.C.M.W.'s. In 1987 is er een vermindering van de toelage. Zijn de schulden terugbetaald; is het aantal steuntrekkers verminderd ?

Wat artikel 33.23 van sectie 54 betreft, vraagt het lid of de stijging van de toelage in verhouding staat tot de stijging van het aantal kandidaat-politieke vluchtelingen.

Op artikel 33.81 van dezelfde sectie staat een bedrag ingeschreven van 150,5 miljoen frank. Betreft het hier de Staatstussenkomst in de door de O.C.M.W.'s betaalde voorschotten die niet konden worden gerecupereerd vanwege de onderhoudsplichtigen van minderjarige kinderen ?

Hierbij aansluitend, vraagt een lid de aandacht van de Staatssecretaris voor de recuperatie van onderhoudsgelden, niet alleen ten gunste van de kinderen, maar ook ten gunste van de vrouwen.

Het lid wenst ook dat meer interesse zou worden betoond voor de centra voor gezinsconsultaties : vooral in Brussel zou er een probleem zijn in die zin dat er geen bijkomende centra meer worden erkend. Tenslotte vraagt het lid dat de Staatssecretaris bij haar collega's en alle overheidsinstanties zou pleiten voor meer aandacht voor de vrouwen.

De Staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke Emancipatie preciseert dat het door haar geciteerde cijfer van 43 774 betrekking heeft op het aantal dossiers. Nadere details over het aantal rechthebbenden op het bestaansminimum, het bedrag en de duur van de uitkering zijn te vinden in de bijlage van dit verslag.

De Staatssecretaris is het eens met de tweede intervenant wat betreft « de oorlog » rond de cijfers. Zij zegt aanvaankelijk van mening te zijn geweest dat de toename van het aantal bestaansminimumtrekkers toe te schrijven was aan de verhoging van het bedrag. Uit nader onderzoek is evenwel gebleken dat de meeste gerechtigden het volledig bedrag ontvangen en niet een aanvulling bij een andere uitkering.

Le commissaire approuve les efforts du Secrétaire d'Etat en vue de la recherche d'une solution à la situation défavorable des isolés ayant charge d'enfants. Ces isolés, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, bénéficient d'une allocation inférieure à ce que reçoivent des cohabitants. Il estime que, pour éviter les divorces fictifs, il faudrait instaurer un tarif spécial lié à la charge d'enfants.

L'intervenant fait enfin encore une observation au sujet des surplus alimentaires : il est bon qu'ils soient utilisés pour couvrir des besoins réels. Il faut toutefois veiller à une bonne organisation, de manière à garantir la bonne qualité des produits.

Un autre membre constate que l'intervention de l'Etat en matière de minimum socio-vital a été relevée dans le budget de 1986 (article 33.16 de la section 54). L'augmentation s'explique par l'accroissement du nombre de bénéficiaires, l'augmentation des montants, le relèvement de 2 p.c. des interventions et les arriérés de paiements de l'Etat aux C.P.A.S. En 1987, l'intervention de l'Etat a diminué. Les dettes ont-elles été remboursées ? Le nombre de bénéficiaires a-t-il diminué ?

En ce qui concerne l'article 33.23 de la section 54, le commissaire demande si l'augmentation de l'intervention est proportionnelle à l'augmentation du nombre de candidats réfugiés politiques.

A l'article 33.81 de la même section est inscrit un montant de 150,5 millions de francs. S'agit-il de l'intervention de l'Etat dans les avances versées par les C.P.A.S. qui n'ont pas pu être récupérées auprès des débiteurs de pensions alimentaires pour enfants mineurs ?

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, un membre attire l'attention du Secrétaire d'Etat sur la question de la récupération des pensions alimentaires, non seulement en faveur des enfants, mais aussi en faveur des femmes.

Il souhaite également qu'on s'intéresse davantage aux centres de consultation familiale : il semblerait qu'il y ait à cet égard un problème surtout à Bruxelles, en ce sens qu'on n'agrée plus de centres nouveaux. Il demande enfin au Secrétaire d'Etat de plaider auprès de ses collègues et de toutes les autorités publiques pour qu'on s'occupe davantage de la situation des femmes.

Le Secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale précise que le chiffre de 43 774 bénéficiaires, qu'il a cité, concerne le nombre de dossiers. Les détails sur le nombre des bénéficiaires du minimum de moyens d'existence, le montant et la durée de l'allocation figurent dans l'annexe I du présent rapport.

Le Secrétaire d'Etat est d'accord sur ce qu'a dit le deuxième intervenant en ce qui concerne la « guerre des chiffres ». Il déclare qu'il pensait initialement que l'augmentation du nombre des bénéficiaires du minimum de moyens d'existence résultait de l'augmentation du montant. Or, en examinant les choses de plus près, on s'est aperçu que la plupart des bénéficiaires perçoivent le montant total et non pas un complément à une autre allocation.

De idee om een hoger bedrag toe te kennen aan alleenstaanden met kinderlast is interessant. Gelet op de budgettaire last is het evenwel niet mogelijk hen het gezinsbedrag toe te kennen.

Wat de recuperatie van onderhoudsgelden betreft, merkt de Staatssecretaris op dat de O.C.M.W.'s alleen optreden ten gunste van behartigenswaardige gevallen (personen die de kosten van juridische bijstand niet kunnen betalen) en op voorwaarde dat het gaat om onderhoudsgeld voor de kinderen.

Uit de vorige acties in verband met de voedseloverschotten werden de nodige conclusies getrokken. De organisatie was niet optimaal omdat snel diende te worden gehandeld.

Een werkgroep zal onderzoeken of het niet aangewezen is de distributie van voedseloverschotten tegen lage prijs, die bestaat, te organiseren.

De vermindering van het bedrag op artikel 33.16 is toe te schrijven aan het gedeeltelijke wegwerken van het saldo der achterstallige bedragen.

Voor het bestaansminimum is er momenteel nog een achterstal van 1,150 miljard.

In het bedrag bestemd voor de opvang van de kandidaat-politieke vluchtelingen zijn ook de administratiekosten van het Klein Kasteeltje begrepen (ordehandhaving, medisch personeel, sociale dienst voor verspreiding over de O.C.M.W.'s en voor de samenstelling van de dossiers, bezigheidstherapie).

Wat de werking zelf betreft, dient men toe te komen met het bedrag dat normaal als bestaansminimum aan de politieke vluchtelingen zou worden toegekend.

5. Gelijke behandeling van man en vrouw

Een lid zegt te hebben vernomen dat er minder vrouwelijke kandidaat-politieagenten zijn omdat de sportproeven werden verzwaard. Is het niet mogelijk die aangelegenheid onder de aandacht te brengen van de Minister van Binnenlandse Zaken?

Een ander lid, hierbij aansluitend, vindt het niet zo'n goede zaak dat de lichamelijke proeven voor de kandidaat-militairen voor mannen en vrouwen werden gelijkgesteld.

Zij stelt voor meer inspiratie te zoeken in andere landen waar criteria worden gehanteerd, aangepast aan het beroep dat moet worden uitgeoefend en die niet steeds ten nadele van de vrouwen uitvallen.

De Staatssecretaris, aldus nog dezelfde spreker, heeft erop gewezen dat de verschillende departementen moeten zorgen voor een gelijke behandeling van mannen en vrouwen.

Zijn er collega's van de Staatssecretaris die minder positief of helemaal niet op haar interventie hebben gereageerd?

L'idée d'allouer un montant supérieur aux isolés ayant charge d'enfants est intéressante. Toutefois, étant donné la charge budgétaire qui en résulterait, il n'est pas possible de leur allouer le montant au taux ménage.

En ce qui concerne la récupération des pensions alimentaires, le Secrétaire d'Etat fait observer que les C.P.A.S. n'interviennent qu'en faveur des cas qui le méritent (personnes qui ne peuvent pas payer les frais d'assistance judiciaire) et seulement à condition qu'il s'agisse de pensions alimentaires pour enfants.

On a tiré les conclusions qui s'imposaient des actions précédentes relatives aux surplus alimentaires. On n'a pas pu mettre en place une organisation optimale, étant donné qu'il fallait agir rapidement.

Un groupe de travail examinera s'il ne convient pas d'organiser la distribution existante des surplus alimentaires à bas prix.

La réduction du montant inscrit à l'article 33.16 est liée au règlement partiel du solde des arriérés.

En ce qui concerne le minimum de moyens d'existence, l'arriéré actuel est de 1,150 milliard.

Le montant destiné à l'accueil des candidats réfugiés politiques comprend également les frais administratifs du Petit-Château (maintien de l'ordre, personnel médical, service sociale pour la répartition entre les C.P.A.S. et la constitution des dossiers, ergothérapie).

Pour ce qui est du fonctionnement proprement dit, on doit veiller à s'en sortir avec le montant du minimum de moyens d'existence qui serait normalement alloué aux réfugiés politiques.

5. Egalité de traitement entre hommes et femmes

Un membre déclare que, selon ses informations, il y aurait moins de candidats agents de police féminins en raison de l'alourdissement des épreuves sportives. N'est-il pas possible d'attirer l'attention du Ministre de l'Intérieur sur cette question?

Un autre membre estime, à ce propos, que l'idée d'imposer les mêmes épreuves physiques aux candidats militaires hommes et femmes n'est pas tellement bonne.

Il suggère que l'on s'inspire davantage de ce que l'on a fait dans d'autres pays, où l'on utilise des critères adaptés à la profession à exercer et qui ne sont pas toujours défavorables aux femmes.

Selon le même intervenant, le Secrétaire d'Etat a encore souligné que les différents départements doivent veiller à ce que les hommes et les femmes soient traités de la même manière.

Y a-t-il des collègues du Secrétaire d'Etat qui auraient réagi de manière moins positive à son intervention ou qui n'y auraient pas réagi du tout?

De Staatssecretaris antwoordt dat het Ministerie van Landsverdediging en het Staatssecretariaat voor Leefmilieu en Maatschappelijke Emancipatie ernaar gestreefd hebben lichamelijke geschiktheidsproeven tot stand te brengen die rekening houden met de morfologie van man en vrouw. In de nieuwe proeven zijn karakteristieke eigenschappen van beide geslachten ingebracht. Dit neemt niet weg dat er nog steeds minder vrouwen dan mannen zullen slagen.

Een andere mogelijkheid zou zijn het instellen van proeven aangepast aan de verschillende functies in het leger : in dat geval zouden bepaalde functies nooit voor vrouwen toegankelijk zijn.

Er werd geopteerd voor de eerste regeling onder beding dat er na één jaar toepassing een evaluatie zou worden gemaakt.

De reglementering voor de aanwerving van politieagenten behoort tot de bevoegdheid van de gemeenten. Voor de rijkswacht gelden dezelfde proeven als voor het leger.

De richtlijn m.b.t. de gelijke behandeling van man en vrouw moet nog worden uitgevoerd wat betreft :

- de positieve discriminaties;
- de beschermende bepalingen : op dit gebied blijft de vraag of nachtarbeid voor vrouwen moet worden toegelaten een moeilijk punt.

IV. STEMMINGEN

De tabel, de artikelen en het geheel van het ontwerp van begroting worden aangenomen met 13 tegen 2 stemmen.

Dit verslag is goedgekeurd met 11 stemmen bij 1 onthouding.

De Rapporteur,
C. SMITT.

De Voorzitter,
L. HERMAN-MICHIENSENS.

Le Secrétaire d'Etat répond que les services du Ministère de la Défense nationale et du Secrétariat d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale se sont efforcés d'organiser des épreuves d'aptitude physique tenant compte des différences morphologiques entre hommes et femmes. Les nouvelles épreuves sont conçues notamment en fonction des caractéristiques des deux sexes. Il n'empêche que les femmes continueront à être moins nombreuses à les réussir que les hommes.

Une autre possibilité serait d'organiser des épreuves adaptées aux diverses fonctions à exercer à l'armée : dans ce cas, certaines fonctions ne seraient jamais accessibles aux femmes.

On a opté pour la première solution, sous la condition que l'on procède à une évaluation au bout d'un an d'application.

La réglementation en matière de recrutement d'agents de police relève de la compétence des communes. A la gendarmerie, les épreuves sont les mêmes qu'à l'armée.

La directive au sujet de l'égalité de traitement des hommes et des femmes doit encore être mise à exécution pour ce qui est :

- des discriminations positives;
- des dispositions protectrices : à cet égard, la question de savoir s'il faut autoriser le travail nocturne des femmes reste un point épineux.

IV. VOTES

Le tableau, les articles et l'ensemble du projet de budget ont été adoptés par 13 voix contre 2.

Le présent rapport a été approuvé par 11 voix et 1 abstention.

Le Rapporteur,
C. SMITT.

Le Président,
L. HERMAN-MICHIENSENS.

BIJLAGE

ANNEXE

Rechthebbenden op het bestaansminimum

*Aantal, categorie, leeftijd, geslacht,
bedrag en duur van de uitkering*

Eerste en voorlopige gegevens, afkomstig van een onderzoek, in opdracht van de Staatssecretaris voor Maatschappelijke Emancipatie, uitgevoerd door de K.U.L. (prof. F. Lammertijn en D. Luyten).

1. Aantal rechthebbenden

Aantal bestaansminimumrechthebbenden in België opgedeeld per gewest, op datum van 29 februari 1976, 28 februari 1981 en 28 februari 1986

Gewest — Région	29 februari 1976 — 29 février 1976		28 februari 1981 — 28 février 1981		28 februari 1986 — 28 février 1986	
	%	abs	%	abs	%	abs
Vlaanderen. — Flandre	48.7	4 599	49.6	12 456	46.7	20 459
Brussel. — Bruxelles	16.3	1 536	12.4	3 116	11.8	5 148
Wallonië. — Wallonie	35.0	3 301	38.0	9 563	41.5	18 167
Totalen. — Totaux	100.0	9 436	100.0	25 135	100.0	43 774

De sterke stijging van het aantal bestaansminimumgerechtigden is onmiskenbaar. Het aantal voor 1986 ligt nochtans iets lager dan een aantal ramingen liet veronderstellen.

De toename was procentueel belangrijker in 1976-1981 dan in 1981-1986.

De toename is relatief belangrijker in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel (afname!).

2. Categorieën

Aantal bestaansminima voor België opgedeeld per categorie

Categorie — Catégorie	29 februari 1976 — 29 février 1976		28 februari 1981 — 28 février 1981 (1)		28 februari 1986 — 28 février 1986	
	%	abs	%	abs	%	abs
1. Gezin. — Famille	10.8	(978)			8.2	(3 567)
2. Alleenstaande. — Isolé	65.4	(5 916)			62.7	(27 253)
3. Samenwonende. — Cohabitant	23.7	(2 147)			29.1	(12 668)
Totalen. — Totaux	100.0	(9 041)			100.0	(43 488)
Missing. — « Missing »	4.2	(395)			0.7	(286)
Tot. aant. — Tot. rép.		(9 436)				(43 774)

Het merendeel van de bestaansminima gaat naar alleenstaanden. Het aandeel samenwonenden is in 1986 belangrijker dan in 1976.

(1) Gegevens voor 1981, zijn voorlopig niet bruikbaar.

Ayants droit au minimex

*Nombre, catégorie, âge, sexe,
montant et durée de l'allocation*

Premières données provisoires, provenant d'une enquête effectuée à la demande du Secrétaire d'Etat à l'Emancipation sociale, par la K.U.L. (prof. F. Lammertijn et D. Luyten).

1. Nombre d'ayants droit

Nombre d'ayants droit au minimex en Belgique, répartis par région, au 29 février 1976, 28 février 1981 et 28 février 1986

La forte augmentation du nombre d'ayants droit au minimex est incontestable. Pour 1986, ce nombre est toutefois légèrement inférieur aux estimations.

Exprimée en pourcentage, l'augmentation est légèrement plus importante en 1976-1981 qu'en 1981-1986.

Cette augmentation est relativement plus importante en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles (diminution!).

2. Catégories

Nombre de minimex, pour la Belgique, répartis par catégorie

La majorité des minimex sont octroyés à des isolés. Le nombre de cohabitants est plus important en 1986 qu'en 1976.

(1) Les données pour 1981 ne sont provisoirement pas utilisables.

Verdeling van de categorieën van het bestaansminimum per gewest

Répartition des catégories de minimex par région

Categorieën — Catégories	29 februari 1976 — 29 février 1976			28 februari 1981 — 28 février 1981			28 februari 1986 — 28 février 1986		
	VL	BR	WA	VL	BR	WA	VL	BR	WA
1. Gezin. — <i>Famille</i>	8.8	7.0	15.4				7.9	5.8	9.2
2. Alleenstaande. — <i>Isolé</i>	63.0	78.1	62.7				65.8	72.7	56.3
3. Samenwonende. — <i>Cohabitant</i>	28.2	14.9	21.9				26.3	21.5	34.5
Totalen. — <i>Totaux</i>	100.0	100.0	100.0				100.0	100.0	100.0

Brussel telt procentueel een hoger aantal alleenstaande bestaansminimumgerechtigden dan Vlaanderen en Wallonië.

In dat laatste gewest telt men relatief meer samenwonenden.

3. Leeftijd

In België kenden de leeftijdsklassen tot 40 jaar de voorbije tien jaar een zeer sterke toename. De oudere leeftijdsklassen kenden tussen 1976 en 1981 nog een sterke toename boven de 71 jaar, maar een afname, zelfs een daling in absolute cijfers van de aantallen tussen 1981 en 1986.

Aantal bestaansminima per gewest opgedeeld per leeftijdsklasse van de rechthebbenden op 28 februari 1986 (in percentage)

En pourcentages, les isolés bénéficiaires du minimex sont plus nombreux à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie.

Dans cette dernière région, les cohabitants sont relativement plus nombreux.

3. Age

En Belgique, une augmentation sensible s'est manifestée dans les catégories jusqu'à 40 ans au cours des dix dernières années. Dans les groupes plus âgés, une augmentation notoire était encore relevée au-delà de 71 ans entre 1976 et 1981, suivie d'une diminution, une baisse en chiffres absolus entre 1981 et 1986.

Nombre de minimex par région, répartis par groupes d'âge, parmi les ayants droit au 28 février 1986 (en pourcentage)

Leeftijd — Age	Vlaams Gewest Région flamande	Brussels Gewest Région bruxelloise	Waals Gewest Région wallonne	Het Rijk Le Royaume
— 20	1.0	1.2	2.8	1.8
21 — 25	10.9	12.3	19.4	14.6
26 — 30	11.9	12.3	15.6	13.5
31 — 35	12.7	11.0	14.4	13.2
36 — 40	12.7	12.3	13.3	12.9
41 — 45	10.2	10.0	8.6	9.5
46 — 50	10.4	10.1	8.0	9.3
51 — 55	9.9	10.0	7.1	8.7
56 — 60	8.8	9.0	6.0	7.6
61 — 65	4.6	5.7	2.7	3.9
66 — 70	1.7	1.7	0.7	1.3
71 — 75	2.0	1.7	0.6	1.4
76 — 80	1.7	1.0	0.5	1.1
81 — 85	1.0	1.0	0.3	0.7
86 — 90	0.4	0.5	0.1	0.3
91 — 95	0.1	0.2	0.0	0.1
96 —	0.0	0.0	0.0	0.0
Totalen. — <i>Totaux</i>	100.0	100.0	100.0	100.0

Evolutie van de relatieve leeftijdsverdeling van de rechthebbenden op het bestaansminimum per gewest

Evolution de la répartition relative des ayants droit au minimex par catégories d'âge et par région

Leeftijdsklassen — Catégorie d'âge	29 februari 1976 — 29 février 1976			28 februari 1981 — 28 février 1981			28 februari 1986 — 28 février 1986		
	VL	BR	WA	VL	BR	WA	VL	BR	WA
— 30	22.3	17.3	27.5	21.7	19.3	33.0	23.8	25.8	37.8
31 — 45	24.6	21.7	25.3	25.6	24.6	28.4	35.6	33.4	36.2
46 — 60	32.7	30.3	29.4	29.8	32.7	26.2	29.0	29.1	21.1
61 —	20.3	30.7	17.8	22.9	23.4	12.4	11.6	11.7	4.9
Totalen. — <i>Totaux</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Hieruit blijkt dat in Wallonië in 1976 het aandeel van rechthebbenden tot 30 jaar al erg hoog lag (28 pct.). De voorbije tien jaar is dit aandeel gestegen tot 38 pct., het aantal van de 31-45-jarigen steeg van 25 pct. naar 36 pct. Het relatieve aandeel van rechthebbenden tussen 46-60 jaar viel terug van 29 pct. op 21 pct. en deze van 61 jaar en ouder is van 18 pct. verminderd tot 5 pct., een niveau dat in vergelijking met de andere gewesten zeer laag ligt.

In Brussel, dat zich in 1976 nog kenmerkte door een « oude » bestaansminimumpopulatie, zag men op tien jaar tijd het relatieve aantal rechthebbenden ouder dan 61 jaar teruglopen van 31 pct. naar 12 pct. Het relatief aantal rechthebbenden tot 30 jaar steeg van 17 pct. naar 26 pct., dat van 31-45 jaar van 22 pct. naar 33 pct.

De relatieve verschuivingen in Vlaanderen situeren zich vooral in een vermindering van de leeftijdsklasse boven 61 jaar van 20 pct. naar 12 pct. en een toename in de leeftijdsklasse van 31-45 jaar van 25 pct. naar 36 pct. Uit de vergelijking van de cijfers blijken de verschuivingen in Vlaanderen van recente datum te zijn, daar ze in de resultaten van 1981 nog niet kunnen vastgesteld worden.

4. Geslacht

Aantal rechthebbenden bestaansminimum voor België per geslacht

Il ressort de ce tableau qu'en Wallonie, en 1976, le nombre d'ayants droit au minimex jusqu'à 30 ans était déjà très élevé (28 p.c.). Au cours des dix dernières années, ce pourcentage est passé à 38 p.c. alors que le nombre de bénéficiaires de la catégorie 31-45 ans passait de 25 à 36 p.c. La part relative des ayants droit de 46-60 ans, était ramenée de 29 à 21 p.c. et celle de la catégorie 61 ans et plus diminuait de 18 à 5 p.c. — un niveau très bas par comparaison avec les autres régions.

A Bruxelles, encore caractérisée par une population-minimex « âgée » en 1976, le nombre relatif d'ayants droit âgés de plus de 61 ans a diminué de 31 à 12 p.c. Le nombre relatif d'ayants droit âgés de 30 ans et moins, passait de 17 à 26 p.c., celui de la catégorie 31-45 ans évoluait de 22 à 33 p.c.

Les glissements en Flandre se situent surtout dans une diminution dans le groupe 61 ans et plus — de 20 à 12 p.c. — et dans une augmentation dans la catégorie 31-45 ans — 25 à 36 p.c. Il ressort de la comparaison des chiffres que les glissements en Flandre sont plus récents, étant donné qu'ils ne figuraient pas encore dans les résultats de 1981.

4. Sexe

Nombre d'ayants droit au minimex pour la Belgique, selon le sexe

Geslacht — Sexe	29 februari 1976 — 29 février 1976		28 februari 1981 — 28 février 1981		28 februari 1986 — 28 février 1986	
	%	abs	%	abs	%	abs
Man. — <i>Homme</i>	39.3	(3 685)	36.9	(8 361)	42.8	(17 563)
Vrouw. — <i>Femme</i>	60.7	(5 700)	63.1	(14 318)	57.2	(23 459)
Totalen. — <i>Totaux</i>	100.0	(9 385)	100.0	(22 679)	100.0	(41 022)
Missing. — <i>Missing</i>	0.5	(51)	9.8	(2 456)	6.3	(2 752)
Tot. aant. — <i>Totaux rép.</i>		(9 436)		(25 135)		(43 774)

Op 28 februari 1986 waren er in de populatie van rechthebbenden op het bestaansminimum 42,8 pct. mannen en 57,2 pct. vrouwen. Alhoewel men in 1986 nog steeds meer vrouwen dan mannen onder de rechthebbenden telt, stelt men een meer gelijke verdeling vast dan in 1976.

Maakt men op basis van de voorliggende cijfers een schatting van de absolute toename van het aantal rechthebbenden tussen 1981 en 1986, dan blijken daartussen meer mannen (9 475) dan vrouwen (9 164) te zijn.

Au 28 février, la population d'ayants droit au minimex comptait 42,8 p.c. d'hommes et 57,2 p.c. de femmes. Même si en 1986, il y avait toujours plus de femmes que d'hommes, parmi les ayants droit, la répartition est plus équilibrée qu'en 1976.

Une évaluation sur la base des chiffres ci-avant, de l'augmentation absolue du nombre d'ayants droit entre 1981 et 1986, nous apprend que les hommes (9 475) sont plus nombreux que les femmes (9 164).

Evolutie van de verdeling volgens geslacht van de rechthebbenden op het bestaansminimum per gewest

Evolution de la répartition des ayants droit au minimex, selon le sexe et par région

Geslacht — Sexe	29 februari 1976 — 29 février 1976			28 februari 1981 — 28 février 1981			28 februari 1986 — 28 février 1986		
	VL	BR	WA	VL	BR	WA	VL	BR	WA
Man. — Homme . . .	37.4	52.7	35.7	36.9	51.1	32.3	41.6	55.8	40.6
Vrouw. — Femme . . .	62.6	47.3	64.3	63.1	48.9	67.7	58.4	44.2	59.4
Totalen. — Totaux . . .	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Het Brusselse gewest vertoont, in tegenstelling tot het Vlaamse en het Waasle gewest meer mannen dan vrouwen in zijn populatie van rechthebbenden.

Dans la région bruxelloise, et ce contrairement aux régions flamande et wallonne, les hommes sont plus nombreux que les femmes.

5. Niveau

Aantal rechthebbenden bestaansminimum voor België opgedeeld naar het niveau van het uitgekeerde bedrag

5. Niveau

Nombre d'ayants droit au minimex, répartis selon le niveau du montant versé

Niveau — Niveau	29 februari 1976 — 29 février 1976		28 februari 1981 — 28 février 1981		28 februari 1986 — 28 février 1986	
	%	abs	%	abs	%	abs
Volledig. — Complet	70.0	(6 597)			72.6	(31 514)
Onvolledig. — Incomplet	30.0	(2 829)			27.4	(11 896)
Totalen. — Totaux	100.0	(9 426)			100.0	(43 410)
Missing. — Missing	0.1	(10)			0.8	(364)
Tot. aant. — Tot. rép.		(9 436)		(25 135)		(43 774)

Hieruit blijkt dat het relatief aandeel van rechthebbenden die het volledige bedrag van het bestaansminimum ontvangen, licht gestegen is.

Op 28 februari 1986 bedroeg het 72,6 pct., wat bijna driekwart van het totaal aantal rechthebbenden betekent.

Il apparaît que le nombre d'ayants droit qui ont touché le montant complet est en légère augmentation.

Au 28 février 1986, ce nombre correspondait à 72,6 p.c. ou près des trois quarts du nombre total d'ayants droit.

6. Langdurig gerechtigden

De bijkomende tewerkstellingsmaatregelen voor bestaansminimum-gerechtigden bevatten meestal als voorwaarde dat de betrokkene sinds zes maanden ononderbroken het bestaansminimum moet ontvangen.

Daarom werd aan de K.U.L. gevraagd na te gaan om hoeveel bestaansminimumgerechtigden het gaat.

De enige manier om deze vraag snel en nauwkeurig te beantwoorden, bestond erin om een steekproef te hebben.

Meer bepaald werd nagegaan hoeveel procent van de personen die op 31 december 1983 het bestaansminimum ontvingen dit eveneens, zonder onderbrekingen, ontvingen voor de periode 1 juli-31 december 1983.

Het resultaat blijkt 69,5 pct. te zijn.

Dit is belangrijk meer dan zoals gemeten op 29 februari 1976 (58,4 pct.).

6. Bénéficiaires de longue durée

Les mesures complémentaires de promotion de l'emploi en faveur des bénéficiaires du minimex, stipulent en général que l'intéressé doit avoir touché le minimex de manière ininterrompue pendant six mois.

La K.U.L. a, dès lors, été chargée d'étudier le nombre de bénéficiaires concernés.

La seule manière d'apporter une réponse rapide et précise à cette question était d'organiser un sondage.

Il s'agissait plus exactement de déterminer le pourcentage de bénéficiaires du minimex au 31 décembre 1983 qui avaient touché ledit minimex, de manière ininterrompue, pendant la période 1^{er} juillet-31 décembre 1983.

Le résultat est 69,5 p.c.

Ce pourcentage est largement supérieur à celui du 29 février 1976 (58,4 p.c.).