

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Brussel, 23 februari 1996

---

Bestuur van de Gezondheidszorg

---

Bestuursdirectie  
Gezondheidszorgbeleid

---

NATIONALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Afdelingen "Programmatie  
en Erkenning" en "Financiering"

---

Ref. : NRZV/D/99-4

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

**I.V.M. DE MINISTERIELE NOTA VAN 9 NOVEMBER 1995**

**INZAKE DE VERMINDERING EN RECONVERSIE VAN ZIEKENHUISBEDDEN. (\*)**

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 22 februari 1996

## **A. VOORWOORD**

Het eerste ontwerp-advies dat voor bespreking en goedkeuring wordt geagendeerd op de plenaire zitting van de N.R.Z.V., Afdeling "Programmatie en Erkenning" en "Financiering" dd. 11 januari 1996, werd voorbereid in de vergaderingen van een gemengde werkgroep ad hoc.

Aan deze werkgroep die bijeenkwam op 7 en 14 december 1995, werd deelgenomen door de hiernavermelde leden of plaatsvervangende leden van de N.R.Z.V.

### **Prof. Dr. Jan PEERS, Voorzitter**

#### **- Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

##### **Mevr. Dr. C. BOONEN, Voorzitster**

Dr. J. BAEYENS  
 Dr. L. BECKERS  
 Dhr. C. BOUFFIOUX  
 Dr. D. CLAEYS  
 Dhr. P. DE BUCQUOIS  
 Dhr. J. SCHOTS  
 Dr. J. BURY  
 Mevr. F. GHEKIERE  
 Dhr. A. GREVEN  
 Mevr. Dr. DE BIE  
 Dhr. C. DENEE  
 Dr. D. DEVOS  
 Dhr. A. DUGAUQUIER  
 Dhr. A. GREVEN  
 Dhr. D. HASARD  
 Dhr. W. HEUSCHEN  
 Dr. K. MAHLER  
 Dr. Y. MESSENS  
 Dr. D. DUCULOT  
 Dr. J. PROESMANS  
 Dr. R. RUTSAERT  
 Dr. R. RADERMECKER  
 Dhr. J. VAN CAMP  
 Dhr. L. VAN ROYE  
 Dr. A. VLEUGELS

#### **- Afdeling "Financiering"**

##### **Mevr. L. OLEFFE, Voorzitster**

Mevr. S. DE SIMONE  
 Dhr. J. HERMESSE  
 Dhr. M. TUERLINCKX  
 Dhr. A. MOORTGAT  
 Dhr. P. SMIETS  
 Mevr. S. DAVIGNON  
 Dhr. VAN LEER

Dhr. L. SEAUX  
 Dhr. A. MASSET  
 Dhr. M. VAN ROOSBROECK  
 Mevr. C. KESTENS  
 Dhr. R. PAUWELS  
 Mevr. C. FONTAINE  
 Dr. S. LEJEUNE  
 Dhr. R. VAN DER STAPPEN  
 Dhr. J.C. DORMONT

**B. SCHRIFTELIJKE REACTIES BIJ HET SECRETARIAAT VAN DE N.R.Z.V.**

Op vraag van de Voorzitter, Prof. Dr. J. PEERS, gesteld op het einde van de werkgroepvergadering dd. 14 december 1995, tijdens dewelke in extenso de sneuveltekst werd besproken, konden de leden nog bijkomende nota's schriftelijk indienen bij het Secretariaat.

Aan dit verzoek werd in geruime mate voldaan. Met name werden aan-/of opmerkingen geformuleerd door de hierna-vermelde leden :

Dr. DEVOS  
 Dr. COLLARD  
 Dr. BURY  
 Dr. BAEYENS  
 Dr. RADERMECKER  
 Dr. MESSENS  
 Dhr. HERMESSE  
 Dhr. HEUSCHEN  
 Dr. PROESMANS  
 Mevr. OLEFFE  
 Mevr. FONTAINE  
 Dhr. VAN ROYE  
 Mevr. F. GHEKIERE  
 Dhr. COLPAERT  
 Dhr. TUERLINCKX  
 Dr. VAN CAMP  
 Dhr. SEAUX

Het eerste ontwerp-advies werd op 11 januari 1996 besproken in een gemeenschappelijke vergadering van de afdelingen "Financiering" en "Erkenning en Programmatie" evenals in het Bureau. Tijdens deze vergaderingen werden door de leden diverse opmerkingen en voorstellen tot amendering geformuleerd.

Per 23 januari 1996 werd door de Voorzitter een nieuw ontwerp-advies verstuurd aan de leden van de gemeenschappelijke vergadering, met het voorstel bemerkingen over te maken.

Met name werden opmerkingen geformuleerd door de hiernavermelde leden:

Prof.Dr. TIELEMANS  
 Dhr. TASSIN  
 Prof.Dr. COLLARD

Dhr. HERMESSE  
Dr. MESSENS  
Dr. BAEYENS  
Dr. DEVOS

De tekst werd op 8 februari besproken in het Bureau en aangepast op 13 februari door een redactiecomite samengesteld uit leden van het Bureau.

Alle ontvangen briefwisseling werd tot op datum van 8 februari 1996 overgemaakt aan de Voorzitter. Het thans voorliggend advies moet dan ook worden aangezien als de resultante van de besprekingen en de schriftelijke bemerkingen van de leden van de gemengde werkgroep van de Raad.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN  
I.V.M. DE MINISTERIELE NOTA VAN 9 NOVEMBER 1995 INZAKE DE  
VERMINDERING EN RECONVERSIE VAN ZIEKENHUISBEDDEN

In antwoord op de vraag van de Minister wenst de Raad een advies te formuleren in twee delen.

In de nota van 9 november 1995 verwijst de Minister naar de intentie het ziekenhuisbeleid in de toekomst te stoelen op een regelgeving voor erkenning, programmering en financiering op basis van een nieuw erkenningsconcept. Dat concept is in essentie gebaseerd op het geheel van programma's dat door elk van de ziekenhuizen op gebied van patiëntenzorg aan de bevolking wordt aangeboden.

De Raad meent dan ook dat met hoogste prioriteit dient gewerkt aan de concretisering en realisatie van het nieuwe ziekenhuisconcept waarvan de basisprincipes reeds in een eerder advies van de Raad werden neergelegd.

De Raad meent dat dit concept moet gericht zijn op het geheel van programma's die door elk ziekenhuis, ten voordele van de bevolking worden uitgeoefend. Waar de basisfuncties door elk ziekenhuis moeten aangeboden worden, dient de invulling van de gespecialiseerde programma's aan specifieke voorwaarden te voldoen.

De Raad meent dat het geheel van de voorliggende problematiek inzake vermindering en reconversie van ziekenhuisbedden, slechts een zinvolle invulling kan krijgen indien ze past in de progressieve formulering en implementering van het nieuwe ziekenhuisconcept.

In een eerste deel van dit advies wenst de Raad een stap verder te zetten in de concretisering van het nieuwe ziekenhuisconcept.

Het tweede deel van het advies formuleert, steeds in aansluiting bij de vraag van de Minister, een aantal concrete aanbevelingen die op korte termijn kunnen worden gerealiseerd. Het weze duidelijk dat deze concrete aanbevelingen mede geïnspireerd zijn door de principes en modaliteiten die in het eerste deel van het advies worden geformuleerd.

## I. ELEMENTEN VAN EEN NIEUW ERKENNINGSCONCEPT

---

### 1. Uitgangspunten

Binnen een Volksgezondheidspolitik die de sociale, geografische en financiële toegankelijkheid tot de ziekenhuisvoorzieningen en de volledigheid van de aangeboden dienstverlening waarborgt definieert het Art. 2 van de Wet op de Ziekenhuizen de ziekenhuizen niet langer als een infrastructuur maar als een opdracht: medisch-specialistische zorg in een samenhangend en multidisciplinair verband met de bedoeling bij de patiënt op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

In deze opdracht staat de patiënt centraal.

Het ziekenhuis wordt niet op de eerste plaats gekarakteriseerd door zijn structurele en infrastructurale kenmerken, maar door de aard van de zorg die het, conform de noden van de patiënten, aan deze patiënten aanbiedt.

Dit betekent dat, bovenop de basiserkenning die in elk ziekenhuis de minimale inzet van personeel en materieel voor het geheel van de basisfuncties betreft, coherente zorgpakketten (programma's van patiëntenzorg) en/of gespecialiseerde programma's (zware medische en medische diensten) de basis van de erkenning van een ziekenhuis moeten worden.

Deze benadering gaat uit van de volgende objectieven :

- a. de erkenning van ziekenhuizen op meer realistische wijze in overeenstemming brengen met de actuele inhoud en organisatie van de ziekenhuisgeneeskunde;
- b. meer dynamisch inspelen op de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen in de geneeskunde en de zorgverlening en op de externe, demografische en andere maatschappelijke ontwikkelingen;
- c. een samenhangend financieringsmodel ontwikkelen dat programma- en dus patiëntgeoriënteerd is en rekening houdt met de aard van het geleverde zorgprodukt, zijn kwaliteit en de kostprijs ervan; door de directe afstemming op de behoeften een meer correcte toewijzing van de middelen bereiken;
- d. samenwerking tussen ziekenhuizen vorm geven in de essentie van de ziekenhuisopdracht, met name de patiëntenzorg;
- e. geëigende werkvoorwaarden voor de ziekenhuisgeneesheer ontwikkelen conform de functionele en organisatorische vereisten binnen ieder programma.
- f. optimalisatie van de rol van de overheid als bewaker van de sociale, geografische en financiële toegankelijkheid tot de ziekenhuisvoorzieningen en de volledigheid van de aangeboden dienstverlening.

## 2. Basisvoorwaarden

- a. het inbouwen van een gepaste kwaliteitswaarborg voor elke vorm van dienstverlening binnen de aangeboden programma's;
- b. door een snelle aanpassing van de wetgeving een harmonisering tot stand brengen van de functioneringsvoorwaarden en financieringsregels, thans in voege zijnde, tussen de openbare en privé sector;
- c. door een minder gedetailleerde wetgeving maximaal beroep doen op het dynamisme en de creativiteit binnen de sector zelf;
- d. voldoende flexibiliteit inbouwen opdat de verschillende vormen van samenwerking (fusie, groepering, associaties, functionele samenwerkingsverbanden enz...) aan de specifieke noden en omstandigheden beantwoorden;
- e. het beschikbaar stellen van recente en gevalideerde gegevens over de werking van de ziekenhuizen;
- f. de nodige middelen ter beschikking stellen om een correcte, geactualiseerde en samenhangende financiering te garanderen.

Deze basisvoorwaarden situeren zich in het kader van de coördinerende rol van de overheid, als eindverantwoordelijke voor het gezondheidsbeleid.

## 3. Uitwerking

In aansluiting bij zijn vroegere advies legt de Raad in dit advies, de grote lijnen van concretisering van het nieuwe ziekenhuisconcept vast. Binnen de tijdspanne die de Raad zich heeft gesteld voor de formulering van dit advies, is een meer gedetailleerde uitwerking niet mogelijk. De Raad neemt zich evenwel voor prioritair en in versneld tempo aan het concept door te werken, zodat tegen medio 1996 een in zijn modaliteiten meer gedetailleerd en gespecificeerd erkenningsconcept kan worden voorgelegd.

## 4. Typologie

Gezien de pathologie/activiteit gerichtheid van het voorliggend erkenningsconcept, dient men gebruik te maken van recente pathologie- en activiteitsgegevens. Waarborgen voor de volledigheid, de betrouwbaarheid, de vergelijkbaarheid en de correctheid van de gegevens zijn dan ook van fundamenteel belang. De nodige initiatieven dienen terzake genomen.

Volgens de aard van de pathologie en de zorgbehoefte van de patiënt kunnen meerdere coherente pakketten van patiëntenzorg als "programma's voor patiëntenzorg" worden onderscheiden.

Naast de basisprogramma's voor frekvent voorkomende problematiek (zie 5) die elk ziekenhuis aanbiedt, is het nodig gespecialiseerde programma's voor bijzondere doelgroepen te definiëren (zie 6). Een beperkt aantal patiënten vereisen daarenboven een uitzonderlijk en niet veralgemeenbaar zorgenpatroon (outliers). Om als ziekenhuis erkend te worden dient elke instelling te beschikken over de basisfuncties zoals die in de normenregelgeving zijn voorzien, als bijvoorbeeld : klinische biologie, ziekenhuisapotheek enz..

Vele programma's kunnen in een combinatie van hospitalisatie en dagbehandeling worden aangeboden. Dit betekent dat het dagziekenhuis niet meer is dan een modaliteit waaronder het ziekenhuis zijn programma's aanbiedt. Het impliceert dat het thans bestaande kunstmatige onderscheid tussen dagziekenhuis en ziekenhuis dient opgeheven en dat de dagziekenhuisactiviteit naar erkenning en financiering homogeen en integraal deel moet uitmaken van het ziekenhuis.

Er zal onderzocht worden in welke mate door een samenwerking basisprogramma's van patiëntenzorg in complementariteit en zonder kwaliteitsverlies, kunnen aangeboden worden.

##### 5. Programma's voor frekvent voorkomende pathologie.

Het onderscheid tussen de verschillende kenletters is voor een groot deel voorbijgestreefd. In de structurering van het nieuwe erkenningsconcept wordt de notie dienst (kenletter) vervangen door een differentiatie van de programma's op basis van de leeftijdscategorieën: kinderen (tot 16 jaar), volwassenen (ouder dan 16 jaar) en bejaarden.

Het weze duidelijk dat de hier getrokken grens tussen kinderen en volwassenen niet meer is dan een voorstel dat verder dient gespecificeerd. Geriatrische patiënten zullen als dusdanig worden gedefinieerd op basis van leeftijd, aanwezigheid van multipathologie en het kenmerkend verzorgingsprofiel zoals dit bijv. uit de MVG-gegevens kan worden afgelezen.

Binnen de categorieën kinderen en volwassenen zullen een aantal programma's worden omschreven, rekening houdend met het pathologiedomein. Het is de bedoeling van de NRZV om op zo kort mogelijke tijd een eigen instrument voor de omschrijving van de verschillende domeinen uit te werken.

Het is voor de Raad vanzelfsprekend dat de definitie van de verschillende programma's niet op een zuiver statistische benadering kan gebeuren. De resultaten van een eerste, statistische benadering zullen daarom altijd dienen getoetst aan de medisch/verpleegkundige realiteit. In de statistische verwerking en interpretatie van de gegevens dient bovendien het gebruik van gemiddelden, dat afvlakkend werkt en de realiteit onvoldoende genuanceerd weergeeft, te worden vervangen door een meer geëigende statistische benadering.



Om als "basisziekenhuis" erkend te worden dient het ziekenhuis een geheel van basiszorgen te verlenen, waardoor het beantwoordt aan de definitie van het ziekenhuis overeenkomstig artikel 2 van de ziekenhuiswet:

het ziekenhuis moet op elk ogenblik zorgen aanbieden in een pluridisciplinair kader. Deze vereiste veronderstelt een aantal minimale criteria:

- beschikken over medisch-technische diensten zoals een basislaboratorium klinische biologie, een basisdienst medische beeldvorming, een operatiezaal enz...
- een medische en verpleegkundige permanentie verzorgen, onder leiding van een hoofd van het verpleegkundig departement;
- een minimumactiviteit hebben;
- een minimumgrootte hebben vanuit een bedrijfseconomisch oogpunt;
- meewerken aan een systematische evaluatie van de kwaliteit van het zorgproces en van het resultaat ervan op basis van een typologie van de patiënten in homogene pathologiegroepen;

Voor ieder van de basisprogramma's zullen vervolgens een aantal karakteristieken worden beschreven : doelgroep, aard en inhoud van de zorg, minimale volumes, materiële infrastructuur, medische en niet-medische personeelondersteuning, kwaliteitsoptolging, ...

Het dient bepaald hoeveel en welke basisprogramma's (voor volwassenen en/of kinderen en/of geriatrische patiënten) een ziekenhuis dient aan te bieden om als ziekenhuis te worden erkend. Deze basisprogramma's zijn niet noodzakelijk verbonden met leeftijdsgroepen in die mate dat een zelfde ziekenhuisprogramma zich kan richten tot patiënten van verschillende leeftijd. Het is duidelijk dat een erkenning bovendien niet alleen zal gebaseerd zijn op het aanbieden van een aantal programma's maar, dat het ziekenhuis tevens zal dienen te beantwoorden aan de kwaliteitsvereisten (naar structuur, proces en ook resultaat) die voor ieder programma zullen worden gespecificeerd. Het geëigend aantal ermee corresponderende verpleegdagen kan worden vastgesteld op basis van bijv. de nationale gegevens per programma.

In het kader van de concretisering van het nieuwe ziekenhuisconcept (cfr. punt 3 van dit advies), zal de Raad zich buigen over definitie en inhoud van de verscheidene ziekenhuisprogramma's en het begrip basisziekenhuis. Door het begrip van basisziekenhuis wordt de oprichting van de alleenstaande categorale ziekenhuizen onmogelijk.

## **6. Definitie van de programma's voor bijzondere doelgroepen**

Deze programma's richten zich op groepen patiënten met herkenbare pathologie die een bijzondere, in de regel uitgesproken multidisciplinaire deskundigheid, organisatie en/of infrastructuur vereisen.

Zo zijn er een aantal programma's waarvan het gespecialiseerd karakter rechtstreeks volgt uit de specificiteit van de doelgroep waarop zij zich richten zoals bijv. chronische nierinsufficiëntie, perinatale zorg ("moeder en kind"), intensieve zorgen voor neonatologie, zware brandwonden, hemato-oncologie, polytraumata.

Een verdere definitie van deze specifieke programma's en hun karakteristieken (doelgroep, aard en inhoud van de zorg, minimale volumes, vereiste infrastructuur, vereiste medische en niet medische personeelondersteuning en deskundigheid, kwaliteitsnormen en kwaliteitsopvolging) zal gebeuren.

## **7. Definitie van de "outliers".**

"Outliers" zijn patiënten die naar ernst van de pathologie, zwaarte van de zorg, verblijfsduur, inzet van de middelen, ... dermate uitzonderlijk zijn dat zij niet in een algemene groep van vergelijkbare patiënten zijn in te passen. Het aandeel dat zij kunnen uitmaken van de totale ziekenhuisactiviteit dient verder gedefinieerd. Een aangepast financieringsmechanisme dient ontwikkeld. Voorbeelden uit het buitenland kunnen hierbij mede richtinggevend zijn.

## **8. Differentiatie naar zwaarte.**

Mede met het oog op een correcte berekening van de financieringsbehoefte van ieder programma kunnen binnen ieder programma een aantal klassen van zwaarte van verzorging worden onderscheiden, bijv. op basis van leeftijd en/of verdeling van de MVG-scores en de Minimale Sociale Gegevens voor de betrokken opnames.

Het aantal klassen van zwaarte van verzorging dient voor ieder programma te worden bepaald.

Bij het vastleggen van de financiering zal rekening gehouden worden met de eventuele elementen die reeds in een basisfinanciering voorkomen.

## II. CONCRETE AANDACHTSPUNTEN

### 1. "Kind-functie"

Inzake het voorstel van de "kind-functie" verwijst de Raad naar deel I van het advies met daarin de aanduiding van de wijze waarop de kind-georiënteerde programma's zullen worden gedefinieerd en in het ziekenhuisconcept geïntegreerd.

De Raad wenst op de concrete invulling niet vooruit te lopen. De intentie om de dienst voor kindergeneeskunde en de materniteit als één geheel te beschouwen, dat steeds gezamenlijk beschikbaar moet zijn, is evenwel niet conform de hoger afgelijnde principes.

De automatische koppeling van de voorzieningen voor ziekenhuiszorg voor kinderen aan de aanwezigheid van een materniteit in hetzelfde ziekenhuis is overigens niet evident. Het voorstel tot verplichte en exclusieve opname op een pediatrische dienst van alle kinderen, ongeacht de reden van hun opname, wordt afgewezen.

In het nieuwe erkenningsconcept wordt de perinatale zorg (materniteit, moeder en kind) als een gespecialiseerd programma voorgesteld. Daarnaast zullen gespecialiseerde programma's voor bijzondere maternale (hoogrisicozwangerschappen) en bijzondere neonatale zorg worden voorzien. Omtrent deze programma's heeft de Raad reeds op 14 januari 1993, weze het met gebruik van een andere terminologie, advies gegeven waarin o.a. een koppeling tussen beide gespecialiseerde programma's is voorzien.

Vooraleer het minimum aantal bevallingen te verhogen vraagt de Raad dat de reeds bestaande adviezen van de N.R.Z.V en de reeds bestaande K.B.'s met betrekking tot de organisatie van de maternale en neonatale ziekenhuiszorg in België ook uitgevoerd worden. Deze uitvoering zal het landschap van perinatale ziekenhuisvoorzieningen reeds enigszins herteekenen.

### 2. Bedbezetting, verblijfsduur, vermindering en reconversie van bedden, herverdeling van middelen.

De Raad acht het op dit ogenblik voorbarig omtrent de vragen van de Minister uitspraak te doen. Op een overwegend structurele benadering gebaseerde maatregelen kunnen de geloofwaardigheid van de heroriëntering van het beleid in een activiteit- en programmegeoriënteerde benadering verregaand hypothekeren. Het is te verwachten dat een erkenning, en de daaraan gekoppelde financiering op basis van bij de reële geobjectiveerde behoeften van de bevolking aansluitende programma's, de efficiëntie waarmee de middelen worden ingezet, aanzienlijk zal kunnen verhogen. Alleen reeds het optimaler gebruik van het dagziekenhuis - op voorwaarde uiteraard dat het harmonisch in het gehele ziekenhuisconcept wordt geïntegreerd - zal substantieel tot de verbetering van de kost-effectiviteitsverhouding bijdragen.

De Raad meent dat van een opgelegde, structurele beddenafbouw geen rationalisatie in het gebruik van middelen kan worden verwacht. En dat om meerdere redenen.

1. Verplichte "beddenafbouw" volgens structurele regels leidt tot een resultaat dat tegenstrijdig is met het doel (minder opnamedagen). Door de bedreiging van administratieve beddenafbouw maakt de overheid van een goed waarvan er overaanbod is, een schaars goed. De neiging ontstaat bedden kunstmatig te bezetten (en uit te kienen hoe dit kan binnen de financieringsregels) om ze toch maar te behouden. Voor beddentransferten tussen ziekenhuizen wordt, omwille van deze schaarste, een prijs betaald.

De huidige financieringsregels streven naar een vermindering van het aantal verpleegdagen via de bevordering van kortere verblijfduren en meer daghospitalisatie. De ziekenhuizen dienen maximaal aangemoedigd te worden om hun bedden capaciteit op vrijwillige wijze aan te passen aan deze trend.

2. Een belangrijke reden bovendien waarom mogelijke beddenvermindering in een aantal gevallen niet kan doorgevoerd worden is het gebrek aan middelen om het sociaal passief te dekken. Indien hiervoor geen positieve oplossingen aangeboden worden, mag men de ziekenhuizen niet ten kwade duiden dat ze zich defensief en ontwijkend opstellen.

3. Te weinig erkend en geanalyseerd is het effect van de verkorte verblijfsduur op de ziekenhuisorganisatie en personeelsomkadering. Bij gemiddeld kortere verblijfsduur is er grotere turn-over van patiënten. Dit verhoogt de arbeidsdruk voor het verzorgend personeel, maar ook in de medisch-technische diensten, de onderhoudsdiensten en de ondersteunende diensten. De terechte evolutie naar ambulante opvang, dagziekenhuis, short-stay, enz. heeft als neveneffect dat het pathologieprofiel van de overblijvende gehospitaliseerde patiënten zwaarder en complexer wordt.

Door deze evoluties verandert de taakbelasting en taakinhoud voor het verpleegkundig en verzorgend personeel. De taakbelasting wordt zwaarder en de taakinhoud vereist een hogere basisopleiding en bijkomende scholing, wat hogere kosten meebrengt.

Verplichte beddenafbouw is dus niet de adequate techniek om de gewenste evolutie te ondersteunen, en zal eerder de neiging tot behoud van bedden (en verblijfsdagen) doen toenemen. Alleen een juiste financiering via programma's zal leiden tot een spontane afbouw van het gebruik van ziekenhuisbedden.

Dit kan nu reeds gestimuleerd worden :

Initiatieven van ziekenhuizen die op vrijwillige basis de hen toegewezen financiële middelen naar een meer rationeel gebruik oriënteren dienen reeds nu (ook financieel) ondersteund. De flexibiliteit, het eigen initiatief en de creativiteit van de ziekenhuizen dienen te worden gerespecteerd en optimaal gestimuleerd.

Op die wijze kunnen de ziekenhuizen doorheen het veranderingsproces zich aan de wijzigende behoefte aan personeel aanpassen.

De werkelijkheid van toenemende arbeidsintensiviteit wordt bevestigd door de groeiende tewerkstelling in de sector ondanks het feit dat de officiële personeelsnormen als basis voor financiering niet werden aangepast.

De nieuwe financieringsbasis zal een positief effect hebben op de personele middelen.

Vooreerst zal een juistere omkadering mogelijk worden, wat neerkomt op een (verdere) herverdeling van de personele middelen in functie van geobjectiveerde verzorgingsbehoeften (M.V.G.). Hierbij mag niet uit het oog worden verloren dat deze nieuwe vormen van opvang en behandeling nieuwe taken met zich meebrengen (bijv. voor ondersteunende diensten van het ziekenhuis) en dat de groep patiënten die overblijft een zwaarder pathologieprofiel heeft.

Bovendien dient de basisomkadering voor ondersteunende diensten en functies behouden te blijven, zodat een eventuele vermindering zeker niet lineair kan zijn.

Een correcte financiering van programma's zal ook zijn gevolgen hebben voor de technische prestaties. Deze kostenfactor kan ongetwijfeld verder worden gereduceerd zodat middelen vrijkomen voor financiering van nieuwe technologieën.

Samenvattend :

Het weze duidelijk dat voor de Raad alle door rationalisatie gerealiseerde bijkomende middelen in de ziekenhuizen zelf dienen gereïnvesteed te worden.

Wij adviseren de aanpak via stimulansen, responsabilisering van de ziekenhuizen zelf en geleidelijkheid. Het verleden heeft niet alleen uitgewezen dat deze manier van werken het beste resultaat oplevert, maar ook dat afwijken er van tot catastrofes leidt.

Wij pleiten derhalve voor het reïnvesteren van de personele middelen in de ziekenhuizen :

- 1° in functie van de pathologiegebonden behoeften voor hospitalisatie en andere patiëntenkarakteristieken,
- 2° in het stimuleren van het dagziekenhuis, kortverblijf, ambulante zorgen en andere vormen van medisch-specialistische ziekenhuiszorg.

De oudenrenzorg verdient een eigen politiek, passend in een globaal gezondheidsbeleid.

De federale overheid dient deze politiek uit te werken in overleg met de Gemeenschappen.

In het door de bevoegde ministers uit te stippelen beleid voor ouderenzorg, is het aangewezen dat de zorg voor de ouderen in een continuum wordt aangeboden, zodat de oudere ten allen tijde op de, voor hem op dat ogenblik meest aangewezen faciliteit, beroep kan doen.

Van dit continuum maakt het specialistisch ziekenhuisprogramma voor geriatrische patiënten deel uit, inclusief het geriatrisch dagziekenhuis.

### 3. Associaties

De Raad onderstreept de noodzaak van de "Associaties", als vorm van samenwerking tussen ziekenhuizen in functie van de gemeenschappelijke realisatie van programma's.

De Raad zal steunend op de basisconcepten van erkenning volgens programma's in een later advies de specifieke vereisten van door ziekenhuizen in associatie gezamenlijk gerealiseerde programma's expliciteren, evenals van deze georganiseerd in het kader van functionele samenwerkingsverbanden.