

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID
VAN DE VOEDSELKETEN EN
LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 14 juni 2012

**Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/413- 5 (*)

**Advies inzake maatregelen om samenwerking tussen ziekenhuizen te
bevorderen**

Namens de Voorzitter,

Dhr Peter Degadt

De Secretaris

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 8 november 2012

De werkgroep ‘hinderpalen voor de samenwerking tussen ziekenhuizen’ van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft dit advies voorbereid als antwoord *op de vragen van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken van 3 augustus 2010 en 27 januari 2012.*

De eerste vraag vermeldt uitdrukkelijk de Koninklijke besluiten van 30 januari 1989 inzake de groepering, van 31 mei 1989 inzake de fusie en van 25 april 1997 inzake de associatie en de programmatie van psychiatrische ziekenhuisbedden.

De tweede vraag verwijst naar het Regeerakkoord van 2011 over het bevorderen van samenwerking en toenadering tussen ziekenhuizen door het wegwerken van juridische en financiële belemmeringen in de samenwerking.

De werkgroep vergaderde 6 maal in 2012: op 20 februari, 14 maart, 18 april, 16 en 30 mei en , na een eerste bespreking in de Afdelingen Financiering en Erkenning & Programmatie, ook nog op 30 augustus.

De werkzaamheden werden op een bijzonder efficiënte en constructieve wijze ondersteund door ambtenaren van de administratie, ondermeer door een overzichtsnota van de FOD over aandachtspunten. De Raad bedankt hen hiervoor.

Algemene vaststellingen

Bij de besprekingen blijken er meer hinderpalen, niet alleen juridische, voor samenwerking op te duiken dan eerst werd vermoed.

Een niet exhaustieve lijst:

1. De wet op de ziekenhuizen en zijn uitvoeringsbesluiten.
Bvb. de definities van een algemeen ziekenhuis die taakverdeling bemoeilijkt, de verouderde bestuurlijke organisatie van ziekenhuizen, vele normeringen van diensten, zorgprogramma's ..., de (duale) financiering, het statuut van de ziekenhuisgeneesheer, het stemrecht voor de medische raad bij activiteiten in verschillende ziekenhuizen, enz..., maar ook associaties en maatschappen tussen artsen.
2. De geneesmiddelenwet.
De interpretatie van de geneesmiddelenwet en besluiten over de ziekenhuisapotheek door het FAGG zijn bijwijlen contraproductief.
Hierover heeft de Raad, op voorstel van de werkgroep, een brief aan de minister voorgelegd aan de voorzitter van de Raad (zie bijlage).
3. KB 78 inzake de gezondheidszorgberoepen.
Een rigide aanpak van taakverdeling tussen de verschillende beroepen verhindert een innovatief en flexibel beleid.
4. Numerus clausus en contingentering
De schaarste aan sommige zorgverstrekkers zal samenwerking in sommige onderdelen van zorg onvermijdelijk maken en toch moet de kwaliteit bewaakt en bewaard worden.
5. Het arbeidsrecht.
Regels inzake terbeschikkingstelling van personeel bij samenwerking zijn geen aanmoediging om samenwerking te realiseren.
6. Aansprakelijkheid.
Bij samenwerking en taakverdeling komen ook bijzondere problemen inzake de aansprakelijkheid van werkgevers en werknemers te kijken.
7. Verschillende personeelsstatuten.

- De opvallend ongelijke arbeidsrechtelijke en financiële statuten van ambtenaren en contractuele personeelsleden bemoeilijken de samenwerking tussen openbare en privaatrechtelijke instellingen.
8. Fiscale wetgeving.
Een mogelijke toepassing van BTW op dienstverlening tussen ziekenhuizen in het kader van een samenwerking hangt als een zwaard van Damocles boven vele instellingen.
 9. De nood aan goede logistieke ondersteuning zoals telecommunicatie en informatica systemen en netwerken. Een taakverdeling tussen organisaties veronderstelt goede, efficiënte en beveiligde elektronische communicatie.
 10. De bevoegdheidsverdeling tussen verschillende politieke overheden en de bevoegdheidsverdeling tussen verschillende administraties vergemakkelijkt de samenwerking niet altijd (bv. tussen ziekenhuizen en centra geestelijke gezondheidszorg).

Uitgangspunten bij het advies.

De werkgroep heeft zich bij de voorbereiding van het advies in het algemeen geïnspireerd op volgende punten:

Elke samenwerking moet de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg minstens borgen, liefst verbeteren.

Gezien de vrijheid van verkeer voor personen, diensten en goederen, en gezien samenwerkingen met buitenlandse ziekenhuizen reeds bestaan, is de Raad van oordeel dat een associatie en groepering mogelijk moeten zijn met buitenlandse ziekenhuizen, uiteraard onder dezelfde voorwaarden als onder Belgische partners. Deze buitenlandse ziekenhuizen moeten zich dan ook openstellen voor de inspectiediensten van de gemeenschappen..

Bij samenwerking zijn horizontale benadering (bv. medisch-technische diensten en ondersteunende diensten), patiëntgerichtheid en taakverdeling belangrijke elementen.

De verdere ontplooiing van de ziekenhuiszorg heeft nood aan sociaal ondernemerschap wat een grote mate van vrijheid en flexibiliteit veronderstelt, maar ook nood aan rechtszekerheid. Het betekent natuurlijk ook verantwoordelijkheid en verantwoording.

Ook het belang van netwerking kan niet voldoende onderstreept worden. Ook hier hebben de ziekenhuizen nood aan vrijheid voor de invulling ervan want de situaties kunnen erg verschillen volgens de streek en de (niet-ziekenhuis) partners die betrokken worden. Toch zijn de voordelen potentieel erg groot: taakafspraken, grotere efficiëntie en betere zorgverlening. De overheid kan belangrijke ondersteuning geven aan deze vorm van samenwerking door kosten op zich te nemen.

Tenslotte moet samenwerking ook toelaten om de schaarse middelen, zowel menselijke als financiële, op de meest efficiënte manier te mobiliseren.

Gezien de specifieke vraag van de minister van 3 augustus 2010 heeft de werkgroep verkozen geen financieel luik aan het voorliggend advies te voegen en stelt aan de Raad voor om een afzonderlijke werkgroep van de Afdeling financiering hiervoor in het leven te roepen die op basis van dit advies dit financieel luik kan uitwerken.

Hieronder worden de adviezen verwoord als amendementen op de bestaande KB's. In een preambule geeft de Raad enige beschouwingen en motivaties voor de wijzigingen.

In de teksten van de KB's betekenen:

- (Op te heffen) = de volledige schrapping van artikel, paragraaf, punt of lid.
- (...) = de schrapping van woorden, delen van zinnen of zinnen in een lid, punt, paragraaf of artikel.
- **Woorden** in **vet**, *schuinschrift*, onderlijnd en met gele achtergrond = toevoegingen of vervangingen.

1. De fusie – KB van 31 mei 1989.

Artikel 1: Ondanks het feit dat samenwerking tussen verschillende soorten ziekenhuizen nu reeds mogelijk is, is de erkenning van een fusie onmogelijk. De Raad oordeelt dat de noodzakelijke vrijheid van bestuur het nodig maakt dat de belemmeringen geschrapt worden. Mogelijke problemen bij fusie met psychiatrische ziekenhuizen door het bestaan van andere mechanismen bij het vaststellen van het budget, kunnen opgelost worden. Financiering moet conformeren aan de beleidsvrijheid die een erkenning van een fusie creëert. Problemen of negatieve effecten van een fusie op de financiering moeten weggewerkt worden.

Artikel 2 (voorstel: blijft bestaan)

De fusie van ziekenhuizen is een proces met een begin en een einde. Op het einde van dat proces is er een nieuw ziekenhuis, gevestigd op een of meerdere plaatsen. Dan kan de term fusieziekenhuis niet langer gebruikt worden.

Het begrip 'vestigingsplaats' werd ingevoerd in de wet op ziekenhuizen, maar nog niet uitgevoerd. Ook een ziekenhuis dat nooit gefusioneerd is, moet de mogelijkheid hebben om een nieuwe vestigingsplaats te creëren.

Ook de financiering van de fusie moet (beter) geregeld worden.

Artikel 3 °3

De Raad is van oordeel dat het idee van maximumafstanden tussen ziekenhuizen achterhaald is en stelt voor om paragraaf 3° te schrappen.

De 'homogeniteit van diensten' is een onduidelijk begrip. De ziekenhuizen krijgen onvoldoende investeringsmiddelen om alle diensten op 1 vestigingsplaats te brengen. De Raad stelt voor om paragraaf 4° te schrappen.

Paragraaf 5° is overbodig en achterhaald door artikel 82 WZH.

Artikel 6

§ 2 °1

- a) De Raad oordeelt dat kwaliteitsborging adequater is dan kwaliteitsverbetering
- b) Het begrip "rationalisatie" is onduidelijk. De Raad stelt voor om te schrappen.
- c) De Raad stelt voor om te schrappen gezien deze bepaling overbodig is want intrinsiek aan een fusie.

§ 2 °3: De Raad stelt voor om dit op te frissen.

De Raad stelt voor om nieuwe elementen te introduceren: het voorleggen van een fusieplan waarbij het ziekenhuis moet aantonen dat het een concept kan realiseren (waar iedereen achter staat) en dat de fusie een verbetering oplevert. Het plan moet de volgende elementen bevatten: een advies van de ziekenhuisartsen, een zorgstrategische oefening en plan en een businessplan (te realiseren over meerdere jaren)

§ 3: De Raad stelt voor om dit op te frissen.

§ 4: De Raad stelt voor om te schrappen.

31 MEI 1989. - Koninklijk besluit houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen.

Artikel 1. Dit besluit is van toepassing op alle ziekenhuizen (...).

Art. 2. Voor de toepassing van dit besluit wordt onder het begrip " fusie van ziekenhuizen " verstaan het proces van het samenbrengen, na de bekendmaking van dit besluit, van twee of meerdere afzonderlijk erkende ziekenhuizen, die al of niet van een verschillende macht afhangen, en die zich op verschillende vestigingsplaatsen bevinden, tot op het ogenblik dat er sprake is (...) van één enkele beheerder en (...) één enkele erkenning.

Art. 3. (op te heffen)

1° (...)

2° (...)

3° (op te heffen)

4° (op te heffen)

5° (op te heffen)

6° (...) vernietigd bij arrest Raad van State van 18 februari 2005

Art. 3bis. (...) vernietigd bij arrest Raad van State van 30 september 2003

Art. 4. De ziekenhuizen van de fusie moeten gezamenlijk ten minste beantwoorden aan de eisen voorzien in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van nadere normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Art. 5. (Opgeheven)

Art. 6. § 1. De beheerders van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de fusie sluiten een overeenkomst af hierna " het fusieplan " genoemd.

§ 2. In het § 1 bedoelde fusieplan dienen minstens de volgende aangelegenheden te worden geregeld :

1° de algemene doelstellingen van de fusie, waaronder :

a) een zorgstrategisch en medisch plan

b) een personeelsplan c) een financieel plan ()).

2° de juridische vorm van de fusie;

3° (...)de kwaliteitsborging.

...)

)

§ 3. Het in § 1 bedoelde fusieplan moet een organigram bevatten van het fusieziekenhuis, met ondermeer de beheerder, (...) de directeur, (...) de hoofdgeneesheer en (...) het hoofd van de verpleegkundige diensten en (...) de wijze van samenstelling van de medische raad

§ 4. (Op te heffen)

Art. 6bis. (Opgeheven)

Art. 7. Dit besluit treedt in werking op de datum van bekendmaking in het Belgisch Staatsblad.

Art. 8. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

2. De associatie – KB van 25 april 1997

Het was oorspronkelijk de bedoeling van de wetgever om aan de associatie een specifieke financiering te koppelen. Tot op heden is dat niet gebeurd. Ook de nomenclatuur werd niet aangepast. Noch in het BFM, noch in de nomenclatuur zijn er duidelijke aansporingen om een associatie aan te gaan. Zelfs besparingen door efficiëntiewinsten worden (financieel) niet beloond.

Zelfs in bestaande associaties, vnl. voor de MUG, leert de ervaring dat één vergadering per jaar al een opgave is. Daarom wordt er vaak gekozen voor een gewone samenwerking. Op dit ogenblik is een associatie een log instrument dat getuigt van een achterdocht vanwege de overheid, maar het heeft een zeker nut, voornamelijk op medisch vlak. Een gezamenlijk personeelsbeleid wordt bemoeilijkt door reglementering op arbeid, sociale zekerheid en fiscaliteit.

Het inwendige structuur van ziekenhuizen is sinds het associatiebesluit 1997 grondig gewijzigd (kanteling van verticale naar horizontale structuur).

De werkgroep pleit ervoor om een associatie volgens de Belgische normen tussen een Belgisch ziekenhuis en een buitenlands ziekenhuis mogelijk te maken. .

Het KB vergt dus een grondige herziening.

De Raad stelt voor om de associatie als instrument van samenwerking te behouden. Logge en ondoordachte normen dienen te worden gewijzigd.

De Raad stelt de wijzigingen voor zoals aangebracht in het document hieronder.

De Raad vestigt de aandacht op volgende punten :

- De **associatie zorggebied** mag de vrijheid en de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen niet beknotten. Het mag er in geen geval toe leiden dat samenwerking is uitgesloten voor ziekenhuizen die zich fysiek niet binnen een ‘zorggebied’ of regio bevinden. De associatie zorgregio is aanvaardbaar indien ze de samenwerking tussen ziekenhuizen bevordert.

- De **structuur** die momenteel voorzien is voor de associatie is een kopie van de verticale structuur van het ziekenhuis. Herziening en vereenvoudiging zijn aangewezen. De Raad oordeelt dat de beheerders de vrijheid moeten om zelf de associatie-overeenkomst te regelen.
- De artsen van het medisch comité zijn gedelegeerd maar kunnen niet autonoom van de medische raden van de deelnemende ziekenhuizen functioneren. Het autonoom functioneren van de gedelegeerde artsen vergt een wijziging van de ziekenhuiswet (voorzien dat de medische raad via verzaamd advies delegeert). Ter vereenvoudiging stelt de Raad voor om op het beleidsniveau enkel het POC te behouden. Wat betreft het operationeel niveau blijft de algemeen coördinator als verantwoordelijke voor de coördinatie op alle domeinen.
- De inhoud van de associatieovereenkomst is veel te gedetailleerd geregeld. Het toont het wantrouwen van de overheid aan. De Raad stelt voor om grondig te vereenvoudigen.

25 APRIL 1997. - Koninklijk besluit houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen.

HOOFDSTUK I. - Toepassingsgebied en begripsomschrijvingen.

Artikel 1. Dit besluit is van toepassing op alle ziekenhuizen en op een associatie tussen Belgische en buitenlandse ziekenhuizen

Art. 2. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° "associatie" : het juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen twee of meerdere ziekenhuizen gericht op het gezamenlijk exploiteren van één of meerdere zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten, dat erkend is door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft;

2° "voorwerp van de associatie" : de zorgprogramma's, de ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten, waarover een overeenkomst bestaat om ze in een associatie uit te baten;

3° (Op te heffen)

4° "associatieovereenkomst" : de overeenkomst zoals bedoeld in artikel 16 van dit besluit.

5° " associatie zorggebied " : een associaties zoals bedoeld in punt 1° tussen ziekenhuizen die zich binnen een welbepaald omschreven gebied bevinden, hierna " zorggebied " genoemd. De gemeenschappelijke exploitatie van het voorwerp van de associatie heeft als doel het ziekenhuisaanbod af te stellen op de verantwoorde behoeften van de bevolking van het betreffende zorggebied door te specialiseren of te concentreren op een minimum van vestigingsplaatsen.

HOOFDSTUK II. - Erkenning van associaties.

Art. 3. Om als associatie te worden erkend en erkend te blijven, moet worden voldaan aan de bepalingen van dit besluit.

Onverminderd de toepassing van de in Hoofdstuk IV vermelde specifieke normen voor de " associatie zorggebied ", zijn de in Hoofdstuk III omschreven normen van toepassing op elke associatie.

Indien voldaan wordt aan de specifieke normen zoals bedoeld in Hoofdstuk IV, erkent de overheid bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen, specifiek een " associatie zorggebied ".

HOOFDSTUK. III. - Normen toepasselijk op de associatie.

Afdeling 1. - Algemene bepalingen.

Art. 4. Het oogmerk van de associatie bestaat in de gemeenschappelijke exploitatie door twee of meer ziekenhuizen van het voorwerp van de associatie met als doel het waarborgen van de optimale aanwending van de beschikbare middelen, door overlappingsen in het aanbod van diensten te vermijden en het waarborgen van de kwaliteit van de verzorging en het optimaliseren van de werking en de infrastructuur van de deelnemende ziekenhuizen.

Art. 5. (Op te heffen)

Art. 6. (opgeheven)

Art. 7. § 1. De kostprijs van het voorwerp van de associatie dient te blijken uit de boekhouding van de deelnemende ziekenhuizen, elk voor wat betreft hun vestigingsplaats.

§ 2. In afwijking van § 1 van dit artikel dient de associatie waarvan het voorwerp of een onderdeel ervan zich bevindt buiten de vestigingsplaats van de deelnemende ziekenhuizen een eigen boekhouding te voeren die de kostprijs ervan doet blijken.

Art. 8. § 1. De deelnemende ziekenhuizen moeten de in artikel 86 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde statistische gegevens meedelen die betrekking hebben op het voorwerp van de associatie voor zover dit zich op hun vestigingsplaats bevindt.

§ 2. In afwijking van § 1 van dit artikel deelt de associatie waarvan het voorwerp of een onderdeel ervan zich buiten de vestigingsplaats van de deelnemende ziekenhuizen bevindt, de in voornoemd artikel 86 bedoelde statistische gegevens hiervoor mee.

Art.9. Wanneer een ziekenhuis, met het oog op een erkenning van het ziekenhuis of van zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten of medisch-technische diensten, als randvoorwaarde over bepaalde zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten of medisch-technische diensten moet beschikken, volstaat het (...) dat deze worden uitgebaat door een erkende associatie waarbij het bedoelde ziekenhuis is toegetreden, behoudens bij uitzonderingen door Ons bepaald.

Afdeling 2. - Structuur van de associatie.

Art. 10. (Op te heffen)

Art. 11. (Op te heffen)

Art. 12. § 1. (...) Er wordt een procedure van rechtstreeks overleg ingesteld voor de aangelegenheden met betrekking tot de associatie waarvoor door of krachtens titel IV van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, het advies of akkoord van één of meerdere van de medische raden vereist is.

§ 2. Het rechtstreeks overleg gebeurt in de schoot van een daartoe ingesteld permanent overlegcomité dat samengesteld is uit (...) gemandateerde geneesheren van de onderscheiden medische raden en uit gemandateerden van de beheerders van de verschillende deelnemende ziekenhuizen .

§ 3. Voornoemd permanent overlegcomité poogt een consensus te bereiken voor alle in § 1 van dit artikel voornoemde aangelegenheden.

§ 4. Indien een consensus wordt bereikt zijn de gemandateerden gehouden die te verdedigen bij hun opdrachtgevers.

Art. 13. § 1. In elke associatie wordt een algemeen coördinator aangesteld volgens de modaliteiten bepaald in de overeenkomst.

§ 2. De algemeen coördinator wordt belast met de organisatie en coördinatie van de (...) activiteiten van de associatie, in samenspraak met de (...) deelnemende ziekenhuizen, zoals dit nader wordt uitgewerkt in de associatieovereenkomst.

Art. 14. (Op te heffen.)

Art. 15. (Op te heffen.)

Afdeling 3. - Associatieovereenkomst.

Art. 16. De beheerders van de deelnemende ziekenhuizen sluiten een overeenkomst af, "de associatieovereenkomst" genoemd, die goedgekeurd moet worden door de Minister die de erkenning onder zijn bevoegdheid heeft.

In de associatieovereenkomst worden minstens de volgende aangelegenheden geregeld :

1° de zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten die het voorwerp uitmaken van de associatie;

2° algemene doelstellingen van de associatie, waaronder :

a) een zorgstrategisch en medisch plan;

b) een personeelsplan ;

c) het financieel plan;

3° het concept en de integratie van de activiteit in de deelnemende ziekenhuizen;

4° de vestigingsplaats van het voorwerp van associatie;

5° (Op te heffen.)

6° juridische vorm van de associatie, met in voorkomend geval de samenstelling van de beheersorganen;

7° de kwaliteitsborging van de zorgverlening 8° de organisatie en coördinatie van de activiteiten van de associatie met daarin begrepen de wijze van aanstelling van de algemeen coördinator; ;

9° (Op te heffen.)

10° (Op te heffen.)

- 11° (Op te heffen.)
- 12° (Op te heffen.)
- 13° (Op te heffen.)
- 14° regeling voor de geschillen tussen de partijen;
- 15° de duur van de overeenkomst en de modaliteiten van een gebeurlijke opzegging.

Hoofdstuk IV. - Specifieke normen toepasselijk op de associatie zorggebied.

Afdeling 1. - Algemene bepalingen.

Art. 16bis. In aanvulling op artikel 4 bestaat het oogmerk van de associatie zorggebied in de gemeenschappelijke exploitatie van het voorwerp van de associatie met als doel het afstellen van het ziekenhuisaanbod op de behoeften van de bevolking binnen het betreffende zorggebied door de specialiseren of te concentreren op een minimum van vestigingsplaatsen binnen een termijn van maximaal 10 jaar vanaf de erkenning van de associatieovereenkomst, van ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, medische diensten, medisch-technische diensten of zorgprogramma's die door de associatie zorggebied worden geëxploiteerd.

Art. 16ter. § 1. Het grondgebied waarop het voorwerp van de associatie " zorggebied " betrekking heeft, wordt bepaald per administratief arrondissement of samengevoegde aangrenzende arrondissementen met tenminste 150 000 inwoners.

Voor de toepassing van het eerste lid kunnen enkel administratieve arrondissementen die geografisch aan elkaar sluiten, worden samengevoegd tot één zorggebied.

§ 2. Indien een ziekenhuis over meer vestigingsplaatsen beschikt, kunnen enkel die activiteiten in de associatie zorggebied worden ingebracht die worden georganiseerd op de vestigingsplaatsen welke zich binnen de in § 1 bedoelde zorgregio bevinden.

Art. 16quater. In afwijking op artikel 7, § 1, voert de associatie " zorggebied " een eigen boekhouding indien de associatie in toepassing van artikel 69 van de wet op de ziekenhuizen wordt uitgebaat door een rechtspersoon.

Art. 16quinquies. In afwijking op artikel 8, § 1, deelt de associatie zorggebied, indien ze wordt uitgebaat door een rechtspersoon, de in artikel 86 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde statistische gegevens mee met betrekking tot het voorwerp van de associatie.

Afdeling 2. - Associatieovereenkomst.

Art. 16sexies. In aanvulling op artikel 16 dienen in de associatieovereenkomst van een associatie zorggebied volgende aangelegenheden te worden geregeld :

- a) de zorgregio waarbinnen de associatie " zorggebied " werkzaam is;
- b) het medisch en organisatorisch project als omschreven in het doel van de associatie;
- c) de fasen en het tijdschema voor het specialiseren en samenbrengen van ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten, technische diensten of zorgprogramma's bedoeld in artikel 16, tweede lid, 1°;
- d) de maatregelen die zijn getroffen om ervoor te zorgen dat de bevolking van de zorgregio toegang heeft tot gespecialiseerde gezondheidszorg naargelang van de behoeften.
- e) (Op te heffen.)

f) (Op te heffen.)

g) (Op te heffen.)

Art. 16septies. Bij het ter goedkeuring voorleggen van de overeenkomst aan de overheid bevoegd voor de erkenning van ziekenhuizen :

a) zet de associatie eventueel uiteen waarom de overeenkomst niet alle ziekenhuizen van een bepaald gebied bindt;

b) vermeldt de associatie de associatieovereenkomsten die door de deelnemende ziekenhuizen met andere zijn afgesloten zonder toepassing van de bepalingen van Hoofdstuk IV.

HOOFDSTUK. VI. - Slotbepalingen.

Art. 17. De bepalingen van dit besluit doen geen afbreuk aan de door of krachtens de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, opgelegde verdergaande vormen van samenwerking.

Art. 18. Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 25 april 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,

M. COLLA

De Minister van Sociale Zaken,

M. DE GALAN

3. De groepering – KB van 30 januari 1989.

In 1989 zagen wij twee soorten groeperingen ontstaan, een verplichte om aan de normen te beantwoorden en een vrijwillige. Nu heeft enkel de vrijwillige groepering nog nut maar het aantal is erg laag omdat sommige wettelijke bepalingen een belemmering vormen (vb. overleg in comité over elke verbouwing). Een ziekenhuisgroepering ontstaat soms als aanloop voor een fusie. Sommige ziekenhuizen met 1 beheer maar 2 erkenningsnummers maken er soms gebruik van omdat het bvb. de aanstelling van gemeenschappelijke diensthoofden mogelijk maakt of de oprichting van één medische raad (alhoewel hiervoor een groepering niet echt noodzakelijk is). Met andere woorden, een ziekenhuisgroepering is dikwijls gericht op een medische integratie.

Een groepering is niet gebonden aan een bepaald voorwerp zoals de associatie en brengt ook minder nadelen met zich mee in vergelijking met de associatie.

De Raad pleit dan ook voor het behoud van de ziekenhuisgroepering maar op bepaalde vlakken dient er evenwel een nieuwe dynamiek te worden gecreëerd.

De werkgroep pleit ervoor om een groepering volgens de Belgische normen tussen een Belgisch ziekenhuis en een buitenlands ziekenhuis mogelijk te maken.

De Raad stelt voor dat de Afdeling Financiering zich buigt over de financiële bepalingen in het koninklijk besluit.

De Raad stelt een aantal wijzigingen voor zoals in bijlage.

Bij deze horen volgende aandachtspunten :

- Bij het lezen van het KB van 30 januari 1989 moet duidelijk een onderscheid worden gemaakt tussen de ziekenhuizen waarop het KB van toepassing is (artikel 1) en de ziekenhuisbedden die in aanmerking worden genomen voor de berekening zoals vervat in artikel 2;
- In het kader van de staatshervorming zullen geïsoleerde G-diensten niet meer tot de federale bevoegdheid horen. De Raad vraagt zich af hoe de organieke wetgeving en de uitoefening van de geneeskunst in deze overdracht zullen kaderen.
- Een minimum aantal bedden heeft in de huidige context weinig zin vermits het besluit zelf uitzonderingen voorziet (artikel 2, § 1bis, en artikel 3, §§ 1 en 2).
- Een maximum aantal bedden heeft in de huidige context ook geen zin meer;
- In artikel 2, § 4, over de kraaminrichting is het niet duidelijk waarop het geïsoleerd zijn betrekking heeft. Gaat het om een geografische isolatie maar maakt de kraaminrichting toch nog steeds deel uit van een ziekenhuis dat over bepaalde diensten beschikt. Of is het noodzakelijk dat op de vestigingsplaats van de kraaminrichting bepaalde andere diensten aanwezig zijn? De Raad acht het meer aangewezen bepalingen ter zake op te nemen in de normen van de kraaminrichting maar dit overschrijdt de opdracht van de werkgroep.
- Het tweede lid van artikel 8 is niet duidelijk. Dat men in uitvoering van deze bepaling niet mag bundelen lijkt in strijd met de complementariteit die wordt nagestreefd. Bovendien mogen ziekenhuizen buiten het kader van de ziekenhuisgroepering wel 'groeperen'. De Raad stelt voor om het tweede lid te schrappen;
- De bepaling vervat in artikel 9, 3°, in verband met de homogeniteit van diensten is terug te voeren op de toepassing van de bezettingsgraden. Intussen bevinden er zich geen ziekenhuizen meer in de gevarenzone. Bovendien kan men zich vragen stellen of het aanvaardbaar is dat een dienst functioneert met een bedcapaciteit van 2/3. De bepaling heeft bovendien weinig zin daar ze sowieso niet van toepassing is op de basisdiensten. De Raad stelt voor om de bepaling te schrappen.
- In overeenstemming met de associatie wordt ook voor de groepering enkel een algemeen coördinator verplicht (wijziging artikel 9, 4°);
- De bepalingen van artikel 9, 5° en 6°, zijn veel te zwaar en vormen een belemmering. De Raad stelt voort om te schrappen.
- De Raad beschouwt een minimumperiode van 10 jaar als een hinderpaal en stelt een opzegperiode van 2 jaar voor (artikel 12, §3).

- Het voorleggen van een bewijs van overleg bij elke vergunningsaanvraag vormt een belemmering. De Raad stelt voor om artikel 13, §3 te schrappen.

30 JANUARI 1989. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

HOOFDSTUK I. - Toepassingsgebied.

Artikel 1. Dit besluit is van toepassing op alle ziekenhuizen en op een groepering tussen Belgische en buitenlandse ziekenhuizen. .

Art. 1bis. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° dagziekenhuis : het geheel van ziekenhuisactiviteiten waarvoor een maxi- of super-forfait of een forfait A, B, C of D in de ziekteverzekering aangerekend wordt overeenkomstig artikel 4, §§ 4, 5 en 5bis van de overeenkomst gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen;

2° een theoretische plaats : het resultaat van de formule

$$\text{SIGMA (Nj} \times \text{SVj) j/250}$$

waarbij :

Nj = het aantal chirurgische (verstrekkingen) (j) waarvoor een maxi- of superforfait of een forfait A, B, C of D in de ziekteverzekering aangerekend wordt overeenkomstig artikel 4, §§ 4, 5 en 5bis van de overeenkomst gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen;

SVj = de substitutie verblijfsduur voor (verstrekking) j waarbij de lijst met deze nationale waarden in bijlage 2 wordt omschreven.

Dit theoretisch aantal plaatsen wordt jaarlijks berekend op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Bij de vaststelling van het aantal theoretische plaatsen wordt steeds op de dichtstbijzijnde eenheid afgerond;

3° N.A.L. : het negatief aantal ligdagen zoals bedoeld in punt 5 van de bijlage 4 bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, (...);

4° (...)

5° groepen van ziekenhuisdiensten :

a) de groep der volwassenendiensten : deze groep omvat de dienst voor diagnose en heilkundige behandeling (kenletter C), de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D), de dienst voor intensieve zorgverlening (kenletter I), de dienst voor geriatrie (kenletter G), de dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L) en de dienst voor tuberculosebehandeling in algemene ziekenhuizen (kenletter B);

b) de pediatriedienst (kenletter E);

c) de dienst voor intensieve neonatale zorg (kenletter N) (of, met ingang van 1 januari 1997 de dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC));

- d) de materniteit (kenletter M);
- e) de groep der psychiatrische diensten : deze groep omvat de dienst voor neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A), de dienst neuro-psychiatrie voor kinderen (kenletter K), de dienst neuro-psychiatrie voor behandeling (Kenletter T) en de gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp psychogeriatrische aandoeningen).

HOOFDSTUK II. - Algemene inrichting van de ziekenhuizen.

Art. 2. § 1. Met uitzondering van de geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G), de geïsoleerde Sp-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen moet ieder ziekenhuis beschikken over

1°

2° de hiernavolgende soorten van ziekenhuisdiensten:

a) een dienst waar zowel chirurgische activiteit als activiteit in het domein van de inwendige geneeskunst verricht wordt (C-D-dienst);

b) een dienst voor geriatrie (kenletter G) of een dienst voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A) of een kraaminrichting (kenletter M) of een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E)

3° de hiernavolgende functies :

a) anesthesiologie;

b) radiologie;

c) basisactiviteiten van klinische biologie. Voor wat de prestaties betreft die de basisactiviteit te buiten gaan, volstaat het dat het ziekenhuis, via een samenwerkingsakkoord, beroep kan doen op een volledig uitgebouwde functie;

d) revalidatie;

e) basisactiviteiten van ziekenhuisapotheek. Voor wat de prestaties betreft die de basisactiviteit te buiten gaan, volstaat het dat het ziekenhuis, via een samenwerkingsakkoord, beroep kan doen op een volledig uitgebouwde functie. >

f) vanaf de door Ons nader te bepalen datum, palliatieve zorg.

Het in de punten c) en e) vermeld begrip van basisactiviteit kan door Ons nader worden omschreven.

4° de hiernavolgende zorgprogramma's :

- een zorgprogramma voor oncologische basiszorg indien het ziekenhuis niet beschikt over een erkend zorgprogramma voor oncologie;

5°) de permanente aanwezigheid van een geneesheer.

Ieder ziekenhuis dat over een kraaminrichting (kenletter M) beschikt, moet over een functie van neonatale zorg (N*-functie) beschikken.

§ 1bis. Door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft kan slechts een afwijking op § 1, 1°, 2° en 3° worden toegestaan aan de ziekenhuizen waar terzelfdertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren.

§ 2. (Op te heffen.)

§ 3. (Op te heffen.)

§ 4. Een kraaminrichting mag niet geïsoleerd opgesteld staan, maar moet steeds deel uitmaken van een ziekenhuis bestaande uit ten minste een dienst waar zowel chirurgische activiteit als activiteit in het domein van de inwendige geneeskunst verricht worden (C-D-dienst).

Art. 4. (Opgeheven)

Art. 5. (Opgeheven)

Art. 6. (Opgeheven)

Art. 7. Indien een ziekenhuis (...) niet langer meer beantwoordt aan artikel 2, § 1 of artikel 3, kan door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft, tijdelijk, met een maximumperiode van (één jaar), die aanvangt op de dag van de bekendmaking van de beslissing genomen in uitvoering van Hoofdstuk IV, een afwijking op artikel 2, § 1 of op artikel 3 worden toegestaan (en dit onverminderd de bepalingen van artikel 2, § 3).

In dat geval dient de beheerder van het betrokken ziekenhuis aan de voormelde Minister een plan ter goedkeuring voor te leggen, dat er toe strekt een fusie (...) met één of meerdere andere ziekenhuizen aan te gaan.

(Lid 3 opgeheven)

HOOFDSTUK III. - De ziekenhuisgroepering.

Art. 8. Onder het begrip " 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 of uitrustingen, om aldus beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. (...)

Art. 9. Een groepering dient, om te worden erkend, steeds te beantwoorden aan de volgende voorwaarden :

1° (Op te heffen)

2° de ziekenhuizen van de groepering moeten elk afzonderlijk voldoen aan de bepalingen van artikel 2, § 1 of § 1bis of, in voorkomend geval, aan de bepalingen van artikel 3;

3° (Op te heffen)

4° teneinde te komen tot een optimale samenwerking moeten de ziekenhuizen overgaan tot de aanduiding van een (...) algemeen coördinator (...) die de vergaderingen van het in artikel 13 bedoelde coördinatiecomité bijwoont;

5° (Op te heffen)

6° (Op te heffen)

Art. 10. (Opgeheven)

Art. 11. (Opgeheven)

Art. 12. § 1. De beheerders van de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering sluiten een overeenkomst die goedgekeurd moet worden door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. In de in § 1 bedoelde overeenkomst worden ten minste de volgende

aangelegenheden geregeld :

- 1° de doelstelling;
- 2° de juridische vorm van de samenwerkingsovereenkomst;
- 3° de taakverdeling op het vlak van het aanbod van diensten en specialismen, met inbegrip van de uitrusting;
- 4° de rationalisatie die desgevallend uit de sub 3° bedoelde taakverdeling voortspuit;
- 5° de oprichting, de samenstelling, de taken en de werking van het coördinatiecomité zoals bedoeld in artikel 13;
- 6° de beheersbeslissingen die desgevallend het akkoord van het coördinatiecomité vergen;
- 7° het opname- en ontslagbeleid, de coördinatie van het medisch beleid, de medische stafwerking en de organisatie van de medische wacht;
- 8° de organisatie van gebeurlijke gemeenschappelijke activiteiten;
- 9° de middelen die voor de sub 8° bedoelde activiteiten zullen worden aangewend alsmede het beheer en het gebruik ervan;
- 10° de personeelsproblemen voor de sub 8° bedoelde activiteiten alsmede de gebeurlijke overplaatsing van personeel van de ene inrichting naar een andere;
- 11° de gebruikstarieven en modaliteiten van de voorzieningen in de groepering;
- 12° de financiële afspraken;
- 13° de verzekeringen;
- 14° de regeling voor geschillen tussen de partijen;
- 15° de duur van de overeenkomst en de opzeggingsmodaliteiten, met inbegrip van een gebeurlijke proefperiode.
- 16° de aanduiding van (...) de algemeen coördinator (...);
- 17° (Op te heffen)
 - § 3. (...) In geval van opzegging van de overeenkomst door een van de deelnemende ziekenhuizen kunnen de andere deelnemende ziekenhuizen een opzegperiode van twee jaar eisen (...).

Art. 13. § 1. Er wordt in elke ziekenhuisgroepering een coördinatiecomité opgericht, dat bestaat uit gemandateerde vertegenwoordigers van de beheerders van de onderscheidene ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering.

§ 2. Het coördinatiecomité vervult, benevens de taken omschreven in de overeenkomst bedoeld in artikel 12, in ieder geval de hiernavolgende opdrachten :

- a) het waakt over de uitvoering van de overeenkomst;
- b) het stelt alles in het werk om door taakverdeling een zo groot mogelijke complementariteit na te streven en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren;
- c) het pleegt overleg over alle beslissingen tot nieuwbouw of uitbreiding of verbouwing van de ziekenhuizen of tot wijziging van de aard van de bedden of van de diensten, met inachtneming van de sub b bedoelde principes.
- d) het komt meerdere keren per jaar samen en het stelt een jaarlijks rapport op. Dit rapport moet worden overgemaakt aan de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 3. (Op te heffen)

Art. 13bis. (Op te heffen)

Vanaf artikel 14 t/m 29: geen wijzigingen.

HOOFDSTUK IV. - Inrichting en werking van de onderscheidene soorten van ziekenhuisdiensten.

HOOFDSTUK V. - Slotbepalingen.

4. De programmatie van psychiatrische ziekenhuisdiensten – KB van 3 augustus 1976

Conform eerdere adviezen is de Raad van oordeel dat flexibiliteit in de omzetting van bestaande verantwoorde bedden naar andere, meer ambulante zorgvormen, moet verder gezet worden, en zorgcircuits en netwerken moeten verder uitgebouwd worden

De Raad stelt ook vast dat een transfer of zelfs een delokalisatie van A-bedden en/of van a-bedden en a-plaatsen van een psychiatrisch ziekenhuis naar een algemeen ziekenhuis, of omgekeerd moet gefaciliteerd worden..

Daarom stelt de Raad één globale programmatie van A-bedden en van a-bedden en a-plaatsen voor. Gezien er geen specifieke reconversieregel geldt, is de Raad van oordeel dat een overdracht van bedden op een “één voor één” basis zou plaatsvinden. Daar algemene en psychiatrische ziekenhuizen anders worden gefinancierd zal de Afdeling financiering specifieke financiële reconversieregels moeten uitwerken en voorstellen.