

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1977-1978

29 NOVEMBER 1977

WETSONTWERP

tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen
en betreffende sommige andere vormen van
verzorging

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID
EN HET LEEFMILIEU (1)

UITGEBRACHT DOOR DE HEER LENSSENS

DAMES EN HEREN,

I. — UITEENZETTING VAN DE MINISTER

Het onderhavige wetsontwerp herneemt het door de voormalige Minister van Volksgezondheid ingediende wetsontwerp tot beheersing van de kosten van de gezondheidsverzorging (Stuk n° 1083/1 van 1976-1977).

De tekst ervan werd echter aangepast in het licht van de opmerkingen van de Raad van State, o.m. wat betreft het opschrift van het wetsontwerp en de groepering van de artikelen.

(1) Samenstelling van de Commissie:

Voorzitter: de heer Verroken.

A. — Leden: de heren Beauthier, Coens, Diegenant, Mevr. Dielens, de heren Lenssens, Plasman, Mevr. Tyberghien-Vandenbussche, de heren Van den Brande, Verroken, — Mevr. Adriaensens echtg. Huybrechts, de heren André Cools, Gondry, Hancké, Hubin, Moock, Temmerman, — de heren Colla, Cornet d'Elzius, De Grève, Pierard, — de heren Caudron, Valkeniers, — Mevr. Spaak echtg. Danis.

B. — Plaatsvervangers: Mevr. Demeester-De Meyer, de heren De Vlies, Gheysen, Pierret, Schyns, — Mevr. Brenez, de heren Demeyere, Geldolf, Van der Biest, — de heren Hulet, Poma, — de heer De Beul, — de heer Moreal.

Zie:

85 (B. Z. 1977) :

- N° 1 : Wetsontwerp.
- Nrs 2 en 3 : Amendementen.

Chambre des Représentants

SESSION 1977-1978

29 NOVEMBRE 1977

PROJET DE LOI

modifiant la législation sur les hôpitaux et relatif
à certaines autres formes de dispensation de soins

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT (1)

PAR M. LENSSENS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. — EXPOSE DU MINISTRE

Le présent projet de loi reprend le projet de loi en vue de maîtriser le coût des soins de santé déposé par le précédent Ministre de la Santé publique (Doc. n° 1083/1 de 1976-1977).

Le texte en est toutefois adapté en fonction des observations du Conseil d'Etat, notamment en ce qui concerne l'intitulé et l'ordre des articles.

(1) Composition de la Commission:

Président: M. Verroken.

A. — Membres: MM. Beauthier, Coens, Diegenant, Mme Dielens, MM. Lenssens, Plasman, Mme Tyberghien-Vandenbussche, MM. Van den Brande, Verroken, — Mme Adriaensens épouse Huybrechts, MM. André Cools, Gondry, Hancké, Hubin, Moock, Temmerman, — MM. Colla, Cornet d'Elzius, De Grève, Pierard, — MM. Caudron, Valkeniers, — Mme Spaak épouse Danis.

B. — Suppléants: Mme Demeester-De Meyer, MM. De Vlies, Gheysen, Pierret, Schyns, — Mme Brenez, MM. Demeyere, Geldolf, Vall der Biest, — MM. Hulet, Poma, — M. De Beul, — M. Moreau.

Voir:

85 (S. E. 1977):

- N° 1 : Projet de loi.
- Nos 2 et 3 : Amendements.

A. Verschillen tegenover het vorige wetsontwerp

1) De exploitatie van zware medische apparatuur kan bij koninklijk besluit worden verboden.

2) Een strafbepaling is voorzien tegen hen die het verbod tot installatie of exploitatie van zware medische apparatuur niet naleven.

3) Het laatste lid van artikel 3 betreffende de universitaire ziekenhuizen wordt geschrapt, omdat het geen normatieve draagwijdte heeft. De tekst ervan werd opgenomen in de commentaar bij dit artikel.

B. Het wetsontwerp
in het raam van de gezondheidszorg

De Minister verwijst naar de verslagen van de heer Petit (nL van blz. 294 tot blz. 331), van de heer Delpérée en van de heer Dejardin betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De spectaculaire stijging van de kosten voor verpleging in ziekenhuizen is voornamelijk te wijten aan de bestendige toeneming van het aantal prestaties in de W. I. G. W.-sector en de uit de hand gelopen vermeerdering van het aantal bedden. Zo komt in de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid voor 1976 een krediet van 8,360 miljard voor als tussenkomst in de kosten van verpleging in ziekenhuizen, terwijl het desbetreffende krediet in de begroting voor 1978 tot 12,148 miljard is aangegroeid.

Om die stijging tegen te gaan, moet de verzorging *extra muras* uitgebreid worden, inzonderheid voor bejaarden.

De Minister heeft in dat verband voorgesteld dat alle betrokken kringen overleg zouden plegen, doch de uiteindelijke beslissing berust bij het Parlement.

Om in het allernoodzakelijkste te voorzien, is het evenwel absoluut noodzakelijk dat inmiddels bepaalde vrijwarende maatregelen worden getroffen, die de bestaande aanvullen.

C. Draagwijdte van het wetsontwerp

Het wetsontwerp bevat drie hoofdstukken, die respectievelijk tot doel hebben:

- bestaande wetten te wijzigen;
- nieuwe bepalingen in te voegen;
- de coördinatie te verzekeren.

De Minister licht vervolgens de verschillende artikelen toe.

De artikelen 1 en 2 handelen over de zware medische apparatuur (zoals bvb de scanners). Ook de meest vooruitstrevende landen op het stuk van de gezondheidszorg, zoals Zweden en de Verenigde Staten, willen in die sector tot planning komen en normen vastleggen.

In Frankrijk werd enkele jaren geleden in opdracht van president Pompidou een studie gemaakt omtrent de evolutie van de uitgaven indien deze de trend van de gezondheidszorgen zouden volgen. Die studie leidde tot het besluit dat de gehele begroting van de sociale zekerheid in dat geval zeer spoedig door de gezondheidszorgen zou worden opgeslorpt.

Artikel 3 heeft betrekking op de universitaire ziekenhuizen. Deze zijn niet geregionaliseerd en de Regering zal het evenwicht tussen de verschillende wijsgerige strekkingen in acht nemen.

A. Différences par rapport au projet de loi précédent

1) L'exploitation d'appareillage médical lourd peut être interdite par arrêté royal.

2) Une disposition pénale est prévue pour sanctionner ceux qui ne respectent pas l'interdiction d'installer ou d'exploiter un appareillage médical lourd.

3) Le dernier alinéa de l'article 3 relatif aux hôpitaux universitaires est supprimé, parce qu'il est dénué de portée normative. Le texte en est repris dans le commentaire de cet article.

B. Le projet de loi
dans le cadre des soins de santé

Le Ministre renvoie aux rapports de M. Petit (notamment de la page 294 à la page 331), de M. Delpérée et de M. Dejardin concernant l'assurance maladie-invalidité.

Les causes de l'augmentation spectaculaire des coûts hospitaliers sont essentiellement: l'accroissement constant du nombre de prestations chez les V. I. P. O. et l'augmentation incontrôlée du nombre de lits. C'est ainsi que le budget du Ministère de la Santé publique pour 1976 prévoyait un crédit de 8,360 milliards de F pour l'intervention dans les frais hospitaliers alors que ce budget prévoit, pour 1978, un crédit de 12,148 milliards de F.

Il faut, pour remédier à cette ascension des coûts, développer les soins *extra muras*, notamment pour les personnes âgées.

Le Ministre a proposé à ce sujet une concertation entre tous les milieux intéressés, mais c'est finalement au Parlement que reviendra la décision.

Entre-temps, et afin de parer au plus pressé, il est absolument nécessaire de prendre certaines mesures conservatoires complétant les mesures existantes.

C. Portée du projet de loi

Le projet de loi comprend trois chapitres, ayant respectivement pour objet:

- de modifier des lois existantes;
- d'insérer des dispositions nouvelles;
- d'assurer la coordination.

Le Ministre commente ensuite les différents articles.

Les articles 1 et 2 traitent de l'appareillage médical lourd (comme p. ex. les scanners). Même les pays les plus avancés en ce qui concerne les soins de santé, tels la Suède et les Etats-Unis, entendent établir des plans et fixer des normes dans ce secteur.

En France, une étude a été effectuée il y a quelques années, à la demande du Président Pompidou, concernant l'évolution des dépenses en cas de poursuite de la tendance à l'accroissement des soins de santé. Cette étude aboutit à la conclusion que, dans ce cas, le budget de la sécurité sociale se trouverait très vite absorbé en entier par les soins de santé.

L'article 3 concerne les hôpitaux universitaires. Ceux-ci ne sont pas régionalisés et le Gouvernement respectera l'équilibre entre les différentes tendances philosophiques.

De Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie zal waarschijnlijk weldra advies uitbrengen over de programmatiecriteria van die ziekenhuizen.

Artikel 4 stelt een bouwstop in voor de ziekenhuizen. Met het oog hierop is voor de aangroei van het aantal bestaande ziekenhuisbedden of de bouw van nieuw ziekenhuizen de voorafgaande toestemming van de Minister vereist; de vervanging van een bestaand ziekenhuis blijkt echter mogelijk.

Er wordt steeds meer belang gehecht aan planning en volgens de Minister zou in die sector een vijfjarenplan moeten worden uitgewerkt in het kader van het algemeen socio-economisch plan.

Artikel 5 heeft betrekking op de alternatieve vormen van verpleging voor bejaarden en chronisch zieken. Toen de Minister op het departement van Sociale Voorzorg was, had hij voor de toepassing van dat artikel op de begroting voor 1977 een krediet van 350 miljoen uitgetrokken. Hij heeft de huidige Minister van Sociale Voorzorg verzocht om daartoe ook in 1978 een krediet uit te trekken.

II. - ALGEMENE BESPREKING

A. Algemeenheden

In antwoord op een vraag van bepaalde leden preciseert de Minister vooraf dat het ontwerp, uit het oogpunt van de bevoegdheden van de Minister en de Staatssecretarissen, moet worden onderzocht in het raam van de huidige wetgeving inzake de gewestvorming.

Verscheidene leden staan gunstig tegenover het ingediende ontwerp en wijzen erop dat het dringend nodig is de stijging van de kosten voor geneeskundige verzorging af te remmen, zoniet zullen zij een ondraaglijke last worden voor de gemeenschap. Programmatie is onontbeerlijk.

Sommige leden betreuren evenwel het gebrek aan coördinatie tussen de departementen van Volksgezondheid en van Sociale Voorzorg.

De Minister antwoordt dat een degelijke coördinatie zeker nodig is, maar dat het toch uitgesloten is alle bevoegdheden die logischerwijze zouden moeten samengebracht worden, samen te brengen. Hij hoopt dat tussen de verantwoordelijke instanties een fundamenteel akkoord tot stand zal kunnen komen in de sector geneeskundige verzorging. Gelet op de snelle stijging van de uitgaven moeten echter onmiddellijke maatregelen genomen worden; zij zijn opgenomen in het onderhavige wetsontwerp.

Een lid vraagt zich bezorgd af of het wetsontwerp spoedig en efficiënt zal kunnen toegepast worden.

B. Zware medische apparatuur

Een lid vraagt of op grond van het ontwerp aan een natuurlijke of een rechtspersoon het verbod kan worden opgelegd zware medische apparatuur te installeren of uit te baten waarvoor geen enkele toelage aangevraagd wordt. Een dergelijk verbod zou een aanslag betekenen op het privé-initiatief.

De Minister antwoordt bevestigend. Hij is van oordeel dat het zijn plicht is de nodige maatregelen te treffen om de zieken te beschermen tegen de praktijken op het stuk van dure onderzoeken die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald.

Hoeveel scanners zijn per gewest besteld? Het blijkt dat het aantal bestelde scanners reeds hoger ligt dan het aantal geprogrammeerde toestellen.

La Commission nationale de programmation hospitalière rendra probablement bientôt son avis sur les critères de programmation de ces hôpitaux.

L'article 4 prévoit l'arrêt des constructions d'hôpitaux, en subordonnant à l'autorisation préalable du Ministre l'accroissement du nombre de lits hospitaliers existants ou toute construction de nouveaux hôpitaux; il demeure toutefois possible de procéder au remplacement d'hôpitaux existants.

Un intérêt croissant est accordé à la planification et, selon le Ministre, un plan quinquennal devrait être élaboré pour ce secteur, dans le cadre du plan général socio-économique.

L'article 5 se rapporte aux soins extra-hospitaliers aux personnes âgées et aux malades chroniques. Lorsqu'il était au département de la Prévoyance sociale, le Ministre avait prévu pour l'application de cet article un crédit de 350 millions au budget pour 1977. Il a invité l'actuel Ministre de la Prévoyance sociale à prévoir également un crédit à cette fin en 1978.

II. - DISCUSSION GENERALE

A. Généralités

A la demande de certains membres, le Ministre précise préalablement qu'en ce qui concerne les compétences du ministre et des secrétaires d'Etat, le projet de loi doit être examiné dans le cadre de la législation actuelle sur la régionalisation.

Le dépôt de ce projet est accueilli favorablement par plusieurs membres, qui soulignent la nécessité de freiner d'urgence l'augmentation des dépenses des soins de santé, sous peine de voir celles-ci devenir insupportables pour la collectivité. A cet effet, une programmation est indispensable.

Cependant certains membres déplorent le manque de coordination entre les départements de la Santé publique et de la Prévoyance sociale.

Le Ministre répond que, si une bonne coordination s'impose, il est cependant exclu de rassembler toutes les compétences qui, logiquement, devraient l'être. Il espère qu'un accord fondamental interviendra dans le secteur des soins de santé entre toutes les instances responsables. Toutefois, face à l'accroissement accéléré des dépenses, des mesures immédiates s'imposent; elles sont prévues par le présent projet de loi.

Un membre s'inquiète de savoir si celui-ci pourra être appliqué rapidement et efficacement.

B. Appareillage médical lourd

Un membre demande si le projet prévoit la possibilité d'interdire à une personne physique ou morale d'installer ou d'exploiter un appareillage médical lourd pour lequel aucune subvention n'est demandée. Une telle interdiction serait une atteinte à l'initiative privée.

Le Ministre répond par l'affirmative. Il estime qu'il lui incombe de prendre les mesures nécessaires pour protéger les patients contre la pratique d'examen coûteux non remboursés par l'assurance maladie.

Quel est, par région, le nombre de scanners commandés? Il semble que ce nombre dépasse déjà celui des appareils repris dans la programmation.

In verband met de zware medische apparatuur wijst de Minister erop dat totnogtoe de programmatiecriteria alleen voor scanners werden vastgelegd.

Bij de wet van 5 januari 1976 op de budgettaire voorstellen 1975-1976 kreeg de Nationale Programmatiecommissie de bijkomende opdracht om programmatiecriteria voor de zware medische uitrusting voor te stellen.

De lijst van deze apparaten werd vastgesteld bij het koninklijk besluit van 16 juni 1976.

Voor 7 ervan verstrekte de Nationale Programmatiecommissie een advies :

1. De transversale axiale tornograaf met ingebouwd relsysteem.

Het maximum-criterium van twee apparaten per miljoen inwoners, zoals door de Nationale Programmatiecommissie werd voorgesteld, werd door het koninklijk besluit van 9 maart 1977 bekrachtigd. Het besluit bepaalt tevens dat een dergelijk toestel bij voorrang aan de universitaire ziekenhuizen dient te worden toegestaan.

De installatie van het toestel zonder de toelating van de Minister van Volksgezondheid is verboden.

2. De scintillatiecamera.

3. De deeltjesversneller.

4. De simulator voor de radiotherapeutische behandeling.

5. Het apparaat met ingekapselde stralingsbron dat gammastralen uitzendt.

6. De uitrusting voor hartradiologie met inbegrip van de coronaire angiografie in mono- of in biplan.

7. De fotocoagulator met laserstralen met pulsie of onderbroken emissie.

Bovendien heeft de Ziekenhuisraad advies uitgebracht om een apparaat te schrappen en vier toestellen in de lijst op te nemen. De Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie werd verzocht zo vlug mogelijk de programmatiecriteria voor te bereiden.

De plaatsen waar de scanners werden geïnstalleerd, zijn opgenomen in bijlage 1; daaruit blijkt dat de uitrusting in Vlaanderen nog niet overdreven is, terwijl in het Brussels gewest de normen reeds zijn overschreden.

De Minister stipt aan dat reeds in de huidige wetgeving de installatie zonder toelating van zware medische apparatuur verboden wordt.

Op de vraag wat juist dient te worden verstaan onder « zware medische apparatuur » en of een laboratorium voor klinische biologie onder die definitie valt, antwoordt de Minister dat het naar zijn gevoelen te betwijfelen valt of zulks het geval zou zijn.

Een lid betreurt dat die laboratoria niet bij het wetsontwerp zijn betrokken, hoewel zij als paddestoelen uit de grond rijzen en onderling een scherpe concurrentie voeren, waardoor een uit de hand gelopen aangroei van prestaties zonder enige kwaliteitscontrole ontstaat.

C. Bouwen uitbreiding van ziekenhuizen

Een lid betreurt de verspilling als gevolg van het hoge aantal ziekenhuizen op grond van ideologische criteria. Ook op dat stuk zou een pluralistische oplossing de kosten verminderen.

Le Ministre rappelle que, jusqu'à présent et en ce qui concerne les équipements d'appareillage médical lourd, des critères de programmation ont été établis uniquement pour les scanners.

La loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-1976 a confié à la Commission nationale de programmation la mission de proposer des critères de programmation pour l'appareillage médical lourd.

La liste de ces appareils a été établie par l'arrêté royal du 16 juin 1976.

La Commission nationale de programmation a émis un avis sur 7 de ces équipements :

1. Le tornographe axial transverse avec calculateur intégré.

Le critère maximum de deux appareils pour 1 million d'habitants, tel qu'il a été retenu par la Commission nationale de programmation, a été ratifié par l'arrêté royal du 9 mars 1977. Cet arrêté prévoit également que ces appareils doivent être fournis par priorité aux hôpitaux universitaires.

L'installation de ces appareils est interdite sans autorisation préalable du Ministre de la Santé publique.

2. La caméra à scintillation.

3. L'appareil accélérateur de particules.

4. Le simulateur pour le traitement radiothérapique.

5. L'appareil émetteur de rayons gamma, contenant des sources scellées de radioéléments.

6. L'équipement de cardioradiologie incluant la coronarographie en mono ou en biplan.

7. Le photo-coagulateur à rayonnement laser à impulsion ou à émission continue.

En outre, le Conseil des hôpitaux a émis un avis tendant à supprimer un appareil de la liste et à en ajouter quatre. La Commission nationale de programmation hospitalière a été priée de préparer au plus tôt les critères de programmation.

La localisation des scanners figure en annexe 1 et il apparaît qu'en Flandre, l'équipement n'est pas encore excessif tandis que, dans la région bruxelloise, les normes sont déjà dépassées.

Le Ministre rappelle que l'interdiction d'installer sans autorisation un appareillage médical lourd figure déjà dans la législation actuelle.

A la question de savoir ce qu'il faut exactement entendre par « appareillage médical lourd » et si un laboratoire de biologie clinique relève de cette définition, le Ministre répond qu'à son avis, il est douteux que tel soit le cas.

Un membre regrette que ces laboratoires ne soient pas concernés par le projet de loi, alors qu'ils se multiplient de façon anarchique et se livrent entre eux à une concurrence sauvage, provoquant un accroissement incontrôlé des prestations sans contrôle de leur qualité.

C. Construction ou extension hospitalière

Un membre déplore le gaspillage découlant de la multiplicité des hôpitaux : en fonction de critères idéologiques. Là aussi, une solution pluraliste réduirait les dépenses.

Volgens een ander lid zou aan de openbare ziekenhuizen en particuliere klinieken een vorm van samenwerking moeten worden opgelegd, om overlapping te voorkomen in eenzelfde werkingsgebied.

De Minister is eveneens van oordeel dat er een betere samenwerking moet komen tussen openbare ziekenhuizen en particuliere klinieken.

Hij verwijst in dat verband naar enkele concrete voorbeelden van samenwerking waarbij overigens op de aanmoediging en de steun van het departement van Volksgezondheid kan gerekend worden.

Een lid vestigt evenwel de aandacht op de vele factoren die de aangroei van de kosten voor verpleging in ziekenhuizen veroorzaken; die aangroei is niet alleen toe te schrijven aan de uitbreiding van het aantal ziekenhuisbedden, doch tevens aan de verstrekte verzorging en aan het feit dat men de bedden om financiële redenen langer dan noodzakelijk door de patiënten bezet laat.

De Minister geeft toe dat de technologische vooruitgang zeer zwaar doorweegt op de stijging van de uitgaven voor geneeskundige verzorging.

Een lid wijst erop dat de toestand i.v.m. het aantal bedden nogal uiteenloopt volgens de ziekenhuisdiensten; sommige hebben bedden tekort, terwijl andere er te veel hebben.

De Minister antwoordt dat de voorgestelde programmatie niet alleen betrekking heeft op het totale aantal bedden, maar ook op de verhouding tussen de verschillende ziekenhuisdiensten. Daar wil zeggen dat voor elk gewest rekening zal worden gehouden met kwantitatieve en kwalitatieve criteria.

In antwoord op een vraag verwijst de Minister naar de tekst in verband met de samenstelling, de werking en de bevoegdheid van de Nationale Commissie en de Gewestelijke Commissies voor ziekenhuisprogrammatie (zie bijlage 2).

Verscheidene leden maken zich bezorgd over de betekenis van het verbod om werken aan te vangen voor de uitbreiding van een bestaand ziekenhuis of voor de bouw van een nieuw ziekenhuis. Welke weerslag zal die bepaling in de praktijk hebben? Zal het nog mogelijk zijn bestaande bedden te vervangen? Wat wordt verstaan onder « uitbreiding »? Zal de wet, met alle gevolgen vandien voor de werkgelegenheid, de werken blokkeren wanneer reeds aan bestedingen plaatsvinden? Is het mogelijk de lijst te krijgen van de ziekenhuizen die een principeel akkoord hebben gekregen (zie bijlage 3) alsook de lijst van de aan de gang zijnde werken per gewest (zie bijlage 4)?

Zal men verder de verouderde bedden van een ziekenhuis mogen vernieuwen in een gewest waar het aantal bedden blijkbaar te hoog ligt?

De Minister verwijst naar de commentaar bij artikel 4.

D. Universitaire ziekenhuizen

Volgens een lid hebben de universitaire ziekenhuizen niet alleen als taak de opleiding van de toekomstige geneesheren, maar ook de doorgedreven medische specialisatie. Zijn die ziekenhuizen echter geschikt voor de opleiding van de huisdokters en ware het niet beter die opleiding roe te vertrouwen aan de geaffiliëerde ziekenhuizen?

De Minister antwoordt dat voor het begrip « geaffiliëerde » ziekenhuizen moet worden verwezen naar het advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie, volgens herwelk het hier gaat om niet universitaire ziekenhuizen waarin de praktische opleiding en de

Selon un autre membre, la coopération devrait être imposée aux hôpitaux publics et aux cliniques privées, de manière à éviter les doubles emplois dans un même rayon d'action.

Le Ministre est également d'avis qu'il faudrait une meilleure collaboration entre hôpitaux publics et cliniques privées.

A cet égard, il se réfère à certains exemples concrets de collaboration à l'occasion desquels on peut compter sur l'encouragement et l'appui du département de la Santé publique.

Un membre attire cependant l'attention sur la multiplicité des facteurs qui sont à l'origine de l'accroissement des dépenses hospitalières; celui-ci n'est pas seulement imputable à la construction de lits nouveaux mais aussi aux soins dispensés et à l'occupation des lits par les patients au-delà du temps nécessaire pour des raisons financières.

Le Ministre reconnaît l'incidence très lourde des progrès technologiques sur la progression des dépenses en matière de soins de santé.

Un membre attire l'attention sur la disparité des situations au point de vue du nombre de lits selon les services hospitaliers, certains services étant insuffisamment pourvus en lits, alors que d'autres le sont à l'excès.

Le Ministre répond que la programmation prévue concerne non seulement le nombre global de lits mais aussi la relation entre les différents services hospitaliers. C'est dire que l'on tiendra compte, pour chaque région, de critères quantitatifs et qualitatifs.

En réponse à une question, le Ministre renvoie au texte concernant la composition, le fonctionnement et la compétence de la Commission nationale et des commissions régionales de programmation hospitalière (voir annexe 2).

Plusieurs membres se préoccupent de la portée de l'interdiction d'entamer des travaux d'extension d'un hôpital existant ou de construction d'un nouvel hôpital. Quelle sera l'incidence pratique de cette disposition? Le remplacement des lits existants sera-t-il possible? Qu'entend-on par « extension »? Lorsque les adjudications sont déjà faites, la loi va-t-elle bloquer les travaux, avec les retombées que cela implique pour l'emploi? Est-il possible d'obtenir la liste des établissements hospitaliers ayant reçu un accord de principe (voir annexe 3) ainsi que des travaux en cours par région (voir annexe 4)?

D'autre part, pourra-t-on remplacer les lits vétustes d'un hôpital dans une région où il s'avère que les lits sont trop nombreux?

Le Ministre renvoie au commentaire de l'article 4.

D. Hôpitaux universitaires

Selon un membre, les hôpitaux universitaires ont pour fonction non seulement la formation des futurs médecins mais aussi la médecine hautement spécialisée. Cependant, conviennent-ils pour la formation des médecins de famille et ne vaudrait-il pas mieux confier celle-ci aux hôpitaux affiliés?

Le Ministre déclare que, pour la définition des hôpitaux « affiliés », il faut se référer à l'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière selon lequel ce sont des hôpitaux non universitaires dans lesquels la formation pratique et le stage des étudiants en médecine peuvent s'effect-

stage van de studenten in de geneeskunde kunnen plaatsvinden. Die opleiding kan best gedeeltelijk verstrekt worden buiten de universitaire ziekenhuizen. Dit is trouwens thans reeds het geval.

Op verzoek van een lid wordt een overzicht gegeven van het aantal beschikbare bedden in de universitaire ziekenhuizen (bijlage 5).

Het advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuis-programmatie betreffende die ziekenhuizen zal waarschijnlijk worden verstrekt vóór her ontwerp definitief wordt goedgekeurd en het zal onmiddellijk aan her Parlement worden meegedeeld.

E. Verstrekking van geneeskundige verzorging aan bejaarden en chronisch zieken

Talrijke sprekers vinden de uitbreiding van de thuisverzorging voor bejaarden positief, omdat de patiënt daardoor in zijn leefmilieu kan blijven en menen anderzijds dat die verzorging onontbeerlijk is geworden, omdat het aantal bedden in rusthuizen ontoereikend is.

Een afzonderlijk wetsontwerp betreffende dat soort verzorging ware echter te verkiezen boven deze teks, die doet denken aan een improvisatie welke zou kunnen indruisen tegen de latere programmatie.

Een ander lid vraagt van welke aard de bijzondere tegemoetkoming van de Staat zal zijn voor de verzorging in erkende rusthuizen. Gaat het om een forfaitair bedrag?

Verder moet het ontwerp slaan op alle rusthuizen die een initiatief in die zin nemen, welke ook hun omvang mag zijn.

De Minister wijst erop dat de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd een advies betreffende de bepalingen van het wetsontwerp heeft verstrekt en verwijst naar de commentaar bij artikel 5.

III. - BESPREKING VAN DE ARTIKELN

Artikel 1

Dit artikel betreft de zware medische apparatuur waarvoor de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie nog geen criteria heeft vastgesteld behalve voor de « scanners ».

De bespreking liep vooral over deze apparaten.

Een lid vraagt of de scanners, die reeds in het Brussels zijn geïnstalleerd en die thans overal te vinden zijn, zullen moeten worden afgeschaft, wat een verspilling zou zijn.

De Minister antwoordt dat het aantal scanners voor het gehele land nog niet groot genoeg is, maar dat het hoog tijd is dat wordt opgetreden indien men verspilling wil vermijden.

De overvallige « scanners » kunnen b.v. worden overgebracht naar ziekenhuizen die er geen hebben.

Het advies hierover van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie is trouwens niet definitief en het stelt de herziening van de programmatiecriteria in uitzicht tegen eind 1977.

Persoonlijk is de Minister de mening toegedaan (want deze sector is geregionaliseerd) dat de « in tempore non suspecto » (d.i. vóór de bekendmaking van de wet van 5 januari 1976 over de budgettaire voorstellen 1975-1976) bestelde zware medische apparatuur toegelaten zou moeten worden.

Het lid meent dat overbrenging moeilijk is, want de ziekenhuizen die over geen « scanner » beschikken en die de toelating krijgen er een te bezitten, zullen een nieuw apparaat willen hebben. Anderzijds zal een precies criterium

tuer. Cette formation peut parfaitement être partiellement dispensée en dehors des hôpitaux universitaires, comme c'est déjà le cas actuellement.

A la demande d'un membre, il est fourni un relevé de la capacité en lits des hôpitaux universitaires (annexe 5).

L'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière au sujet de ces hôpitaux sera probablement émis avant le vote définitif du projet et immédiatement communiqué au Parlement.

E. Soins aux personnes âgées et aux malades chroniques

De nombreux intervenants approuvent l'extension de la dispensation des soins à domicile pour les personnes âgées, qui permet le maintien du patient dans son milieu et est d'autre part devenu indispensable du fait de l'insuffisance du nombre de lits des maisons de repos.

Un projet de loi distinct concernant ce type de soins serait cependant préférable à ce qui semble être ici une improvisation, qui pourrait s'avérer en contradiction avec la programmation future.

Un autre membre demande de quelle nature sera l'intervention spéciale de l'Etat pour la dispensation de soins dans les maisons de repos agréées. S'agira-t-il d'un forfait?

D'autre part, il faut que le projet concerne toutes les maisons de repos qui prennent une initiative dans ce sens, quelle que soit leur importance.

Le Ministre rappelle que le Conseil supérieur du troisième âge a rendu un avis concernant les dispositions du projet de loi et renvoie au commentaire de l'article 5.

III. - DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1

Cet article concerne l'appareillage médical lourd, pour lequel la commission de programmation hospitalière n'a pas encore établi de critères sauf en ce qui concerne les « scanners ».

Ce sont surtout ces appareils qui ont été au centre de la discussion.

Un membre demande si les scanners qui sont déjà installés dans la région bruxelloise et s'avèrent être en surnombre devront être supprimés, ce qui serait du gaspillage.

Le Ministre répond qu'heureusement, ce nombre n'est pas encore excessif pour l'ensemble du pays, mais qu'il est temps d'intervenir si l'on veut précisément éviter le gaspillage.

Les scanners en surnombre pourront par exemple être transférés à des établissements hospitaliers qui en manquent.

L'avis de la Commission nationale de programmation hospitalière n'est d'ailleurs par définitif à ce sujet et prévoit la révision des critères de programmation à la fin de l'année 1977.

Le Ministre estime personnellement (car ce secteur est régionalisé) qu'il faudrait accepter l'appareillage médical lourd commandé « in tempore non suspecto » c'est-à-dire avant la publication de la loi du 5 janvier 1976 sur les propositions budgétaires 1975-1976.

Le membre estime un transfert difficile car les hôpitaux ne disposant pas d'un scanner et admis à en posséder un, voudront en avoir un nouveau. D'autre part, il faudra établir un critère précis sous peine de mettre le Conseil d'Etat

moeten worden bepaald; anders zal het de Raad van State onmogelijk zijn zich duidelijk uit te spreken wanneer beroep bij hem ingesteld wordt.

Een ander lid meent dat het beter ware, i.p.v. de exploitatie van zware medische apparatuur te verbieden, de zaken op hun beloop te laten en niet in terugbetaling van de prestaties door de Z. I. V. te voorzien.

De Minister is het daar niet mee eens. Volgens hem behoort de Minister van Volksgezondheid, na raadpleging van de betrokken kringen, de nodige maatregelen te treffen om de zieken te beschermen tegen het gevaar dat dreigt, niet door het R. I. Z. I. V. terugbetaalde onderzoeken, worden verricht.

Een ander lid vreest dat de gedisciplineerde ziekenhuizen die nog geen scanner hebben besteld, benadeeld zijn t.O.V. die welke het wel hebben gedaan; hij vraagt dat zo spoedig mogelijk een beslissing daarover zal worden genomen.

De Minister antwoordt dat er twee scanners voor één miljoen inwoners worden gepland en dat de universitaire ziekenhuizen alsmede de diensten voor neurochirurgie de voorrang zullen hebben. Zodra de wet op de definitieve gewestvorming is aangenomen, zal de Minister met zijn collega's van de andere gewesten over dit probleem overleg plegen.

Verscheidene leden interesseren zich voor het probleem van de laboratoria voor klinische biologie.

De heer Lenssens heeft een amendement voorgesteld (Stuk n° 85/2-II), ertoe strekkend ze onder artikel 1 te doen vallen, en daartoe dit laatste aan te vullen met een § 2, luidend als volgt :

« § 2. In artikel 6bis, § 2, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, gewijzigd bij de wetten van 6 juli 1973 en 5 januari 1976, wordt een 6° toegevoegd, luidend als volgt :

6° De Koning kan bij een in Ministerraad overgelegd besluit de laboratoria voor klinische biologie gelijkstellen met zware medische apparatuur en ze geheel of gedeeltelijk onderwerpen aan de bovenstaande regelen ».

De auteur meent immers dat de tekst van het ontwerp niet duidelijk genoeg op de laboratoria voor klinische biologie slaat, welke soms een bron van grote winsten zijn.

Verscheidene leden steunen het amendement en de Minister, die de laboratoria voor klinische biologie bij de programmering wil betrekken, betuigt zijn instemming. Hij stelt nochtans voor het advies van de Ziekenhuisraad in de tekst op te nemen.

De heer Valkeniers dient een subamendement in die zin in (Doc. n° 85/3).

Het aldus gesubamendeerde amendement, alsmede artikel 1 worden eenparig aangenomen.

Art. 2

Dit artikel wordt zonder bespreking eenparig aangenomen.

Art. 3

Dit artikel heeft betrekking op de universitaire ziekenhuizen.

Een lid vraagt of het waar is dat het Sint-Pieters ziekenhuis te Brussel zalophouden te bestaan wanneer het nieuwe ziekenhuis van Anderlecht helemaal gebruiksklaar zal zijn.

Een ander lid verbaast zich over deze vraag. Volgens hem zou er nooit sprake geweest zijn van een sluiting van het St-Pieters ziekenhuis.

dans l'impossibilité de se prononcer clairement en cas de recours.

Un autre membre estime que, plutôt que d'interdire l'exploitation d'appareillage médical lourd non autorisé, il serait beaucoup plus sain de laisser faire et de ne pas prévoir de remboursement des prestations par l'A. M. I.

Le Ministre ne partage pas ce point de vue. Il estime qu'il incombe au Ministre de la Santé publique, après consultation des milieux concernés, de prendre les mesures nécessaires pour protéger les malades contre le risque que soient pratiqués des examens coûteux qui ne seraient pas remboursés par l'A. M. I.

Un autre membre craint que les établissements hospitaliers qui ont fait preuve de discipline et qui n'ont pas encore commandé de scanner soient défavorisés par rapport à ceux qui l'ont fait et demande qu'une décision intervienne le plus rapidement possible à ce sujet.

Le Ministre répond que deux scanners seront prévus par million d'habitants et que les hôpitaux universitaires ainsi que les services de neurochirurgie, auront priorité. Dès que la régionalisation définitive sera votée, le Ministre confèrera de ce problème avec ses collègues des régions.

Plusieurs membres évoquent la question des laboratoires de biologie clinique.

M. Lenssens a présenté un amendement (Doc. n° 85/2-II) tendant à les faire tomber sous l'application de l'article 1 en complétant ce dernier par un § 2 libellé comme suit :

« § 2. A l'article 6bis, § 2, de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par les lois des 6 juillet 1973 et 5 janvier 1976, il est ajouté un 6° libellé comme suit :

6° Par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut assimiler les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd et les soumettre en tout ou en partie aux règles susmentionnées ».

L'auteur estime en effet que le texte du projet ne vise pas de façon suffisamment précise les laboratoires de biologie clinique, qui constituent parfois une source de plantureux profits.

Plusieurs membres appuient l'amendement et le Ministre, qui souhaite pouvoir intégrer les laboratoires de biologie clinique dans la programmation, marque son accord. Il suggère cependant que l'avis du Conseil des hôpitaux soit prévu dans le texte.

M. Valkeniers dépose un sous-amendement en ce sens (Doc. n° 85/3).

L'amendement ainsi sous-amendé et l'article 1 amendé sont adoptés à l'unanimité.

Art. 2

Cet article est adopté à l'unanimité sans observation.

Art. 3

Cet article a trait aux hôpitaux universitaires.

Un membre demande s'il est exact qu'à Bruxelles, l'hôpital Saint-Pierre cessera de fonctionner le jour où le nouvel hôpital d'Anderlecht sera complètement opérationnel.

Un autre membre s'interroge sur cette question. Selon lui, il n'aurait jamais été question de supprimer l'hôpital Saint-Pierre.

De Minister antwoordt dat bedoeld ziekenhuis zal kunnen worden gelicht uit de categorie « universitaire ziekenhuizen », wat tevens het geval zal zijn met een aantal universitaire ziekenhuisbedden naarmate er nieuwe bedden komen.

Men dient immers een einde te maken aan de ongebreidelde groei in de sector universitaire ziekenhuizen, in afwachting dat na advies van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie programmatiecriteria worden vastgesteld.

Die programmatie zou worden opgenomen in het raam van het vijfjarenplan, d.w.z. dat zij betrekking zou hebben op de komende jaren tot in 1980.

Een lid oordeelt dat men er moet mee ophouden het aantal universitaire ziekenhuisbedden te bepalen volgens het aantal studenten geneeskunde, want zulks kan alleen een vermenigvuldiging in de hand werken van onderzoeken die op geneeskundig vlak overbodig zijn, doch nuttig kunnen zijn op didactisch vlak.

De Minister verklaart dat het aantal studenten weliswaar een van de criteria is, doch dat het voornaamste criterium het belang van de zieken is.

In het 2^e lid van de Franse tekst dienen op de derde regel na de woorden « hôpitaux universitaires » de woorden « le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires » te worden toegevoegd.

Artikel 3 wordt eenparig aangenomen.

Art. 4

Dit artikel handelt over de bouwen de uitbreiding van ziekenhuizen.

1. Overeenkomstig artikel 6, § 7 van de ziekenhuiswet mag door nieuwbouw of uitbreiding het aantal bedden niet worden verhoogd of de bestemming ervan worden gewijzigd, zonder voorafgaande toelating van de Minister.

Aan deze bepaling werd steeds de volgende interpretatie gegeven:

— de vervanging van bedden valt niet onder dit verbod, ook al geschiedt die vervanging door nieuwbouw;

— de verbodsbepaling geldt evenmin voor een uitbreiding die geen bedden behelst, bij voorbeeld voor de oprichting van nieuwe medische-technische diensten.

2. Artikel 15, 1^o, van de wet van 6 juli 1973 voorzag, als overgangsmaatregel, een afwijking van dit principe (voor zover het dus om een verhoging van capaciteit gaat) voor:

- a) de werken die aan de gang waren;
- b) de principiële akkoorden die werden toegestaan vóór de bekendmaking van de programmatiecriteria.

Deze criteria werden gepubliceerd:

— in het koninklijk besluit van 3 augustus 1976 houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de psychiatrische ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 17 september 1976);

— en in het koninklijk besluit van 21 maart 1977 tot vaststelling van de criteria die van toepassing zijn voor de programmatie van verschillende soorten ziekenhuisdiensten (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 1977).

Le Ministre répond que cet hôpital pourra être déclassé de la catégorie « hôpitaux universitaires », ce qui sera également le cas pour un certain nombre de lits d'hôpitaux universitaires à mesure que de nouveaux lits seront construits.

Il faut en effet mettre un terme à la croissance sauvage dans le secteur des hôpitaux universitaires, et cela en attendant la fixation, après avis de la Commission nationale de programmation hospitalière, de critères de programmation.

Celle-ci s'intégrerait dans le cadre du plan quinquennal c'est-à-dire concernerait les années futures jusqu'en 1980.

Un membre estime qu'il faudrait cesser de déterminer le nombre de lits universitaires en fonction du nombre d'étudiants en médecine, ce qui incite à la multiplication d'examins superflus sur le plan médical mais utiles sur le plan didactique.

Le Ministre déclare que ce nombre d'étudiants est un des critères mais que le critère principal est l'intérêt des patients.

Au 2^e alinéa du texte français, à la 3^e ligne, il faut insérer après les mots « hôpitaux universitaires » les mots « le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires ».

L'article 3 est adopté à l'unanimité.

Art. 4

Cet article concerne les constructions et extensions hospitalières.

1. Conformément à l'article 67, § 7, de la loi sur les hôpitaux, les extensions et les constructions nouvelles ne peuvent avoir pour effet d'augmenter le nombre de lits, ni de modifier leur destination sans autorisation préalable du Ministre.

Cette disposition a toujours été interprétée comme suit:

— cette interdiction ne concerne pas le remplacement de lits, même s'il s'opère par le biais d'une construction nouvelle;

— l'interdiction ne s'applique pas aux extensions qui ne comportent pas de lits, par exemple la création de nouveaux services médico-techniques.

2. L'article 15, 1^o, de la loi du 6 juillet 1973 prévoyait, par mesure transitoire, une dérogation à ce principe (dans la mesure où il s'agit d'un accroissement de la capacité) pour:

- a) les travaux en cours;
- b) les projets ayant bénéficié d'un accord de principe avant la publication des critères de programmation.

Ces critères de programmation ont été publiés:

— dans l'arrêté royal du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers (*Moniteur belge* du 17 septembre 1976);

— dans l'arrêté royal du 21 mars 1977 fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers (*Moniteur belge* du 30 avril 1977).

De instellingen waaraan vóór die data een principieel akkoord werd verleend om te bouwen of uit te breiden dienen derhalve geen toelating meer van de Minister te bekomen volgens de bestaande wer.

3. Welnu, in her geval waar een principieel akkoord bestaat, wil artikel 4 van het wetsontwerp toch beletten dat voorlopig een aanvang wordt gemaakt met werken tot bouw of uitbreiding, die zouden leiden tot een verhoging van her aantal bedden.

Her gaat dus om een voorlopig verbod, nl. tot op her ogenblik dat de Koning hieraan een einde maakt; her principieel akkoord blijft bestaan doch wordt opgeschort.

Her gaat niet om een absoluut verbod: de Minister kan roelaring verlenen, namelijk indien her advies van de bevoegde programmatiecommissie gunstig is.

Samenvattend kan men zeggen dat :

1. her bouwen ter vervanging mogelijk blijft;
2. de begonnen werken mogen worden verder gezei;
3. de werken tot verhoging van het aantal bedden die nog niet zijn begonnen, worden opgeschort, tenzij de Minister toelating geeft na, eensluitend advies van de bevoegde commissie voor ziekenhuisprogrammatie.

* * *

Een lid vraagt of de Minister gebonden is door her advies van de Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie waarvan sprake in artikel 4.

De Minister antwoordt dat zulks inderdaad her geval is wanneer het advies negatief is. Valt her advies positief uit, dan beslist de Minister vrijelijk.

Een ander lid betreurt dat er geen enkele termijn wordt bedongen waarbinnen het advies moet worden uitgebracht.

De Minister antwoordt dat er in een termijn van twee maanden is voorzien. Wordt binnen die tijdsperiode geen advies uitgebracht, dan beschouwt men het alsof er geen advies is en kan de Minister een beslissing nemen op grond van het onderzoek van de toestand door de diensten van zijn departement.

Een lid merkt op dat her kan gebeuren dat het bestaan van een bepaald ziekenhuis, resp. van het ziekenhuis dat het zal moeten vervangen, niet verantwoord is omdat er filosofisch anders georiënteerde verzorgingsinstellingen in hetzelfde werkingsgebied aanwezig zijn. De eerbied voor het pluralisme vergt dan dat een bepaalde categorie ziekenhuizen niet wordt uitgesloten ten voordele van een andere.

De Minister antwoordt dat al wat niet verboden is, niet automatisch toegelaten is.

Verder zal rekening worden gehouden met een billijke verdeling van de bedden onder verscheidene sectoren die door de inrichtende besturen van de ziekenhuizen worden vertegenwoordigd.

Een tabel van de ontwerpen en voorontwerpen inzake bouwen uitbreiding per gewest gaar in bijlage 3.

Spreker vraagt zich eveneens af wat zal gebeuren wanneer een principieel akkoord reeds is verleend voor een bouw of uitbreiding van een ziekenhuis en de aanbesteding reeds heeft plaatsgehad. Is her dan niet reeds te laat om nog een verbod uit te vaardigen?

De Minister antwoordt dat het verbod eveneens geldt voor het principieel akkoord. Toch kan de Minister, zelfs tijdens de verbodsperiode, toestemming verlenen indien het advies van de bevoegde programmatiecommissie

Les établissements qui ont obtenu, avant ces dates, un accord de principe portant sur un projet de construction ou d'extension ne doivent donc plus, en vertu de la loi en vigueur, recevoir l'autorisation du Ministre.

3. Or dans le cas où il existe un accord de principe, l'article 4 du projet de loi vise tout de même à empêcher provisoirement d'entamer des travaux de construction ou d'extension qui auraient pour résultat d'augmenter le nombre de lits.

Il s'agit bien d'une interdiction provisoire, c'est-à-dire jusqu'au moment où le Roi y mettra fin; j'accorde de principe est maintenu mais il est suspendu.

L'interdiction n'est pas absolue: le Ministre peut donner son autorisation lorsque l'avis de la commission compétente de programmation est favorable.

En conclusion, on peut dire que :

1. les constructions en remplacement demeurent possibles;
2. les travaux entamés peuvent se poursuivre;
3. les travaux augmentant le nombre de lits, qui ne sont pas entamés, sont suspendus, sauf autorisation du Ministre sur avis conforme de la commission compétente de programmation hospitalière.

* * *

Un membre demande si l'avis de la Commission de programmation hospitalière lie le Ministre.

Celui-ci répond que c'est le cas si l'avis est négatif. S'il est positif, le Ministre décide librement.

Un autre membre regrette qu'il ne soit prévu aucun délai dans lequel l'avis doit être rendu.

Le Ministre répond qu'un délai de deux mois est prévu. A défaut d'avis dans ce délai, on considère qu'il n'y a pas d'avis et le Ministre peut trancher sur base de l'examen de la situation par les services de son département.

Un membre fait remarquer qu'il peut arriver que l'existence d'un hôpital déterminé et de l'hôpital appelé à le remplacer ne semblent pas se justifier par suite de la présence d'établissements de soins philosophiquement différents dans le même rayon d'action. Le respect du pluralisme impose alors que l'on n'exclue pas une catégorie d'hôpitaux au bénéfice d'une autre.

Le Ministre répond que tout ce qui n'est pas interdit n'est pas automatiquement permis.

D'autre part, il sera tenu compte d'une répartition équitable des lits entre les divers secteurs qui sont représentés par les pouvoirs organisateurs des hôpitaux.

Un tableau des projets et avant-projets de construction ou d'extension par région est fourni (annexe 3).

L'intervenant s'inquiète également de ce qui adviendra lorsqu'un accord de principe a été accordé pour une construction ou extension hospitalière et que l'adjudication a eu lieu. N'est-il pas alors trop tard pour prononcer une interdiction?

Le Ministre répond que l'interdiction porte également sur l'accord de principe. Cependant, même pendant la période couverte par l'interdiction, le Ministre peut donner une autorisation, pourvu que l'avis de la commission corn-

gunstig is. Toch kan niet worden vermeden dat er grensgevallen zijn. Nu reeds zijn alle personen of instellingen die door deze bepaling benadeeld kunnen worden, daarvan trouwens op de hoogte gebracht.

Een lid vraagt waarom de formulering van het artikel verschilt van die van artikel 3, waarin geen sprake is van een « gunstig » advies.

De Minister verklaart dat dit verschil gewild is, daar dit artikel een formeel verbod inhoudt, dat dus aan strenge regels moet onderworpen zijn, terwijl artikel 3 minder formeel is, zodat de uitvoerende macht over de toepassing ervan moet kunnen oordelen.

Artikel 4 wordt eenparig aangenomen.

Art. 5

Dit artikel heeft betrekking op de verzorging van bejaarden en chronisch zieken.

Twee leden zijn van oordeel dat dit artikel niet op zijn plaats is in het wetsontwerp, daar het betrekking heeft op een ganz andere sector, namelijk op die van de *extra muros*-verzorging.

De opneming van artikel 5 in dit wetsontwerp is geïmproviseerd. Die tekst zou deel moeten uitmaken van een algemeen wetsontwerp houdende de bejaardenhulp, aangezien voor het eerst in een tussenkomst in de onderhoudsprijs der rusthuizen wordt voorzien.

De Minister antwoordt dat zieke bejaarden die in een rusthuis verblijven, het recht hebben om ter plaatse verzorgd te worden en niet noodzakelijk in een ziekenhuis moeten worden opgenomen. Het gaat om een experimentele periode en het systeem zal achteraf moeten worden aangepast op grond van de verkregen resultaten.

De Minister zal de commissie trouwens raadplegen alvorens de Ministerraad definitieve normen voor te stellen.

Het is beter nu de bestaande tekst aan te nemen dan een afzonderlijk en algemener wetsontwerp af te wachten, want met het opstellen daarvan zal enige tijd gemoeid zijn. Artikel 5 komt trouwens in een afzonderlijk hoofdstuk van het ontwerp voor.

Een lid werpt op dat seniele bejaarden, invaliden en semi-invaliden, die door hun familie niet kunnen worden opgenomen, alleen in een rusthuis of, wat de eerste categorie betreft, in een psycho-geriatrische instelling kunnen worden opgenomen.

De voorgestelde tekst zal het dringende probleem inzake rusthuizen, namelijk het tekort aan bedden, geenszins oplossen.

Doch wanneer het nieuwe systeem eenmaal op gang zal zijn gekomen, zal het definitief worden omdat de opgerichte personeelsformatie nog moeilijk zal kunnen worden afgeschaft.

Een ander lid begrijpt die opwerpingen, doch het tekort aan bedden in 4e rusthuizen geldt vooral voor de invaliden en semi-invaliden die wegens hun gezondheidstoestand niet kunnen opgenomen worden in de rusthuizen en die dan in een V- of R-dienst worden opgenomen, waarvan de prijs der ligdag veel hoger is dan die in een rusthuis. Vooral vaal; hen is artikel 5 gerechtvaardigd, want zij zullen voortaan in het rusthuis zelf kunnen verzorgd worden. De bijkomende kosten, veroorzaakt door de verzorging van semi-valide bejaarden in de rusthuizen zelf, wordt thans in feite gedragen door de O. C. M. W.'s, zowel in de eigen instellingen als in de private waar bejaarden door de O. C. M. W. geplaatst worden. Her is niet verantwoord deze meer-kost voor verzorging ten last te leggen van de lokale gemeenschap.

parente de programmation soit favorable. Cependant, il ne peut être empêché qu'il y ait des cas limites. Dès à présent, toutes les personnes ou instances susceptibles de subir un dommage du fait de cette disposition en ont d'ailleurs connaissance.

Un membre demande pour quelle raison la formulation de l'article diffère de celle de l'article 3, où il n'est pas question d'avis « favorable ».

Le Ministre précise que la différence est voulue parce que le présent article contient une interdiction formelle devant dès lors être soumise à des règles strictes tandis que l'article 3 est moins formel de sorte que son application doit pouvoir être appréciée par le pouvoir exécutif.

L'article 4 est adopté à l'unanimité.

Art. 5

Cet article a trait aux soins aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Deux intervenants estiment que cet article n'a pas sa place dans le projet de loi car il concerne un secteur tout à fait différent, celui des soins *extra muros*.

Insérer l'article 5 dans ce projet de loi relève de l'improvisation. Ce texte devrait faire partie d'un projet de loi général sur l'aide aux personnes âgées, du fait que pour la première fois est prévue une intervention dans le prix de la journée d'entretien des maisons de repos.

Le Ministre répond que les personnes âgées malades qui séjournent dans une maison de repos, ont le droit d'être soignées sur place et ne doivent pas nécessairement être hospitalisées. Il s'agit d'une période expérimentale et le système devra ensuite être adapté en fonction des résultats obtenus.

Le Ministre consultera d'ailleurs la commission avant de proposer les normes définitives au Conseil des ministres.

Il vaut mieux, dès à présent, adopter ce texte plutôt que d'attendre l'élaboration d'un projet de loi séparé et plus général, ce qui exigera un certain temps. L'article 5 figure d'ailleurs dans un chapitre distinct du projet.

Un membre objecte que, lorsque leur famille n'est pas à même de les héberger, les personnes atteintes de démence sénile et les personnes invalides ou semi-valides ne peuvent séjourner que dans une maison de repos ou, en ce qui concerne la première catégorie, dans une institution psycho-geriatrique.

Or, le texte proposé ne résoudra aucunement le problème urgent des maisons de repos, à savoir l'insuffisance en lits.

D'autre part, le nouveau système, une fois qu'il aura débuté, deviendra définitif en raison de la difficulté de supprimer le cadre du personnel mis en place pour sa mise en œuvre.

Un autre membre comprend les objections soulevées, mais le manque de lits dans les maisons de repos concerne surtout les semi-valides et les invalides, qui ne peuvent y être admis en raison de leur état de santé et qui sont alors hospitalisés en service V ou R, dont le prix de la journée est largement supérieur à celui des maisons de repos. C'est surtout pour ces personnes que l'article 5 trouve sa justification, puisqu'il leur permet d'être soignées dans le home même. Actuellement, les frais supplémentaires provoqués par l'hospitalisation des personnes âgées semi-valides dans les maisons de repos mêmes sont, en fait, supportés par les C. P. A. S., aussi bien dans leurs établissements propres que dans les établissements privés qui accueillent les personnes âgées placées par les C. P. A. S. Il ne se justifie pas de mettre à charge de la communauté locale ce supplément de dépenses.

Het is normaal dat her R. I. Z. I. V. een maatregel waardoor besparingen in de sector van de geneeskundige verzorging mogelijk worden gemaakt, financieel steunt.

Voorts is dit artikel in het ontwerp ingevoegd om redenen van doelmatigheid ten einde het hogervernoemde na-deel op korte termijn te verhelpen en te vermijden dat bejaarden worden gehospitaliseerd wier gezondheidstoestand dat niet vergt.

De Minister herhaalt dat het ontwerp op korte termijn een prijsbeheersing in de sector van de geneeskundige verzorging beoogt door de stijging van het aantal ziekenhuisbedden af te remmen en door de bezettingsgraad ervan te verlagen. Een en ander kan niet worden bereikt door een afzonderlijk wetsontwerp waarvan de voorbereiding enige tijd zou vergen.

Het is evident dat het ontwerp het probleem van het tekort aan bedden in de rusthuizen niet oplost, maar de ten opzichte van de programmatie overtollige ziekenhuisbedden zullen kunnen omgevormd en naar de rusthuizen overgeheveld worden.

Een lid vraagt wat moet worden verstaan onder «geïntegreerde diensten voor thuisverzorging».

De Minister antwoordt dat daarmee wordt bedoeld de samenwerking tussen de diensten voor thuisverzorging, de rusthuizen en de ziekenhuisdiensten, voornamelijk de diensten R (geriatrie en revalidatie) en V (afdeling chronisch zieken).

De Minister wil die verschillende sectoren tot samenwerken verplichten ten einde aldus tot een betere coördinatie en dus tot besparingen te komen.

De commissie bespreekt vervolgens de kwestie van de besparingen die door de tekst mogelijk zullen worden gemaakt.

Sommigen opperen enige twijfel dienaangaande, want heel wat bejaarden die vrijwel kosteloos verzorgd worden in een ziekenhuis, kunnen niet meer thuis blijven en ook niet in een rusthuis opgenomen worden omdat ze zwaar gehandicapt of seniel zijn.

De Minister antwoordt dat er steeds meer stemmen opgaan om een groter deel van de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënten zelf te leggen. Indien daarop wordt ingegaan, zou het logisch zijn dat een tussenkomst wordt uitgekeerd voor de verzorging in de rusthuizen en de thuisverzorging.

Sommige leden stellen zich vragen over de wijze waarop de tegemoetkoming zal worden verleend. Zij vrezen dat de voorgestelde bepaling de rusthuizen er toe zal aanzetten zich tot ziekenhuizen om te schakelen, wat niet strookt met hun bestemming. Een en ander zal er in feite op neerkomen dat nieuwe ziekenhuisdiensten ontstaan. Een niet-forfaitaire subsidiëring per geneeskundige handeling zal misbruiken met zich brengen doordat talrijke patiënten in de desbetreffende categorie zullen worden opgenomen om aldus subsidies te kunnen genieten.

Wie zal trouwens kunnen oordelen of een aantal verzorgingsprestaties van die aard zijn dat het verblijf in het ziekenhuis kan worden vermeden of ingekort? De veroudering der bevolking van de rusthuizen brengt ook de verergering van de gezondheidstoestand met zich, zodat stilaan bijna alle bejaarden in aanmerking komen om te worden gehospitaliseerd.

Volgens de Minister moet de tussenkomst forfaitair worden vastgesteld en het loon dekken van een voltijds verzorgingsteam, dat zal oordelen of een bepaalde verzorging van die aard is dat het verblijf in het ziekenhuis kan worden vermeden of ingekort, dan wel of de bejaarden in staat zijn om terug naar huis te keren.

Een lid vraagt of de subsidie afhankelijk zal zijn van de gemiddelde leeftijd van de bejaarden in de rusthuizen.

Il est normal que l'I.N.A.M.I. soutienne financièrement une mesure qui lui fait réaliser une économie dans le secteur des soins de santé.

D'autre part, c'est pour des raisons d'efficacité que cet article a été inséré dans le présent projet afin de suppléer à brève échéance à l'inconvénient décrit ci-avant et d'éviter que des personnes âgées soient hospitalisées quand leur état de santé ne le requiert pas.

Le Ministre répète que l'objectif du projet est d'assurer à court terme une meilleure maîtrise des coûts des soins de santé en freinant l'augmentation du nombre de lits d'hôpital et en abaissant le degré de leur occupation, ce qui ne peut pas être réalisé par un projet de loi distinct dont la préparation demandera un certain temps.

Bien entendu, le projet ne résout pas le problème de l'insuffisance en lits des maisons de repos, mais les lits hospitaliers en surnombre vis-à-vis de la programmation pourront être transformés et transférés vers le secteur des homes.

Un membre demande ce qu'on entend par « services intégrés de dispensation de soins à domicile ».

Le Ministre répond que ces termes visent la collaboration entre les services de soins à domicile, les maisons de repos et les services hospitaliers, principalement les services R (gériatrie et revalidation) et V (section pour malades chroniques).

L'intention du Ministre est d'imposer une collaboration entre ces divers secteurs, de façon à réaliser une meilleure coordination et, partant, des économies.

La commission aborde ensuite la question des économies que le texte permettra de réaliser.

Certains membres émettent des doutes à ce sujet car de nombreuses personnes âgées, hospitalisées quasi gratuitement, ne sont plus en état de séjourner chez elles ou dans un home parce qu'elles sont soit gravement handicapées, soit atteintes de démence sénile.

Le Ministre réplique que de plus en plus des voix s'élèvent pour réclamer une intervention personnelle plus importante des patients dans les frais d'hospitalisation. Si tel est le cas, une intervention pour les soins prodigués dans les homes ou à domicile serait logique.

Certains membres se préoccupent du mode d'intervention et craignent que la disposition prévue n'incite les maisons de repos à se transformer en infirmeries, ce qui n'est pas conforme à leur destination. Cela aboutira en fait à la création de nouveaux services hospitaliers. Une subsidiarité à l'acte, non forfaitaire, entraînera des abus du fait que de nombreux pensionnaires pourraient, en vue de l'obtention des subsides, être classés dans la catégorie prévue.

Qui jugera par ailleurs si un ensemble de soins est de nature à raccourcir ou à éviter le séjour à l'hôpital? Le vieillissement de la population des maisons de repos entraîne l'aggravation de son état de santé, de sorte que, peu à peu, presque tous les pensionnaires sont susceptibles d'être hospitalisés.

Selon le Ministre, l'intervention doit être forfaitaire et rémunérer une équipe de soins à temps plein, qui jugera si la dispensation de certains soins est de nature à raccourcir ou à éviter le séjour à l'hôpital ou si les personnes âgées sont en état de rentrer chez elles.

Un membre demande si le subside sera fonction de l'âge moyen des pensionnaires de la maison de repos.

De Minister antwoordt ontkennend, daar die subsidie niet wordt toegekend voor de volledige bevolking van het tehuis, maar slechts voor die groep welke voor opnemings in een ziekenhuis in aanmerking komt.

Een lid merkt op dat de door een dergelijk team verstrekte verzorging reeds beslaat in het rusthuis van zijn gemeente, dat daarvoor door het R. I. Z. I. V. op voldoende wijze wordt vergoed. Slechts een klein aantal bejaarden verblijft dus in het ziekenhuis; de anderen worden verzorgd in het tehuis zelf, niettegenstaande het feit dat de helft van die bejaarden semi-valide zijn.

Een ander lid merkt op dat de opvatting volgens welke de tekst besparingen kan meebrengen, wel eens verkeerd zou kunnen zijn.

Anderzijds meent het lid dat moet worden nagegaan of de opnemings in een ziekenhuis verantwoord is en blijft en of de in rekening gebrachte verzorging werkelijk verstrekt is.

De Minister antwoordt dat die controle zal verricht worden en dat daarvoor besprekingen aan de gang zijn met het Ministerie van Sociale Voorzorg.

Volgens een ander lid zou de toekenning van een forfaitaire subsidie aan de bejaardenhuizen die een verzorgings-team oprichten, dat initiatief sterk stimuleren en de ziekenhuizen verlichten.

Een lid voegt eraan toe dat de vaststelling van de dagprijs in de rusthuizen zo verward is, dat een forfaitaire subsidiëring zou berusten op onzekere grondslagen en verkeerd zou worden berekend. Nochtans voeren drie gemeenten uit de Brusselse agglomeratie voor hun rusthuis een analytische boekhouding, waarmee geen rekening is gehouden.

Alleen het departement van Volksgezondheid zou de dagprijs in de rusthuizen mogen vaststellen. Drie verschillende departementen (Volksgezondheid, Justitie, Economische Zaken), die elk voor zich andere, uiteenlopende regels uitvaardigen, houden zich thans met die zaak bezig.

De Minister geeft toe dat er zich een probleem van coördinatie stelt en dat de verantwoordelijkheid inzake rusthuizen bij één enkel Minister zou moeten berusten.

Op een vraag betreffende de kredieten die op de begroting van het departement van Sociale Voorzorg voor de toepassing van het artikel zullen worden uitgetrokken, antwoordt de Minister dat het nog niet helemaal zeker is dat een krediet zal worden uitgetrokken en dat het bijgevolg nog niet mogelijk is het bedrag ervan op te geven. Verder is het departement van Sociale Voorzorg van plan een bijdrage in de ziekenhuiskosten te vragen aan sommige patiënten die tot de W. I. G. W.-categorieën behoren.

De Minister is eveneens van mening dat het noodzakelijk is van de personen die in een ziekenhuis zijn opgenomen een op een redelijk peil gehouden persoonlijke bijdrage te vragen, maar dat men tevens het probleem van de zieke bejaarden dringend moet oplossen.

Een lid vraagt of de erkende rusthuizen voldoen aan de normen, en onder andere aan die betreffende de brandbeveiliging.

De Minister antwoordt dat het gaat om rusthuizen die formeel erkend zijn (zie bijlage 6) conform de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden.

Een groot aantal is thans nog niet erkend omdat de brandbeveiligingsnormen, waarvan de toepassing bovendien van gemeente tot gemeente verschilt, erg streng zijn.

De Minister herinnert eraan dat de wet van 15 juli 1976 de toelagen voor de voor brandbeveiliging vereiste werken op 90 % heeft gebracht.

De rusthuizen die aan de veiligheidsvoorwaarden niet voldoen, mogen als dusdanig niet blijven bestaan; binnen een redelijke termijn moet men tot een sanering van de toestand komen.

Le Ministre répond par la négative, car le subside n'est pas attribué pour couvrir la population du home mais uniquement pour le groupe susceptible d'être hospitalisé.

Un membre fait remarquer que les soins donnés par une telle équipe existent déjà dans la maison de repos de sa commune, qui est indemnisée pour ces soins par l'A. M. I. et y trouve son compte. Seul un petit nombre de pensionnaires séjourneront dès lors à l'hôpital; les autres sont soignés à l'intérieur du home, bien que la moitié de ces pensionnaires soient semi-valides.

Un autre membre fait remarquer que l'opinion selon laquelle ce texte entraînera des économies peut être erronée.

D'autre part, il estime qu'il faut contrôler si les patients hospitalisés le sont et le restent à bon escient et si les soins comptabilisés ont été effectivement dispensés.

Le Ministre répond que ce contrôle se fera. Des conversations sont en cours à ce sujet avec le département de la Prévoyance sociale.

Scion un autre membre, l'attribution d'un subside forfaitaire aux maisons de repos qui mettent sur pied une équipe de soins stimulera fortement cette initiative et décongestionnera les hôpitaux.

Un membre ajoute que le désordre en matière de fixation du prix de la journée dans les maisons de repos est tel qu'un octroi forfaitaire de subsides reposera sur des bases incertaines et sera calculé de façon erronée. Or, trois communes de l'agglomération bruxelloise tiennent pour leur maison de repos une comptabilité analytique dont il n'a pas été tenu compte.

Le département de la Santé publique devrait être le seul à fixer le prix de la journée dans les maisons de repos. Or, trois départements différents (Santé publique, Justice, Affaires économiques), qui édictent chacun des règles différentes et disparates, s'occupent actuellement de cette question.

Le Ministre reconnaît qu'un problème de coordination se pose et que toutes les responsabilités relatives aux maisons de repos devraient être regroupées dans le chef d'un seul ministre.

En réponse à une question au sujet des crédits qui seront inscrits au budget du département de la Prévoyance sociale pour l'application de l'article, le Ministre répond qu'il n'est pas tout à fait certain que ce crédit sera prévu et qu'il n'est en conséquence pas possible d'estimer quel en sera le montant. D'autre part, le département de la Prévoyance sociale envisage de réclamer une intervention dans les frais d'hospitalisation à certains patients appartenant aux catégories des V. I. P. O.

Le Ministre estime également qu'il y a lieu de réclamer aux personnes hospitalisées une contribution personnelle d'un niveau raisonnable tout en résolvant d'urgence le problème des personnes âgées malades.

Un membre demande si les maisons de repos agréées satisfont aux normes et, entre autres, celles sur la protection contre l'incendie.

Le Ministre répond qu'il s'agit là de maisons de repos qui sont formellement agréées (voir annexe 6) conformément à la loi du 12 juillet 1966 relative aux maisons de repos pour personnes âgées.

Un grand nombre ne sont actuellement pas agréées en raison de la sévérité des normes de protection contre l'incendie dont l'application, en outre, varie de commune à commune.

Le Ministre rappelle que la loi du 15 juillet 1976 a porté à 90 % les subsides pour les travaux que nécessite la protection contre l'incendie.

Les homes qui ne répondent pas aux conditions de sécurité ne peuvent pas exister comme tels; un assainissement de la situation doit être obtenu dans un délai raisonnable.

Een lid vraagt dat aan de rusthuizen een termijn zou worden opgelegd om de brandveiligingsnormen na te leven en dat de subsidies met terugwerkende kracht worden uitbetaald aan alle tehuizen die de gestelde termijn in acht nemen.

De Minister gaat akkoord om een termijn te leggen.

Een lid bekommert zich om het pluralisme bij de uitvoering van dit artikel.

De Minister verbindt zich ertoe bij de uitvoering van artikel 5 rekening te houden met dat element.

Een lid vraagt of de erkenning van de tehuizen eveneens zal worden geregionaliseerd.

De Minister antwoordt dat de toepassing van dit artikel thans reeds geregionaliseerd is en dat de beslissingen van de bevoegde ministers of staatssecretarissen in gemeen overleg worden genomen.

De heer Hubin heeft een amendement ingediend (Stuk n° 8512-1) dat ertoe strekt verplicht het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leef tijd in te winnen. De auteur zou het advies van het Fonds voor medische, sociale en pedagogische verzorging voor minder-validen eraan willen toevoegen.

Een lid is van gevoelen dat het volsraat die raadpleging te vermelden in het verslag en hier in de wettekst. Zou het principe ervan ook niet moeten worden opgenomen in het tweede lid van het artikel?

De Minister werpt op dat een dergelijke opneming gevaar voor immobilisme inhoudt.

Een ander lid is van oordeel dat het advies van het Fonds voor medische, sociale en pedagogische verzorging niet verantwoord is omdat het verband houdt met de minder-validen en hier met de bejaarden.

Ten slotte beslist de commissie het in de tekst van het amendement bij het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leef tijd te houden en in het onderhavige verslag te noteren dat de Minister de andere betrokken instellingen moet raadplegen.

Een lid wijst erop dat de Hoge Raad voor de Derde Leef tijd in zijn advies op de tekst van het artikel kritiek heeft uitgebracht.

Een ander lid is ongerust over de draagwijdte van artikel 5 in fine betreffende de verstrekking van verzorging ten laste van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

De Minister antwoordt dat de tekst slaat op het beperkte aantal personen die niet tegen ziekte en invaliditeit zijn verzekerd.

He amendement van de heer Hubin (Stuk n° 85/2-1) wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met 9 stemmen en 3 onthoudingen.

De Minister verklaart dat de uitvoeringsbesluiten en alle latere wijzigingen ervan ter goedkeuring aan de commissie zullen worden voorgelegd.

De leden die zich hebben onthouden, menen dat de tekst niet op zijn plaats is in het onderhavige ontwerp; zij hebben evenwel niet willen tegenstemmen wegens de belofte van de Minister.

Artt. 6 en 7

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

* * *

Het gehele wetsonwerp, zoals het werd gewijzigd, wordt eenparig aangenomen.

Dit verslag is eenparig goedgekeurd.

De Rapporteur,

J. LENSSENS

De Voorzitter,

J. VERROKEN

Un membre demande qu'un délai soit imposé aux mai sons de repos pour le respect des normes contre l'incendie et que les subsides soient versés rétroactivement à toutes celles qui se conforment au délai prescrit.

Le Ministre marque son accord au sujet du délai à imposer.

Un membre s'inquiète du pluralisme dans l'exécution de cet article.

Le Ministre s'engage à tenir compte de cet élément lors de l'exécution de l'article 5.

Un membre demande si l'agrégation des homes sera également régionalisée.

Le Ministre répond que l'application de cet article est déjà régionalisée actuellement et que les décisions des ministres ou secrétaires d'état compétents sont prises en commun.

M. Hubin a déposé un amendement (Doc. n° 8512, I) tendant à prévoir la consultation du Conseil supérieur du troisième âge. L'auteur voudrait y ajouter celle du Fonds de soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés.

Un membre estime qu'il suffit de prévoir cette consultation dans le rapport et non dans le texte de la loi. D'autre part, ne faudrait-il pas en insérer également le principe dans le 2° alinéa de l'article?

Le Ministre objecte qu'un danger d'immobilisme résulterait de cette insertion.

Un autre membre estime que l'avis du Fonds de soins médico-socio-pédagogiques ne se justifie pas, étant donné qu'il concerne les handicapés et non les personnes âgées.

Finalement, la commission décide de s'en tenir, dans le texte de l'amendement, à la consultation du Conseil supérieur du troisième âge et de prévoir dans le présent rapport que le Ministre consultera les autres organismes intéressés.

Un membre rappelle que le Conseil supérieur du troisième âge a, dans son avis, émis des critiques sur le texte de l'article.

Un autre membre s'inquiète de la portée de l'article 5 in fine qui prévoit la dispensation de soins à charge des centres publics d'aide sociale.

Le Ministre répond que ce texte concerne le nombre réduit de personnes qui ne sont pas assurées contre la maladie et l'invalidité.

L'amendement de Monsieur Hubin (Doc. n° 85/2-1) est adopté à l'unanimité.

L'article 5 ainsi amendé est adopté par 9 voix et 3 abstentions.

Le Ministre déclare que les arrêtés d'exécution et toutes modifications ultérieures de ceux-ci seront soumis à la commission.

Les membres qui se sont abstenus estiment que le texte ne trouve pas sa place dans le présent projet; ils n'ont néanmoins pas voulu émettre de vote négatif en raison de la promesse faite par le Ministre.

An. 6 et 7

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

* * *

L'ensemble du projet de loi tel qu'il a été modifié est adopté à l'unanimité.

Le présent rapport est approuvé à l'unanimité.

Le Rapporteur,

J. LENSSENS

Le Président,

J. VERROKEN

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

HOOFDSTUK I

Wijzigingen in de wet van 23 december 1963
op de ziekenhuizen en in de wet van 6 juli 1973

Artikel I

In artikel 5bis, § 2, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, gewijzigd bij de wetten van 6 juli 1973 en 5 januari 1976, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in 5°, wordt letter c) vervangen door de volgende bepaling:

« c) Vanaf het ogenblik dat een uitrusting door de Koning als zware medische apparatuur is bepaald overeenkomstig a), mag zij niet meer worden geïnstalleerd zonder voorafgaande toelating van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en dit zelfs wanneer de initiatiefnemer geen beroep doet op de sub a) bedoelde toelage en ook wanneer de investering geschiedt buiten de in 1° bedoelde ziekenhuizen en medisch sociale inrichtingen. »

Alvorens te beslissen over de aanvraag tot toelating verzoekt de Minister om het advies van de bevoegde commissie voor ziekenhuisprogrammatie. »

2° hetzelfde 5° wordt aangevuld met de letters d) en e), die luiden als volgt :

« d) De Koning kan bepalen vanaf welke datum de exploitatie verboden wordt van zware medische apparatuur die niet past in het kader van een onder b) bedoeld programma dat Hij heeft vastgesteld. »

« e) Vanaf het ogenblik dat de tussenkomst van het Fonds 100 % van de investeringskosten van de zware medische apparatuur bedraagt, mogen geen afschrijvingen noch financiële lasten van deze apparatuur meer in aanmerking worden genomen als bestanddeel van de tussenkomst van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit of van de verpleegdagprijs. »

De Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden van tussenkomst van het Fonds voor de installatie van de zware medische apparatuur. »

3° een als volgt luidend 6° wordt toegevoegd:

« 6° De Koning kan, de Ziekenhuisraad gehoord, bij een in Ministerraad overlegd besluit de laboratoria voor klinische biologie gelijkstellen met zware medische apparatuur en ze geheel of gedeeltelijk onderwerpen aan de bovengescreven regelen. »

Art. 2

Artikel 18, § 1 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 6 juli 1973, wordt met de volgende bepaling aangevuld:

« go hij die, met overtreding van artikel 6bis, § 2, 5° c), zware medische apparatuur installeert zonder voorafgaande toelating van de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid, of die met overtreding van artikel 6bis, § 2, 5° d) zware

TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

CHAPITRE 1

Modifications à la loi du 23 décembre 1963
sur les hôpitaux et à la loi du 6 juillet 1973

Article 1

A l'article 6bis, § 2, de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par les lois des 6 juillet 1973 et 5 janvier 1976, sont apportées les modifications suivantes:

1° au 5°, le littéra c) est remplacé par la disposition suivante:

« c) A partir du moment où un équipement est considéré par le Roi comme appareillage médical lourd conformément au a), il ne peut plus être installé sans autorisation préalable du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, et ce même si l'initiateur ne sollicite pas les subsides visés sous a) et également si l'investissement s'effectue en dehors des hôpitaux et des établissements médico-sociaux visés au 1°. »

Avant de prendre une décision relative à une demande d'autorisation, le Ministre demande l'avis de la commission compétente de programmation hospitalière. »

2° le même 5° est complété par les littéra d) et e), rédigés comme suit:

« d) Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle est interdite l'exploitation d'un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme qu'il a élaboré comme prévu sub b), »

« e) A partir du moment où l'intervention du Fonds atteint 100 % des frais d'investissement de l'appareillage médical lourd, aucun amortissement ni aucune charge financière relatifs à cet appareillage ne peuvent plus être pris en considération comme éléments constitutifs de l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ou du prix de la journée d'entretien. »

Le Roi détermine par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions d'intervention du Fonds pour l'installation de l'appareillage médical lourd. »

3° il est ajouté un 6° rédigé comme suit:

« 6° Par un arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil des hôpitaux, le Roi peut assimiler les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd et les soumettre en tout ou en partie aux règles susmentionnées. »

Art. 2

L'article 18, § 1er, de la même loi, modifié par la loi du 6 juillet 1973, est complété par la disposition suivante:

« go celui qui, en contravention avec l'article 6bis, § 2, 5° c), installe un appareillage médical lourd sans autorisation préalable du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou qui, en contravention avec l'article 6bis, § 2, 5°

medische apparatuur exploiteert die niet past in het kader van een programma door de Koning vastgesteld. »

Art. 3

Artikel 21 van dezelfde wet wordt door de volgende bepaling vervangen :

« In afwachting dat de Koning, na advies van de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie, criteria zal hebben bepaald voor deprogrammatie van de universitaire ziekenhuizen, mag het aantal bedden in de universitaire ziekenhuizen, aangewezen op voorstel van de academische overheid van een bepaalde universiteit, niet hoger zijn dan het aantal bedden toegelaten op 1 januari 1976, gebeurlijk verhoogd bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, op voorstel van de bovenvermelde commissie. »

Art. 4

Artikel 15, la, van de wet van 6 juli 1973 tot wijziging van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, wordt aangevuld als volgt :

« Het is verboden, tot de door de Koning te bepalen datum, te beginnen met werken voor de uitbreiding van een bestaand ziekenhuis of voor de bouw van een nieuw ziekenhuis zonder voorafgaande toestemming van de Minister, na gemotiveerd gunstig advies van de bevoegde Commissie voor ziekenhuisprogrammatie. »

HOOFDSTUK II

Verzorging van bejaarden en langdurig zieken

Art. 5

In het raam van een planning bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, na advies van de Hoge Raad voor de derde leeftijd en volgens door een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit vastgestelde normen, kan door voormelde Minister aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen.

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder, binnen de perken van de begrotingskredieten, voor deze zorgenverlening een bijzondere tussenkomst kan worden verstrekt ten laste van hetzij de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hetzij van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, hetzij van het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden, hetzij van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

HOOFDSTUK III

Slotbepalingen

Art. 6

De Koning kan de bepalingen van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen coördineren met de bepalingen die deze wet, op het tijdstip van de coördinatie, uitdrukkelijk of impliciet gewijzigd hebben.

d), exploite un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme élaboré par le Roi. »

Art. 3

L'article 21 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

« En attendant que le Roi ait fixé après avis de la Commission nationale de programmation hospitalière les critères pour la programmation des hôpitaux universitaires, le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires, désigné sur proposition de l'autorité académique d'une université déterminée, ne pourra être supérieur au nombre de lits admis à la date du 1^{er} janvier 1976, éventuellement majoré par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur la proposition de la commission susmentionnée. »

Art. 4

L'article 15, la de la loi du 6 juillet 1973 modifiant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, est complété par la disposition suivante :

« Il est interdit, jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, d'entamer des travaux tendant à l'extension d'un hôpital existant ou à la construction d'un nouvel hôpital sans l'accord préalable du Ministre après avis motivé favorable de la Commission de programmation hospitalière compétente. »

CHAPITRE II

Soins aux personnes âgées et aux malades chroniques

Art. 5

Dans le cadre d'une planification établie par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, après consultation du Conseil supérieur du troisième âge et selon des normes déterminées par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, une agrégation spéciale peut être accordée par le Ministre précité aux services intégrés de dispensation de soins à domicile et aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.

Le Roi détermine les conditions selon lesquelles, dans les limites des crédits budgétaires, une intervention spéciale peut être accordée pour cette dispensation de soins à charge soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation relative à l'assurance contre la maladie et l'invalidité, soit de la Société nationale des Chemins de fer belges ou de l'Œuvre nationale des Invalides de guerre, soit des centres publics d'aide sociale.

CHAPITRE III

Dispositions finales

Art. 6

Le Roi peut coordonner les dispositions de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et les dispositions qui les auraient expressément ou implicitement modifiées au moment où les coordinations seront établies.

Te dien einde kan Hij :

lade de volgorde, de nummering van de te coördineren bepalingen en, in het algemeen, de teksten naar de vorm wijzigen;

2° de verwijzingen in de te coördineren bepalingen vernummen om ze in overeenstemming te brengen met de nieuwe nummering;

3° zonder afbreuk te doen aan de beginselen in de te coördineren bepalingen vervat, de redactie van die bepalingen wijzigen met het oog op hun onderlinge overeenstemming en de eenheid in de terminologie.

Art. 7

Deze wet treedt in werking de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

A cette fin, Il peut :

la modifier l'ordre, le numérotage et, en général, la présentation des dispositions à coordonner;

2° modifier les références qui seraient contenues dans les dispositions à coordonner en vue de les mettre en concordance avec le numérotage nouveau;

3° sans porter atteinte aux principes inscrits dans les dispositions à coordonner, en modifier la rédaction en vue d'assurer leur concordance et d'en unifier la terminologie.

Art. 7

La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

BIJLAGE 1

Bestaande Scanners

Vlaams gewest

K. U. L. Academische Ziekenhuizen Leuven/Louvain	...	...	...	...	...
Kliniek H. Familie Antwerpen/Anvers	...	...	...	...	...
O. C. M. W. Alg. Ziekenhuis Middelheim Antwerpen/Anvers	...	...	...	...	...
O. C. M. W. Sint-Jansziekenhuis Brugge/Bruges	...	...	...	...	...
Sint-Vincentiusziekenhuis Gent/Gand	...	...	...	...	...

Brussels gewest

Clinique universitaire Saint-Luc Sint-Pieters-Woluwe/Woluwe-Saint-Pierre	...	...	...	...	...
Sainte Elisabeth Ukkel/Uccle	...	...	...	...	...
Institut Bordet Brussel/Bruxelles	...	...	...	...	...
Algemene Kliniek Sint-Jan Brussel/Bruxelles	...	...	...	...	...
Cerascan Brussel/Bruxelles	...	...	...	...	...
Clinique Saint-Etienne Sint-Joost-ten-Noode/Saint-Josse-ten-Node	...	...	...	...	...
Clinique Saint-Michel Etterbeek	...	...	...	...	...
Clinique du Parc Léopold Etterbeek	...	...	...	...	...
Sint-Pieters Ziekenhuis Brussel/Hôpital Saint-Pierre Bruxelles	...	...	...	...	...

Waals gewest

Charleroi (Gilly), Hôpital Saint-Joseph	...	...	...	...	...
Charleroi (Montignies-sur-Sambre), Clinique Reine Fabiola	...	...	...	...	...
Charleroi (Montignies-le-Tilleul), C. G. T. R. « Le Rayon de Soleil »	...	...	...	...	...
Charleroi (Montignies-le-Tilleul), C. G. T. R. « Le Rayon de Soleil »	...	...	...	...	...
Luik/Liège, Clinique Notre-Dame de l'Espérance	...	...	...	...	...
Luik/Liège, Clinique Saint-Joseph	...	...	...	...	...
Luik/Liège, Hôpital de Bavière	...	...	...	...	...
Luik/Liège, Clinique Sainte-Rosalie	...	...	...	...	...
Namen/Namur, Clinique-Maternité Sainte-Elisabeth	...	...	...	...	...
Ottignies, Clinique Saint-Pierre	...	...	...	...	...

Opmerking:

Charleroi, Hôpital civil (Total Body Scanner) (het toestel wordt door de fabrikant uitgeleend).

ANNEXE 1

Scanners existants

Région flamande

Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner

Région bruxelloise

Brain Scanner		
Total	Body	Scanner (besteld/commandé)
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner (besteld/commandé)
Total	Body	Scanner (besteld/commandé)

Région wallonne

Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Brain	Scanner	
Total	Body	Scanner
Brain	Scanner	
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner
Total	Body	Scanner

Remarque:

Charleroi, Hôpital civil (Total Body Scanner) (l'appareil est prêté par le constructeur).

BIJLAGE 2

De commissies voor ziekenhuisprogrammatie

Opdracht van de :

- nationale commissie : artikel 6, § 3, van de ziekenhuiswet;
- gewestelijke commissie : artikel 6, § 4, van de ziekenhuiswet.

Koninklijke besluiten over deze commissies :

1. Koninklijk besluit van 12 juni 1974 (*Belgisch Staatsblad* van 20 augustus 1974) : samenstelling en werkwijze van de nationale commissie.

2. Koninklijk besluit van 27 juni 1974 (*Belgisch Staatsblad* van 20 augustus 1974) : benoeming van de leden van de nationale commissie.

3. Koninklijk besluit van 12 juni 1974 (*Belgisch Staatsblad* van 20 augustus 1974) : samenstelling en werkwijze van de gewestelijke commissies.

4. Koninklijk besluit van 11 maart 1976 (*Belgisch Staatsblad* van 1 mei 1976) : benoeming van de leden van de Vlaamse gewestelijke commissie.

5. Koninklijk besluit van 11 maart 1976 (*Belgisch Staatsblad* van 1 mei 1976) : benoeming van de leden van de Brusselse gewestelijke commissie.

6. Koninklijk besluit van 15 juli 1976 (*Belgisch Staatsblad* van 14 augustus 1976) : benoeming van de leden van de Waalse gewestelijke commissie.

Mandaten verlengd bij koninklijk besluit van 25 april 1977 (*Belgisch Staatsblad* van 22 september 1977).

ANNEXE 2

Les commissions de programmation hospitalière

Mission de :

- la commission nationale : article 6, § 3, de la loi sur les hôpitaux;
- les commissions régionales : article 6, § 4, de la loi sur les hôpitaux.

Arrêtés royaux concernant ces commissions :

1. Arrêté royal du 12 juin 1974 (*Moniteur belge* du 20 août 1974) : composition et fonctionnement de la commission nationale.

2. Arrêté royal du 27 juin 1974 (*Moniteur belge* du 20 août 1974) : nomination des membres de la commission nationale.

3. Arrêté royal du 12 juin 1974 (*Moniteur belge* du 20 août 1974) : composition et fonctionnement des commissions régionales.

4. Arrêté royal du 11 mars 1976 (*Molliteur belge* du 1^{er} mai 1976) : nomination des membres de la commission régionale flamande.

5. Arrêté royal du 11 mars 1976 (*Moniteur belge* du 1^{er} mai 1976) : nomination des membres de la commission régionale bruxelloise.

6. Arrêté royal du 15 juin 1976 (*Molliteur belge* du 14 août 1976) : nomination des membres de la commission régionale wallonne.

Prorogation des mandats par arrêté royal du 25 avril 1977 (*Moniteur belge* du 22 septembre 1977).

BIJLAGE 3

ANNEXE 3

BESTAANDE PRINCIPIELE AKKOORDEN

ACCORDS DE PRINCIPE EXISTANTS

A. In het stadium van ontwerp of voorontwerp

A. Au stade de projet ou d'avant-projet

1. Vlaams gewest

1. Région flamande

Ontwerpen

Projets

Overheidssector

Secteur public

Gemeenten Communes	Ontwerp goedgekeurd of ingediend Projet approuvé ou introduit	Nieuw Nouveau	Bestaande Existant	Toekomst Futur
Vilvoorde / Vilvorde ...	Goedgekeurd / Approuvé	120 V	84C-82D-33E- 18 M	120V-84C-82D- 33 E - 18 M
Genk	Goedgekeurd / Approuvé	48M-60E-15N- 60 P - 30 L - 150 C - 60D-48R	163 C - 120 O - 6 I - 88 E - 15 B - 63 M - 38 N - 30 L	48M-60E-15N- 60 P - 30 L - 150 C - 60D-48R
Bree ...	Goedgekeurd / Approuvé	30 V	39 C - 27 O - 29 E - 31 M	30 V - 39 C - 27 D - 29 E - 31 M
Zottegem ...	Goedgekeurd / Approuvé	60 V	78 CoD	78 CoD - 60 V
Bredene	Goedgekeurd / Approuvé	60 V		60 V

Privé sector

Secteur privé

Gemeenten Communes	Ontwerp goedgekeurd of ingediend Projet approuvé ou introduit	Nieuw Nouveau	Bestaande Existant	Toekomst Futur
Deurne, O.L., Vrouw Middelares	Ingediend / Introduit	25 C - 30 P - 24 R	65C-30D-61- 25M-30E	90C-30D-61- 25M-30P-30E- 24 R
Gem / Gand, Maria Middelares ...	Ingediend / Introduit	210 C - 24 R - 30 A	113 O - 30 E - 62 M	113 D - 30 E - 62 M - 210 C - 24 R - 30 A
Menen / Menin, St. Jo- risklinie ...	Ter ondertekening / A la signature	68 C - 35 O - 22 E - 22 M	—	68C-35D-22E- 22 M
Gent / Gand, Volkskli- niek ...	Goedgekeurd / Approuvé	120 D - 120 C - 20 M - 30 E	58 C - 20 D - 14 E - 120 S	120 D - 120 C - 20 M - 30 E

Voorontwerpen

Avant-projets

(overheidssector)

Secteur public

Gemeenten Communes	Voorontwerp goedgekeurd of ingediend Avant-projet approuvé ou introduit	Bedden, - Lits		
		Nieuw Nouveau	Bestaande Existant	Toekomst Futur
Dendermonde / Termonde	Ingediend / Introduit	60 D - 50 R - 165 C - 40 M-50 E - 15 N - 30 A	138 C - 77 D - 54 E - 30M-20N-35R	60 D - 50 R - 165 C - 40 M-50 E - 15 N - 30 A
Aalst / Alost	Goedgekeurd / Approuvé	150 C - 90 D - 50 E - 30 B - 30 A - 48 R	137 C - 121 D - 48 E - 42 M-IS N - 37 P	150 C - 90 D - 50 E - 30 B - 30 A - 48 R - 42 M
Sint-Truiden / Saint-Trond	Ingediend / Introduit	120 V	—	120 V
Geraardsbergen / Grammont	Goedgekeurd / Approuvé	28 C - 3 D - 30 CoD - 5 E - 6 M - 24 R	32 C - 27 D - 15 E - 14 M	60 C - 30 D - 30 CoD - 20E-20M-24R
Brugge / Bruges, Sr, Jan	Goedgekeurd / Approuvé	120 V	—	120 V
Oostende / Ostende, H. Serruys	Goedgekeurd / Approuvé	90 V	—	90 V
Antwerpen / Anvers (Stuyvenberg)	Goedgekeurd / Approuvé	50 C - 73 C - 40 I - 8 P - 60 O	250 C - 197 D - 32 P	300C-270D-40I-40P-60O
Berchem	Goedgekeurd / Approuvé	12 C - 5 D - 24 R	48 C - 55 D - 24 M - 24 E	60 C - 60 D - 24 R
Edegem	Goedgekeurd / Approuvé	21 V	72V	93 V
Hoboken	Goedgekeurd / Approuvé	60 V	—	60 V
Turnhout	Goedgekeurd / Approuvé	84 V	—	84 V
Willebroek	Goedgekeurd / Approuvé	30 E	30 C - 30 D - 25 M	30 C - 30 D - 30 E - 25M
Ieper / Ypres	Goedgekeurd / Approuvé	60 C - 30 D - 30 R - 30E-25M	60 C - 66 D - 36 E - 28 M	60C-30D-30R-30E-25M
Kortrijk / Courtrai	Goedgekeurd / Approuvé	90 V	—	90 V

Privé sector

Secteur privé

Gemeenten Communes	Voorontwerp goedgekeurd of ingediend Avant-projet approuvé ou introduit	Nieuw Nouveau	Bestaande Existant	Toekomst Futur
Antwerpen / Anvers, Nottebohm	Goedgekeurd / Approuvé	78 V	7 V	85 V
Brugge / Bruges, St. Franciscus	Ingediend / Introduit	60 V	154 D	95 D - 60 V
Kortrijk / Courtrai, St. Mauritskliniek	Ingediend / Introduit	116 C - 98 D - 28 E	116 C - 98 D - 28 E	116 C - 98 D - 28 E
Zele, Maria, Middelares	Ingediend / Introduit	16 D	49 D	65 D
Asse, H. Hartkliniek	Ingediend / Introduit	63 C - 43 D - 30 E - 20M-30A	63 C - 43 D - 30 E - 20 M	126C-86D-60E-40M-30A
Sint-Truiden / Saint-Trond, St. Anna	Goedgekeurd / Approuvé	20 M - 24 R	84 C - 46 D - 43 E	20 M - 24 R - 84 C - 46D-30E
Heusden, St. Franciscus	Goedgekeurd / Approuvé	60 V - 30 D - 30 C - 30 O - 24 R - 30 E	68 C - 32 D - 30 E	60V-30D-30C-30 O - 24 R - 30 E

2. Waals gewest

2. Région wallonne

Ontuierpen Overheidssector		Projets Secteur public	
Inrichtingen Etablissements	Stand van het dossier Situation du dossier	Aantal bedden. - Nombre de lits	
		Bestaande toestand Situation existante	Nieuwe toestand Situation nouvelle
C. P. A. S. Seraing	Gedeeltelijk goedgekeurd Partiellement approuvé	—	150 V
Privé sector		Secteur privé	
Inrichtingen Etablissements	Stand van het dossier Situation du dossier	Aantal bedden. - Nombre de lits	
		Bestaande toestand Situation existante	Nieuwe toestand Situation nouvelle
Aye: Hôpital Princesse Paola	Goedgekeurd Approuvé	87 A	148 A + 30 V
Herstal: Relève-Toi	Ingediend, niet goedgekeurd Introduit, non approuvé	60 A	160 A
Alleur: Centre Médical de l'Est	Ingediend, niet goedgekeurd Introduit, non approuvé	—	269A+48R+ 60 V + 62 psych.
Yoorontwerpen Overheidssector		AI/met-projets Secteur public	
Inrichtingen Etablissements	Stand van het dossier Situation du dossier	Aantal bedden. - Nombre de lits	
		Bestaande toestand Situation existante	Nieuwe toestand Situation nouvelle
Bastogne: Intercommunale. Hôpital St-Joseph	Goedgekeurd Approuvé	103 A	143 A + 24 R
Privé sector		Secteur privé	
Inrichtingen Etablissements	Stand van het dossier Situation du dossier	Aantal bedden. - Nombre de lits	
		Bestaande toestand Situation existante	Nieuwe toestand Situation nouvelle
Namur: Ste-Elisabeth	Goedgekeurd Approuvé	290A	360 A
Baudour: Clinique Louis Cary	Ingediend, niet goedgekeurd Introduit, non approuvé	229 A	292 A

3. Brussels gewest

I 3. Région bruxelloise

	Aantal bedden. - Nombre de lits.	
	Bestaande toestand — Situation existante	Nieuwe toestand — Situation nouvelle
<i>Overheidssector. - Secteur public.</i>		
Voorontwerpen. - Avant-projets:		
Nihil. - Néant.		
Ingedient ontwerp niet goedgekeurd. - Projet introduit non approuvé:		
Elsene, M. H. L. - Ixelles, I. M. C.	248	+ 32 (aanpassing / reconditionnement)
Goedgekeurd ontwerp. - Projet approuvé:		
Sint-Pieters-Woluwe, Koning Boudewijnhuis. - Woluwe-Saint-Pierre, Home Roi Baudouin	—	(nieuw gebouw) / (nouvelle construction) 90 V
<i>Prive-sector. - Secteur privé.</i>		
Niet goedgekeurd voorontwerp. - Avant-projet non approuvé:		
Ukkel, psychiatrisch instelling « La Ramée », - Uccle, hôpital psychiatrique « La Ramée »	62	+ 90 + 30 dagverblijven / places de jour
Ingediende en niet-goedgekeurde ontwerpen. - Projets introduits non approuvés:		
Anderlecht, St-Annakliniek. - Anderlecht, clinique Sainte-Anne	162	+ 26 (aanpassing) / (reconditionnement)
Sint-jozef-ren-Noode, clinique Saint-Etienne. - Saint-jesse-ren-Noode, clinique Saint-Etienne	264	+ 85 V (uitbreiding) / (extension)
Goedgekeurd ontwerp. - Projet approuvé:		
Nihil. - Néant.		
Goedgekeurd voorontwerp. - Avant-projet approuvé:		
Jette, Magnolia. - Jette, Magnolia	—	120 V

[23]

B. Nog niet in het stadium van voorontwerp

B. Non encore au stade de l'avant-projet

I. Akute sector

I. Secteur aigu

Naam van het ziekenhuis + gemeente Nom. de l'établissement + localité	Datum pr. ak. Date de l'A. P.	Huidig bedden- bestand Nombre actuel de lits	Aantal bedden voorzien in her pr. ak. Nombre de lits prévus par l'A. P.									Aard van de werken Nature des travaux	Totaal bedden Total lits
			C	D	M	E	R	V	A	P			
1. Vlaams Gewest / Région flamande.													
St. Elisabethziekenhuis, Antwerpen / Anvers	9.06.1963	321	30	120	—	—	300	—	—	—	Nieuwbouw / Construcion nouvelle	450	
Mariaziekenhuis, Berchem	20.02.1970	151	60	60	—	—	24	—	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	144	
H. Familie Reet	28.08.1967	154	—	—	—	—	—	60	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	60	
St. Camilliuskliniek, Antwerpen / Anvers ...	4.07.1972	273	60	—	—	—	—	—	—	—	Vervanging door nieuwbouw van 83 / Remplacement par construcion nouvelle de 83		
			—	30	—	—	24	—	—	—	Uitbreiding / Extension	114	
Gasth. Zrs. August., Lier-Boechout	20.10.1975	—	—	—	—	—	—	24	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	24	
Sredel, Ziekenhuis, Diest	29.12.1972	118	—	—	—	—	24	30	—	—	Uitbreiding / Extension	54	
De Berg Thabor, Dilbeek	13.02.1976	—	90	60	24	30	24	60	—	30	Nieuwbouw / Construccinn nouvelle	318	
St. Iózeikliniek, Vilvoorde	27.04.1976	224	30	30	—	—	—	—	30	—	Uitbreiding / Extension	90	

H. Hartkliniek, Asse "	2.06.1976	186	—	—	—	—	—	30	—	Uitbreiding / Extension	30
Stedelijk Ziekenhuis, Roeselaere	14.08.1969	285	—	—	—	—	24	60	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	114
O. C. M. W. Ieper / C. P. A. S. Ypres	22.03.1976	190	60	30	25	30	30	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	175
Med. Soc. Cenrr, Groeninge, Kortrijk / Courtrai	25.03.1976	557	beddenscapaciteit niet hoger dan de 3 samen te voegen ziekenhuizen samen, t.w., H. Harr., Maria's Voorz., St. Vinc. kl. - capacité ne pouvant excéder celle des 3 établissements à fusionner, c'est-à-dire H. Harr., Maria's Voorz., St.-Vinc. kl.								
Sred. Ziekenhuis, Ronse / Renaix	12.01.1971	149	—	—	—	—	25	60	—	Uitbreiding / Extension	115
Sted. Ziekenhuis, Dendermonde / Termonde	15.02.1974	—	—	60	—	—	50	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	110
Sr. Jozefkliniek, Maaseik	20.06.1972	—	—	—	—	—	24	—	—	Lp.v. 30 D / Au lieu de 30 D	24
H. Harr., Geraardsbergen	6.11.1973	93	—	—	—	—	—	60	—	Vervangen van akute activiteit / Remplacer activité aigüe	60
H. Hart., Ninove	17.01.1973	120	—	—	—	—	24	—	—	Uitbreiding / Exension	24
O.L.V. v. Troost, Dendermonde / Termonde	15.02.1974	266	165	—	40 (a)	30	—	—	—	Nieuwbouw / Construcrion nouvelle	280
Sr. Vine, Ziekenhuis, Gent / Gand "	22.10.1975	366	—	—	—	—	24	—	—	Uitbreiding / Exension	24
Dienst O. C. M. W. Sint-Truiden / Service C.P.A.S. Saint-Trond	7.08.1974	72	—	—	—	—	—	120	—	Nieuwbouw rer vervanging + uitbreiding / Remplacement par construction nouvelle + extension	120
Zelzate O. C. M. W. / Zelzate C. P. A. S.	30.12.1965	14	60	60	20	30 (b)	—	—	—	Nieuwbouw / Consruction nouvelle	180
St. Vinc. Kl. Avelgem	15.09.1977	68	—	—	—	—	—	60	—	Omschakeling / Reconversion	60
Totaal / Total			555	450	109	120	597	534	60	120	2570

(a) + 15N.
(b) + 10Bof L.

(a) + 15N.
(b) + 10B ou L.

[25]

Naam van het ziekenhuis + gemeente Nom de l'établissement + localité	Datum pr. ak. Date de l'A. P.	Huidig bedden- bestand Nombre actuel de lits	Aantal bedden voorzien in het pr. ak. Nombre de lits prévus par l'A. P.								Aard van de werken Nature des travaux	Totaal bedden Total lits
			C	D	M	E	R	V	A	P		
2. Brussels Gewest / Région bruxelloise.												
D.C.M.W. Etterbeek / E. P. A. S. Etterbeek	3.10.1967	186	90	90	—	30	30	—	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	240
D. C. M. W. Anderlecht / E. P. A. S. Anderlecht	8.08.1968	252	120	90	—	—	72	—	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	282
Berkendaeltehuis en kliniek, Vorst / Home et clinique Berkendael, Forest	5.11.1970	25	—	—	—	—	—	60	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	60
Magnolia, Jette	31.03.1976	—	—	—	—	—	—	120	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	120
			210	180	—	30	102	180	—	—		702
3. Waals Gewest / Région wallonne.												
I. B. G. P. R., Jodoigne	21.12.1972	—	—	—	—	—	—	60	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	60
Cl. Sr, Pierre, Ottignies	2.06.1977	368	55	25	—	—	25	—	—	—	Uitbreiding / Extension	105
Cl. L. Caty, Baudour	2.03.1977	299	117	60	22	30	—	—	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	229
I. M. T. R., Loverval	8.11.1973	136	64	65	—	—	—	—	—	—	Uitbreiding / Extension	129
Service V, Quaregnon	6.06.1973	—	—	—	—	—	—	60	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	60
Intercom. d'œuvres méd. S.A., Limmerlé-Gouvy	28.08.1973	—	—	—	—	—	—	30	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	30
Hôpital Ste Thérèse, Bastogne	28.08.1973	103	60	—	7	—	24	—	—	—	Uitbreiding / Extension	91
Service V, Herstal	7.12.1972	—	—	—	—	—	—	90	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	90
Service V, Seraing	6.08.1970	—	—	—	—	—	—	150	—	—	Nieuwbouw / Construction nouvelle	150
Centre Diagnostic, Veeriers	29.07.1973	40	—	55	—	—	—	—	—	—	Uitbreiding / Extension	55
Prom. Med. Hôp., Embourg	25.10.1972	—	90	60	24	30	24	—	—	30	Nieuwbouw / Construction nouvelle	258
Clinique Notre-Dame, Waremmé	27.06.1972	64	1	30	5	—	24	—	—	—	Uitbreiding / Extension	60
Ass. inter. d'œuvres méd. soc., Moresnet	22.02.1977	60	—	—	—	—	—	60	—	—	Reconversie / Reconversion	60
Cl. St. Joseph, Trois-Ponts	23.04.1976	20	—	—	—	—	—	20	—	—	Reconversie / Reconversion	20
I. M. C., Belœil	6.09.1976	64	2	3	—	—	—	—	—	—	—	5
Clin. C.P.A.S., Leuze	5.08.1977	59	—	30	—	—	—	—	—	—	—	30
Serv. gériatrique, Havre	13.07.1976	140	—	—	—	—	—	130	—	—	Reconversie / Reconversion	130
Totaal / Total			599	508	58	90	199	780	—	30		1562
			1154	958	167	210	796	1314	60	150	15 N - 10 Bof/ou C	4834

II. Psychiatrie

II. Psychiatrie

Naam van het ziekenhuis + gemeente Nom de l'établissement + localité	Datum pr. ak. Date de l'A. P.	Huidig beddenbestand Nombre actuel de lits	Aantal bedden voorzien in pr. ak. Nombre de lits prévus par l'A. P.
1. Vlaams Gewest I Région flamande.			
Broeders Alexianen, Tienen / Tienenmont	23.12.1975	1000	103 T
Grauwzusters, Diets	21.04.1975	50 T	60 T
Broeders van Liefde, Bierbeek	22.03.1976	105 A (D + N) 118 T (D + N) 30 T (N)	178 T 30 T (nacht/nuit)
Broeders Hieconymieten, Sint-Niklaas I Saint-Nicolas	20.02.1976	120 T 30 T (N)	120 T
Sint-Lucas Ziekenhuis, Assebroek	2.04.1975	30A(D+N)	30 K
2. Brussels Gewest I Région bruxelloise.			
La Ramée, Ukkel I Uccle	4.08.1975	70 P	60 A 30 T 30 T (dag/jour)
Sint-Lucaskliniek, Sint-Lambrechts-Woluwe I Clinique Saint-Luc, Woluwe-Saint-Lambert	15.12.1975		110 A 20 A (dag/jour) 40K
3. Waals Gewest I Région wallonne.			
Centre W. Lennoux, Ouignies	31.03.1975	60 A (J + N) 60 K 45 T (J + N)	40 K
Frères Alexiens, Henri-Chapelle	21.04.1976	60 A (J + N) 180 T (J + N)	60 A 180 T
Saint-Jean-de-Dieu, Leuze	12.05.1975	910	60 T

BIJLAGE 4

AAN DE GANG ZIJNDE WERKEN

1. Waals gewest

OVERHEIDSSECTOR

ANNEXE 4

TRAVAUX EN COURS

1. Région wallonne

SECTEUR PUBLIC

	Aantal bedden. — Nombre de lits.	
	Bestaande — toestand Situation existante	Nieuwe — toestand Situation nouvelle
C. P. A. S. Nivelles. — Nijval	—	90 V
C. P. A. S. Wavre. — Waver	—	120 V
C. P. A. S. Ath, La Madeleine	156 A vergangen door. — remplacés par	170 A (nieuw gebouw. — nouvelle construction.)
C. P. A. S. Châtelet, Dr. Neuens	201 A	+120A (uitbreiding. — extension.)
C. P. A. S. Jumet, Hôpital civil	314 A	+ 24 A + 44 Psych. + 60 V (uitbreiding. — extension.)
C. P. A. S. Marchienne-au-Pont (2 ^e phase, extension). — (2 ^e fase, uitbreiding)	113 A	+ 68 A
C. P. A. S. Mons, Sr-Georges	256 A	+ 50 A + 50 V (uitbreiding. — extension.)
Charleroi, Maternité Reine Astrid (interne aanpassingen). — Charleroi, Maternité Reine Astrid (aménagement intérieurs)	—	—
L. O. S. Charleroi, C. G. T. R. (Rayon de Soleil)	—	+ 540 A (uitbreiding. — extension.)
C. P. A. S. Charleroi (équipements divers). — (diverse apparaturen)	—	—
C. P. A. S. Soignies	67 A	+ 74 A + 30 V (uitbreiding. — extension.)
O. C. M. W. Doornik, burgerlijk ziekenhuis (gériatrie). — C. P. A. S. Tournai, Hôpital civil (gériatrie)	—	90 V
Intercommunale Esneux, Centre de gériatrie	—	34 V
Intercommunale Visé, Basse-Meuse	—	70 A
Intercommunale Seraing, Hôpital Meriot	107 A vergangen door. — remplacés par	402 A
C. P. A. S. Liège, Hôpital La Citadelle	—	962 A + 60 Psych.
C. P. A. S. Liège, Petit Bourgogne	257 Psych. vergangen door. — remplacés par	330 Psych. (nieuw gebouw. — nouvelle construction.)
Institut provincial, Magnée	—	200 A (nieuw gebouw. — nouvelle construction.)
C. P. A. S. Malmedy, Hôpital Reine Astrid	120 A	+ 109 A (uitbreiding. — extension.)
C. P. A. S. Ougrée, Centre de gériatrie	—	120 V
C. P. A. S. Spa, gériatrie	—	60 V
Libramont, Notre-Dame de la Miséricorde	76 A	+152A (uitbreiding. — extension.)
Sr-Mard, Clinique Edmond Jacques	46 A	+ 84 A (uitbreiding. — extension.)
Sr-Mard, Clinique St-Anroine	64 A	+ 8 A (uitbreiding. — extension.)

	Aantal bedden, - Nombre de lits.	
	Bestaande toestand — Situation existante	Nieuwe roestand — Situation nouvelle
Athus, Centre de gériatrie	—	60 V
Aarlen, Intercommunale St-joseph, - Arlon, Intercommunale St-joseph	98 A vergangen door, - remplacés par	154 A (nieuw gebouw, - nouvelle construction.)
Auvais, Centre hospitalier de la Basse-Sambre	200 A	+ 70 A + 30 Psych. (uitbreiding, - extension.)
Namen, Ste-Camille, - Namur, Ste-Camille	324 A	+ 103 A (1 ^{re} fase, - 1 ^{re} phase.)
Hoei, C. O. O., Hôpital Reine Astrid, - Huy, C. A. P. Hôpital Reine Astrid	229 A	+ 30 A (uitbreiding, - extension.)

Ter goedkeuring aan de Minister voorgelegde aanbestedingen

Adjudications soumises à l'approbation ministérielle.

O. C. M. W. Moeskroen, j. M. C. - C. P. A. S. Mouscron, j. M. C.
Namen, Ste Camille, - Namur, Ste-Camille

—	90 V
—	120 V

PRIVE SECTOR

SECTEUR PRIVE

Privésector. - Secteur privé.	Aantal bedden. - Nombre de lits.	
	Bestaande toestand Situation existante	Nieuwe toestand Situation nouvelle
Braine-l'Alleud, Clinique du Dr. Wynen, Eigenbrakel	50 vervangen door. - remplacés par	184 (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Ath, Clinique de l'Esplanade	80 A	+ 35 A (uitbreiding. - extension.)
Charleroi, Clinique Notre-Dame	261 A	+ 102 A (uitbreiding [ste fase. - extension [re phase.)
Gosselies, Notre-Dame de Grâce	134 A vervangen door. - remplacés par	198 A (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Haine Saint-Paul, Hôpital de Jolimont	516 A	+194A (uitbreiding. - extension.)
Saint-Vaast, Entraide Fraternelle	—	90V (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Hornu, Providence des Malades	233 A vervangen door. - remplacés par	214 A + 24 Psych. + 60 V (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Lessines, Dr. Jouret, Labo extension/uitbreiding, Lessen	—	—
Mons, Hôpital St-Joseph, Bergen	138 A	+ 106 A (uitbreiding. - extension.)
Montignies-sur-Sambre, Ste-Thérèse	125 A vervangen door. - remplacés par	134 A + 90 Psych. + 60 V (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Tournai, La Dorcas, Doornik	195 A	+ 90 A (uitbreiding. - extension.)
Hermalle-sous-Argenteau, Entraide et Prévoyance	63 A	+ 70 A (uitbreiding. - extension.)
Waremme, Clinique J. Wauters, Borgworm	66 A	+ 30 A (uitbreiding. - extension.)
Waremma, Clinique Notre-Dame, Borgworm	64 A	+ 90 A (uitbreiding. - extension.)

Ter goedkeuring aan de Minister voorgelegde aanbestedingen

Adjudications soumises à l'approbation ministérielle

Dinant, Clinique Ste-Anne	117 A vervangen door. - remplacés par	180 A + 30 V (Isle fase. - [re phase.)
Moeskroen, St-Famille, - Mouscron, Ste-Famille	179 A	+ 120 A (uitbreiding. - extension.)
Namur, Ste-Elisabeth, Namen	—	+ 10 I

2. Brussels gewest

PRIVESECTOR

2. Région bruxelloise

SECTEUR PRIVE

	Aanral bedden. - Nombre de lits.	
	Bestaande toestand — Situation existante	Nieuwe toestand — Situation nouvelle
Etterbeek, Parc Léopold	104 A	+ 100 A (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Sr. Agatha-Berchem, Hôpital français, - Berchem Ste-Agathe, Hôpital français	138 A	+120A (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Brussel, Sr. Jan, hoogspanningscel, - Bruxelles, Sr-jean, cabine haute tension	—	—
<i>Ter goedkeuring aan de Minister uorgelegde aanbestedingen</i> <i>Adjudications soumises à l'approbation ministérielle</i>		
Brussel, St. Jan. - Bruxelles, Sr-jean	304 A	+ 52 (uitbreiding, - extension.)

OVERHEIDSSECTOR - SECTEUR PUBLIC

Anderlecht, M. H. I., Technische afdeling. - Anderlecht, I. M. C., Bloc technique	—	—
Anderlecht, Geriatrie. - Anderlecht, Gériatrie	—	120 V (nieuw gebouw. - nouvelle construction.)
Schaerbeek, M. H.I. (1ste fase), - Schaerbeek, I. M. C. (1ste phase) .	348 A	+ 40 A (uitbreiding, - extension.)
<i>Ter goedkeuring aan de Minister uorgelegde aanbestedingen</i> <i>Adjudications soumises à l'approbation ministérielle</i>		
Nihil. - Néant.	—	—

3. Vlaams gewest

3. Région flamande

PRIVESECTOR

SECTEUR PRIVE

Gemeente — Commune	Benaming — Nom	Aantal bedden Principeel akkoord — Nombre de lits Accord de principe 1	Oude bedden die zullen blijven bestaan — Anciens lits qui subsisteront 2	Totaal — Total 3
Assebroek-Brugge	St. Lucasziekenhuis	56 R - 30 A - 30 K Uitbreiding / Extension	105 C - 96 D - 43 E - 27M-30A+P	56 R - 30 A - 30 K - 108 C - 96 D - 43 E - 27 M - 30A+P
Izegem	St. Jozefskliniek	30 C - 3 D - 24 R Uitbreiding / Extension	74 C - 49 D - 24 E - 25 M	104 C - 52 D - 24 R - 24 E - 25 M
Knokke-Heist	O. L. Vrouw ter Linden Ziekenhuis	30 C - 30 P - 24 R Uitbreiding / Extension	52 C - 95 D - 30 E - 17 M	82 C - 30 P - 24 R - 95 D - 30 E - 17 M
Kortrijk — Courtrai	H. Hartkliniek	30 C Uitbreiding / Extension	56 C - 34 D - 46 E - 24 M	86 C - 34 D - 46 E - 24 M
Poperinge	Mariaziekenhuis	50 C - 35 D + R = 20M-20E	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	50 C - 35 D + R - 20 M - 20 E
Roeselare — Roulers	H. Hartkliniek	48 R - 24 M - 30 C - 30 P Uitbreiding / Extension	155 C - 161 D - 55 E - 20M-20N	48 R - 44 M - 185 C - 30 P - 161 D - 55 E - 20 N
Tielt	St. Andriesziekenhuis	60 D - 60 C - 30 CoD - 30 E - 30 A - 24 R - 24 M	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	60D-60C-30C+D- 30E-30A-24R- 24 M
Gentbrugge	St. Jozefskliniek	60 D - 24 R - 90 C	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle 50 V	60 D - 24 R - 90 C - 50 V
Ronse — Renaix	Hagerlucht	30 CoD - 19 M Uitbreiding / Extension	26 C - 87 D - 41 E	26 C - 30 CoD - 19 M - 41 E - 87 D
Zottegem	Psychiatrisch Ziekenhuis	600 Uitbreiding / Extension	37 0	4300 -
Zottegem	St. Elisabethziekenhuis	3 E - 24 R - 30 D Uitbreiding / Extension	80 C - 38 D - 22 E - 20M-20N	25 E - 24 R - 68 D - 80C-20M-20N
Aalst — Alost	O. L. Vrouwkliniek	57 C - 55 D - 21 M - 15 N Uitbreiding / Extension	190 C - 60 D - 27 P	247 C - 115 D - 21 M - 27 P - 15 N
Antwerpen — Anvers	U. I. A. 1ste fase U. I. A. 2de fase	150 D - 162 C 129 D - 102 C - 24 M	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	150 D - 264 C - 129 D - 24 M
Bonheiden	St. Imelda	120C-120D-40E- 38 CoD - 12 I Uitbreiding / Extension	24 R - 22 M - 30 A	120 C - 120 D - 40 E - 38 CoD - 12 I - 24 R - 22M-30A
Bierbeek	St. Camillus	60 A	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	60 A
Diest	St. Jozef	25 D - 25 R - 50 C - 16 M - 30 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	25D-25R-50C- 16 M - 30 V
Sint-Truiden — Saint-Trond	St. Jozef	24 R - 40 E - 30 C - 30 E Uitbreiding / Extension	52 C - 45 D - 24 M	24 R - 40 E - 82 C - 75 D - 24 M

Gemeente — Commune	Benaming — Nom	Aanral bedden Principeel akkoord — Nombre de lits Accord de principe 1	Oude bedden die zullen blijven bestaan — Anciens lits qui subsisteront 2	Totaal — Total 3
Torhout	St. Rembertziekenhuis	24 R Uitbreiding / Extension	47 C - 30 0 - 30 E - 30 M	24 R - 47 C - 30 0 - 30E-30M
Veurne - Furnes	St. Augustinus	30 C - 30 A + 1' - 24 R Uitbreiding / Extension	66 C - 32 0 - 36 E - 24 M	96 C - 30 A + 1' - 24 R - 32 0 - 36 E - 24 M
Sint-Gillis-Waas	St. Helenakliniek	22 R Uitbreiding / Extension	30 C - 48 0 - 24 E	22 R - 30 C - 48 0 - 24 E
Menen - Menin	Sr. Joriskliniek	68C-350-22E- - - 22M Naar de Minister / Chez le Ministre	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	68 C - 35 0 - 22 E - 22 M
Antwerpen - Anvers	St. Vincentiusziekenhuis	90C-900-301' - - 24 M - 30 E - 48 R	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	90 C - 90 0 - 30 1' - 24 M - 30 E - 48 R
Bornem	St. Jozefkliniek	60 C - 24 R	22 M - 16 0 Uitbreiding / Extension	60C-22M-260-24R - - -
Duffel	St. Norbertusziekenhuis	42 0 - 18 C - 24 R - 30 1'	Uitbreiding / Extension	89C-1220-30E- - - 30 M-3D - 1' - 24 R - 15 N
Ekeren	St. Lucaskliniek	60 1'	37 C - 54 0 - 20 M - 20 E Uitbreiding / Extension	37 C - 54 0 - 20 M - 20E-60P - -
Hallaar	De Kerselaars	90 V	—	90 V
Lier - Lierre	Heilig Hartziekenhuis	180 C N. B.	Uitbreiding / Extension 50 E - 56 M-IS - N	180 C - 50 E - 56 M - 15N
Turnhout	C. M. Klinieken	60C-600-301' - - 30 E - 24 M - 24 R - 50 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	(10C-600-301' - - 30 E - 24 M - 24 R - 50 V
Oostende - Ostende	H. Hartziekenhuis	90 C - 30 0 - 24 M - 48 E - 15 N - 24 R - 30V-30P - -	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	90C-300-24M- - - 48 E - 15 N - 24 R - 30 V-3D - P
Waregem	O. L. Vrouw van Lour- des Kliniek	39 C - 24 0 - 24 R	Uitbreiding / Extension 51 C - 80 0 - 36 E	90 C - 104 0 - 36 E - 24 R
Leuven K. U. L. - Louvain K. U. L.	Academisch ziekenhuis Gasthuisberg	488 C - 71 M - 20 N - 156 0 - 187 E - 8 1	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	488 C - 71 M - 20 N - 156 0 - 187 E - 8 1
	Academisch ziekenhuis Pellenberg	+ 28 R	115 R - 28 B - 71 C - 72C Uitbreiding / Extension	143 R - 28 B - 71 C - 720
Leuven - Louvain	H. Hartziekenhuis	96 C - 33 0 - 30 E - 24 R - 90 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	96 C - 33 0 - 30 E - 24 R - 90 V
Watersheide-Genk	Kliniek André Dumont	Uitbreiding / Extension 24 R - 2 0	60C-600-22M- - - 30 E	60C-600-22M- - - 30 E - 24 R
Sint-Truiden - Saint-Trond	Sr. Mariagesticht	60 A - 240 0	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	60 A - 240 0
Antwerpen - Anvers	Eeuwfeestkliniek (naar de Minister) / (chez le Mi- nistre)	Uitbreiding / Extension 10C-200 - -	80C-400 - -	90C-600 - -
Boechout	(naar Commissie Erken- ning der aannemers) / (à la Commission d'agrèation des entre- preneurs)	24 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	24 V
Mechelen - Malines	St. Elisabethkliniek (naar de Minister) / (chez le Ministre)	90 V	Verbouwing / Transfor- mation	90 V

OVERHEIDSSECTOR

SECTEUR PUBLIC

Gemeente Commune	Benaming Nom	Aantal bedden Princiepelijk akkoord Nombre de lits Accord de principe 1	Oude bedden die zullen blijven bestaan Anciens lits qui subsisteront 2	Totaal Total 3
Blankenberge	Koningin Fabiola	32 C - 30 D - 32 E Uitbreiding / Extension	36 C - 42 D - 32 E - 24 M	68 C - 72 D - 64 E
Bredene	V-inrichting / établisse- ment V	60 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Harelbeke	V-inrichting / établisse- ment V	60 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Heule	V-inrichting / établisse- ment V	90 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Ieper. — Ypres	V-inrichting / établisse- ment V	60 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Kortrijk. — Courtrai	Ziekenhuis / Hôpital	Technisch blok voor 305 bedden / Bloc techni- que de 305 lits		
Menen. — Menin	V-inrichting / établisse- ment V	60 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Temse. — Tamise	Ziekenhuis/Hôpital	44C-26D-8M	27 C - 16 M	71 C - 26 D - 24 M
Aarschot	V-inrichting / établisse- ment V	60 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Genk	Ziekenhuis / Hôpital	120 D - 30 E - 192 R - 60 C - 24 M - 300 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Houthalen	V-inrichting / établisse- ment V	30 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Tongeren. — Tongres	Ziekenhuis / Hôpital	60 D - 25 R - 28 E		
Merelbeke	Intercommunale Lem- berge	64 C - 26 M - 96 V Uitbreiding / Extension	60 V	
Sint-Amandsberg	Ziekenhuis / Hôpital	50 C Uitbreiding / Extension	10 C - 36 D - 22 M	60 C - 36 D - 22 M
Wetteren	Ziekenhuis / Hôpital	30 C - 30 D - 24 M - 24 R	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	
Oudenaarde. — Audenarde	Ziekenhuis, blok C / Hô- pital, bloc C	23 M Uitbreiding / Extension	72C-71D-35E- 22 R	72C-71D-25E- 22R-23M
O. C. M. W. Boom	St. Jan Baptistziekenhuis	45 C - 45 D - 24 R - 20 M - 15 E	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	45 C - 45 D - 24 R - 20 M - 15 E
O. C. M. W. Deurne	Instelling chrono / Etabl. chrono	56 R - 96 V	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	56R-96V
O. C. M. W. Lier. — Lierre	Sr. Elisabethziekenhuis	120 D - 50 R - 30 P Uitbreiding / Extension	112 V	120 D - 50 R - 30 P - 112 V
O. C. M. W. Merksem	Jan Palfijnziekenhuis	120 C - 90 D - 24 M - 35 E - 24 R	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	120 C - 90 D - 24 M - 35 E - 24 R
O. C. M. W. Leuven. — Lou- vain	St. Pietersklinieken	238 C - 285 D - 24 I - 42 P - 32 R	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	238 C - 285 D - 24 I - 42 P - 32 R
O. C. M. W. Brugge. — Bruges	St. Jansziekenhuis	300 C - 200 D - 57 E - 29 N - 120 P - 50 R - 42 M	Nieuwbouw / Construc- tion nouvelle	300C-200D-57E- 29 N - 120 P - 50 R - 42 M

BIJLAGE 5

Beddenbestand in de universitaire ziekenhuizen

ANNEXE 5

Capacité en lits dans les hôpitaux universitaires

Universiteit — Université	Universitaire ziekenhuizen — Hôpitaux universitaires	Huidig beddenbestand — Capacité en lits		Toekomstig beddenbe- stand bouw- werken — Capacité en lits future chantiers	Bermerkingen — Observations
		op. — au 1.1.1977	op. — au 1.1.1976		
U.L.B. + V.U.B.	Sr-Pierre. — St-Pieters	568	620	450	Door C. O. O. Brussel voorgestelde vermindering tot ± 450. — Diminution proposée par la C. A. P. de Bruxelles jusqu'à ± 450.
	Bordet	128	133	128	Ongewijzigd. — Inchangé.
	Brugmann	598	598	598	Ongewijzigd. — Inchangé.
	Centre Traumatologique	65	65	105	+ uitbouw 40 bedden. — + extension 40 lits.
	Centre Psych. Brugmann	110	110	110	Ongewijzigd. — Inchangée.
	Hôpital Univ. — Univ. Ziekenhuis Anderlecht	—	—	900	Werken bezig. — Travaux en cours.
	Univ. Ziekenhuis. — Hôpital Univ. Jette	—	—	622	Werken bezig. — Travaux en cours.
	Kinderkliniek C. O. O.	—	—	312	Werken nog niet bezig. — Travaux non encore entamés.
	Totalen. — Totaux	1469	1526	3225	+ 1756.
K.U.L.	St-Rafaël	730	878	—	Na volledige afwerking Gasthuisberg. — Après achèvement complet du Gasthuisberg.
	Pellenberg	286	286	314	+ 28 n.a.v. verbouw. — + 28 suite à transformations.
	Gasthuisberg	174	100	896	+ 722 in 2e en 3e fase nieuwbouw. — + 722 pour la 2e et 3e phase nouvelle construction.
	Totalen. — Totaux	1190	1164	1210	of 1785 indien Sr-Pieters/Leuven toegewezen wordt aan de K. U. L. — ou 1785 si St-Pieters/Leuven est attribué à la K. U. L.
U.C.L.	Sr-Pieters	377	366	575	+ 198 aanbouw of K. U. L. — + 198 agrandissement ou K. U. L.
	Sr-Jozef Herent	198	198	198	Ongewijzigd. — Inchangé.
	Mont-Godinne	333	333	357	+ 24 n.a.v. verbouw. — + 24 suite à transformation.
	Sr-Luc Woluwe	314	—	1251	+ 937 in nieuwbouw 2e en 3e fase, — + 937 pour la 2e et 3e phase nouvelle construction.
	Totalen. — Totaux	1222	897	2381	+ 1159 of 1806 indien St-Pieters/Leuven niet langer door U. C. L. bediend is. — + 1159 ou 1806 si St-Pieters/Leuven n'est plus desservi par U. C. L.
U.E.Lg.	Bavière	919	902	919	Voorlopig ongewijzigd (citadelle in opbouw 900 bedden). — Provisoirement inchangé (citadelle en construction 900 lits).
	Centre Gynécologique	92	93	92	Ongewijzigd. — Inchangée.
	A. Z. Sart, Tilmant	—	—	±1000	Nieuwbouw. — Nouvelle construction.
	Totalen. — Totaux	1011	995	Z ON	+ 1000.

Universiteit — Université	Universitaire ziekenhuizen — Hôpitaux universitaires	Huidig beddenbestand — Capacité en lits		Toekomstig beddenbe- stand bouw- werken — Capacité en lits future chantiers	Bemerkingen — Observations
		op. - - au 1.1.1977	op. - - au 1.1.1976		
R.U.G.	A. Z. Gent	1332	1207	1639	+ 307 open in 1984. - + 307 ouverts en 1984.
	Ann. Mil. Hos. Gent	90	—	—	Afgeschaft in 1984. - Supprimés en 1984.
	Totalen, - Totaux	1422	1207	1639	+ 207.
U.I.A.	Geaffil. Ziekenhuizen, - Hôpi- taux affiliés	425	425	425	Ongewijzigd. - Aucune modification.
	A. Z. Antwerpen	—	—	612	In 2 fases. - En 2 phases.
	Totalen, - Totaux	425	425	1037	+ 612.
U.E.M.s	Nihil., - Néant	—	—	—	Opleiding van ± 40 1ste doctoraatssrudenten nodig vanaf oktober 1978. - Nécessité d'as- surer à partir d'octobre 1978 la formation de ± 40 étudiants en 1re année de doctorat.
Algemeen totaal. - Total gé- néral		6739	6214	11503	

BIJLAGE 6

Rusthuizen voor bejaarden

1. Op dit ogenblik besaant er in het hele land 1310 rusthuizen voor bejaarden. De spreiding ervan ziet er uit als volgt :

- Vlaanderen: 600;
- Wallonië: 421;
- Brussel: 289.

Van die instellingen werden er 548, d.i. 41,7 %, niet erkend. Deze zijn als volgt onderverdeeld :

	Particuliere sector		Overheidssector
	Inst. met winst	V.Z.W.	
Vlaams gewest	52	65	102
Waals gewest	90	42	85
Brussels gewest	97	5	10
Totaal	239	112	197

Dit geeft als totaal voor Vlaanderen 219 instellingen met 12 066 bedden, voor Wallonië 217 instellingen met 9 488 bedden en voor Brussel 112 met 3 884 bedden.

Volgens een studie van begin 1976 is zowat 70 % van het voormelde aantal bedden niet erkend omdat zij niet aan de veiligheidsnormen beantwoorden.

2. Men zou geneigd zijn te denken dat de overige 30 % niet werden erkend, omdat zij in gebreke zijn gebleven op het stuk van de werkingsnormen.

Een dergelijke conclusie is echter voorbarig, want er dient eveneens rekening te worden gehouden met de hangende aanvragen om erkenning of om erkenningsoverdracht en de aanvragen waarover pas na het verstrijken van een redelijke observatietermijn een beslissing kan worden genomen.

3. Het verlenen van een tegemoetkoming voor verzorging van bejaarden die in een uitsluitend om veiligheidsredenen niet erkend rusthuis verblijven, zou in principe kunnen worden aanvaard, voorzover de tekst van het ontwerp in die zin wordt geamendeerd.

Toch, zij onderstreept dat een dergelijke maatregel gevaarlijk is, omdat hij de inspanning kan afremmen die thans door tal van betrokken instellingen wordt geleverd om aan de veiligheidsnormen te beantwoorden.

4. Sommige instellingen houden inderdaad een analytische boekhouding.

Gezien het ontbreken van bevoegd personeel konden de aan het bestuur meegedeelde resultaten evenwel niet zodanig worden onderzocht dat daaruit besluiten konden worden getrokken.

5. De voorganger van de Minister, de heer De Saeger, heeft de juridische dienst om advies verzocht over het feit of de prijzenreglementering van het Ministerie van Economische Zaken ook op rusthuizen van toepassing is. De conclusies van die studie zijn nog niet bekend.

ANNEXE 6

Maisons de repos pour personnes âgées

1. Il existe actuellement pour l'ensemble du pays 1310 maisons de repos pour personnes âgées qui se répartissent comme suit :

- Flandre: 600;
- Wallonie: 421;
- Bruxelles: 289.

Parmi ces établissements, 548 soit 41,7 %, n'ont pas obtenu l'agrément. Ils se répartissent comme suit :

	Secteur privé		Secteur public
	Ers à but lucratif	A. S. B. L.	
Région flamande	52	65	102
Région wallonne	90	42	85
Région bruxelloise	97	5	10
Totaux	239	112	197

Soit au total, pour la Flandre, 219 établissements représentant 12 066 lits; pour la Wallonie, 217 établissements représentant 9 488 lits et, pour Bruxelles, 112 établissements représentant 3 884 lits.

Sur base d'une étude réalisée au début de l'année 1976, il a été établi que le non-respect des normes de sécurité justifie l'absence d'agrément pour environ 70 % des lits préexistants.

2. On serait tenté de considérer que les 30 % restants ne sont pas agréés en raison de manquements aux normes relatives au fonctionnement.

Une telle conclusion serait toutefois prématurée car il y a lieu de tenir compte également des procédures en cours, des demandes de transfert d'agrément ainsi que des demandes au sujet desquelles il ne peut être statué qu'à l'issue d'un délai d'observation raisonnable.

3. L'octroi d'une intervention pour la dispensation de soins à des personnes âgées séjournant en maison de repos non agréée uniquement pour des raisons de sécurité pourrait en principe être admis pour autant que le texte du projet soit dûment amendé dans ce sens.

Il faut toutefois souligner le danger d'une telle mesure, étant donné qu'elle risque de freiner l'effort entrepris actuellement par bon nombre d'établissements concernés en vue de satisfaire aux normes de sécurité.

4. Certains établissements tiennent effectivement une comptabilité analytique.

Toutefois, étant donné l'absence de personnel qualifié, les résultats qui ont été communiqués à l'administration n'ont pu faire l'objet d'un examen susceptible de permettre des conclusions.

5. Le prédécesseur du Ministre, M. De Saeger, a souligné à l'avis du service juridique le problème de l'application de la réglementation des prix par le Ministère des Affaires économiques aux maisons de repos. Les conclusions de cette étude ne sont pas connues.