

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsvereniging van  
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@GBS-VBS.org](mailto:info@GBS-VBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 4 / MEI 2001**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## EEN FUSEE VAN FUSIES

Het recentste Koninklijke Besluit betreffende de normen voor de erkenning van fusies van ziekenhuizen (KB van 07.11.00, BS van 08.02.01) doet heel wat vragen rijzen, niet alleen wat de realiseerbaarheid en de opportuniteit van de maatregelen betreft, doch tevens inzake de tegenstrijdigheid met de specifieke normen van sommige diensten, medisch-technische diensten en zorgprogramma's. Ons inziens zouden deze bepalingen op zorgvuldig doordachte wijze moeten herzien worden, gelet op

1. een bijzonder korte aanpassingstermijn (2 jaar), alsof de middelen om verbouwingswerken uit te voeren uit de hoorn des overvloeds vloeien;
2. het feit dat bijna het volledige ziekenhuislandschap bij fusies betrokken is;
3. het woordje "uitzonderingen", dat impliciet te kennen geeft dat de maatregel unfair is, doch de vermoedelijke problemen op arbitraire wijze wil oplossen.

De uitzonderingen zullen dan ook legio zijn. Het lijkt op beleid, doch is het niet.

Het besluit beoogt twee eventualiteiten, nl.

- het uitsplitsen van een bestaand activiteitscentrum op verschillende locaties;
- het verspreid blijven bestaan op meerdere campussen.

Beide scenario's of configuraties kunnen niet op dezelfde reglementaire wijze behandeld worden.

Enkele voorbeelden:

1. geprogrammeerde diensten (zware medische of medisch-technische diensten). Het KB maakt geen enkel onderscheid. Nochtans mag men veronderstellen dat diensten die in het programma zijn opgenomen, door de overheid worden beschouwd als diensten die er moeten zijn. Zoniet ziet men niet in waarom er geprogrammeerd moet worden.  
Het is misschien logisch en zelfs evident dat geprogrammeerde diensten niet kunnen uitgesplitst worden, doch anderzijds is het weinig zinvol dat twee geprogrammeerde diensten in het kader van een fusie op één locatie zouden moeten worden ondergebracht. Blijkbaar is aan die configuratie niet meteen gedacht. Een uitzondering dus?

Geprogrammeerde diensten (en/ of zorgprogramma's) worden meestal bedacht met de vereiste van functionele bindingen, geformaliseerde samenwerkingsverbanden en, wat zorgprogramma's betreft, een functionele opdeling in A, B,... programma's, elk met hun functionele verbanden. Men heeft in de recentste normeringslogica nogal wat oog voor bindweefsels gehad. Een ziekenhuis met een B-programma moet ook een A-programma hebben. Wat moet daarvan worden? Mag A ook op de andere campus van het fusieziekenhuis?

Wordt niets over gezegd. Een uitzondering dus?

Daarbij stelt zich bovendien nog de vraag of het de bedoeling is fusies van ziekenhuizen te bevorderen of af te remmen? Beter nog: heeft men zich die vraag gesteld op het ogenblik dat men de regels opstelde? Men kan zich inbeelden dat een ziekenhuis minder geneigd zal zijn om in een fusie te treden wanneer het dan moet afstand doen van een in het kader van de programmatie erkende dienst. Een uitzondering misschien?

2. Met een aantal specifieke erkenningsnormen van bvb. medisch-technische diensten werd blijkbaar geen rekening gehouden. Als normen elkaar tegenspreken, wordt de uitzondering de regel.
  - 2.1. De centra voor chronische nierinsufficiëntie (CCN) worden, overeenkomstig het KB van 27.11.1996, als "medisch-technische dienst", gedefinieerd, waarbij wordt gesteld dat de CCN inhoudelijk worden beschouwd "als het geheel van de activiteiten waarbij de verschillende behandelingsvormen deel uitmaken van een totaalconcept..." en verder wordt gezegd: "...de diensten die van het centrum deel uitmaken..."  
Onder punt II van de bijlage wordt gesteld: "De erkende centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie kunnen thuisdialyse, hemodialyse in een collectief autodialysecentrum en ambulante peritoneale dialyse inrichten."
  - 2.2. Alhoewel niet als uitzondering voorzien in het fusiebesluit, mag verondersteld worden dat, in geval van fusie, deze activiteiten niet op één enkele vestigingsplaats worden ondergebracht. Wij leiden daaruit af dat, in dit opzicht, de fusienormen ondergeschikt zijn aan de specifieke erkenningsnorm. Alhoewel de laatste zin van art 3, 6° van het fusiebesluit net het omgekeerde zegt. Het zal dus wel een uitzondering zijn.
  - 2.3. Anderzijds blijkt dat bij dit soort diensten niet meteen het probleem van de fusie van twee ziekenhuizen met elk een CCN wordt gevreesd, maar wel de omgekeerde beweging, waarbij een ziekenhuis met bestaand CCN dit laatste zou uitsplitsen over meerdere campussen. Op dat vlak zal het dan géén uitzondering zijn.
  - 2.4. Nog ingewikkelder wordt het gelet op de zgn. omgevingsvereisten voorzien in de erkenningsnormen van medisch-technische diensten of zorgprogramma's. Voor de centra voor chronische nierinsufficiëntie zijn dit onder meer een laboratorium voor klinische biologie met een permanente wacht, een dienst medische beeldvorming en een erkende spoedgevallendienst. Het ligt voor de hand dat door het opleggen van een concentratiebeweging (op 1 locatie) van dergelijke omgevingselementen, de erkenning van bestaande diensten, medisch-technische diensten of zorgprogramma's in het gedrang wordt gebracht. Hier blijkt men immers te maken te hebben met erkenningsnormen die de naleving van erkenningsnormen verhinderen. Er zal dus wel een reeks uitzonderingen noodzakelijk zijn.

- 2.5. Een gelijkaardige situatie als deze van de CCN bestaat voor de laboratoria klinische biologie die, luidens het erkenningsbesluit van 03/12/1999 kunnen uitgesplitst zijn over verscheidene activiteitencentra op verschillende locaties. Dit is ten andere bijzonder zinvol vermits zulks het mogelijk maakt een betere beschikbaarheid te verzekeren voor alle verschillende te bedienen activiteiten die op de verschillende campussen verzekerd worden. Men zou zelfs kunnen stellen dat het zinvoller zou kunnen zijn de activiteitencentra van een labo in een fusieziekenhuis uit te splitsen over meerdere locaties naargelang de lokale behoeften. Zeker wanneer het laboratorium als een omgevingsvereiste met het oog op de erkenning van de betrokken activiteit fungeert.  
Zou het niet logischer zijn de mogelijkheid te voorzien van een volledige diagnostische functie in elke campus, in relatie tot de medische activiteiten die er ontwikkeld worden?
- 2.6. De eindbedoeling van fusies is kostenbesparing. Het lijkt nochtans weinig kostenbesparend bestaande activiteiten enerzijds af te bouwen en elders dan weer op te bouwen, dit binnen een tijdspanne van twee jaar. Is dit zinvol? Wie betaalt de verbouwwerken van het labo, de spoedgevallen, de nierdialyse? Of de verhuis van een aantal bedden van een beddendienst die onder de 2/3-grens daalt?
- 2.7. De functie neonatale zorg is verbonden aan de materniteit, en volgt dus de locatie waarop de materniteit(en) zich bevind(t)(en). Maar, als de materniteit wordt samengetrokken op één locatie, mag dan de lokale neonatale functie op haar oorspronkelijke campus blijven?

**Besluit:** de overheid schreef dit besluit met haar kop vol erkenningszorgen, zonder zelf de draad terug te vinden om uit haar eigen normendoolhof te geraken. In een woeste bui, behoorlijk overstuur van al haar eigen genormeer, schreef ze dan maar..."een ziekenhuisfunctie waarvoor erkenningsnormen bestaan, van een gefusioneerd ziekenhuis, mag niet over meerdere vestigingsplaatsen gespreid zijn."

En een ziekenhuisfunctie waarvoor er géén erkenningsnormen bestaan, is ons helaas niet gekend. Misschien moeten fusie-amateurs die zelf uitvinden. Uitzonderingen dus.

---

<p><b>7 NOVEMBER 2000. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen (B.S. d.d. 8.2.2001)</b></p>
--

#### VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van besluit dat wij de eer hebben aan Uwe Majesteit voor te leggen, beoogt een aantal fundamentele wijzigingen van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen.

Deze hervorming heeft twee belangrijke elementen, met name enerzijds het verminderen van het maximum aantal bedden waarover de fusie mag beschikken, en anderzijds de versterking van de regel dat in beginsel het gefusioneerde ziekenhuis niet langer op meerdere vestigingsplaatsen eenzelfde dienst, afdeling, functie, zorgprogramma, medische dienst en medisch-technische dienst mag uitbaten. In de huidige versie van het koninklijk besluit is reeds bepaald dat binnen de fusie de homogeniteit van de diensten moet worden gerealiseerd.

Elke fusie die vanaf 1 januari 2002 tot stand komt buiten de grote agglomeraties (Brussel, Antwerpen, Luik, Gent en Charleroi), mag slechts over maximaal 700 bedden beschikken. De fusies die tot stand komen tussen het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit en 1 januari 2002, mogen nog over maximum 900 bedden beschikken.

Deze vermindering, ten aanzien van de huidige maximumgrens van 1000, wil vermijden dat in de toekomst nog te omvangrijke ziekenhuizen tot stand zouden komen.

Het maximum van 1100 bedden na de fusie, in hoger vermelde agglomeraties, bleef ongewijzigd, met dien verstande dat er geen afwijking door de bevoegde Minister meer vereist is.

In het koninklijk besluit van 31 mei 1989 wordt de regel opgenomen dat in beginsel het gefusioneerde ziekenhuis niet langer op meerdere vestigingsplaatsen eenzelfde dienst, functie, zorgprogramma, medische en medisch-technische dienst mag uitbaten. Deze regel geldt echter niet voor de dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, de functie van ziekenhuisapotheek, de functie van lokale neonatale zorg, de functie van palliatieve zorg, de functie « chirurgische daghospitalisatie » en de functie voor intensieve zorg. De Koning kan ook andere uitzonderingen bepalen, bijvoorbeeld naar aanleiding van het instellen van erkenningsnormen.

De fusies die erkend zijn vóór de inwerkingtreding van onderhavig wijzigingsbesluit, beschikken over een tijdsspanne van één jaar, na de inwerkingtreding van dit besluit, om aan laatstgenoemde beslissing te beantwoorden.

De fusies die na de inwerkingtreding van onderhavig wijzigingsbesluit worden erkend, beschikken echter over twee jaar om aan deze verplichting te beantwoorden.

In het geval de uitbating op meerdere vestigingsplaatsen is toegestaan, dient op elke van deze vestigingsplaatsen te worden voldaan aan alle erkenningsnormen. In het ontwerp, voor advies voorgelegd aan de Raad van State, was vermeld : « in voorkomend geval moet de opgesplitste medisch-technische dienst, medische dienst (...), functie, (...) op iedere vestigingsplaats aan alle erkenningsnormen beantwoorden. ».

Ten onrechte meende de Raad van State hieruit het volgende te moeten afleiden :

« Het ontworpen artikel 3, 6°, beoogt, behoudens een aantal uitzonderingen, uitsplitsingen van diensten, afdelingen, zorgprogramma's en functies van een gefusioneerd ziekenhuis te verbieden, tenzij wanneer op elke vestigingsplaats afzonderlijk aan de erkenningsnormen is voldaan. ». Vervolgens doet de Raad van State een tekstvoorstel dat deze interpretatie expliciteert.

Teneinde hoger vermelde « ratio legis » te verduidelijken en verwarringen of foutieve interpretaties te vermijden, is hoger vermelde zinsnede uit het ontwerp van besluit vervangen door de volgende bepaling :

« In het geval wordt beantwoord aan hoger vermelde uitzonderingen, moet de opgesplitste medisch-technische dienst, medische dienst, (...), functie (...) op iedere vestigingsplaats aan alle erkenningsnormen beantwoorden. ».

Wij hebben de eer te zijn,

Sire,  
van Uwe Majesteit,  
de zeer eerbiedige  
en zeer getrouwe dienaars,  
De Minister van Volksgezondheid,  
Mevr. M. AELVOET  
De Minister van Sociale Zaken  
F. VANDENBROUCKE

---

#### ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

De Raad van State, afdeling wetgeving, eerste vakantiekamer, op 17 juli 2000 door de Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken verzocht hun van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit "tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van

de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen", heeft op 7 september 2000 het volgende advies gegeven :

#### Strekking en rechtsgrond van het ontwerp

1. De wijzigingen die het voor advies voorgelegde ontwerp beoogt aan te brengen in het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, hebben betrekking op de voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen.

Het ontwerp komt inzonderheid neer op hetgeen volgt :

- het maximum aantal bedden van fusieziekenhuizen wordt verlaagd, behalve in grote agglomeraties (artikel 1, 1°, van het ontwerp - ontworpen artikel 3, 2°);

- de bedden van een ziekenhuisdienst die verspreid is over meerdere vestigingsplaatsen moeten onder bepaalde voorwaarden toch worden gegroepeerd op één vestigingsplaats (artikel 1, 2°, van het ontwerp - ontworpen artikel 3, 4°, tweede lid);

- tenzij de erkenningsnormen anders bepalen, mag een medisch-technische dienst, een medische dienst, een ziekenhuisafdeling, een zorgprogramma of een ziekenhuisfunctie in beginsel niet uitgesplitst worden over meerdere vestigingsplaatsen, tenzij op elke plaats, afzonderlijk beschouwd, aan de erkenningsnormen is voldaan (artikel 1, 3°, van het ontwerp - ontworpen artikel 3, 6°);

- in artikel 2 van het ontwerp wordt voorzien in een overgangsregeling.

2. Het ontwerp vindt rechtsgrond in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, luidens welke bepaling bijzondere normen kunnen worden vastgesteld voor groeperingen, fusies en associaties van ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven.

#### Onderzoek van de tekst

##### Algemene opmerking

De gelegenheid zou kunnen worden te baat genomen om de Franse tekst van het opschrift te verbeteren en te schrijven "qu'elle doit respecter", zoals in het ontworpen artikel 1, in plaats van "qu'il doit respecter".

##### Aanhef

1. In het eerste lid van de aanhef moet eerst worden verwezen naar artikel 69, 3°, en pas daarna naar de wijzigende wetsbepalingen van dat artikel.

2. In het tweede lid van de aanhef moet worden verwezen naar artikel 3 en vervolgens naar de wijzigingsbepalingen die op dat artikel betrekking hebben.

3. In het zesde lid van de aanhef dient de datum van het besluit van de Ministerraad niet vermeld te worden. Die datum stemt immers niet overeen met de datum waarop de adviesaanvraag aan de Raad van State is toegezonden.

4. In het zevende lid van de aanhef schrijve men : "Gelet op advies L. 30.463/1/V van de Raad van State, gegeven op 7 september 2000... (verder zoals in het ontwerp)"

##### Artikel 1

1. Zoals bevestigd door de gemachtigde ambtenaar, beoogt artikel 1, 1°, van het ontwerp de gehele tekst van artikel 3, 2°, van het voornoemde koninklijk besluit van 31 mei 1989, en niet alleen het eerste lid ervan, te vervangen door een nieuwe tekst.

In de inleidende zin van artikel 1, 1°, van het ontwerp schrijve men derhalve : "de bepaling onder 2° wordt vervangen als volgt :".

2. Uit het ontworpen artikel 3, 2°, eerste en tweede lid, lijkt te moeten worden afgeleid dat de in die bepaling vervatte regeling in werking treedt op de dag van de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad. De gemachtigde ambtenaar verklaarde in dat verband dat men wil vermijden dat er in afwachting van de inwerkingtreding van de nieuwe regeling nog snel fusies worden goedgekeurd door de erkennende overheden.

De gemachtigde ambtenaar verklaarde bovendien dat deze inwerkingtreding eigenlijk voor het hele ontwerp zou moeten gelden.

De verwijzing - in het ontworpen artikel 3, 2°, eerste en tweede lid - naar de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, volstaat dan ook niet om de bedoeling van de stellers van het ontwerp weer te geven. Het

verdient veeleer aanbeveling de bedoelde woorden te schrappen en het ontwerp aan te vullen met een bepaling volgens welke het ontwerpbesluit in werking treedt op de dag van de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad. De gemachtigde ambtenaar is het hiermede eens.

3. De inleidende zin van artikel 1, 2°, van het ontwerp zou als volgt moeten worden gesteld : « 2° de bepaling onder 4°, tweede lid, wordt vervangen als volgt :».

4. Het ontworpen artikel 3, 6°, beoogt, behoudens een aantal uitzonderingen, uitsplitsingen van diensten, afdelingen, zorgprogramma's en functies van een gefusioneerd ziekenhuis te verbieden, tenzij wanneer op elke vestigingsplaats afzonderlijk aan de erkenningsnormen is voldaan.

Het zinsdeel - in het ontworpen artikel 3, 6°, eerste en tweede lid - « In voorkomend geval... » sticht echter verwarring en laat die bedoeling onvoldoende tot uiting komen.

Daarom verdient het aanbeveling dit zinsdeel te laten wegvallen en de eerste zin van het ontworpen eerste en tweede lid telkens aan te vullen met de volgende woorden " (...), tenzij op iedere vestigingsplaats afzonderlijk aan de erkenningsnormen is voldaan".

De gemachtigde ambtenaar is het eens met deze suggestie.

#### Artikel 2

De gemachtigde ambtenaar verklaarde in verband met dit artikel dat het de bedoeling is dat de fusies die erkend worden voor de inwerkingtreding van dit ontwerp, niet onder de toepassing vallen van het ontworpen artikel 3, 2° (artikel 1, 1°, van het ontwerp). Zulks blijkt echter onvoldoende uit de tekst en kan best worden verduidelijkt middels een bijkomende overgangsbepaling. In beginsel gelden wijzigingen van de erkenningsnormen immers ook voor bestaande fusies, tenzij hiervan uitdrukkelijk wordt afgeweken (1).

Deze overgangsbepaling hoeft echter enkel betrekking te hebben op de ziekenhuizen die buiten de grote agglomeraties zijn gelegen, aangezien er voor de andere ziekenhuizen in essentie door het ontwerp niets wordt gewijzigd.

Het verdient derhalve aanbeveling deze overgangsbepaling samen met de andere overgangsbepalingen van artikel 2 van het ontwerp te integreren in het voornoemde koninklijk besluit van 31 mei 1989 als een nieuw artikel 6bis, dat kan luiden als volgt :

« Art. 6bis. § 1. In afwijking van artikel 3, 2°, eerste lid, mogen fusies die tot stand zijn gekomen vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 7 november 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, maximum over 1 000 bedden beschikken.

In afwijking van artikel 3, 2°, eerste lid, mogen fusies die tot stand zijn gekomen na de inwerkingtreding van het voornoemde koninklijk besluit van 7 november 2000 en voor 1 januari 2002, maximum over 900 bedden beschikken.

§ 2. De ziekenhuizen beschikken over een overgangperiode van 2 jaar vanaf de ondertekening van de fusieovereenkomst om te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 6°.

De fusies die tot stand zijn gekomen vóór de inwerkingtreding van het voornoemde koninklijk besluit van 7 november 2000, beschikken over een overgangperiode van twee jaar vanaf deze inwerkingtreding om te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 6°. ».

De gemachtigde ambtenaar is het eens met dit tekstvoorstel.

#### Artikel 3

Dit artikel redigere men als volgt :

« Art. 3. Onze ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit. ».

---

#### Nota

(1) Dit blijkt overigens ook duidelijk uit de inleidende zin van artikel 3 van het voornoemde koninklijk besluit van 31 mei 1989.

---

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

**OFFICIEUZE COORDINATIE (B.S. 27.06.98)  
Laatste besluit: K.B. 07.11.00 B.S.08.02.01**

**Artikel 1.** Dit besluit is van toepassing op alle ziekenhuizen, met uitzondering van

1° de psychiatrische ziekenhuizen;

2° [ . . ]<sup>1</sup>

3° de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over [gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie ( kenletter Sp )]<sup>2</sup>, al of niet samen met [...]<sup>3</sup> diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuro- psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten ( kenletter T).

**Art. 2.** Voor de toepassing van dit besluit wordt onder het begrip "fusie van ziekenhuizen" verstaan het samenbrengen, na de bekendmaking van dit besluit, van twee of meerdere afzonderlijk erkende ziekenhuizen, die al of niet van een verschillende macht afhangen, en die zich op verschillende vestigingsplaatsen bevinden, onder één enkel beheerder met één enkele erkenning.

**Art. 3.** Een fusie van ziekenhuizen dient, om te worden erkend steeds te beantwoorden aan de hiernavolgende voorwaarden :

1° [...] <sup>4</sup>;

2° [De fusie van ziekenhuizen mag maximum over 700 bedden beschikken.

**In afwijking tot het eerste lid, mogen de fusies van ziekenhuizen die zich bevinden in één der vijf agglomeraties (Brussel, Antwerpen, Luik, Gent en Charleroi), maximum over 1 100 bedden beschikken.**

**In de cijfers, vermeld in het eerste en tweede lid, zijn de bedden in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en deze voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven, niet inbegrepen. ]<sup>5</sup>**

[3° de ziekenhuizen van de fusie mogen niet meer dan 35 km van elkaar verwijderd zijn. De ziekenhuizen van de fusie kunnen evenwel verder van elkaar verwijderd zijn wanneer er zich geen twee acute ziekenhuizen binnen die cirkel bevinden.

De ziekenhuizen van de fusie mogen verder dan 35 km van elkaar verwijderd zijn wanneer ze, op 1 december 1996, reeds deel uitmaken van eenzelfde groepering.]<sup>6</sup>

[ 4° binnen de fusie moet de homogeniteit van de diensten gerealiseerd worden.

**[Indien een gefusioneerd ziekenhuis over een ziekenhuisdienst beschikt die verspreid is over meerdere vestigingsplaatsen, moeten de bedden van bedoelde dienst op dezelfde vestigingsplaats gegroepeerd worden wanneer de bedcapaciteit op één der vestigingsplaatsen lager wordt als 2/3 van de vastgestelde minimum bedcapaciteit, met dien verstande dat, voor wat de C-D-dienst betreft, een minimumbedcapaciteit van 30 bedden op iedere vestigingsplaats volstaat. ]<sup>7</sup>**

De ziekenhuizen beschikken over een overgangperiode van 2 jaar na de ondertekening van de fusie-

<sup>1</sup> < Opgeheven art. 1,1° KB 06-05-97 (B.S. : 18-06-97) >

<sup>2</sup> < Gewijzigd art. 1,2° KB 23-12-93 (B.S. : 30-12-93) >

<sup>3</sup> < Gewijzigd art. 1,2° KB 06-05-97 (B.S. : 18-06-97) >

<sup>4</sup> < Opgeheven art. 2,1° KB 06-05-97 (B.S. : 18-06-97) >

<sup>5</sup> < Vervangen door art. 1, K.B. 07-11-00 (B.S. : 08-02-01, IW : 08-02-01) >

<sup>6</sup> < Vervangen door art. 1 K.B. 23-06-98 ( B.S. : 26-06-98 ) >

<sup>7</sup> < Vervangen door art. 1 K.B. 07-11-00 ( B.S. : 08-02-01, IW : 08-02-01 ) >

overeenkomst om hier aan te beantwoorden.

De fusies van ziekenhuizen die op het ogenblik van de bekendmaking van dit artikel erkend zijn, beschikken over een overgangperiode van twee jaar, die aanvangt op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel, om te beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in het tweede lid;

5° indien het gefusioneerde ziekenhuis beschikt over meerdere gelijksoortige ziekenhuisdiensten, eventueel verspreid over verschillende campi, dient ieder van die diensten afzonderlijk te beantwoorden aan de desbetreffende erkenningsnormen, en dit, onverminderd de bepalingen van punt 4°] <sup>1</sup>

**[6° Met uitzondering van de dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, en behoudens de door Ons nader te bepalen uitzonderingen, mag een medisch-technische dienst, medische dienst, ziekenhuisafdeling en zorgprogramma van een gefusioneerd ziekenhuis in geen geval uitgesplitst zijn over twee of meerdere vestigingsplaatsen. In het geval wordt beantwoord aan hoger vermelde uitzonderingen, moet de opgesplitste medisch-technische dienst, medische dienst, ziekenhuisafdeling of het opgesplitste zorgprogramma op iedere vestigingsplaats aan alle erkenningsnormen beantwoorden.**

**Met uitzondering van de functie van ziekenhuisapothek, de functie van lokale neonatale zorg, de functie van palliatieve zorg, de functie « chirurgische daghospitalisatie » en de functie voor intensieve zorg, en behoudens de door Ons nader te bepalen uitzonderingen, mag een ziekenhuisfunctie, waarvoor erkenningsnormen bestaan, van een gefusioneerd ziekenhuis niet over meerdere vestigingsplaatsen verspreid zijn. In het geval wordt beantwoord aan voornoemde uitzonderingen, moet de opgesplitste functie op iedere vestigingsplaats aan alle erkenningsnormen beantwoorden. ]<sup>2</sup>**

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

**Art. 5. § 1.** De erkenning van de fusie van ziekenhuizen moet gepaard gaan met een vermindering van het aantal bedden die overeenstemt met ten minste 5 procent van de globale capaciteit van de ziekenhuizen van de fusie, [met dien verstande dat de vermindering, bij opeenvolgende fusies, slechts doorgevoerd wordt op het aantal bedden van het ziekenhuis dat tot een reeds bestaande fusie toetreedt; ] <sup>3</sup>

§ 2. De in § 1 bedoelde vermindering mag evenwel niet tot gevolg hebben dat de capaciteit van de afzonderlijke ziekenhuizen van de fusie minder dan 72 bedden bedraagt.

§ 3. Voor de berekening van de in § 1 bedoelde vermindering wordt geen rekening gehouden met bedden [in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven] . <sup>4</sup>

[§ 4. Bij de in § 1 bedoelde vermindering worden de bedden die in het kader van de toepassing van artikel 21 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991 en 12 oktober 1993, 23 december 1993, 28 maart 1995, 20 augustus 1996 en 6 mei 1997, gesloten werden in mindering gebracht. <sup>5</sup><sup>6</sup>

[§ 5. De in § 1 bedoelde vermindering is niet van toepassing ingeval de fusie aangegaan wordt tussen partners die op het ogenblik van de fusie reeds samen een groepering vormen, mits er, in één of meerdere van de ziekenhuizen die van de groepering deel uitmaken, op het ogenblik van de toetreding tot die groepering reeds een bedvermindering van 5% van de globale bedcapaciteit van de ziekenhuizen van de groepering geschiedde.

<sup>1</sup> < Ingevoegd art. 2,4° K.B. 06-05-97 (BS 18-06-97) >

<sup>2</sup> < Aangevuld door art. 1, K.B. 07-11-00 (B.S. : 08-02-01, IW : 08-02-01)>

<sup>3</sup> < Ingevoegd art. 3, 1° K.B. 06-05-97 (B.S. : 18-06-97) >

<sup>4</sup> < Gewijzigd art. 3, 2° K.B. 06-05-97 (B.S. : 18-06-97) >

<sup>5</sup> < Gewijzigd art. 3, 3° K.B. 06-05-97 (B.S. 18-06-97) >

<sup>6</sup> < Gewijzigd art. 2 K.B. 12-10-93 (B.S. 19-10-93) >



Eventuele sluiting van bedden in een ziekenhuis dat op het ogenblik van de fusie niet langer deel uitmaakt van de groepering wordt evenwel niet in rekening genomen.

§ 6. De in §1 bedoelde vermindering is niet van toepassing op die ziekenhuizen die ieder afzonderlijk beantwoorden aan de normen bedoeld in artikel 2 § 1, van voormeld besluit van 30 januari 1989, [voor zover de beheerders van de ziekenhuizen die een fusie wensen aan te gaan een overeenkomst hebben afgesloten voor 1 januari 1999 met het oog om een fusie te verwezenlijken voor 1 juli 1999]<sup>1</sup>. Indien bedoelde ziekenhuizen [na 30 juni 1999]<sup>2</sup> fusioneren moeten ze elk een aantal bedden afbouwen, gelijk aan 5% van het kleinste fusionerende ziekenhuis. ]<sup>3</sup>

**[Art. 6bis. § 1. In afwijking van artikel 3, 2°, eerste lid, mogen fusies die tot stand zijn gekomen vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 7 november 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, maximum over 1000 bedden beschikken.**

**In afwijking van artikel 3, 2°, eerste lid, mogen fusies die tot stand zijn gekomen na de inwerkingtreding van het voornoemde koninklijk besluit van 7 november 2000 en vóór 1 januari 2002, maximum over 900 bedden beschikken.**

**§ 2. De ziekenhuizen beschikken over een overgangperiode van 2 jaar vanaf de ondertekening van de fusieovereenkomst, om te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 6°.**

**De fusies van ziekenhuizen die voor de inwerkingtreding van het voornoemde koninklijk besluit van 7 november 2000 erkend zijn, beschikken over een overgangperiode van twee jaar, die aanvangt op de dag van de inwerkingtreding van deze bepaling, om te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 6°.)<sup>4</sup>**

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

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

1° de algemene doelstellingen van de fusie, waaronder :

- de kwaliteitsverbetering van de zorgverlening;
- de rationalisatie van de werking en van de infrastructuur van het ziekenhuis;
- de eenheid van concept, beheer en organisatie van het ziekenhuis.

2° de juridische vorm van de fusie ;

3° de problemen van financiële aard die met de fusie verband houden;

4° een realisatieplan aangaande

- de rationalisatie die met de fusie gepaard gaat, met inbegrip van de wijze waarop de in artikel 5 bedoelde bedvermindering wordt gerealiseerd;
- de intermediaire fasen om de doelstellingen van de fusie te verwezenlijken, waaronder de taakverdeling tussen de verschillende ziekenhuizen die deel uitmaken van de fusie, op het vlak van het aanbod van diensten en specialismen, met inbegrip van de uitrusting;

5° de personeelsproblemen die met de fusie gepaard gaan;

6° [de wijze waarop aan [de voorwaarden bedoeld in artikel 3, 4° en 5°]<sup>5</sup> zal worden voldaan.]<sup>6</sup>

<sup>1</sup> < Gewijzigd art. 1 K.B. 23-12-98 (B.S. 31-12-98) >

<sup>2</sup> < Gewijzigd art. 1 K.B. 23-12-98 (B.S. 31-12-98) >

<sup>3</sup> < Ingevoegd art. 3, 4° K.B. 06-05-97 (B.S. 18-06-97)>

<sup>4</sup> <Ingevoegd door art. 2, K.B. 07-11-00 (B.S. 08-02-01) IW : 08-02-01>

<sup>5</sup> <Gewijzigd art. 4 K.B. 06-05-97 (B.S. : 18-06-97)>

<sup>6</sup> <Gewijzigd art. 3 K.B. 12-10-93 (B.S. : 19-10-93)>

§ 3. Het in § 1 bedoelde fusieplan moet dusdanig opgemaakt zijn dat er van bij het totstandkomen van de fusie één beheerder, één directeur, één hoofdgeneesheer, één hoofd van de verpleegkundige diensten en één medische raad is voor alle ziekenhuizen samen die van de fusie deel uitmaken.

[§ 4. De Federale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft stelt de data vast voor dewelke de ziekenhuizen, bedoeld in artikel 7 van voormeld koninklijk besluit van 30 januari 1989, bedoeld fusieplan respectievelijk moet indienen bij de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft en moeten realiseren. Een afschrift van dit plan moet worden overgemaakt aan de Federale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.]<sup>1</sup>

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

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

## **GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG** **Bijgewerkte officiële coördinatie**

**27 APRIL 1998 - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden** <sup>(2)</sup>, <sup>(3)</sup>, <sup>(4)</sup>, <sup>(5)</sup>, <sup>(6)</sup>

### **HOOFDSTUK I. - Architectonische normen en uitrusting**

#### **Afdeling 1. - Algemene bepalingen**

**Art. 1.** De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" bestaat uit een administratief en een technisch gedeelte die zowel architectonisch als functioneel een geheel vormen.

Ze beschikt over een eigen, duidelijk aangegeven ingang, bestaande uit een toegang voor voetgangers en uit een overdekte en verwarmde zone voor ziekenwagens die kan afgesloten worden.

Zij moet toegankelijk zijn voor mindervaliden .

#### **Afdeling 2. - Het administratief gedeelte**

**Art. 2.** Het administratief gedeelte bestaat uit :

- 1° een inkomhal;
- 2° een ruimte voor de administratieve formaliteiten;
- 3° een wachtzaal;
- 4° sanitaire installaties voor het personeel;
- 5° afzonderlijke sanitaire installaties voor bezoekers die toegankelijk moeten zijn voor mindervaliden;
- 6° een spreekkamer voor de opvang van de patiënten en hun familie;
- 7° een werkruimte voor de geneesheren en verpleegkundigen van de functie;
- 8° lokalen voor het opslaan van linnen, voorraad, kledij en waardevolle voorwerpen;
- 9° een ontspanningslokaal voor het personeel van de functie;
- 10° een rustkamer voor de arts die de permanentie in de functie waarneemt.

De in 4°, 5°, 8° en 9° bedoelde accommodaties mogen gedeeld met een andere dienst, functie of afdeling, mits deze architectonisch grenst aan de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg". De in 10° bedoelde rustkamer mag buiten de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" gelokaliseerd zijn.

<sup>1</sup> <Ingevoegd art 4 KB. 12-10-93 (B.S. : 19-10-93)>

<sup>2</sup> BS. 19 juni 1998

<sup>3</sup> Gewijzigd bij KB van 10 augustus 1998, (BS 02/09/1998)

<sup>4</sup> Gewijzigd bij KB van 26 maart 1999 (BS 12/06/1999)

<sup>5</sup> Gewijzigd bij KB van 28 april 1999 (BS 07/10/1999)

<sup>6</sup> Gewijzigd bij KB van 9 februari 2001 (BS 06/04/2001)

De Koning bepaalt de modaliteiten volgens welke de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beurtelings georganiseerd kan worden op één van de meerdere - vestigingsplaatsen van een ziekenhuis.

### **Afdeling 3. - Het technisch gedeelte**

**Art. 3. § 1.** - Het technische gedeelte bestaat minstens uit :

1° onderzoekslokalen die ontworpen zijn om de intimiteit van de patiënt te vrijwaren en die uitgerust zijn voor het toedienen van geneeskundige zorg;

2° een of meer lokalen die uitgerust zijn voor de vrijwaring, de stabilisering en het herstel van de vitale functies van minstens twee patiënten in kritieke toestand;

3° een zaal uitgerust voor kleine chirurgie onder loco-regionale anesthesie;

4° een lokaal met minstens 4 bedden voor de observatie, bedoeld in artikel 2, tweede lid, 4°, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", waarvan ten minste één bed is voorzien van de nodige uitrusting voor de bewaking van een patiënt in kritieke toestand. De uitrusting is te onderscheiden van de uitrusting bedoeld in 2°;

5° een ruimte die als sorteerruimte kan dienen in geval van massale toestroom van slachtoffers; dit kan de ruimte zijn bedoeld in artikel 2, 1°, 3° of 6° alsook de in artikel I , tweede lid, bedoelde zone voor ziekenwagens;

6° een lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen auto - mutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd;

7° een zaal voor het aanleggen van gipsverbanden;

8° een lokaal waar hygiënische zorg kan worden toegediend aan bedlegerige of ambulante patiënten.

De in punt 1° tot 5° bedoelde plaatsen moeten zo zijn ontworpen dat er een mobiel radiografietoestel kan worden gebruikt.

§ 2. De in § 1, 2° en 4° bedoelde uitrusting, waarvan het gebruik strikt beperkt is tot de functie zelf, bestaat minstens uit :

1° apparatuur voor kunstmatige beademing;

2° defibrillator met beeldscherm voor de monitoring van het hartritme;

3° apparatuur voor gastro-intestinale aspiratie;

4° apparatuur voor endotracheale aspiratie;

5° apparatuur voor monitoring van de perifere O<sub>2</sub>-concentratie van een patiënt;

6° apparatuur voor de monitoring van het uitgeademde CO<sub>2</sub>-gehalte van een patiënt.

§ 3. De functie moet eveneens over de volgende apparaten beschikken :

1° een E.K.G.-toestel met twaalf afleidingen;

2° het nodige materiaal voor de cardiorespiratoire reanimatie van de volwassene en van het kind;

3° verschillende draagbare zuurstofbronnen voor de beademing van patiënten die binnen het ziekenhuis worden vervoerd;

4° een voldoende aantal mobiele brancards.

§ 4. Met het oog op het in dienst houden van de hierboven vermelde apparaten in geval van het uitvallen van de normaal gebruikte stroombron(nen) dient de functie aangesloten te zijn op de autonome noodstroombron van het ziekenhuis.

## HOOFDSTUK II. - Functionele normen

**Art. 4. § 1.** De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet, binnen het algemeen ziekenhuis waarvan het deel uitmaakt, op ieder ogenblik een beroep kunnen doen :

1° op minstens 3 bedden voor intensieve verzorging, aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en aan de behoeften van de behandelde patiënten, of op een erkende functie voor intensieve zorg;

2° op een polyvalent operatiekwartier uitgerust en georganiseerd voor dringende chirurgische interventies;

3° op een laboratorium van klinische biologie uitgerust en georganiseerd om ter plaatse en op elk ogenblik de noodzakelijke analyses uit te voeren;

4 ° op een dienst voor medische beeldvorming beschikkend over de nodige apparatuur voor diagnostische, radiologische en echografische onderzoeken met inbegrip van een mobiel radiologisch apparaat en een transversale axiale tomograaf georganiseerd om ter plaatse en op elk moment de nodige diagnostische onderzoeken uit te voeren;

5° op een dienst voor archivering van medische dossiers die 24 uur op 24 toegankelijk is.

§ 2. In de functie zelf moet een voorraad rode bloedcellenconcentraat, inbegrepen een voorraad O-Rh-negatief rode bloedcellenconcentraat, en plasmavervangmiddelen voorhanden zijn tenzij het ziekenhuis beschikt over een bloedbank die op ieder ogenblik voor de toelevering van deze producten kan instaan.

In de functie zelf dient er eveneens een voorraad geneesmiddelen, noodzakelijk om het hoofd te bieden aan urgenties, voorhanden te zijn.

**Art. 5.** De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet beschikken over :

1° een telefonische buitenlijn die onafhankelijk van de centrale van het ziekenhuis functioneert en die uitsluitend bestemd is om onmiddellijk oproepen te kunnen ontvangen van het eenvormig oproepstelsel;

2° over de in het eenvormig oproepstelsel gebruikte telecommunicatiemiddelen die worden vastgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Er dient een telefaxtoestel aanwezig te zijn evenals een radiostation met minstens drie frequenties. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft bepaalt tot welke frequenties de "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" toegang moet hebben.

**Art. 6.** De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet binnen het ziekenhuis waar het deel van uitmaakt beroep kunnen doen op een aangepaste infrastructuur voor de permanente vorming in de urgentiezorg van zijn medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel.

**Art. 7.** De functie moet deelnemen aan een specifieke registratie van de activiteiten in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" volgens de modaliteiten voorgeschreven door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

## HOOFDSTUK III. - Organisatorische normen

### Afdeling I. - Medische staf

**Art. 8.** Een erkend geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneseskunde en voltijds aan het ziekenhuis verbonden, is geneesheer - diensthoofd van de functie. Hij besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel van zijn functie.

In afwijking van het eerste lid, kan een geneesheer - specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1 van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren - specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde, die geen houder is van de bijzondere titel in de urgentiegeneskunde, doch op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit tenminste 5 jaar ervaring heeft als diensthoofd van een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst, zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, geneesheer - diensthoofd van de functie zijn, voor zover deze beantwoordt aan een van de kwalificaties bedoeld in artikel 9, § 1, eerste lid.

De geneesheer - diensthoofd, bedoeld in dit artikel kan tegelijkertijd de geneesheer zijn die de leiding heeft van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG), zoals bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

**Art. 8bis.** Het ziekenhuis dat beschikt over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening moet, overeenkomstig artikel 4 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend, een protocol sluiten met de overige ziekenhuizen van dezelfde provincie of in het administratief arrondissement Brussel-Hoofdstad, die beschikken over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening.

**Art. 9. § 1.** De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden, geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde of van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;

2° een geneesheer-specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te behalen;

3° een geneesheer die hetzij de opleiding, bedoeld in artikel 5, § 2, 2°, b), van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde, gevolgd heeft, hetzij wordt beschouwd deze opleiding gevolgd te hebben, zoals bedoeld in artikel 6, § 4, van hetzelfde ministerieel besluit;

4° een geneesheer-specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van voormeld ministerieel besluit van 12 november 1993, of een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding in één van deze disciplines, voor zover in hun opleiding is voldaan aan minimale criteria inzake multidisciplinaire urgentiegeneskunde, bepaald bij ministerieel besluit in uitvoering van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen. De in deze paragraaf bedoelde geneesheren die de permanentie waarnemer, moeten voortdurend hun kennis en kunde handhaven en ontwikkelen overeenkomstig de evolutie van de wetenschap.

§ 2. Het aantal geneesheren dat deelneemt aan de medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg ».

Voor die aangepaste permanentie komen in aanmerking de in § 1 bedoelde geneesheren-artsen alsook de geneesheren-specialisten en de kandidaat-geneesheer-specialisten met minstens twee jaar opleiding, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde.

§ 3. De in § 1, bedoelde geneesheren verzekeren de permanentie in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en kunnen, met uitzondering van de toepassing van het tweede lid, tegelijkertijd geen andere medische permanentie uitvoeren, zoals bedoeld in artikel 14 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden en in artikel 6 van koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om erkend te worden.

Indien er op de bedoelde vestigingsplaats een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg », een functie « mobiele urgentiegroep » (MUG) en een functie voor intensieve zorg bestaan, mogen de geneesheren die de permanentie waarnemen in de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen in de functie « mobiele urgentiegroep » (MUG), als bedoeld in artikel 6 van het

voornoemde koninklijk besluit van 10 augustus 1998, voor zover een bijkomende geneesheer, die beantwoordt aan de vereisten bedoeld in § 1, in de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » aanwezig is binnen vijftien minuten nadat de eerstgenoemde geneesheer de bedoelde functie verlaten heeft ingevolge een oproep van de functie « mobiele urgentiegroep » (MUG). Zolang die geneesheer niet ter plaatse is, dient een geneesheer die, met toepassing van de artikelen 14 en 15 van het voornoemde koninklijk besluit van 27 april 1998, de permanentie waarneemt in de functie voor intensieve zorg, de permanentie eveneens waar te nemen in de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg ».

De in § 1, bedoelde geneesheren mogen tegelijkertijd de permanente aanwezigheid vervullen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuisgroeperingen en bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen of, indien de permanentie wordt waargenomen door een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie, de permanentie bedoeld in artikel 12 van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.

De in het eerste lid bedoelde geneesheren moeten tijdens de permanentie aanwezig zijn op de vestigingsplaats en onmiddellijk inzetbaar zijn voor de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg".

§ 4. De medische permanentie in de gespecialiseerde functie voor spoedgevallen moet 24 uur op 24 waargenomen worden.

§ 5. De geneesheren die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie in een ziekenhuis vervullen.

**Art. 10. § 1.** De geneesheer die de permanentie waarneemt moet d.m.v. vooraf opgestelde modaliteiten te allen tijde minstens beroep kunnen doen op :

- 1° een geneesheer - specialist in de inwendige geneeskunde;
- 2° een geneesheer - specialist in de heelkunde;
- 3° een geneesheer - specialist in de anesthesiologie en reanimatie;
- 4° een geneesheer - specialist in de röntgendiagnose;
- 5° een geneesheer - specialist in de pediatrie;
- 6° een geneesheer - specialist in de orthopedische heelkunde;
- 7° een geneesheer - specialist in de gynaecologie - verloskunde;
- 8° een geneesheer - specialist in de otorhinolaryngologie;
- 9° een geneesheer - specialist in de oftalmologie;
- 10° een geneesheer - specialist in de psychiatrie of de neuropsychiatrie;
- 11° een geneesheer - specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie.

§ 2. De in § 1 bedoelde geneesheren moeten binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep ter plaatse kunnen zijn.

## **Afdeling 2. - Het verpleegkundig personeel**

**Art. 11 § 1.** De hoofdverpleegkundige is drager van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster is en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben in deze functie op datum van de inwerkingtreding van dit besluit of hij/zij gebrevetteerde verpleger of verpleegster is en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben in deze functie van hoofdverpleegkundige, op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit.

Bedoelde ervaring dient opgedaan te zijn hetzij in een erkende dienst voor intensieve verzorging, hetzij in een dienst voor intensieve behandeling die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 3 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, hetzij in een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 1 bij voormeld besluit van 28 november 1986.

§ 2. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen, waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij als gegradueerd of gebrevetteerd verpleger of verpleegster kan bewijzen dat hij/zij, op het ogenblik van de bekendmaking van onderhavig

besluit, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid.

Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst; hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als bedoeld in het eerste lid.

### **Afdeling 3. - Permanente vorming**

**Art. 12.** Het medisch en verpleegkundig personeel van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" staat voor het ganse ziekenhuis in voor de permanente vorming in de basisbeginselen van de reanimatie.

### **HOOFDSTUK IV. - Overgangsmaatregelen**

**Art. 13.** § 1. Gedurende twee jaar vanaf de inwerkingtreding van dit besluit kan het in artikel 8 bedoelde diensthoofd ook een geneesheer - specialist zijn, bedoeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 2. Gedurende de in § 1 bedoelde periode kan de in artikel 9, § 1, van dit besluit bedoelde medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 3. Gedurende de in § 1 bedoelde periode mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat – geneesheer - specialist in opleiding, bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993, voor zover deze tenminste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt opgenomen is in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van de reanimatie en de dringende medische behandeling. Indien de permanentie wordt waargenomen door een in deze paragraaf bedoelde kandidaat – geneesheer - specialist in opleiding, dient een geneesheer - specialist oproepbaar te zijn.

Zolang de minimale criteria bedoeld in artikel 9, § 1, eerste lid, 4°, niet zijn bepaald, wordt de in het eerste lid bedoelde overgangstermijn telkens met een jaar verlengd.

§ 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan de in §§ 1, 2 en 3 bedoelde overgangstermijnen verlengen indien zou blijken dat bij het verstrijken van deze termijnen nog niet voldoende geneesheren beantwoorden aan de voorwaarden bepaald in artikelen 8 en 9, § 1 van dit besluit.

### **HOOFDSTUK V. - Slotbepalingen**

**Art. 14.** De bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 augustus 1991, wordt opgeheven.

**Art. 15.** Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de zesde maand volgend op deze gedurende welke het in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt, met uitzondering van de artikelen 1,2 en 3, § 1, eerste lid, 1°,3°,5°,6°,7° en 8° en tweede lid, die in werking treden de eerste dag van de vierentwintigste maand volgend op deze gedurende welke dit besluit in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

**Art. 16.** Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

## **"MOBIELE URGENTIEGROEP" (MUG) Officieuze coördinatie**

**10 AUGUSTUS 1998 - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend** <sup>(1)</sup>, <sup>(2)</sup>, <sup>(3)</sup>, <sup>(4)</sup>

### **HOOFDSTUK I. - Begripsomschrijving**

**Art. 1.** Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder :

1° Minister: de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;

2° interventiezone: de zone toegewezen, overeenkomstig het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor dringende geneeskundige hulpverlening en waarbinnen de MUG - functie haar taken uitvoert;

3° MUG: mobiele urgentiegroep die, uitsluitend op vraag van de aangestelde van het éénvormig oproepstelsel, werkt binnen de haar toegewezen interventiezone;

4° functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" : de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden;

5° associatie: een erkende associatie van ziekenhuizen bedoeld in het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen;

6° protocol: de overeenkomst bedoeld in artikel 7 , derde lid, 2° en 3°, van het koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, waarin de opvang van de patiënten door de ziekenhuizen wordt geregeld, afgesloten tussen alle ziekenhuizen van de provincie of van het administratief arrondissement Brussel - Hoofdstad met een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening.

### **HOOFDSTUK II . - Algemene bepalingen**

**Art. 2.** Om te worden erkend en erkend te blijven, moet de MUG - functie aantonen dat deze in aanmerking komt om ingeschakeld te worden in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening en moet deze voldoen aan de erkenningsnormen van dit besluit.

De erkenning van de MUG - functie wordt verleend aan een ziekenhuis met een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening of aan een associatie van ziekenhuizen met een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld zijn in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening.

De door de associatie(s) uitgebatede MUG - functie(s) wordt(en) beschouwd als een functie van elk van de deelnemende ziekenhuizen.

### **HOOFDSTUK III . - Functionele normen**

**Art. 3. § 1.** Het beheer van elke in de provincie of in het arrondissement Brussel - Hoofdstad beschikbare MUG - functie geschiedt door een ziekenhuis of een ziekenhuisassociatie.

Wanneer er zich in een interventiezone meer ziekenhuizen met een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" bevinden, die zich kandidaat stellen om een MUG - functie op te richten, moeten alle MUG - functies binnen deze interventiezone uitgebraat worden door één associatie, samengesteld uit alle

---

<sup>1</sup> BS, 2 september 1998

<sup>2</sup> Gewijzigd bij KB van 26 maart 1999 (BS 12 juni 1999)

<sup>3</sup> Gewijzigd bij KB van 28 april 1999 (BS 07/10/1999)

<sup>4</sup> Gewijzigd bij KB van 9 februari 2001 (BS 06/04/2001)



bedoelde kandiderende ziekenhuizen.

In afwijking op artikel 6, § 1, van het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, kan een door een associatie uitgebatede MUG -functie zich op meer dan één vestigingsplaats bevinden, uitsluitend voor zover dit voor een alternerende werking bestemd is en deze functie derhalve niet simultaan op meer dan één vestigingsplaats functioneert.

§ 2. Naast de aangelegenheden die, ingevolge de toepassing van het voormeld koninklijk besluit van 25 april 1997, in de associatieovereenkomst moeten geregeld worden, regelt de overeenkomst minstens volgende aangelegenheden :

1° de aanwijzing van de plaats van vertrek van het interventieteam, die verdeeld kan worden tussen verschillende ziekenhuizen voor zover deze binnen een redelijke afstand van elkaar verwijderd zijn. Onder redelijke afstand wordt verstaan een afstand in de orde van grootte van maximum 5 km. Wanneer het een ruraal gebied betreft kan de overheid die bevoegd is voor de erkenning van de associaties een afwijking toestaan op deze maximum afstand voor zover de ziekenhuizen die van de associatie deel uitmaken hiertoe een gemotiveerd verzoek indienen. De motivering moet minstens bestaan uit een document dat zowel de behoeften van de regio als het potentieel aan mogelijke vertrekplaatsen aanduidt;

2° de wijze van structurering van de verpleegkundige activiteit met daarin begrepen de wijze van aanstelling van de medisch coördinator;

3° de wijze van structurering van de medische activiteit met daarin begrepen de wijze van aanstelling van de verpleegkundig coördinator;

4° de algemene modaliteiten inzake werking en samenwerking, financiële aspecten inbegrepen;

5° de taakverdeling tussen de betrokken ziekenhuizen en de organisatie van de ritten;

6° de verdeling van de wachtdiensten onder de ziekenhuizen.

Ingeval één associatie meerdere MUG - functies uitbaat moeten in de overeenkomst die aangelegenheden worden aangeduid die per MUG - functie afzonderlijk dienen geregeld te worden. Hiertoe behoren minstens de aangelegenheden bedoeld in 1°, 5° en 6°.

**Art. 4.** Een protocol moet worden afgesloten tussen alle ziekenhuizen met een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening en die in dezelfde provincie of in het administratief arrondissement Brussel - Hoofdstad gelegen zijn, alvorens de MUG - functies in de betrokken provincie of in voornoemd administratief arrondissement kunnen worden erkend

## HOOFDSTUK IV . - Organisatorische normen

### Afdeling 1. Medisch en verpleegkundig personeel

**Art. 5.** De geneesheer die de leiding van de functie heeft moet een geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde en voltijds aan het ziekenhuis of aan één der ziekenhuizen van de associatie verbonden zijn.

In afwijking van het eerste lid, kan een geneesheer - specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren – specialisten , houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, alsook van de stagemeesters en stagediensten in de urgentiegeneeskunde, die geen houder is van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, doch op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit tenminste 5 jaar ervaring heeft als diensthoofd van een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving van de in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst, zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis van de wet op de ziekenhuizen, de leiding van de functie hebben voor zover deze beantwoordt aan één van de kwalificaties bedoeld in artikel 6, § 2, eerste lid.

De geneesheer die de leiding van de functie heeft, zoals bedoeld in dit artikel, kan tegelijkertijd het geneesheer - diensthoofd van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" zijn, zoals bedoeld in artikel 8 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

**Art. 6. § 1.** Onverminderd de bepalingen inzake de beschikbaarheid van het medisch personeel van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", moet de MUG - functie instaan voor een eigen medische permanentie 24 uur op 24.

§ 2. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden, geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° een geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde of houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;

2° een geneesheer - specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te behalen;

3° een geneesheer die hetzij de opleiding, bedoeld in artikel 5, § 2, 2°, b ), van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren - specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde gevolgd heeft, hetzij wordt beschouwd deze opleiding gevolgd te hebben, zoals bedoeld in artikel 6, § 4, van hetzelfde ministerieel besluit;

4° een geneesheer - specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, §1 van voornoemd ministerieel besluit van 12 november 1993, of een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding in één van deze disciplines, voor zover in hun opleiding is voldaan aan minimale criteria inzake multidisciplinaire urgentiegeneskunde, bepaald bij ministerieel besluit in uitvoering van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren - specialisten en van huisartsen.

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren die de permanentie waarnemen, moeten voortdurend hun kennis en kunde handhaven en ontwikkelen overeenkomstig de evolutie van de wetenschap.

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren verzekeren de medische permanentie in de functie « mobiele urgentiegroep » (MUG). Zij kunnen niet tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen, als bedoeld in artikel 14 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om te worden erkend. Zij kunnen evenmin tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen, als bedoeld in artikel 9, § 3, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet voldoen om erkend te worden, tenzij zulks gebeurt met inachtneming van de voorwaarden bepaald in het tweede lid van die bepaling.

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren mogen evenwel simultaan de permanente aanwezigheid vervullen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuisgroeperingen en bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen of, indien de permanentie wordt waargenomen door een geneesheer - specialist in de anesthesie - reanimatie, de permanentie bedoeld in artikel 12 van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren moeten tijdens de permanentie aanwezig zijn op de vestigingsplaats waar de vertrekplaats zich bevindt en onmiddellijk inzetbaar zijn voor de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG).

De geneesheren die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie in een ziekenhuis vervullen.

In het geval de permanentie wordt waargenomen door een geneesheer welke niet een geneesheer - specialist is zoals bedoeld in artikel 2, § 1, van voormeld ministerieel besluit van 12 november 1993 en er op de vestigingsplaats waar de vertrekplaats zich bevindt, zich eveneens een erkende functie voor intensieve zorg bevindt, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden, dient een geneesheer -

specialist bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit, aanwezig te zijn op bedoelde vestigingsplaats.

**Art 7.** De hoofdverpleegkundige die de leiding van het verpleegkundig personeel van de functie heeft, moet houder zijn van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg of gegradueerde verpleger of verpleegster zijn die het bewijs levert dat hij/zij, op het ogenblik van de bekendmaking van onderhavig besluit, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één der in artikel 7, tweede lid, bedoelde diensten of gebrevetteerde verpleger of verpleegster zijn die kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben in deze functie van hoofdverpleegkundige op de datum van de bekendmaking van dit besluit.

Bedoelde ervaring dient opgedaan te zijn hetzij in een erkende dienst voor intensieve verzorging, hetzij in een dienst voor intensieve behandeling die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 3 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis van de wet op de ziekenhuizen, hetzij in een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 1 bij voormeld besluit van 28 november 1986.

**Art. 8.** Onverminderd de bepalingen inzake de beschikbaarheid van het verpleegkundig personeel van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", moet de MUG - functie 24 uur op 24 voorzien in eigen verpleegkundige permanentie, van ten minste één persoon die houder is van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij als gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige kan bewijzen dat hij op het ogenblik van de bekendmaking van dit besluit, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één der in artikel 7, tweede lid, bedoelde diensten.

**Art. 9.** Onverminderd de bepalingen inzake de beschikbaarheid van het medisch korps en het verpleegkundig personeel in een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", maakt het personeel dat ermee belast is de opdrachten van de MUG - functie uit te voeren deel uit van het medisch korps en verpleegkundig personeel van een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" zoals bedoeld in artikel 3, § 1.

**Art. 10.** Voor iedere interventie omvat het medisch interventieteam van de MUG - functie ten minste een geneesheer en een verpleegkundige die voldoen aan de voorwaarden bedoeld in respectievelijk de artikelen 6 en 8, en maakt deze gebruik van een uitgerust voertuig zoals bedoeld in de artikelen 13 tot 17.

**Art. 11.** De MUG - functie moet het bewijs leveren dat haar medisch en verpleegkundig personeel, overeenkomstig de door de Minister bepaalde modaliteiten, permanent bijgeschoold wordt.

**Art. 12.** De MUG - functie moet actief deelnemen aan de opleiding van de hulpverleners ambulanciers, bedoeld in artikel 6bis van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening.

## **Afdeling 2. - Uitrusting**

**Art. 13.** De MUG - functie moet beschikken over tenminste een voertuig dat gestationeerd is in het ziekenhuis waar het medisch interventieteam zich bevindt. Het voertuig moet conform zijn aan de door de Minister vastgestelde eigenschappen.

**Art. 14.** Alle leden van het medisch interventieteam moeten beschikken over een persoonlijke uitrusting waarvan de eigenschappen door de Minister vastgesteld worden.

**Art. 15.** Het volgend draagbaar materieel moet zich aan boord van het voertuig bevinden :

1° een cardioscoop voorzien van een defibrillator met mogelijkheid van een aangepaste registratie op papier van EKG-grafiek;

2° een pulse-oxymeter;

3° een niet-invasieve bloeddrukmeter;

4° een draagbare zuurstofvoorraad, die voldoende is om een patiënt gedurende 90 minuten zuurstof a rato van 10 liter/minuut toe te dienen;

5° een injectiespuitpomp;

6° een glycometer;

7° spalken voor de halswervels en de ledematen, die bij gebruik hun vorm behouden gedurende minstens 6 uren;

8° een elektrisch aspiratietoestel;

9° het materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van volwassenen en kinderen;

10° een mobiele zender-ontvanger met de regionale en nationale frequenties van de dienst 100 evenals de frequentie voor de communicatie tussen ziekenhuizen, overeenkomstig de geldende reglementering ter zake;

11° een draagbare zender-ontvanger met de in 10° bedoelde frequenties;

12° elk ander door de Minister vastgesteld materieel of uitrusting.

Alle bovengenoemde aangedreven toestellen moeten minstens 90 minuten autonoom kunnen functioneren.

**Art. 16.** De Minister kan een lijst opstellen van de geneesmiddelen die zich aan boord van het voertuig moeten bevinden. Die geneesmiddelen moeten worden bewaard volgens de bepalingen van de Belgische farmacopee.

**Art. 17.** Alle toestellen moeten goed onderhouden zijn, behoorlijk functioneren en klaar zijn voor gebruik.

#### **HOOFDSTUK V. - Overgangsmatregelen**

**Art. 18. § 1.** Gedurende twee jaar vanaf de inwerkingtreding van dit besluit, kan de in artikel 5 bedoelde geneesheer die de leiding over de functie heeft, ook een geneesheer - specialist zijn, bedoeld in artikel 2, § 1, van voormeld ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 2. Gedurende de in § 1 bedoelde periode kan de in artikel 6 van dit besluit bedoelde medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 3. Gedurende de in § 1 bedoelde periode mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat – geneesheer - specialist in opleiding, bedoeld in artikel 2 § 1 van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993, voor zover dat deze tenminste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt opgenomen is in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van de reanimatie en de dringende medische behandeling. Indien de permanentie wordt waargenomen door een in deze paragraaf bedoelde kandidaat – geneesheer - specialist in opleiding, dient een geneesheer - specialist oproepbaar te zijn.

Zolang de minimale criteria bedoeld in artikel 6, § 2, eerste lid, 4°, niet zijn bepaald, wordt de overgangstermijn bedoeld in het eerste lid, telkens met een jaar verlengd.

§ 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de in §§ 1,2 en 3 bedoelde overgangstermijnen verlengen voor zover bij het verstrijken ervan zou blijken dat nog niet voldoende artsen zouden voldoen aan de voorwaarden bepaald in de artikelen 5 en 6, § 2.

#### **HOOFDSTUK VI . - Slotbepalingen**

**Art. 19.** In het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden, wordt een artikel 8bis ingevoegd luidend als volgt :

"Art. 8bis. Het ziekenhuis dat beschikt over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening moet, overeenkomstig artikel 4 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend, een protocol sluiten met de overige

ziekenhuizen van dezelfde provincie of in het administratief arrondissement Brussel - Hoofdstad, die beschikken over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening."

**Art. 20.** Dit besluit treedt in werking op de datum bepaald door de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Volksgezondheid en Pensioenen, en in ieder geval uiterlijk op 1 mei 1999.

**Art. 21.** Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Pensioenen zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

## **INTENSIEVE ZORG** **Gecoördineerde tekst**

**27 APRIL 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden** <sup>(1)</sup>, <sup>(2)</sup>, <sup>(3)</sup>

### **HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen**

**Art. 1.** Dit besluit is van toepassing op de functie voor intensieve zorg bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie voor intensieve zorg.

**Art. 2.** Om te worden erkend en erkend te blijven, moet de functie voor intensieve zorg voldoen aan de erkenningsnormen van dit besluit.

### **HOOFDSTUK II. - Architectonische normen en uitrusting**

**Art. 3.** De functie vormt een autonome en architecturaal herkenbare eenheid binnen het ziekenhuis. Zij beschikt over een aparte ingang waar controle mogelijk is en is toegankelijk voor gehandicapten.

**Art. 4.** De functie heeft een minimumcapaciteit van zes bedden.  
De bedden staan zo opgesteld dat iedere patiënt constant visueel kan worden bewaakt en dat de ziekenhuishygiëne en de intimiteit van de patiënt gewaarborgd zijn.  
In de nabijheid van ieder bed dient er in handwasmogelijkheid voorzien te zijn.

**Art. 5.** § 1. De functie beschikt over minstens één isoleerkamer met sas per zes bedden.  
§ 2. De architectuur van de functie en de opstelling van de bedden zijn dermate dat er geen gevaar voor desoriëntatie in tijd en ruimte is.

**Art. 6.** De functie beschikt op zijn minst over de volgende logistieke ruimten :

- 1° een ruimte voor de apparatuur;
- 2° een ruimte om verbruiksgoederen op te bergen;
- 3° een ruimte voor het opslaan van proper linnen;
- 4° een ruimte voor het opslaan van bevuild linnen en materieel;
- 5° een ruimte voor de dienst- of verdeelkeuken;
- 6° afzonderlijke sanitaire voorzieningen voor het personeel.

In iedere ruimte moet een functionele voorziening zijn waar het personeel zijn handen kan wassen en bevuild linnen of materieel kan afvoeren.

**Art. 7.** De functie beschikt op zijn minst over de volgende ruimten :

- 1° een bureau voor het medisch team;
- 2° een bureau voor het verpleegkundig team;
- 3° een vergader- en/of ontspanningsruimte voor het personeel;
- 4° een rustruimte voor de arts die de permanentie in de functie verzekert;
- 5° een wachtzaal met opvangmogelijkheid voor de bezoekers en familieleden;

<sup>1</sup> BS 19/06/1998

<sup>2</sup> Gewijzigd bij KB van 27/04/1999 (BS 07/10/1999)

<sup>3</sup> Gewijzigd bij KB van 09/02/2001 (BS 06/04/2001)

6° afzonderlijke sanitaire installaties voor bezoekers die toegankelijk moeten zijn voor mindervaliden. Bedoelde accommodaties, met uitzondering van deze vermeld onder 5°, mogen worden gedeeld met een andere dienst, functie of afdeling, mits deze architectonisch grenst aan de functie voor intensieve zorg. De in 4° bedoelde rustkamer mag buiten de functie gelokaliseerd zijn.

**Art. 8.** De werkoppervlakte en de oppervlakte per bed moeten afgestemd zijn op de medische en de verpleegkundige activiteiten.

### **HOOFDSTUK III. - Functionele normen**

**Art. 9.** De functie mag opgesplitst zijn in verschillende eenheden van minstens zes bedden die elk aan alle normen, met uitzondering van deze bedoeld in de artikelen 13 en 16, voldoen. Wanneer bedoelde eenheden over verschillende gebouwen gespreid zijn, dient elke eenheid een eigen medische permanentie, zoals bedoeld in de artikelen 14 en 15, te organiseren.

**Art. 10.** Ieder bed is uitgerust met de nodige apparatuur voor de continue bewaking en behandeling van kritieke zorgpatiënten op cardiaal, respiratoir, metabolisch, cerebraal en circulatoir gebied, ook voor hun eventueel vervoer.

Die apparatuur moet het mogelijk maken bij ieder bed zuurstof, infusen met strikt gecontroleerd debiet, aspiraties met verschillende vermogens, kunstmatige beademing met regeling van de diverse parameters en cerebrale en cardiopulmonaire resuscitatie toe te dienen.

Men moet constant zorgen voor een continue en veilige energie- en gasbevoorrading.

Elk bed moet in de hoogte verstelbaar zijn en geleed zijn om een correcte positie van de patiënt mogelijk te maken. Aan dit bed moet een voorziening ter voorkoming van doorligwonden kunnen worden aangepast.

**Art. 11.** Bij ieder bed moet een oproepsysteem beschikbaar zijn dat door de patiënt op een eenvoudige wijze kan bediend worden.

Vanuit ieder bed moet contact met de bezoekers mogelijk zijn.

Er moeten voldoende telefoonlijnen zijn.

**Art. 12.** § 1. De functie moet, binnen het ziekenhuis waarvan zij deel uitmaakt, op ieder ogenblik een beroep kunnen doen op:

1° een polyvalente operatiekamer, uitgerust en ingericht om dringende chirurgische ingrepen te doen;

2° een laboratorium voor klinische biologie waar ter plaatse op ieder ogenblik de nodige analyses kunnen worden uitgevoerd;

3° een dienst voor medische beeldvorming met de nodige apparatuur voor diagnostische, radiologische en echografische onderzoeken, met inbegrip van een mobiel radiografietoestel en een toestel voor transversale axiale topografie.

§ 2. In de functie zelf moet een voorraad rode bloedcellenconcentraat, ook rode bloedcellenconcentraat met O-Rhesus-negatief factor, en plasmavervangmiddelen voorhanden zijn, tenzij het ziekenhuis beschikt over een bloedbank die op ieder ogenblik voor de toelevering van deze produkten kan instaan.

In de functie zelf dient er eveneens een voorraad geneesmiddelen, noodzakelijk om het hoofd te bieden aan urgenties, voorhanden te zijn.

### **HOOFDSTUK IV. - Organisatorische normen**

#### **Afdeling 1. - Medische staf**

**Art. 13.** Een erkend geneesheer-specialist in de heelkunde, de inwendige geneeskunde, de anesthesiereanimatie of in één van de daartoe behorende subspecialismen, of in specifieke omstandigheden in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, is geneesheer-diensthoofd van de functie. Hij werkt voltijds in het ziekenhuis, met hoofdactiviteit in de functie.

Het medisch team bestaat, de geneesheer-diensthoofd inbegrepen, uit erkende geneesheren-specialisten in de heelkunde, inwendige geneeskunde, anesthesie-reanimatie of in één van de daartoe behorende subspecialismen, of in specifieke omstandigheden in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg. Er dient naar gestreefd te worden dat alle voormelde disciplines vertegenwoordigd zijn binnen het medisch team.

**Art. 14.** De medische permanentie in de functie wordt waargenomen door minstens één geneesheer die exclusief aan het ziekenhuis waarvan de functie deel uitmaakt verbonden is en die één van de volgende kwalificaties bezit:

1° een geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde of in één van de daartoe behorende subspecialismen, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;

2° een geneesheer-specialist in de heelkunde of in één van de daartoe behorende subspecialismen, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;  
3° een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie of in één van de daartoe behorende subspecialismen, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;  
4° voor specifieke gevallen een geneesheer-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;  
5° een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, de heelkunde, de anesthesie-reanimatie of in een subspecialisme, of, voor specifieke gevallen een geneesheer-specialist in de pediatrie;  
6° een kandidaat geneesheer-specialist met minstens twee jaar opleiding in één van deze specialismen of subspecialismen.  
In het in 6° bedoelde geval moet er steeds een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, kunnen worden opgeroepen, die de functie zo spoedig mogelijk moet kunnen bereiken.

**Art. 15.** De medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie; hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als bedoeld in artikel 14.

De in artikel 14 bedoelde geneesheer mag terzelfdertijd de permanente aanwezigheid, bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 12 oktober 1993, 23 december 1993 en 28 maart 1995, verzekeren.  
De in artikel 14 bedoelde geneesheer mag niet tegelijkertijd de medische permanenties waarnemen, zoals bedoeld in artikel 6, § 2, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « mobiele urgentiegroep » (MUG) moet voldoen om te worden erkend en bedoeld in artikel 9, § 3, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet voldoen om te worden erkend, onverminderd de toepassing van artikel 9, § 3, tweede lid, van voornoemd besluit van 27 april 1998.

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar dienst hebben.

**Art. 16.** De in artikel 14 bedoelde geneesheer moet door middel van een vooraf opgestelde wachtlijst te allen tijde een beroep kunnen doen op een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, in de heelkunde, in de anesthesie-reanimatie en in die specialismen die vereist zijn om de patiënten in kritieke toestand alle noodzakelijke zorg te garanderen.  
Bedoelde artsen moeten zich binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep naar het ziekenhuis begeven.

## **Afdeling 2. - Het verpleegkundig personeel**

**Art. 17.** De hoofdverpleegkundige is houder van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg, of gegradueerde verpleger of verpleegster die het bewijs levert dat hij/zij minstens 5 jaar ervaring heeft in deze functie op datum van de inwerkingtreding van dit besluit of gebrevetteerde verpleger of verpleegster die het bewijs levert dat hij/zij minstens 5 jaar ervaring heeft in deze functie van hoofdverpleegkundige op de datum van inwerkingtreding van dit besluit

Bedoelde ervaring dient opgedaan te zijn hetzij in een erkende dienst voor intensieve verzorging, hetzij in een dienst voor intensieve behandeling die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 3 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale homograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, hetzij in een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 1 van voormeld besluit van 28 november 1986.

**Art. 18.** De functie beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team, waarbij een permanentie van 24 u. op 24 u. wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen per volledige schijf van zes bedden, waarvan minstens 1 houder is van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg of het bewijs levert dat hij/zij, op datum van de inwerkingtreding van dit besluit, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één der in artikel 17, tweede lid bedoelde diensten.

Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden, dient het in het vorig lid bedoelde aantal verpleegkundigen, verhoudingsgewijs ten opzichte van het aantal bedden, aangepast te worden.  
Bovendien dient het verpleegkundig team aangepast te worden naargelang van de activiteiten van de functie.

**Art. 19.** De functie moet een beroep kunnen doen op een kinesitherapeut.

**Art. 20.** Het veilig gebruik van de apparatuur moet permanent worden gewaarborgd door een programma van systematisch technisch en functioneel onderhoud.

Bij het onderhoud moeten de hygiënenormen worden gerespecteerd en de personeelsleden moeten op de hoogte worden gehouden van de bijzondere omstandigheden waarin ze werken.

### **Afdeling 3. - Permanente bijscholing**

**Art. 21.** De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige, staan gezamenlijk in voor de permanente bijscholing van het personeel.

### **HOOFDSTUK V. – Activiteitsnormen**

**Art. 22.** Er dient een systematische registratie te worden uitgevoerd van de medische en verpleegkundige gegevens volgens een model vastgesteld door de Federale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Deze registratie heeft tot doel het profiel te bepalen van de patiënten die er gedurende een aangepaste, zo kort mogelijke periode, moeten worden behandeld.

### **HOOFDSTUK VI. – Opheffingsbepalingen**

**Art. 23.** § 1. In de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, zoals gewijzigd door de koninklijke besluiten van 12 januari 1970, 24 maart 1974, 14 augustus 1987, 7 november 1988, 4 maart 1991 en 17 oktober 1991, wordt de rubriek « Bijzondere normen toepasselijk op de Dienst voor Intensieve Verzorging », opgeheven.

§ 2. De bijlage 3 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 augustus 1991, wordt opgeheven.

### **HOOFDSTUK VII.- Slotbepalingen**

**Art. 24.** De artikelen 6 en 7, de in artikel 13 bedoelde voorwaarde om drager te zijn van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg en de in artikel 17 bedoelde voorwaarde, houder te zijn van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg, treden in werking de eerste dag van de vierentwintigste maand volgend op deze gedurende welke dit besluit in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

**Art. 25.** Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

---

<b>VOORONTWERP HOUDENDE WET HOUDENDE MAATREGELEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG</b>
---

Aan de Heer F. VANDENBROUCKE  
Minister van Sociale zaken  
Wetstraat 66  
1040 Brussel

Brussel, 22 maart 2001

Mijnheer de Minister,

Betreft: voorontwerp houdende wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.

Wij vernemen dat u het voornemen hebt in art. 140 van de ziekenhuiswet een §5 in te lassen, waardoor akkoorden zoals bedoeld in de §§3 en 4 bindend zijn voor de betrokken ziekenhuisgeneesheren,



niettegenstaande elk andersluidend beding in de individuele overeenkomsten en benoemingsakten bedoeld in artikel 131.

Nochtans hadden we anderzijds vernomen dat u de nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen hebt aangezocht, opdat deze laatste haar standpunt zou herzien inzake de problematiek van de beëindiging van de rechtsverhoudingen door de ziekenhuisbeheerder, met name i.v.m. de toepassing van de art. 125,7° en volgende van de ziekenhuiswet. Dit ondanks de duidelijke schriftelijke toelichting (dd. 16.04.1986) van de toenmalige minister van sociale zaken, tevens eerste minister van de vorige regering.

Meer nog: u weigert zelf, in het kader van uw gepland wettelijk initiatief de nodige maatregelen te treffen om de vereiste rechtszekerheid te herstellen en te voorzien dat elke beëindiging van de rechtsverhoudingen door de ziekenhuisbeheerder moet gepaard gaan met het "verzwaard" advies bedoeld bij de artikels 125,7°, 127 e.v., behoudens beëindiging om dwingende reden.

Kortom, in zoverre het de rechtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en ziekenhuisartsen betreft, gaat uw belangstelling uitsluitend naar het ontnemen van rechten, zelfs deze waarop elke burger normaal aanspraak kan maken, aan de ziekenhuisartsen.

Naar uw mening is de medische raad wel bevoegd om in overeenstemming met de beheerder essentiële voorwaarden van een schriftelijk contract, met name de financiële voorwaarden, van de ziekenhuisartsen te wijzigen. Maar, wat betreft de beëindiging van het contract van de ziekenhuisgeneesheer is, volgens u, de verzwaarde adviesprocedure van de medische raad overbodig.

De ziekenhuisartsen van gans het land kunnen niet anders dan deze houding begrijpen als intellectueel oneerlijk en als een negatieve vooringenomenheid tegen hun rechtmatige belangen.

U zult dan ook begrijpen dat ze zonder aarzelen zullen overgaan tot georganiseerd verzet, zolang geen volledige rechtszekerheid wordt geboden. Concreet houdt dit in dat:

- formeel wordt voorzien dat elke vorm van beëindiging van de rechtsverhoudingen van de ziekenhuisarts door de beheerder dient gepaard te gaan met het verzwaard advies van de medische raad, behoudens beëindiging om dwingende reden (2<sup>e</sup> lid en volgende van art 125);
- de toepassing van de nieuwe §5 van art 140 uitsluitend beperkt wordt tot de zgn. bijdragen bedoeld onder §4 van hetzelfde artikel.

Gelet op de ernst van de door u voorgenomen maatregelen zien wij ons ertoe verplicht de ziekenhuisartsen hiervan op de hoogte te brengen en de nodige organisatorische maatregelen te treffen.

Met oprechte dank voor uw aandacht en beleefde groeten,

Hoogachtend,

Prof. Dr. J. GRUWEZ  
Voorzitter VBS

Dr. J. DE TOEUF  
Voorzitter BVAS

CC: Aan de Eerste Minister  
Aan de Leden van de regering.

**WEIGERINGEN TOT TOETREDING  
TOT HET AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN d.d. 18.12.2000  
EN VERGELIJKING MET AKKOORDEN 1998 EN 1997**

	Totaal actieven	Totaal weigeringen	%	% weigeringen	
				15.12.1998	3.11.1997
Huisartsen	17.531	2.133	12,17	14,62	13,88
Geneesheren-specialist in opleiding	3.674	10	0,27	0,62	0,48
Klinische biologie	693	6	0,87	1,31	1,6
Radiotherapie	139	4	2,88	3,79	3,91
Nucleaire geneeskunde	300	10	3,33	4,50	3,48
Pathologische anatomie	254	12	4,72	3,75	5,02
Neurologie	151	8	5,30	4,10	4,27
Pneumologie	287	17	5,92	5,08	5,69
Inwendige geneeskunde	1.933	195	10,09	7,73	7,12
Radiodiagnose	1.410	150	10,64	10,53	10,07
Psychiatrie	472	57	12,08	17,25	12,95
Pediatrie	1.283	159	12,39	14,36	13,22
Gastro-enterologie	367	50	13,62	15,32	13,54
Anesthesiologie	1.508	209	13,86	14,85	15,28
Neuropsychiatrie	1.381	223	16,15	17,01	16,02
Chirurgie	1.387	227	16,37	17,18	16,18
Reumatologie	229	42	18,34	18,47	17,81
Neurochirurgie	129	26	20,16	22,22	25,22
Fysische gen./Fysiotherapie	417	86	20,62	18,09	18,64
Orthopedie	828	193	23,31	24,25	22,61
Urologie	328	78	23,78	25,08	25,57
NKO	554	145	26,17	28,94	27,90
Cardiologie	756	269	35,58	11,50	9,90
Stomatologie	294	107	36,39	33,78	32,20
Gynecologie-obstetrie	1.227	518	42,22	44,93	40,37
Oftalmologie	948	488	51,48	55,10	54,27
Dermato-venereologie	614	365	59,45	65,40	63,09
Plastische chirurgie	171	110	64,33	62,50	58,86
Totaal specialisten	18.060	3.754	20,79	20,70	19,66
Algemeen totaal	39.265	5.897	15,02	16,08	15,30

Bron : RIZIV

**DOSSIER EUTHANASIE : END-OF-LIFE DECISIONS**

**End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey. Deliens L et al, Lancet 2000; 356: 1806-1811.**

**Kritische bespreking door Dr D. VAN RENTERGHEM, Ondervoorzitter VBS (23.1.2001).**

*Deze studie onderzoekt een domein waar enerzijds maatschappelijke/politieke en mediatieke controversen en anderzijds een schaarste aan gegevens bestaat, en er werd een belangrijke inspanning geleverd door de onderzoekers en de medewerkingverlenende artsen en instanties om tot resultaat te komen; het is evident dat de resulterende overvloed aan gegevens dan ook niet voor publicatie verborgen mochten blijven. Toch vertoont de studie ondermeer door gebrekkige respons in bepaalde groepen en door problemen met methodologie en interpretatie meerdere zwakheden, die in de publicatie zelf te weinig besproken worden. Zeker vanuit het licht van de media-aandacht die de studie kreeg en die voorbijgaat aan die zwakheden loont het de moeite de studie kritisch te becommentarieren.*

**Opzet van de studie.**

Uit overlijdensattesten het eerste kwartaal van 1998 werd een staal genomen, en de 'arts-invuller' werd daarover schriftelijk ondervraagd. Op grond van de antwoorden worden overlijdens ingedeeld in 4 grote

categorieën: 1.(*Euth*) 'vrijwillige be-eindiging op vraag van de patient (euthanasie), 2.(*NOR, no request*) be-eindiging zonder expliciete vraag van de patient maar waarbij de arts toch kennis kon hebben/had van de inzichten van patient of zijn familie, 3. (*APS, Alleviation of pain...*) toedienen van 'potentieel letale doses' medicatie al of niet met de bedoeling het sterven te bespoedigen, 4.(*NTD, Non Treatment*) de beslissing af te zien van levensverlengende maatregelen. Verder worden gegevens verzameld betreffende leeftijd, geslacht, scholing, gehuwd zijn, wilsbekwaamheid van de overledene, over contacten van de arts met familie, andere artsen, verpleegkundigen, en over vorming en religie van de arts.

#### **Majeure methodologische problemen.**

1. Een eerste majeure **methodologisch** probleem is dat hogergenoemde categorieën toch heterogeen zijn, mogelijks met uitzondering van de eerste, en dus eigenlijk ten behoeve van conclusie verder zouden moeten worden opgesplitst.

2. Een tweede majeure **methodologisch** probleem is dat het onderzoek en de berichtgeving eromtrent uitgaat van het sterven als zijnde één enkel en absoluut moment; men verliest blijkbaar uit het oog verliest dat in de realiteit men eerder te maken heeft met een stervensfase. Tabel 4 van het artikel toont met welke tijdsduur de arts schat het leven van de patient verkort te hebben: volgens die schatting blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen het leven met minder dan 1 dag werd verkort...: deze patienten waren dus al stervende... Hanteert men voor euthanasie en be-eindiging zonder verzoek een *stricte definitie* van bekorting met *meer dan een maand* dan zijn op het tijdsverloop twee patienten gedetecteerd (*eenmaal betref het euthanasie (op uitdrukkelijk verzoek), eenmaal 'zonder expliciet verzoek', doch waarbij het onduidelijk is in welke toestand patient zich bevond*) die daaraan voldoen, of extrapolierend naar een jaar 60 patienten of 0,1 percent van alle overlijdens. Neemt men levensbekorting met *meer dan 1 week* dan zijn er 5 gevallen van euthanasie of 0,26% en 8 gevallen van be-eindiging zonder verzoek of 0,42%, samen 0,67% van alle overlijdens. Deze cijfers kunnen met 1,3 worden vermenigvuldigd zo men niet alle overlijdens doch de niet-plotse overlijdens als noemer neemt. Een duidelijker definitie reduceert dus aanzienlijk het veel gekwoteerde cijfer van 4,4% 'doding door de arts'. Voor euthanasie wordt 84% wilsbekwaam geacht, voor 'be-eindiging zonder verzoek' slechts 12%.

Hanteert men voor niet-intentionele levensbekorting door hoge doses opioïden (APS) een definitie van bekorting met meer dan 1 week dan betreft het 37 patienten of 1.9%, met meer dan één maand 6 patienten of 0.3%. Van deze groep wordt slechts 30% wilsbekwaam geacht.

Hanteert men voor niet-behandelen ((NTD) een definitie van bekorting met meer dan 1 week dan betreft het 48 patienten of 2.5%, met meer dan een maand 12 patienten of 0.6%. Van deze groep wordt slechts 16% wilsbekwaam geacht.

De cijfers betreffende wilsbekwaamheid stellen dat globaal 25% wilsbekwaam is, doch er is veel onzekerheid want in 22% der gevallen is het antwoord op die vraag onbekend.

3. Een **derde majeure methodologisch probleem** is de vraag of de respons wel representatief was. De respons bij huisartsen bedroeg 65%, doch bij specialisten slechts 40%; resp attesteerden zij echter ongeveer 41 en 59% van de overlijdens in Vlaanderen. Deze respons was lager dan in de pilootstudie (huisartsen 75% en specialisten 44%). De methodologie vermeldt dat 'bias' werd weggewerkt, als correctie op oneven spreiding van overlijdens in tijd, geografie, doodsoorzaak overlijdensplaats en aangever (de enquête behelsde de eerste 4 maand van het jaar); die correctie wijkt weinig af van een lineaire extrapolatie (sample 20% gedurende 4 maand). Voor het hoofdprobleem, niet-representativiteit en daaruit resulterende bias voor aangiften door de geneesheer-specialisten, kan evident niet gecorrigeerd worden: het staal is gewoon niet representatief. Zulks had in de discussie duidelijker moeten behandeld worden.

#### **Mineure methodologische problemen:**

1. De overlijdensattesten waarvan vertrokken werd zijn anoniem; zulks leidt onvermijdelijk tot 'geheugen-problemen', tenzij de attesten terug van een naam werden voorzien. Hoewel er sprake is van ingrepen ter vrijwaring van anonimiteit is het onduidelijk en dus onwaarschijnlijk dat zulks gebeurde.
2. De juiste vraagstelling zoals in de enquête gesteld is in het rapport niet opgenomen. Toch is zij heel belangrijk om tot exacte klassificatie te komen.
3. Verwezen wordt naar *potentieel letale doses opioïden*; hoe doses beoordeeld worden is onduidelijk; opioïden zijn potentieel dodelijk in lage doses bij personen die ze voorheen niet innamen, doch bij patienten die sinds lang opklimmende doses nemen of bij wie pijn de sedatie antagoneert is een 'potentieel letale dosis' niet definieerbaar, tenzij bvb als 'vermeervoudiging' van de bestaande dosis.
4. Dat gelijkaardige studies voorheen in Nederland Australië werden uitgevoerd kan wel een ondersteuning doch geen echte validatie betekenen. Repetitief onderzoek kan zonder twijfel repetitieve bias vertonen. Daarenboven stelde zich het probleem van de anonimiteit van de Belgische overlijdensaangiften. Ter ondersteuning wordt verder gesteld dat Nederland en België naast een zelfde taal ook een zelfde cultuur en geschiedenis hebben, een stelling die menigeen zal betwisten, en waarbij ondermeer moet verwezen worden naar de Protestantse respectievelijk Katholieke invloed.

5. De 'eenheid' voor de studie is de overlijdensaangifte; respons en nonrespons worden echter per arts gerapporteerd; het is nog de vraag of alle responders voor alle aangiften antwoord gaven, dan wel slechts voor sommige; ook dat zou bias induceren.
6. De respons-rate was bij artsen die op meerdere overlijdensattesten dienden te reageren (44%) was lager dan wanneer slechts op één attest diende te worden gereageerd (56%). 'Overlijdens-ervarene' artsen zijn op die manier onder-gerepresenteerd.
7. De samenvatting van het artikel toont niet de reële waarneming, maar de geprojecteerde gegevens, hetgeen tot over-waardering kan leiden.
8. Omtrent wilsbekwaamheid is het percentage onbekend te hoog, 22%.

#### **Interpretatieproblemen: onder- of overrapportering?**

Verwezen wordt naar Bernard en medeauteurs, die stelden dat 'ongewenst sociaal gedrag ondergerapporteerd' wordt; volgens Deliens en medeauteurs zou de reële incidentie van 'End of life decisions' dus wellicht hoger zijn dan met het onderzoek opgespoord. Zulks zou dan enigszins compenseren voor het geval andere metodologische problemen tot 'onderschatting' leiden. Toch is het de vraag of begin 1998 niet eerder het midden van end of life decisions en therapeutische hardnekkigheid dan 'mededogende' beslissingen 'sociaal onwenselijk' waren, en in dat geval is er eerder over-reporting. De neiging van artsen om het effect van hun ingrijpen te overschatten is een andere reden om over-rapporteren te vermoeden.

#### **Interpretatieproblemen: ontbrekende conclusies betreffende wilsbekwaamheid, overleg, bij niet-terminaal lijden, en evolutie NOR in Nederland.**

Slechts 25% van de patiënten wordt wilsbekwaam geacht op het ogenblik van de beslissing. Bij 22% sprak de arts zich niet uit over de wilsbekwaamheid. Slechts bij 18% was er geen enkel overleg met familie of andere zorgverleners. De redenen daarvoor blijven onduidelijk: wilsbekwaamheid van de overledene, afwezigheid van familie, snel voortschrijdend stervensproces...? Wanneer sommigen het onderzoek citeren om de arts 'eigengereidheid' te verwijten dan relativeren die cijfers die stelling.

In géén enkel geval was er sprake van 'niet terminaal ondraaglijk lijden'.

Het artikel toont *hoe de cijfers in Nederland evolueerden* tussen 1990 en 1995; hoewel het aantal euthanasiegevallen toenam van 1,7 naar 2,4% bleef het aantal 'dodingen zonder verzoek' in die periode stabiel, 0,78 en 0,7%. Regeling rond euthanasie reduceert blijkbaar de doding zonder verzoek niet.

#### **Gemiste kansen:**

Problematisch in het licht van het toekennen van beslissingsrecht aan familieleden, verwanten, omstaanders is dat geen melding wordt gemaakt van hoe vaak door verschillende omstaanders een verschillend advies werd gegeven, een probleem dat zich in de praktijk juist vaak stelt.

Mogelijkerwijs volgen uit deze studie nog andere publicaties, die antwoord op bovenstaande opmerkingen kunnen bevatten. Zulks zou alleszins de discussie levendig houden, mogelijks mee een belangrijk opzet voor de auteurs.

#### **Conclusie:**

De discussie over vrijwillige levensbeëindiging op verzoek of euthanasie kan relevant en nuttig zijn, doch slechts voor een kleine fractie van de overlijdens. Terwijl de term 'levensbe-eindiging zonder verzoek (NOR)' suggereert dat verzoek mogelijk ware geweest toont het artikel dat wils-onbekwaamheid juist zeer frequent is. Ook na het tot stand komen van een wettelijke regeling rond euthanasie zal er weinig of niets veranderen aan de stervensconditie van het overgrote deel van de bevolking. Deze discussie is daarom mediatiek en politiek wellicht overgewaardeerd.

## PRIJS DE BEYS

### PERSBERICHT

#### **PRIJS DE BEYS: EEN EERSTE BELGISCHE PRIJS VOOR DE BEVORDERING VAN MEDISCHE RESEARCH MET EEN SOCIALE DIMENSIE, MEER BEPAALD IN NOOD- EN CRISISSITUATIES.**

*Brussel, 23 februari 2001*- Het Fonds Maria-Elisa & Guillaume DE BEYS dat beheerd wordt door de Koning Boudewijnstichting, zal een driejaarlijkse prijs toekennen aan medische research die zich op de scheidingslijn tussen het medische en het sociale afspeelt. Het is de eerste prijs van zulke omvang die in België aan dit thema wordt gewijd. Het Fonds werd bij het overlijden van de heer George De Beys, zoon van de heer en mevrouw Guillaume DE BEYS, opgericht ter nagedachtenis van zijn ouders.

Nu lanceert het Fonds zijn eerste oproep. Het richt zich tot onderzoekers die verbonden zijn aan een Belgische instelling en die zich toeleggen op medische research met een sociale dimensie, meer bepaald betreffende nood- en crisissituaties.

Dit thema dekt een brede waaier activiteiten, zoals psychiatrische nooddiensten, aanpak van familiale crisissituaties, palliatieve zorgen, eerstelijns geneeskunde, gezondheidszorg voor immigranten, ambulante of mobiele verzorging van seksueel overdraagbare aandoeningen, verslaving en monitoring van nieuwe drugs, veilig voedsel, pilootprojecten om een betere verdeling van de medische verzorging te bevorderen, opvolgen van ziekten die steeds vaker opduiken, aanpak van problemen die zich kunnen voordoen tijdens en na een zwangerschap,...

De Prijs heeft een waarde van 6.000.000 BEF en behoort tot de belangrijkste medische prijzen die in ons land worden uitgereikt. De Prijs wordt voor het eerst toegekend in 2002. Het Bestuurscomité zal de laureaat aanduiden na advies van een onafhankelijke Jury bestaande uit Belgische en buitenlandse wetenschappelijke experts. De Prijs erkent de verdiensten van de laureaat en zijn werkzaamheden, maar wil ook de voortzetting van het gestarte onderzoek mogelijk maken.

Voor bijkomende inlichtingen en het organieke reglement kunt u terecht op het volgende adres:

**Secretariaat van het Fonds Maria-Elisa & Guillaume DE BEYS**  
**bij de Koning Boudewijnstichting, Brederodestraat 21 - 1000 Brussel**  
**telefoon 02-549 02 58 of fax 02-549 02 89, e-mail: [fondsdebeys@kbs-frb.be](mailto:fondsdebeys@kbs-frb.be)**  
**Het reglement vindt u eveneens op de internet-site**  
**van de Koning Boudewijnstichting: [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)**

Kandidaturen voor de Prijs moeten uiterlijk op **31 januari 2002** op het secretariaat van het Fonds De Beys op het bovenstaand adres toekomen.

## PRIJZEN – REGLEMENTEN

### Oswald VANDER VEKEN Prijs TUMOREN VAN HET LOCOMOTORISCH STELSEL - 2002

#### REGLEMENT

- Art. 1. - Het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (N.F.W.O.) kent een driejaarlijkse prijs toe voor een **originale en/of diepgaande bijdrage tot de kennis van de tumoren van het locomotorisch stelsel, hun etiologie, preventie, diagnose en/of behandeling.**
- Art. 2. - Deze Prijs draagt de titel :  
Oswald VANDER VEKEN Prijs - TUMOREN VAN HET LOCOMOTORISCH STELSEL en bedraagt 1.000.000 BEF (25.000 EUR).
- Art. 3. - Deze prijs wordt verleend aan onderzoekers die wonen en werken in een lidstaat van de Europese Unie.
- Art. 4. - De in het Engels gestelde kandidaturen dienen voor de eerstvolgende periode, op de daartoe bestemde formulieren, **vóór 1 oktober 2001** op het secretariaat-generaal van het N.F.W.O., Egmontstraat 5, 1000 Brussel (België) ingediend te worden. De kandidaturen dienen vergezeld te zijn van onderstaande documenten :
- 1) een curriculum vitae van de kandidaat of van elk der kandidaten.
  - 2) een omschrijving door de kandidaat of kandidaten, van de voorgestelde bijdrage tot de kennis van de tumoren van het locomotorisch stelsel, hun etiologie, preventie, diagnose en/of behandeling.  
Deze omschrijving kan zijn : een afstudeerwerk, een verhandeling of een nota waarin het doorgevoerd, lopend of voorgesteld onderzoek door de kandidaat of kandidaten uiteengezet wordt.
  - 3) een publicatielijst over de laatste vijf jaar.
  - 4) twee foto's (formaat 13/18) van de kandidaat of kandidaten.
- Art. 5. - De prijs bekroont :
- a) een reeds gerealiseerd werk in het gebied van de kennis van tumoren van het locomotorisch stelsel, hun etiologie, preventie, diagnose en/of behandeling,  
of

- b) een onderzoeksproject, dat volgens de Jury, veelbelovende vooruitzichten in dit domein biedt. Enkel in dit laatste geval kan de begunstigde kandidaat of onderzoeksploeg, bij een volgende sessie, opnieuw zijn kandidatuur stellen.  
De Jury zal zich dan op basis van de gerealiseerde vooruitgang, over dit onderzoeksproject uitspreken.

Art. 6. - De prijs kan niet gesplitst worden. Hij kan wel toegekend worden aan een onderzoeksploeg bestaande uit maximum drie onderzoekers.

Art. 7. - De Jury kan beslissen de Prijs niet toe te kennen indien de ingediende kandidaturen niet van het vereiste wetenschappelijk niveau zijn. In dit geval, wordt het bedrag van de Prijs aan het kapitaal toegevoegd.

Art. 8. - Het N.F.W.O. duidt de Juryleden aan. Ze worden gekozen onder de bevoegde experts in het gebied van de kennis, de diagnose en/of de behandeling van tumoren van het locomotorisch stelsel.

Art. 9. - De Juryleden kunnen geen kandidaat zijn voor de Prijs. Ze kunnen evenwel postuleren bij een volgende sessie of tijdens een vorige sessie de Prijs ontvangen hebben.

Art. 10 - Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen alsook deze omtrent de toekenning van de Prijs zelf, worden zonder mogelijkheid van verhaal, door het N.F.W.O. beslecht.

---

<b>PRIJS INTERBREW-BAILLET LATOUR TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID - 2002</b>
--

### REGLEMENT

#### 1. DEFINITIE VAN DE PRIJS INTERBREW-BAILLET LATOUR TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID - 2002

Art. 1. - Het Beheerscomité, aangesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting, heeft beslist dat de PRIJS INTERBREW-BAILLET LATOUR TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID - 2002: "**de influenza**" als thema zal hebben.

De Prijs bedraagt **zes miljoen Belgische frank, (6.000.000 BEF), (150.000 EUR).**

#### 2. KANDIDATUREN

Art. 2. - De Prijs wordt toegekend aan een persoon waarvan de werkzaamheden gericht zijn op het wetenschappelijk onderzoek en/of op de praktische toepassingen ervan. Hij is bestemd om de wetenschappelijke verdiensten van de laureaat te belonen en om de voortzetting van zijn werkzaamheden te bevorderen.

Uitzonderlijk zal de Prijs mogen toegekend worden aan twee personen die samen hun werk verwezenlijkt hebben.

Art. 3. - De kandidaten mogen de Belgische nationaliteit of een vreemde nationaliteit bezitten. Zij mogen niet reeds eerder een evenwaardige Prijs ontvangen hebben als beloning voor het werk waarvoor zij naar de INTERBREW-BAILLET LATOUR PRIJS TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID dingen.

De kandidaturen moeten voorgedragen worden door een persoon, die de bevoegdheden bezit om de waarde van de bijdragen van de kandidaten te beoordelen en die deze voordracht met redenen omkleedt in een ondertekend memorandum, of uitzonderlijk, twee kandidaten, die samen hun werk verwezenlijkt hebben, zoals bepaald in Art. 2. Het in het Engels opgesteld memorandum zal bovendien moeten aantonen dat het werk van de kandidaat of van de kandidaten beantwoordt aan het voor het toekennen van de prijs vooropgesteld onderwerp zoals bepaald in Art. 1.

Het dossier dient twee recente foto's van de kandidaat, of van de kandidaten, te bevatten.

De kandidaturen voor de Prijs 2002 moeten **vóór 14 september 2001**, onder vertrouwelijke omslag, ingezonden worden op het secretariaat van het **NATIONAAL FONDS VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK**, Egmontstraat 5, te 1000 Brussel (België).

### 3. JURY, STEMMING, SELECTIE VAN EEN LAUREAAT

Art. 4. - Het Beheerscomité kan een beroep doen op een Jury om de verdiensten van de kandidaten te beoordelen.

De samenstelling van de Jury wordt geregeld door het Beheerscomité. Het aantal leden mag niet minder dan vijf zijn. De meerderheid zal een vreemde nationaliteit bezitten. Het oudste buitenlands lid van de Jury is van rechtswege Voorzitter.

Om geldig te beraadslagen moeten tenminste vijf leden aanwezig zijn en een geldige stem uitgebracht hebben. Enkel de aanwezige leden mogen aan de stemming deelnemen. De leden van de Jury stemmen bij middel van geheime stembrieven; onthoudingen en blanco-stemmen zijn ongeldig.

De kandidaat die tijdens één van de eerste drie stemronden, de absolute meerderheid behaalt, d.w.z. méér dan de helft der stemmen van de juryleden die geldig aan de stemming deelnemen, wordt als de voorgestelde laureaat beschouwd. Indien geen enkele kandidaat deze meerderheid behaalt bij de derde ronde, gaat men over tot een vierde en laatste stemronde en in dat geval is de relatieve meerderheid voldoende om de voorgestelde laureaat aan te duiden.

In geval van ex aequo, wordt de jongste kandidaat als laureaat voorgesteld.

De Jury zal onmiddellijk aan het Beheerscomité zijn voorstel tot toekenning van de Prijs kenbaar maken; een bondig verslag over zijn werkzaamheden en besluiten zal het voorstel staven.

### 4. AANDUIDING VAN DE LAUREAAT DOOR HET BEHEERSCOMITE

Art. 5. - Het Beheerscomité beslist over het toekennen van de Prijs, na kennisname van het voorstel van de Jury, indien er een is. Het Beheerscomité kan beslissen de Prijs niet toe te kennen.

Voor een geldige stemming, moet de meerderheid van de leden van het Beheerscomité aanwezig zijn en aan de stemming deelnemen. Onthoudingen en blanco-stemmen zijn ongeldig.

De stemming is geheim.

De aanduiding van de laureaat wordt onmiddellijk aan de Raad van Bestuur medegedeeld.

### 5. UITREIKING VAN DE PRIJS - COLLOQUIUM

Art. 6. - De laureaat verbindt er zich toe om, tijdens een vergadering die georganiseerd wordt de dag van de uitreiking van de Prijs, een voordracht van zijn wetenschappelijk werk te houden.

### 6. ADMINISTRATIE, SECRETARIAAT

Art. 7. - Het secretariaat van de Prijs wordt verzekerd door het NATIONAAL FONDS VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK, in samenwerking met de Stichting INTERBREW-BAILLET LATOUR.

Het secretariaat werkt onder de hoge leiding van het Beheerscomité en is o.m. belast met de publiciteit, in België en in het buitenland. Het bepaalt ook de modaliteiten inzake indientermijn en onderzoek van de kandidaturen rond de toekenning van de Prijs.

Art. 8. - De voordracht van de kandidaten, de verslagen en de voorstellen met betrekking tot het toekennen van de INTERBREW-BAILLET LATOUR Prijs, mogen niet kenbaar gemaakt, noch gepubliceerd worden.

Art. 9. - Voor al wat met de toekenning van de INTERBREW-BAILLET LATOUR PRIJS verband houdt is alleen het Beheerscomité bevoegd en er kan tegen zijn beslissingen geen beroep worden ingesteld.

De Raad van Bestuur van de Stichting INTERBREW-BAILLET LATOUR behoudt zich het recht voor om de bepalingen van onderhavig reglement en de samenstelling van het Beheerscomité geheel of gedeeltelijk te wijzigen.

---

<b>UITREIKING VAN DE WETENSCHAPPELIJKE PRIJZEN PHARMACIA</b> <b>10.1.2001</b>
--

Voor het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek wordt de Prijs toegekend aan :

**Claude LIBERT**, Doctor in de Wetenschappen (Dierkunde), Onderzoeksleider VIB, Gasthoogleraar aan de Universiteit Gent,

voor zijn werk : "**Grondige studie van de pathofysiologie van Tumor Necrosis Factor leidend naar nieuwe therapeutica voor inflammatie, cardiovasculaire shock, kanker en infectieziektes**" "**Profound study of the pathophysiology of Tumor Necrosis Factor leading to new therapeutic drugs for inflammation, cardiovascular shock, cancer and infections diseases**".

Voor het "Fonds National de la Recherche Scientifique" wordt de Prijs toegekend aan :  
**Marie-Paule MERVILLE-GIELEN**, "Docteur en Sciences", "Chercheur qualifié du F.N.R.S." aan de "Université de Liège",  
**Vincent BOURS**, "Docteur en Médecine", "Agrégé de l'Enseignement supérieur", "Maître de recherches du F.N.R.S." aan de "Université de Liège"  
 voor hun werk : "**Modulation de l'apoptose dans le cancer du côlon**" "**Modulation of apoptosis in colon cancer**".

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

*Symposium van de Wetenschappelijke vereniging transfusie Vlaanderen (WVTV)*  
*Transfusie in rampsituaties*  
 14 juni 2001 om 19 h 30 – Leuven

◆ Transfusie in de militaire geneeskunde – Dr C. Vandevelde ◆ Transfusie in rampscenario's – Dr L. Beaucourt ◆ Transfusie en de behandeling van brandwonden – Dr R. Peeters

**Plaats** : Faculty Club Leuven, zaal "Lemaire"

**Accreditering is aangevraagd.** Broodjes en een drankje zijn voorzien.

## AANKONDIGINGEN

01036 **TE HUUR** : **PRAKTIJK**ruimte te delen met andere **CARDIOLOOG**, zéér goed gelegen Antwerpen, nabij Singel einde autostrade vanuit Brussel. Karel Oomsstr. 44, receptioniste inbegrepen. Vanaf 1 sept. 2001. Tel. : 03/666.66.66. na 6 h pm.

01039 **FRANCE** : L'Institut d'éducation motrice et le Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile de l'A.N.A.J.I situé à Armentières recherche : médecin spécialiste en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** 10 h par semaine. Contact par courrier adressé à Monsieur le Directeur, IEM , 51 bis rue Paul Bert, 59280 Armentières, France; par téléphone au 00.33.3.20.10.90.45; par e-mail : frederic.deffrennes@free.fr

## Inhoudstafel

• Een fusie van fusies .....	1
– Koninklijk besluit van 7 november 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen (B.S. d.d. 8.2.2001) .....	3
– Koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen. Officieuze coördinatie .....	7
• Gespecialiseerde spoedgevallenzorg – Bijgewerkte officieuze coördinatie .....	10
• "Mobiele urgentiegroep" (MUG) – Officieuze coördinatie .....	16
• Intensieve zorg – Gecoördineerde tekst .....	21
• Voorontwerp houdende wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg .....	24
• Weigeringen tot toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen d.d. 18.12.2000 en vergelijking met akkoorden 1998 en 1997 .....	26
• Dossier euthanasie : end-of-life decisions .....	26
• Prijs DE BEYS .....	28
• Prijzen – Reglementen .....	29
• Uitreiking van de wetenschappelijke prijzen PHARMACIA 10.1.2001 .....	31
• Wetenschappelijke vergadering .....	32
• Aankondigingen .....	32