

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1983-1984**

6 MARS 1984

Projet de loi complétant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et portant des dispositions organiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers

EXPOSE DES MOTIFS**I. Introduction : caractéristiques essentielles du projet**

1.1. La problématique du rapport entre (la gestion de) l'hôpital et le médecin hospitalier se pose depuis des années; un consensus sur une solution globale n'a pas encore été atteint jusqu'à présent; à défaut d'un cadre de référence communément admis, il fallait bien trouver un *modus vivendi* pour chaque hôpital; c'est ce qui a généré une variété de situations qui scellent les rapports entre les parties intéressées.

1.2. A présent, on admet généralement qu'une loi est nécessaire pour régler globalement et fondamentalement les problèmes. Régler l'intégration nécessaire de l'activité médicale dans l'ensemble des activités hospitalières ainsi que l'association du médecin à la prise de décision à l'hôpital ne sont dès lors possible qu'en complétant la loi de base sur les hôpitaux. Le projet a pour but de fixer les dispositions de base indispensables à une solution concrète et équilibrée des divers problèmes.

1.3. Il est utile de tracer un aperçu historique avant d'exposer la portée générale du projet; il permettra de se faire une idée claire des solutions proposées par le projet.

BELGISCHE SENAAAT**ZITTING 1983-1984**

6 MAART 1984

Ontwerp van wet houdende organieke bepalingen in aanvulling op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheren

MEMORIE VAN TOELICHTING**I. Inleiding : essentiële kenmerken van het ontwerp**

1.1. De problematiek van de verhouding tussen het ziekenhuis (beheer) en de ziekenhuisarts is sinds jaren gesteld; een consensus over een globale oplossing is tot nog toe niet tot stand gekomen; bij gebreke van een algemeen aanvaard referentiekader werd op het vlak van de afzonderlijke ziekenhuizen een *modus vivendi* betracht; zo is een variëteit van toestanden ontstaan die de verhoudingen tussen de betrokken partijen vastleggen.

1.2. Thans wordt algemeen aangenomen dat een wet noodzakelijk is om de gestelde problemen globaal en fundamenteel te regelen. Daarom is een regeling met betrekking tot de noodzakelijke integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit en met betrekking tot de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis slechts mogelijk door een aanvulling van de basiswetgeving op de ziekenhuizen. Het is de bedoeling van het ontwerp om bij wet de basisbepalingen vast te leggen die onontbeerlijk zijn om een concrete en evenwichtige oplossing van de diverse problemen mogelijk te maken.

1.3. Alvorens de algemene draagwijdte van het ontwerp uiteen te zetten kan het nuttig zijn een beknopt historisch overzicht te geven; die schets zal allicht toelaten een correcter inzicht te krijgen in de door het ontwerp voorgestelde oplossingen.

II. La problématique d'un point de vue historique

2.1. Plusieurs tentatives ont été entreprises dans le passé pour élaborer dans un cadre général des solutions aux problèmes posés.

2.2. Initialement, les parties concernées ont pris des initiatives de solution globale; il faut signaler comme fait important l'accord qui a été conclu en 1961 entre la Fédération des médecins spécialistes belges et Caritas Catholica; signalons aussi la réglementation élaborée pour les hôpitaux de C.P.A.S. de la ville de Bruxelles, dans les années 60.

2.3. Les vives contestations à l'égard des lois réformant l'assurance maladie (1963 et années suivantes) visaient aussi un nombre de points de friction telle que la liberté diagnostique, de thérapeutique et de fixation des honoraires. Dans ce contexte, le Premier Ministre de l'époque, Th. Lefèvre, évoquait déjà la nécessité de trouver une solution au statut du médecin hospitalier.

Des dispositions de principe relatives aux points de friction précités ont été fixées dans la loi, d'abord de façon indirecte dans la loi sur l'A.M.I., puis ultérieurement de façon plus directe dans les arrêtés de pouvoirs spéciaux de 1967, en particulier l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 sur l'exercice de l'art de guérir et l'arrêté royal n° 79 sur l'Ordre des Médecins.

Signalons entre autres, dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 sur l'exercice de l'art de guérir :

— les articles 11 et 12 :

la liberté de choix en matière de diagnostic et de traitement ne peut être sujette à des limitations réglementaires;

les clauses de conventions qui portent atteinte à cette liberté de choix sont réputées non écrites.

— l'article 15 :

liberté de fixation du montant des honoraires « sans préjudice de l'application des taux éventuellement fixés par ou en vertu de la loi ou prévus par des statuts ou par des conventions auxquelles les praticiens ont adhéré ».

— article 17 :

obligation de fixer, dans un statut ou une convention, les conditions de l'utilisation du personnel, des locaux et du matériel qui sont mis à la disposition du praticien par un tiers.

— article 18 :

§ 1^{er}. Interdiction de partager les honoraires, sauf « si ce partage est effectué dans le cadre de l'organisation des soins en groupe de praticiens ».

§ 2. Interdiction de toute convention quelconque conclue entre les praticiens et les tiers « lorsque cette convention est

II. Probleemstelling in historisch perspectief

2.1. In het verleden werden herhaaldelijk pogingen aangewend om een algemeen kader voor de gestelde problematiek uit te werken.

2.2. Initiatieven hierto gingen oorspronkelijk uit van de betrokken partijen; zo is als belangrijk te vermelden het akkoord dat in 1961 werd afgesloten tussen het Verbond van Belgische Specialisten en Caritas Catholica; ook de regeling die in de jaren 60 op het vlak van de O.C.M.W.-ziekenhuizen van de stad Brussel werd uitgewerkt is te vermelden.

2.3. De heftige betwistingen rond de wetten ter hervorming van de ziekteverzekering (1963 en volgende jaren) hadden met name ook betrekking op een aantal principiële knelpunten, zoals vrijheid van diagnose, vrijheid van therapie, vrijheid bij het vaststellen van de honoraria; in dit kader werd door de toenmalige Premier Lefèvre reeds melding gemaakt van de noodzaak om een oplossing te vinden voor het statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

Met betrekking tot de hierboven vermelde knelpunten werden principiële bepalingen in de wet vastgelegd, eerst zijdelings in de Z.I.V.-wet zelf en later meer rechtstreeks in de volmachtbesluiten van 1967, meer bepaald in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 op de uitoefening van de geneeskunst en in het koninklijk besluit nr. 79 op de Orde van Geneesheren.

Zo zijn o.a. te vermelden in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 op de uitoefening van de geneeskunde :

— artikel 11-12 :

vrijheid van keuze inzake diagnose en behandeling mag niet aan reglementaire beperkingen onderworpen worden;

bepalingen in overeenkomsten die deze keuzevrijheid schenden worden als niet geschreven beschouwd.

— artikel 15 :

vrijheid bij het bepalen van het bedrag van de honoraria « onverminderd de toepassing van de bedragen welke eventueel zijn vastgelegd door of krachtens de wet of voorzien bij statuten of overeenkomsten waartoe de beoefenaars zijn toegetreden ».

— artikel 17 :

verplichting tot vastleggen in een statuut of overeenkomst van de voorwaarden van gebruik van personeel, lokalen en materieel dat aan de beoefenaar door een derde wordt ter beschikking gesteld.

— artikel 18 :

§ 1. Verbod van verdeling van honoraria, behalve « in het raam van de organisatie van groepsgeneeskunde ».

§ 2. Verbod van elke overeenkomst van welke aard ook gesloten tussen beoefenaars en derden, « wanneer deze over-

en rapport avec leur profession et tend à procurer à l'un ou à l'autre quelque gain ou profit direct ou indirect ».

Il est clair que ces points de principe applicables à tous les médecins, présentent un caractère spécifique pour les médecins travaillant dans un établissement et notamment dans un hôpital. C'est la raison pour laquelle on a voulu trouver des solutions propres pour l'ensemble des problèmes qui se posaient dans le rapport médecins-hôpital.

Les articles 15 et 17 de l'arrêté royal n° 78 prévoient donc la possibilité d'une application spécifique aux médecins hospitaliers, à savoir l'application de critères généraux qui auraient éventuellement été fixés en la matière par la Commission paritaire médecins-hôpitaux, prévue par l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967.

2.4. L'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967 instituant une Commission paritaire nationale Médecins-Hôpitaux a manifestement été mis en relation par ses rédacteurs avec les lois (avec une concrétisation efficace de celles-ci) sur l'exercice de l'art de guérir. Le préambule du rapport au Roi est rédigé en ces termes : « La réforme relative à l'exercice de l'art de guérir ne pourrait avoir d'effet durable si elle ne disposait pas de l'infrastructure institutionnelle exposée dans le présent arrêté. Son application pratique serait sérieusement compromise, si la situation concrète dans laquelle travaillent bon nombre de praticiens de l'art de guérir n'était pas clairement définie; nous songeons ici surtout aux médecins exerçant dans les hôpitaux ou les centres de santé. »

La façon dont à l'époque on a formulé la complexité des problèmes reste pertinente : « Les rapports des médecins avec l'établissement où ils pratiquent sont souvent difficiles à définir du point de vue juridique; ils diffèrent, en outre, fréquemment d'une institution à l'autre et sont généralement imprécis. On se trouve au reste devant un problème délicat, étant donné qu'il s'agit d'une profession traditionnellement libérale disposant d'une déontologie propre, comportant une responsabilité individuelle incessible, mais rendant ses éminents services dans un ensemble organisé, qui doit pouvoir imposer ses propres exigences nécessaires à l'efficacité et à l'équilibre des efforts communs. »

Une réglementation correcte de cette question a été considérée comme essentielle. Pourtant, il est surprenant de constater que du côté des pouvoirs publics on ne souhaitait pas élaborer une réglementation de fond. Cette approche du problème a été expressément rejetée : « Il n'est certainement pas indiqué que pareil règlement soit cliché, une fois pour toutes, par voie légale ou réglementaire. » A ce moment, les pouvoirs publics souhaitaient se limiter à créer un cadre légal formel dans lequel les parties concernées devaient chercher elles-mêmes des solutions.

On opta pour ce faire pour une transposition de la forme juridique qui s'était avérée efficace dans la réglementation des rapports entre employeurs et travailleurs, à savoir

eenkomst betrekking heeft op hun beroep en ertoe strekt aan een of ander rechtstreeks of onrechtstreeks winst of voordeel te verschaffen ».

Het is duidelijk dat deze principiële punten, die voor alle geneesheren gelden, een specifiek karakter vertonen voor die geneesheren die in instellingsverband, en met name in ziekenhuizen werkzaam zijn. Vandaar dat men voor het geheel van de problemen die zich stelden in de verhouding arts-ziekenhuis geëigende oplossingen wilde nastreven.

In de artikelen 15 en 17 van het koninklijk besluit nr. 78 wordt dan ook voorzien in de mogelijkheid van specifieke toepassing voor de geneesheren werkzaam in de ziekenhuizen, nl. in toepassing van algemene criteria die terzake eventueel zouden zijn vastgesteld door de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen voorzien bij het koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967.

2.4. Het koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967 tot instelling van een Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen werd door de opstellers ervan duidelijk in relatie gebracht met (een doeltreffende concretisering van) de wetten op de uitoefening van de geneeskunst. De aanhef van het verslag aan de Koning luidt als volgt : « De hervorming inzake de uitoefening van de geneeskunst zou haar blijvende uitwerking missen zonder de institutionele onderbouw welke in onderhavig besluit wordt ingericht : zij zou voor een groot deel haar praktische toepassing in gevaar zien gebracht, indien niet in de zeer concrete situatie waarin een belangrijk deel van de beoefenaars van de geneeskunst arbeiden, klaarheid wordt geschapen; wij bedoelen vooral de geneesheren die werkzaam zijn in ziekenhuisverband. »

De manier waarop toen de (complexiteit van de) probleemstelling werd geformuleerd is nog steeds pertinent : « De verhouding waarin zij (= geneesheren) staan tot de inrichting is juridisch vaak moeilijk definieerbaar, veelal ongelijk van instelling tot instelling en weinig doorzichtig. Het gaat hier inderdaad om een vrij delicate aangelegenheid : het gaat om een traditioneel vrij beroep met eigen uitgebouwde plichtenleer en onafstaanbare individuele beroepsverantwoordelijkheid, dat zijn hoge diensten presteert in een georganiseerd verband dat zijn eigen onvermijdelijke eisen van doelmatigheid en geordend groepsstreven moet kunnen opleggen. »

Een behoorlijke regeling van het vraagstuk werd als essentieel beschouwd. Toch is het opvallend dat men van overheidswege geen inhoudelijke regeling wenste uit te werken. Dit werd uitdrukkelijk als benaderingswijze afgewezen : « Het is voorzeker niet aangewezen van bovenuit, bij wet of reglement, zulke regeling eens en voorgoed uit te stipelen. » Op dat ogenblik wenste de overheid er zich toe te beperken een formeel wettelijk kader te creëren waarbinnen de betrokken partijen zelf naar oplossingen dienden te zoeken.

Hiervoor werd geopteerd voor een transpositie van de rechtsfiguur die bij de regeling van de verhoudingen tussen werkgevers en werknemers doeltreffend was gebleken, nl. de

la création d'une commission paritaire. La Commission paritaire nationale Médecins-Hôpitaux a été chargée d'étudier les problèmes des relations entre hôpitaux et médecins et « de délibérer sur toute mesure de nature à favoriser ces relations dans le sens d'une collaboration fructueuse ».

En particulier, la Commission avait pour mission :

- d'élaborer et de conclure des conventions collectives réglant les relations précitées;
- de donner des avis;
- de prévenir ou de concilier, par son intervention les différends pouvant naître sur le plan général ou local.

Le terrain d'action de la Commission s'étendait aux hôpitaux publics et privés.

2.5. Parallèlement à l'activité de cette Commission dont les membres ont été nommés en juin 1970, un examen technique préparatoire a été effectué au Ministère de la Santé publique par un groupe de travail tripartite auquel des fonctionnaires de l'I.N.A.M.I. étaient associés.

2.6. Malgré d'amples discussions, on n'est pas parvenu au sein de la Commission paritaire à conclure une convention globale; un projet de convention rédigé au nom du Président (appelé document Halter) a été rejeté comme base de discussion par la Fédération des Chambres syndicales des médecins. Le document comprenait trois volets :

- la création obligatoire dans chaque hôpital du conseil médical que le gestionnaire doit consulter sur toute matière importante (18 points);
- le statut juridique et social des médecins;
- le statut financier (mode de rétribution, perception centrale, réglementation des frais).

Fin 1972, il fallait constater que la tentative de parvenir à une solution par la concertation entre les parties directement intéressées (médecins-hôpitaux) n'avait donné aucun résultat définitif.

2.7. En 1973, M. De Saeger, Ministre de la Santé publique, s'engagea personnellement à tenter de débloquent le dossier.

2.7.1. Son approche différait sous trois aspects de la ligne politique suivie jusqu'alors par les pouvoirs publics :

- Constatant que les négociations paritaires étaient dans l'impasse, il espéra pouvoir réaliser une percée en élargissant le niveau bilatéral des discussions aux parties intéressées, étrangères à l'hôpital, c'est-à-dire les mutuelles et les généralistes. Il entendait y parvenir en imposant dans chaque hôpital la création d'un conseil dit général.

oprichting van een paritaire commissie. De Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen werd belast met de studie van de betrekkingen tussen ziekenhuizen en geneesheren en kreeg als opdracht « te beraadslagen over alle maatregelen die van aard zijn deze betrekkingen te bevorderen in de zin van een vruchtbare samenwerking ».

In het bijzonder werd de Paritaire Commissie belast met :

- het uitwerken en sluiten van collectieve overeenkomsten welke de bedoelde betrekkingen regelen;
- het uitbrengen van adviezen;
- het voorkomen of bijleggen van geschillen op algemeen of plaatselijk vlak door een bemiddelend optreden.

Het werkingsveld van de Commissie betrof zowel de openbare als de private ziekenhuizen.

2.5. Parallel met de activiteit van deze Commissie waarvan de leden in juni 1970 werden benoemd, werd op het Ministerie van Volksgezondheid voorbereidend technisch werk geleverd in een driedelige werkgroep, waarbij ambtenaren van het R.I.Z.I.V. betrokken waren.

2.6. Ondanks veelvuldige besprekingen is men er in de Paritaire Commissie niet in geslaagd een globale overeenkomst af te sluiten; een ontwerp-overeenkomst opgesteld namens de Voorzitter (het zogenaamde document-Halter) werd door het Verbond der Syndikale Artsenkamers als gespreksbasis afgewezen. Het document omvatte drie luiken :

- de verplichte oprichting van de medische raad in elk ziekenhuis die door de beheerder verplichtend moet geraadpleegd worden omtrent alle belangrijke aangelegenheden (18 punten);
- het juridisch en sociaal statuut van de geneesheer;
- het financieel statuut (wijze van vergoeding, centrale inning, kostenregeling).

Eind 1972 moest worden vastgesteld dat de poging om door overleg tussen de rechtstreeks betrokken partijen (geneesheren, ziekenhuizen) tot een oplossing te komen, geen definitief resultaat had opgeleverd.

2.7. Minister De Saeger, die begin 1973 Minister van Volksgezondheid werd, verbond er zich toe persoonlijk een poging te ondernemen om het vastgelopen dossier te deblokkeren.

2.7.1. Zijn benaderingswijze was in een driedubbel opzicht verschillend van wat tot nog toe van overheidswege werd gevolgd :

- Vaststellend dat de paritaire bespreking tot blokkering had geleid, hoopte hij een doorbraak te kunnen realiseren door het bilateraal gespreksforum te verruimen tot geïnteresseerden van buiten het ziekenhuis, nl. de ziekenfondsen en de huisartsen. Hij wilde dit realiseren door de verplichte oprichting in elk ziekenhuis van een zgn. algemene raad.

Pour le reste, il estima que le document Halter constituait une base valable de discussion sur les problèmes relatifs au conseil médical et au statut juridique et pécuniaire du médecin.

— Le Ministre a estimé préférable de concrétiser les idées de base d'une solution par voie législative plutôt que par des conventions paritaires.

— Il a estimé, par ailleurs, qu'il n'était pas raisonnable de déposer au Parlement un projet de loi à l'initiative du Ministre, si ce projet ne pouvait s'appuyer sur un large consensus des groupes concernés. A cette fin, le Ministre a voulu vérifier le bien-fondé de sa proposition; il a estimé que le Conseil des Hôpitaux était le meilleur forum pour y parvenir. Au début de 1974, le Ministre a exposé lui-même ses idées au Conseil des Hôpitaux.

2.7.2. On peut difficilement affirmer que la proposition de création d'un Conseil général a été accueillie avec enthousiasme par les différentes instances du Conseil des Hôpitaux; certes les réactions témoignèrent d'un accord sur l'idée de réglementer les problèmes posés par la voie législative, à la condition toutefois qu'il s'agisse d'une réglementation globale. Il apparut clairement surtout du côté des hôpitaux qu'il ne pouvait être question d'une réglementation de la participation des médecins par le biais du Conseil médical, sans une réglementation simultanée du statut juridique et pécuniaire.

2.8. Il est important de signaler également que, après la déclaration du Ministre De Saeger au Conseil des Hôpitaux — ce qui illustre le contexte modifié des discussions — des négociations eurent lieu entre des représentants des mutuelles et des organisations de médecins, dont l'aboutissement fut un document: «Projet de statut des médecins hospitaliers et schéma structurel de la participation à la gestion des hôpitaux — position commune adoptée par les représentants du corps médical et des mutuelles le 24 juillet 1974.»

Du côté de la Confédération des Etablissements hospitaliers, la réaction à ce document fut assez maussade, tant en raison de son contenu que parce que les hôpitaux n'avaient pas été consultés en la matière. La Confédération insista auprès du Ministre pour qu'il prenne lui-même une initiative.

2.9. En janvier 1976, le Ministre De Saeger a soumis à l'avis du Conseil des Hôpitaux un avant-projet de loi global portant certaines dispositions relatives à l'organisation interne des hôpitaux et au statut du médecin hospitalier. En effet, le Ministre estimait que le Conseil des Hôpitaux était le forum le plus approprié pour évaluer sa proposition à la lumière des positions adoptées par les principaux groupes concernés. Dès 1974, il avait déclaré devant le Conseil des Hôpitaux qu'il n'assumerait la responsabilité de soumettre à l'approbation du Gouvernement sa proposition sous forme d'un projet de loi que si un large consensus pouvait être trouvé parmi les divers groupes intéressés.

Voor het overige achtte hij het document-Halter een geldige gesprekswaard wat betreft de medische raad en het juridisch en financieel statuut van de geneesheer.

— De Minister was van oordeel dat de basisideeën ter oplossing best langs wetgevende weg zouden gerealiseerd worden, eerder dan langs de weg van paritaire overeenkomsten;

— Anderzijds was hij van mening dat het niet zinvol was in het Parlement een wetsontwerp op initiatief van de Minister in te dienen, indien dit niet kon steunen op een ruime consensus van de belangrijkste betrokken groepen. Om dit uit te testen wenste de Minister zijn ideeën te toetsen; hij achtte de Ziekenhuisraad hiertoe het meest geschikte forum. Begin 1974 ging de Minister persoonlijk zijn opvattingen uiteenzetten voor de Ziekenhuisraad.

2.7.2. Men kan moeilijk beweren dat het voorstel tot oprichting van een Algemene Raad in de verschillende gelegingen van de Ziekenhuisraad op groot enthousiasme werd onthaald; wel bleek uit de reacties instemming met de idee om de gestelde problematiek langs wetgevende weg te regelen, op voorwaarde evenwel dat het een globale regeling zou zijn. Vooral van de zijde van de ziekenhuizen werd duidelijk gemaakt dat van de regeling van de participatie van geneesheren via de Medische Raad geen sprake kon zijn zonder tegelijk het juridisch en geldelijk statuut te regelen.

2.8. Van belang is ook te vermelden dat, na de verklaring van Minister De Saeger in de Ziekenhuisraad — en dit illustreert de gewijzigde discussiecontext! — besprekingen werden gevoerd tussen vertegenwoordigers van ziekenfondsen en van doktersorganisaties die hebben geleid tot een document: «Ontwerp van statuut van de ziekenhuisgeneesheer en structuurschema van medezeggenschap in het beheer der ziekenhuizen — gemeenschappelijk standpunt aangenomen door de vertegenwoordigers van het geneesherencorps en van de ziekenfondsen op 24 juli 1974.»

Van de zijde van de Confederatie der ziekenhuisverenigingen werd vrij onstemd gereageerd op dit document, zowel omwille van zijn inhoud als omwille van het feit dat de ziekenhuizen hierbij niet waren betrokken. De Confederatie drong er bij de Minister op aan zelf opnieuw een initiatief te nemen.

2.9. In januari 1976 werd door Minister De Saeger een globaal voorontwerp van wet houdende sommige bepalingen betreffende de interne organisatie van de ziekenhuizen en betreffende het statuut van de ziekenhuisgeneesheer aan de Ziekenhuisraad voor advies voorgelegd. De Minister was immers van oordeel dat de Ziekenhuisraad het beste geschikte gespreksforum was om zijn voorstel te toetsen aan de standpunten van de voornaamste betrokken groepen. Reeds in 1974 had hij voor de Ziekenhuisraad verklaard dat alleen indien een ruime consensus kon worden vastgesteld van de diverse betrokken groepen, hij de verantwoordelijkheid zou kunnen nemen zijn voorstel onder vorm van wetsontwerp ter goedkeuring voor te leggen aan de Regering.

2.10. Pour préparer un avis sur la proposition du Ministre De Saeger, le Conseil des Hôpitaux institua un groupe de travail spécial qui a présenté au Conseil, en juillet 1976, un premier document formulant un certain nombre de points de principe importants et de grandes lignes de force.

On parvint à un large consensus au sein du Conseil pour considérer ce document comme base valable des discussions et précisions ultérieures du groupe de travail. Une certaine association de médecins a toutefois contesté la philosophie générale du document et certaines parties du texte n'ont pas été acceptées.

La deuxième phase des activités du groupe de travail (1976 à 1978) s'est déroulée dans des conditions très difficiles, avec de nombreuses péripéties liées à la conjoncture politique, une alternance de présence et d'absence des différents membres du groupe de travail, empêchant l'institution au sein de celui-ci d'un dialogue permanent, nécessaire pour parvenir à une solution admise par tous. Aucun consensus n'a donc pu être trouvé sur un document final, qui résolve les questions à propos desquelles un désaccord persistait.

Au cours de la réunion du 28 septembre 1978, le Conseil des Hôpitaux a dû constater que les divergences de vues restantes n'étaient pas aplanies; le Conseil s'est dès lors borné à marquer son accord sur une note de l'administration du 6 juillet 1978 énumérant les points au sujet desquels un accord était atteint et les questions à propos desquelles un désaccord persistait.

2.11. Après l'échec des discussions au Conseil des Hôpitaux, on essaya de relancer la négociation entre des membres de la Confédération des Etablissements hospitaliers et des syndicats de médecins. Les associations respectives n'adoptèrent toutefois officiellement aucun point de vue sur les principes contenus dans les documents préparatoires.

2.12. Vers la mi-1979, le Ministre Dhoore élabora un projet d'arrêté royal complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes à respecter par les hôpitaux. On inséra dans les normes générales une subdivision relative au Conseil médical :

— § 1^{er}. Création obligatoire d'un Conseil médical dans chaque hôpital comportant trois services ou plus. Compétence d'avis sur les 18 points connus;

— § 2. contient un nouvel élément : outre la compétence d'avis, le Conseil médical se vit confier la mission d'évaluer systématiquement les activités médicales à l'hôpital, entre autres en fonction de la politique d'admission et de renvoi;

— § 3. disposait qu'après concertation avec le Conseil médical, le pouvoir organisateur définirait la portée attribuée aux avis relatifs à chacune des matières énumérées au § 1^{er}, compte tenu du statut des médecins de l'hôpital.

2.10. Met het oog op het voorbereiden van een advies over het voorstel van Minister De Saeger werd door de Ziekenhuisraad een bijzondere werkgroep opgericht die in juli 1976 aan de Raad een eerste document heeft voorgelegd; in dat document werd getracht een aantal belangrijke principiële punten en grote krachtlijnen te formuleren.

In de Raad werd een ruime consensus bereikt om dit document als een geldige basis te beschouwen voor verdere bespreking en precisering door de werkgroep; door een bepaalde geneesherenorganisatie werd de algemene filosofie van het document nochtans gecontesteerd en werden bepaalde onderdelen ervan niet aanvaard.

De tweede fase van de werkzaamheden van de werkgroep (1976 tot 1978) is zeer moeizaam verlopen, met vele aan de politieke conjunctuur gebonden peripetieën, met wisselende aan- en afwezigheid van de onderscheiden leden van de werkgroep, zodat in de werkgroep geen echte aanhoudende dialoog heeft kunnen plaatshebben die noodzakelijk is om tot een algemeen aanvaardbare oplossing te komen. In de werkgroep is dan ook geen consensus kunnen bereikt worden over een einddocument waarin voor de overblijvende knelpunten een oplossing wordt gegeven.

Tijdens de vergadering van 28 september 1978 heeft de Ziekenhuisraad moeten vaststellen dat de overblijvende meningsverschillen niet werden overbrugd; de Raad heeft er zich dan ook toe beperkt zijn instemming te betuigen met een nota van de Administratie d.d. 6 juli 1978 waarin een opsomming wordt gegeven van de punten waarover overeenstemming werd bereikt en van de nog overblijvende knelpunten.

2.11. Na het verzanden van de discussies in de Ziekenhuisraad werd getracht het gesprek op gang te houden via gesprekken tussen leden van de Confederatie der ziekenhuisverenigingen en leden van de syndicale artsenorganisaties. Ten aanzien van de beginselen vervat in de voorbereidende documenten werd evenwel geen officieel standpunt bekendgemaakt van de respectieve verenigingen.

2.12. Medio 1979 werd door Minister Dhoore een ontwerp van koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen moeten worden nageleefd. In de algemene normen werd een onderdeel ingevoegd m.b.t. de Medische Raad :

— § 1. Verplichte oprichting van een Medische Raad in elk ziekenhuis met drie of meer diensten. Adviesbevoegdheid omtrent de gekende 18 punten;

— § 2. bevat een nieuw element : naast de adviesbevoegdheid werd aan de Medische Raad de taak opgedragen de medische activiteiten in het ziekenhuis stelselmatig te evalueren, onder meer in functie van het opname- en ontslagbeleid;

— § 3. voorzag dat de inrichtende macht zou bepalen, na overleg met de Medische Raad de draagwijdte die, rekening houdend met het statuut van de geneesheren van het ziekenhuis, aan de adviezen omtrent elk van de in § 1 opgesomde

Le résultat de cette opération de « clarification de la situation au niveau de l'hôpital » devait être communiqué au Ministre avant la fin de 1979 (article 2).

Le projet se heurta à la critique de la Confédération des établissements hospitaliers, principalement parce que le projet d'arrêté ne traitait pas de la globalité des problèmes.

2.13. Le problème du statut du médecin hospitalier a aussi été abordé en 1981. Cette fois par le groupe de travail « Hôpitaux » des partenaires dits de la Saint-Jean. Le procès-verbal de la réunion du 17 mars 1981 établit que des propositions pro et contra ont été formulées sur la perception centrale des honoraires, la séparation frais-honoraires, la rémunération forfaitaire des médecins, les garanties au sujet des tarifs appliqués, le statut social (art. 106 O.N.S.S.), les droits et devoirs des gestionnaires et des médecins, le Conseil général, les normes d'organisation médicale (médecin en chef, chefs de service, fonctionnement du staff, l'évaluation de l'activité médicale, l'organisation du service de garde).

La crise gouvernementale a, semble-t-il, empêché que cette réunion débouche sur des résultats concrets.

2.14. Le fait que l'aperçu historique se termine avec les partenaires de la Saint-Jean peut être qualifié de symbolique : nous sommes en quelque sorte revenus au point de départ. Mais chacun continue d'affirmer que le problème du statut du médecin hospitalier doit être réglé; il faut en fixer la base par une loi : on attend une initiative du Gouvernement en la matière. Dès la présente législature, le Ministre des Affaires sociales a réagi positivement au désir d'une réglementation par voie légale. Lors d'une allocution à la Fédération des institutions hospitalières (N), le 26 mai 1982, le Ministre déclarait déjà « qu'il prendrait l'initiative de donner une réglementation de base à l'organisation interne de l'hôpital et au statut du médecin hospitalier ».

Cette intention fut confirmée à nouveau le 18 décembre 1982 lors de l'installation du Conseil national des établissements hospitaliers et lors de la discussion du projet de loi adaptant le budget de la Santé publique de 1982 (voir Doc. Parlement, Chambre des Représentants, 4 XXI, 1982-1983, n° 3, rapport de Mme De Loore-Raeymaekers du 28 janvier 1983, p. 10). La solution de la problématique a toujours été vue en fonction d'une amélioration de la qualité des soins dispensés par l'hôpital.

III. Attitude du Gouvernement : une réglementation légale s'impose

3.1. Comme cela a déjà été précisé plus avant, l'opinion prévaut de plus en plus qu'il faudrait, à l'initiative des auto-

aangelegenheden wordt toegekend. Het resultaat van die operatie « uitklaren van de situatie op het niveau van het ziekenhuis » moest aan de Minister voor eind 1979 worden meegedeeld (artikel 2).

Het ontwerp stuitte op kritiek van de Confederatie van ziekenhuisverenigingen, voornamelijk omdat het ontwerp-besluit niet de globaliteit van de gestelde problematiek behandelde.

2.13. Het probleem van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer werd ook in 1981 ter sprake gebracht, ditmaal in de werkgroep ziekenhuizen van de zgn. St. Janspartners. Uit het verslag van de vergadering d.d. 17 maart 1981 kan worden opgemaakt dat pro en contra standpunten werden geformuleerd m.b.t. centrale inning der honoraria, scheiding kosten-erelonen, forfaitaire vergoeding der geneesheren, waarborgen inzake aangerekende tarieven, sociaal statuut (art. 106 R.S.Z.), inspraak der geneesheren, arbitrage, rechten en plichten van beheerders en geneesheren, Algemene Raad, normering van de inwendige organisatie (medisch directeur, medische organisatie hoofdgeneesheer, diensthoofden, stafwerking, evaluatie van de medische activiteit, georganiseerde wachtdienst).

Een concrete *follow-up* van deze vergadering is blijkbaar ingevolge de regeringscrisis achterwege gebleven.

2.14. Het feit dat het historisch overzicht bij de St.-Janspartners eindigt is symbolisch te noemen : we staan a.h.w. terug bij het uitgangspunt. Toch blijft iedereen affirmeren dat het probleem van het statuut van de ziekenhuisgeneesheren moet opgelost worden. Alle betrokken partijen achten een regeling dringend noodzakelijk; de basis hiertoe moet evenwel bij wet worden gelegd. Terzake wordt een initiatief van de Regering verwacht. Reeds van bij de aanvang van de huidige legislatuur werd door de Minister van Sociale Zaken positief gereageerd op het verlangen naar een wettelijke regeling. Zo werd door hem reeds op 26 mei 1982 in een toespraak voor het Verbond der Verplegingsinstellingen aangekondigd dat hij het initiatief zou nemen « de interne organisatie van het ziekenhuis en het statuut van de ziekenhuisgeneesheer een basisregeling te geven. »

Deze intentie werd opnieuw bevestigd op 18 december 1982 bij de installatie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en bij de bespreking van het wetsontwerp tot aanpassing van de begroting van Volksgezondheid voor 1982 (zie Gedr. St. Kamer van Volksvertegenwoordigers, 4-XXI, 1982-1983, nr. 3, verslag van Mevr. De Loore-Raeymaekers d.d. 28 januari 1983, blz. 10). Steeds werd de oplossing van de gestelde problematiek gezien in functie van een bevordering van de kwaliteit van de door het ziekenhuis geboden medische dienstverlening.

III. Houding van de Regering : een wettelijke regeling dringt zich op

3.1. Hoger werd reeds gesteld dat de mening veld wint dat, op initiatief van de overheid, een regeling zou moeten

rités politiques, élaborer une loi reprenant au moins les grands principes d'une solution de la problématique posée.

C'est un important changement dans l'approche de cette problématique par les autorités; les autorités, on l'a déjà dit, estimaient autrefois que les problèmes devaient être résolus en concertation paritaire entre les hôpitaux et les médecins. Il est intéressant de relire le rapport au Roi de l'arrêté royal n° 47 afin de voir comment à l'époque, la situation était analysée et quels espoirs on avait mis dans cette concertation paritaire.

On attend maintenant que les autorités élaborent elles-mêmes une réglementation; la matière est certainement délicate; aussi paraît-il important d'explicitier d'abord les motifs d'une initiative législative et de formuler le plus clairement possible les principes de la législation à élaborer.

3.2. D'abord les motifs justifiant l'action des autorités en cette matière. Il est clair que cette motivation est plus large que l'élimination d'une situation conflictuelle entre les parties intéressées-aussi important que cela puisse déjà être en soi — et trouve son fondement dans un contexte de préoccupation sociale élargi.

Il est indéniable que le développement du secteur hospitalier est devenu depuis une décennie presque entièrement dépendant de l'apport des fonds de la collectivité, tant pour le financement des investissements que le fonctionnement et que ce soit par l'octroi direct de subventions soit par des fonds transitant par l'I.N.A.M.I. sous forme d'honoraires ou d'interventions dans le prix de journée. En outre, par l'instauration du planning impératif, chaque hôpital est intégré dans un réseau d'infrastructures collectives de soins hospitaliers.

Il est vrai que l'apport de fonds de la collectivité n'oblige pas les autorités à s'occuper directement et en détail de la structuration interne des activités hospitalières; mais il justifie la fixation par voie légale de règles offrant plus de garanties d'une structure de gestion plus rationnelle et d'une meilleure qualité des soins aux patients par une meilleure structuration des soins à l'hôpital.

Ces deux points ont d'ailleurs été soulignés avec force lors d'une journée d'études consacrée à l'évaluation de la loi sur les hôpitaux après vingt ans, organisé par le Centre des Sciences hospitalières. Des progrès doivent être réalisés surtout dans ces deux domaines pour que l'hôpital remplisse encore mieux son rôle social dans les soins de santé.

3.3. L'attitude des autorités envers la problématique traitée dans ce projet a surtout été inspirée par l'intention de créer les conditions favorables à un accord entre les parties intéressées. Il ne fait aucun doute que cette intention reste une

tot stand gebracht worden, waarin althans de grote beginselen ter oplossing van de gestelde problematiek bij wet zouden worden vastgelegd.

Dit is een gewichtige verschuiving in de benadering van deze problematiek door de overheid; zoals gezegd was de overheid vroeger van mening dat de problemen in paritair overleg tussen de ziekenhuizen en geneesheren dienden opgelost. Het loont nog steeds de moeite het verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit nr. 47 erop na te lezen om te zien hoe de situatie toen werd geanalyseerd en welke hoge verwachtingen in dit rechtstreeks overleg werden gesteld.

Nu verwacht men dat de overheid zelf een regeling zou uitwerken; het gaat hier zeker om een delikate materie; daarom lijkt het van belang vooreerst zowel de motieven voor een wetgevend initiatief te expliciteren als de principiële uitgangspunten voor de uit te werken wetgeving zo duidelijk mogelijk te formuleren.

3.2. Vooreerst de motieven die een optreden van de overheid in deze aangelegenheid rechtvaardigen. Het is duidelijk dat deze motivering ruimer ligt dan het wegwerken van een conflictsituatie tussen belanghebbende partijen — hoe belangrijk dit op zichzelf reeds mag zijn — en in bredere algemeen-maatschappelijke bekommernissen haar voedingsbodem vindt.

Het is onbetwistbaar dat sinds een decennium de ziekenhuissector in zijn ontwikkeling quasi-volledig afhankelijk is geworden van de inbreng van gemeenschapsgelden, zowel wat de financiering van de investeringen betreft als wat de werking aangaat, en dit hetzij door rechtstreekse betoelaging, hetzij door gelden die via het R.I.Z.I.V. transiteren onder de vorm van honoraria of van tussenkomst in de ligdagprijs. Mede door de invoering van de imperatieve planning kan men bovendien stellen dat elk ziekenhuis ingeschakeld geraakt in een netwerk van collectieve voorzieningen voor ziekenhuiszorg.

De inbreng van gemeenschapsgelden noopt weliswaar niet tot de noodzaak voor de overheid om zich rechtstreeks in detail in te laten met de inwendige structurering van de ziekenhuisactiviteit; wel wordt er door verantwoord het wettelijk vastleggen van regelen die er op gericht zijn meer waarborgen te bieden voor een rationeler beheersstructuur en een kwalitatief betere verzorging van patiënten door een beter gestructureerde medische dienstverlening in het ziekenhuis.

Op een evaluatie-studiedag over twintig jaar ziekenhuiswetgeving georganiseerd door het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen werden beide punten overigens fel beklemtoond: het is vooral op deze beide domeinen dat vooruitgang moet worden geboekt wil men het ziekenhuis nog beter zijn sociale rol in de gezondheidszorg laten vervullen.

3.3. Voorheen is met betrekking tot de in het ontwerp behandelde problematiek het overheidsoptreden vooral geïnspireerd geworden door de bedoeling om gunstige voorwaarden te scheppen van het totstandkomen van een regeling

caractéristique essentielle du projet qui a été déposé : cela explique la précaution du Gouvernement, lors de la préparation du projet, de s'assurer, par de nombreux contacts, que le projet puisse être qualifié de proposition justifiée et équilibrée.

3.4. Quels sont les points de départ d'une réglementation par la loi ?

3.4.1. Constatons tout d'abord qu'il y a en pratique une telle variété de situations qu'il n'est ni possible ni souhaitable d'élaborer une législation uniforme pour tous les hôpitaux et pour tous les médecins hospitaliers; la législation devra laisser de la place à une variété de solutions, ne fût-ce que pour un nombre de points essentiels, il faudra élaborer une réglementation minimum, valable pour tous les hôpitaux en fonction de buts prioritaires tant sur le plan social (accessibilité financière des soins hospitaliers, permanence et continuité des soins médicaux) que sur le plan de la politique de santé (optimalisation des soins hospitaliers par une meilleure structuration des soins médicaux).

3.4.2. Une solution cohérente ne semble possible qu'en partant du point de vue que par suite du développement de la médecine hospitalière il faut considérer la fonction médicale comme intégrée dans les buts globaux de l'hôpital. Le gestionnaire est responsable de ces buts envers la société. D'autre part, l'activité médicale est si déterminante pour l'ensemble des activités hospitalières qu'une appréciation correcte de la fonction médicale est en même temps nécessaire, ce qui suppose un grand degré d'autonomie dans l'exercice de la profession et une association adéquate à la prise de décision. Le rapport au Roi à l'arrêté royal n° 47 d'octobre 1967 qui est cité au point 2.4 ci-dessus prouve à suffisance qu'il s'agit de rechercher un équilibre très délicat.

3.4.3. Le degré de participation du médecin est fonction du degré d'intégration à l'hôpital; la forme de cette participation doit se fonder en principe sur la fonction du médecin à l'hôpital et non sur son apport financier; les formes de participation qui se basent sur cet apport financier semblent pouvoir être maintenues tout au plus temporairement d'un point de vue pragmatique et semblent pouvoir disparaître dès que l'autonomie de la fonction médicale et l'association à la prise de décision sont suffisamment garanties d'une autre manière; il est clair, en effet, que l'importance de la fonction médicale est si décisive pour l'activité hospitalière que les médecins doivent aussi être associés à l'ensemble de ces activités et non seulement à l'activité pouvant être imputée aux honoraires.

3.4.4. Puisque la problématique posée est en fait identique dans les hôpitaux publics et privés, les solutions à trouver doivent être applicables aux hôpitaux publics comme aux

onder de betrokken partijen te bevorderen. Ongewijfeld vormt deze bedoeling nog een essentieel kenmerk van het ingediende ontwerp. Vandaar dat bij de voorbereiding van het ontwerp de Regering de voorzorg heeft genomen om via veelvuldige en veelzijdige contacten zich er van te vergewissen dat de ontworpen regeling als een verantwoord en evenwichtig voorstel kan worden aangemerkt.

3.4. Welke zijn nu de uitgangspunten voor een wettelijke regeling ?

3.4.1. Vooreerst dient vastgesteld dat er in de praktijk een dergelijke variëteit van toestanden bestaat dat het niet mogelijk en ook niet wenselijk is voor alle ziekenhuizen en ziekenhuisgeneesheren een eenvormige wetgeving uit te werken; de wetgeving zal ruimte moeten laten voor een diversiteit van oplossingen, zij het dan dat met betrekking tot een aantal essentiële punten een minimumregeling voor alle ziekenhuizen zal moeten gelden in functie van prioritaire beleidsdoelstellingen zowel op het sociale vlak (financiële toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg, permanentie en continuïteit in de medische zorgverlening) als op het vlak van het gezondheidsbeleid (optimalisering van de ziekenhuiszorg door betere structurering van de medische dienstverlening).

3.4.2. Een coherente oplossing lijkt slechts mogelijk wanneer men ervan uitgaat dat, ingevolge de ontwikkeling van de ziekenhuisgeneeskunde, de medische functie te beschouwen is als geïntegreerd in de globale doelstellingen van het ziekenhuis. Voor die globale doelstellingen is het beheer tegenover de gemeenschap verantwoordelijk. Daartegenover staat dat de medische activiteit zo determinerend is in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten, dat tegelijk een correcte waardering van de medische functie nodig is, hetgeen een belangrijke mate van autonomie in de beroepsuitoefening en een adequate betrokkenheid bij de besluitvorming veronderstelt. Dat het hier gaat om het zoeken naar een zeer delicaat evenwicht stond reeds met zoveel woorden in de hoger onder punt 2.4 geciteerde tekst van het verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit nr. 47 van oktober 1967.

3.4.3. De mate van participatie van de geneesheer is functie van de mate van integratie in het ziekenhuis; de vormgeving van deze participatie moet principieel steunen op de functie van de geneesheer in het ziekenhuis en niet op zijn financiële inbreng; vormen van participatie die deze financiële inbreng als vertrekpunt nemen lijken hoogstens vanuit een pragmatisch oogpunt tijdelijk te kunnen worden gehandhaafd en schijnen te kunnen verdwijnen van zodra de autonomie van de medische functie en de betrokkenheid bij de besluitvorming op een andere wijze voldoende gewaarborgd wordt; het lijkt immers duidelijk dat het belang van de medische functie zo doorslaggevend is voor de ziekenhuisactiviteit dat de betrokkenheid van de geneesheren op het geheel van deze activiteit mede moet betrekking hebben en niet enkel op de activiteit die op de honoraria kan worden aangerekend.

3.4.4. Vermits de gestelde problematiek in wezen gelijklopend is in openbare en private ziekenhuizen moeten de uit te werken oplossingen parallel gelden voor openbare en pri-

hôpitaux privés. Réaliser envers les hôpitaux publics et privés la plus grande égalité de traitement possible est une constante de la politique hospitalière de notre pays. Cette ligne fondamentale a d'ailleurs été réalisée effectivement dans la plupart des domaines de la politique hospitalière : les normes d'agrément sont applicables à tous les hôpitaux, les conditions de subsidiarité à la construction sont presque entièrement identiques, les critères de programmation et les mesures en vue de maîtriser le nombre de lits sont applicables à tous les hôpitaux. Cette ligne de conduite est également appliquée à la problématique traitée dans le présent projet : l'obligation d'optimiser les structures de gestion, de structurer les soins médicaux, d'associer les médecins à la prise de décision, de poser clairement les rapports juridiques, etc. vaut de la même façon pour tous les hôpitaux.

Le projet ne vise nullement à rendre inapplicable la loi sur les C.P.A.S. en ce qui concerne la gestion des hôpitaux de C.P.A.S.; cette loi n'est aucunement modifiée en la matière. Le projet prévoit cependant une réglementation spécifique en ce qui concerne la problématique qu'il règle. Cette problématique se pose tout autant aux hôpitaux de C.P.A.S. qu'aux hôpitaux privés. Dans les hôpitaux de C.P.A.S. aussi, la gestion peut être optimisée par une association adéquate du Conseil médical à la prise de décision à l'hôpital. Le projet ne constitue donc pas une contrainte supplémentaire pour la réalisation des objectifs de l'arrêté royal n° 243 relatif aux plans d'assainissements et de l'arrêté royal n° 244 du 31 décembre 1983 qui prévoit d'une part une plus grande association des communes au fonctionnement du C.P.A.S. et d'autre part à l'intérieur du C.P.A.S. une nouvelle structure pour la gestion distincte de l'hôpital du C.P.A.S.

Il ne faut donc pas considérer le projet comme en contradiction avec la loi sur les C.P.A.S., mais bien comme une législation spécifique en vue de résoudre un problème posé dans tous les hôpitaux et qui exige une approche particulière qui à certains égards demande une adaptation de la prise de décision usuelle selon la loi sur les C.P.A.S. Par rapport aux hôpitaux de C.P.A.S., le projet de loi doit donc être considéré comme une loi spéciale complétant la loi générale sur les C.P.A.S. en ce qui concerne les points traités dans le projet. Tenant compte avec les remarques du Conseil d'Etat, cette intention est clairement formulée dans une disposition explicite dans la loi même (voir art. 21).

IV. Caractéristiques essentielles de la solution proposée

4.1. Une solution globale et fondamentale de la problématique de l'intégration indispensable de l'activité médicale à l'ensemble des activités hospitalières et de celle du statut des médecins hospitaliers n'est réalisable que par une modification et une extension de la législation organique des hôpi-

vate ziekenhuizen. Het is een constante in het ziekenhuisbeleid in ons land om ten aanzien van de openbare en private ziekenhuizen de grootst mogelijke gelijkheid in behandeling te betrachten. Op de meeste domeinen van het ziekenhuisbeleid werd die fundamentele beleidslijn ook effectief gerealiseerd : de erkenningsnormen gelden gelijkelijk voor alle ziekenhuizen, de betoelagingsvoorwaarden voor de bouw zijn quasi-volledig gelijkgeschakeld, de programmatie-criteria gelden gelijkelijk voor alle ziekenhuizen, de maatregelen tot beheersing van het beddenaantal zijn op alle ziekenhuizen van toepassing. Ten aanzien van de in dit ontwerp behandelde problematiek wordt deze beleidslijn verder doorgetrokken : de verplichting tot optimalisering van de beheersstructuren, tot structurering van de medische dienstverlening, tot het betrekken van de geneesheren bij de besluitvorming, tot het duidelijk stellen van de rechtsverhoudingen, enz. gelden gelijkelijk voor alle ziekenhuizen.

Het ontwerp heeft niet tot doel de O.C.M.W.-wet m.b.t. het beheer van de ziekenhuizen onwerkzaam te maken; terzake wordt de O.C.M.W.-wet als dusdanig ongemoeid gelaten. Wel wordt door het ontwerp een specifieke regeling voorzien met betrekking tot de in dit ontwerp geregelde problematiek. Deze problematiek stelt zich eveneens in de O.C.M.W.-ziekenhuizen als in de private ziekenhuizen. Ook in de O.C.M.W.-ziekenhuizen kan het beheer geoptimaliseerd worden door een adequate betrokkenheid van de medische raad bij de besluitvorming in het ziekenhuis. Het wetsontwerp bemoeilijkt dus geenszins de verwezenlijking van de doelstellingen van het koninklijk besluit nr. 243 m.b.t. de saneringsplannen en van het koninklijk besluit nr. 244 van 31 december 1983 waarbij enerzijds de gemeenten nauwer worden betrokken bij de werking van het O.C.M.W. en waarbij anderzijds binnen het O.C.M.W. een meer afzonderlijk beheer van het O.C.M.W.-ziekenhuis wordt mogelijk gemaakt.

Daarom moet het ontwerp niet worden gezien als strijdig met de O.C.M.W.-wet, maar wel als een specifieke wetgeving tot oplossing van een problematiek die zich in alle ziekenhuizen stelt en die een geëigende aanpak vergt die in bepaalde opzichten een aanpassing vraagt van de volgens de O.C.M.W.-wet gebruikelijke besluitvorming. Ten aanzien van de O.C.M.W.-ziekenhuizen moet de ontwerp-wet dan ook gezien worden als een bijzondere wet die in aanvulling komt op de algemene O.C.M.W.-wet wat de in dit ontwerp behandelde problematiek betreft. Rekening houdend met de bemerkingen van de Raad van State wordt deze bedoeling duidelijk verwoord door een uitdrukkelijke bepaling in de wet zelf (zie art. 21).

IV. Essentiële kenmerken van de voorgestelde oplossing

4.1. Een globale en fundamentele oplossing van de problematiek met betrekking tot de noodzakelijke integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit en met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisgeneesheren is slechts mogelijk door een wijziging en aanvulling van de

taux. Cette problématique est par ailleurs si complexe et les situations si différentes que la loi ne peut être qu'une loi-cadre reprenant les dispositions de base essentielles.

4.2. Le point de départ de l'avant-projet de loi-cadre est la nécessité de dépasser la dualité entre les activités médicales et les autres activités de l'hôpital pour un fonctionnement intégré de celui-ci.

Ceci exige :

4.2.1. une nouvelle définition élargie de la notion d'hôpital (*cf.* commentaire de l'article 1^{er} du projet);

4.2.2. une adaptation de la structure de gestion et de la direction (*cf.* chapitre II, section I, article 2);

4.2.3. un complément des exigences fondamentales posées à l'hôpital dans le domaine de la structuration des activités médicales dans l'hôpital et sur le plan qualitatif des soins médicaux (*cf.* chapitre II, section II, article 3);

4.2.4. une association du staff et des médecins individuellement à l'activité hospitalière de manière à ce que leur rôle et responsabilité propres se traduisent correctement dans la réalisation de la mission sociale et humanitaire de l'hôpital (*cf.* chapitre III, section I, articles 4, 5 et 6);

4.2.5. une structure organique de l'association des médecins à la prise de décision à l'hôpital, de façon à construire la relation médecins-gestionnaires sur un modèle de concertation et de conviction, plutôt que sur un schéma d'opposition, qui permette à chaque instant d'évaluer et d'harmoniser entre eux les points de vue en présence, dans l'intérêt d'une dispensation optimale des soins à la population (*cf.* chapitre III, section I et II, article 7);

4.2.6. un modèle visant à prévenir ou à résoudre les éventuelles situations conflictuelles : sur ce plan aussi, le projet est une stimulation à la concertation, soit directe entre les parties concernées, soit par l'intermédiaire d'un conciliateur (*cf.* article 6, § 5);

4.2.7. une réglementation transparente et correcte des relations juridiques et financières entre l'hôpital et les médecins qui y travaillent (*cf.* chapitre IV, articles 8-9);

4.2.8. la garantie fondamentale que l'activité médicale s'accomplira conformément à la fonction sociale de l'hôpital, ce qui exige notamment la certitude que les tarifs de l'engagement seront appliqués aux patients hospitalisés en salle commune et en chambre à deux lits (*cf.* article 13);

4.2.9. la transparence et une vue globale de tous les types et du volume des actes médicaux accomplis à l'hôpital, par le biais d'une perception centrale, obligatoire et généralisée des honoraires relatifs à l'ensemble des prestations médico-hospitalières (*cf.* article 12);

organieke basiswetgeving op de ziekenhuizen. Anderzijds is de problematiek zo complex en zijn de bestaande toestanden zo verscheiden dat de wet enkel een kaderwet kan zijn waarin de essentiële beginselbepalingen worden opgenomen.

4.2. Uitgangsgedachte van het ontwerp van kaderwet is dat de bestaande dualiteit tussen de medische activiteit en de overige activiteiten van het ziekenhuis moet worden overstegen in functie van een geïntegreerde ziekenhuiswerking.

Dit vergt :

4.2.1. een vernieuwde en verruimde definitie van het concept ziekenhuis (zie commentaar bij artikel 1 van het ontwerp);

4.2.2. een aangepaste beheersstructuur en directie (zie hoofdstuk II, afdeling I, artikel 2);

4.2.3. een aanvulling van de fundamentele vereisten die aan het ziekenhuis worden gesteld op het vlak van de structurering van de medische activiteit in het ziekenhuis en op het vlak van de kwaliteit van de medische dienstverlening in het ziekenhuis (zie hoofdstuk II, afdeling II, artikel 3);

4.2.4. een dusdanige betrokkenheid van de medische staf en de individuele geneesheer bij het ziekenhuisgebeuren dat hun eigen rol en verantwoordelijkheid correct aan bod komen in de realisatie van de maatschappelijke en dienstverlenende opdracht van het ziekenhuis (zie hoofdstuk III, afdeling I, artikelen 4, 5 en 6);

4.2.5. een organieke structurering van de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis op zo'n manier dat de relatie geneesheren-beheerders niet volgens een oppositiemodel wordt uitgebouwd, maar wel volgens een concertatie- en overtuigingsmodel dat toelaat de respectieve uitgangspunten voortdurend aan mekaar te toetsen en op mekaar af te stemmen met het oog op de best mogelijk dienstverlening aan de bevolking (zie hoofdstuk III, afdelingen I en II, artikel 7);

4.2.6. een model tot voorkomen of tot oplossen van eventuele conflictsituaties : ook hier stimuleert het ontwerp tot samenspraak hetzij rechtstreeks onder de betrokken partijen hetzij via bemiddeling (zie artikel 6, § 5);

4.2.7. een doorzichtige en correcte regeling van de juridische en financiële verhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren die er werken (zie hoofdstuk IV, artikelen 8-9);

4.2.8. fundamentele waarborgen dat de medische activiteit geschiedt overeenkomstig de sociale functie van het ziekenhuis. Dit houdt onder meer tariefzekerheid in door toepassing van de verbintenistarieven voor de patiënten opgenomen in meer-persoonkamers (zie artikel 13);

4.2.9. doorzichtigheid van en inzicht in de totaliteit van de aard en het volume van de medische activiteit in het ziekenhuis via een verplicht-veralgemeende centrale inning van de honoraria m.b.t. de totaliteit van de medische prestaties in het ziekenhuis (zie artikel 12);

4.2.10. une réglementation correcte de la rémunération de l'activité médicale et des frais y afférents (*cf.* article 14, §§ 3-4);

4.2.11. une réglementation correcte de l'apport des honoraires pour le maintien et la promotion des activités médicales à l'hôpital (*cf.* article 14, § 1^{er}, 4^o, et § 5);

4.2.12. une association étroite des groupements représentatifs des hôpitaux et des médecins hospitaliers à la concrétisation et l'exécution des dispositions organiques coulées dans la loi (article 17).

V. Relation entre le projet et l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967 instituant une Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux

5. Le projet ne déroge pas aux missions et compétences confiées à la Commission paritaire par les arrêtés royaux n° 47 (voir sub. 2-4) et 78 sur l'exercice de l'art de guérir (voir sub. 2-3).

On admet que la Commission paritaire n'a pu satisfaire aux attentes parce qu'un certain nombre de principes fondamentaux étaient imprécis; le projet actuel prend des options de base au sujet de ces points de principe. On s'attend à ce que soient ainsi jetés les fondements qui permettront à la Commission paritaire de mener à bien les missions qui lui ont été confiées et plus spécialement celle d'élaborer et de conclure des conventions collectives.

En vertu de l'article 17, la Commission paritaire devient en outre l'organe spécifique d'avis pour tous les arrêtés et mesures d'exécution de la nouvelle loi.

VI. Réglementation légale de la problématique : une compétence de l'autorité nationale

6. Le Gouvernement estime que le pouvoir national et le Parlement sont compétents pour les problèmes traités dans le projet.

6.1. Le projet de loi concerne tout d'abord une réglementation de base concernant l'essence même de l'activité hospitalière. La réglementation se base sur une extension de la notion d'hôpital inscrite dans la loi sur les hôpitaux et formule de nouvelles dispositions de base imposées aux hôpitaux en fonction d'une vision évoluée des exigences fondamentales formulées par les autorités pour les hôpitaux. La réglementation proposée doit donc être considérée comme une législation de base, comme une loi organique, de la compétence explicite des autorités nationales en vertu de l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980. A ce point de vue, le contenu du projet est au même niveau que la loi sur les hôpitaux et en constitue un complément. Dans les travaux préparatoires, la loi sur les hôpitaux est mentionnée comme exemple de ce

4.2.10. een correcte regeling m.b.t. de vergoeding van de medisch activiteit en m.b.t. de ermee verbonden kostenregeling (zie artikel 14, §§ 3-4);

4.2.11. een correcte regeling m.b.t. de inbreng vanuit de honoraria voor het instandhouden en bevorderen van de medische activiteit in het ziekenhuis (zie artikel 14, § 1, 4^o, en § 5);

4.2.12. een nauwe betrokkenheid van de representatieve groeperingen van ziekenhuizen en ziekenhuisgeneesheren bij de concretisering en uitvoering van de in de wet vastgelegde organieke bepalingen (zie artikel 17).

V. Relatie van het ontwerp tot het bestaande koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967 tot instelling van een Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen

5. Het ontwerp doet geen afbreuk aan de opdrachten en bevoegdheden die zowel in het koninklijk besluit nr. 47 (zie hoger onder 2-4) als in het koninklijk besluit nr. 78 op de uitoefening van de geneeskunde (zie hoger onder 2-3) aan de Paritaire Commissie werden toevertrouwd.

Er wordt aangenomen dat de Paritaire Commissie niet in alle opzichten aan de gestelde verwachtingen heeft kunnen voldoen omdat omtrent een aantal basis-principes onvoldoende duidelijkheid bestond; omtrent die principepunten worden nu in het ontwerp de noodzakelijke basisopties genomen. Verwacht mag worden dat hierdoor een grondslag wordt gelegd die de Paritaire Commissie zal toelaten de haar toevertrouwde opdrachten tot een goed einde te brengen, meer in het bijzonder haar essentiële opdracht om collectieve overeenkomsten uit te werken en te sluiten.

Daarnaast wordt de Paritaire Commissie krachtens artikel 17 het specifiek adviesorgaan voor alle besluiten en maatregelen tot uitvoering van de nieuwe wet.

VI. Wettelijke regeling van de gestelde problematiek : een bevoegdheid van de nationale overheid

6. De Regering is van oordeel dat omtrent de in het ontwerp behandelde problematiek de nationale overheid en het Parlement bevoegd is.

6.1. Vooreerst is de ontworpen regeling een basisregeling die de kern zelf raakt van het ziekenhuisgebeuren. De regeling vertrekt van een verruiming van het in de ziekenhuiswet neergelegd begrip van ziekenhuis en bevat de formulering van nieuwe basisbepalingen die aan de ziekenhuizen worden opgelegd in functie van een geëvolueerde visie op de fundamentele vereisten die van overheidswege ten aanzien van de ziekenhuizen worden geformuleerd. De voorgestelde regeling is dan ook te beschouwen als een basiswetgeving, als een organieke wetgeving die in artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 uitdrukkelijk aan de bevoegdheid van de nationale overheid werd voorbehouden. In dit opzicht staat het ontwerp inhoudelijk op hetzelfde vlak als de ziekenhuiswet en vormt het er een aanvulling van. In de voorbereidende

qui doit être considéré comme une législation organique dans le secteur de la santé.

6.2. Il a déjà été dit qu'un certain nombre de problèmes concernant le statut du médecin hospitalier sont déjà traités dans l'arrêté royal n° 78 de 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir (cf. les textes cités au point 2.3 relatifs à l'activité de la commission paritaire médecins-hôpitaux prévue à l'arrêté royal n° 47 de 1967).

A cet égard, le projet de réglementation doit être considéré comme un complément, une précision et une spécification de la loi sur l'exercice de l'art de guérir. Les travaux préparatoires à la loi spéciale désignent clairement l'exercice de l'art de guérir comme relevant de la compétence nationale.

6.3. Le projet de réglementation concerne aussi clairement l'assurance-maladie-invalidité et le financement des hôpitaux; selon les travaux préparatoires de la loi spéciale du 8 août 1980, les Communautés n'ont aucune compétence pour la problématique traitée dans le projet, pour autant que la réglementation ait une répercussion sur le financement; dans ce cas, l'autorité nationale demeure compétente.

VII. Avis du Conseil d'Etat

Le texte du projet a été adapté suite aux remarques du Conseil d'Etat; les suggestions du Conseil concernant la rédaction des textes ont été suivies.

Afin de donner suite aux remarques du Conseil concernant la nécessité de préciser la portée du projet dans sa relation à la loi sur les C.P.A.S. il a été ajouté une disposition explicite dans le projet (voir article 21).

COMMENTAIRES DES ARTICLES

CHAPITRE I^{er}

Champ d'application

Article 1^{er}

§ 1^{er}. La loi est d'application aux hôpitaux définis dans la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. La loi sur les hôpitaux considère comme hôpitaux « les établissements comportant un ou plusieurs services d'examen et de traitement et dans lesquels les personnes sont admises à séjourner aux fins d'y subir un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical ».

werken wordt de ziekenhuiswet vermeld als een voorbeeld van wat in de gezondheidszorg als organieke wetgeving te beschouwen is.

6.2. Zoals hoger reeds uiteengezet worden een aantal van de problemen die zich stellen met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in beginsel reeds aangeraakt in het koninklijk besluit nr. 78 van 1967 op de uitoefening van de geneeskunde (cf. de onder punt 2.3 geciteerde teksten in hun relatie tot de activiteit van de in het koninklijk besluit nr. 47 van 1967 voorziene paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen).

In dit opzicht en voor deze materies is de ontworpen regeling te beschouwen als een aanvulling, een explicitering en specificering van de wetgeving op de uitoefening der geneeskunde. De voorbereidende werken van de bijzondere wet wijzen de uitoefening der geneeskunde ondubbelzinnig aan als behorend tot de nationale bevoegdheid.

6.3. De ontworpen regeling heeft ook duidelijk relatie met de ziekteverzekering en met de financiering van de ziekenhuizen; volgens de voorbereidende werken van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 hebben de Gemeenschappen met betrekking tot de in het ontwerp behandelde problematiek geen bevoegdheid voor zover de regeling een weerslag heeft op de financiering; in dit geval blijft de nationale overheid bevoegd.

VII. Advies van de Raad van State

De tekst van het ontwerp werd aangepast ingevolge de bemerkingen van de Raad van State; de suggesties van de Raad met betrekking tot de redactie van de teksten werden opgevolgd.

Ten einde tegemoet te komen aan de bemerkingen van de Raad in verband met de noodzaak tot duidelijker aflijning van de draagwijdte van dit ontwerp in zijn relatie tot de O.C.M.W.-wet werd een uitdrukkelijke bepaling toegevoegd (zie artikel 21).

ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

HOOFDSTUK I

Toepassingsgebied

Artikel 1

§ 1. De wet is van toepassing op de ziekenhuizen zoals gedefinieerd in de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen. Volgens de ziekenhuiswet worden als ziekenhuizen beschouwd « inrichtingen met één of meer diensten voor onderzoek en verzorging, waarin personen worden opgenomen om er te verblijven teneinde er een genees- heel- of verloskundig onderzoek of een genees- heel- of verloskundige behandeling te ondergaan ».

Au sens strict, cette définition légale limite les activités médicales hospitalières au diagnostic et au traitement des patients hospitalisés, certes en y incluant l'activité des services médico-techniques. Cependant le fonctionnement de fait de l'hôpital dépasse souvent les activités relatives aux patients qui y sont hospitalisés; la plupart des hôpitaux se sont également développés en centres de soins ambulatoires; cette activité polyclinique bénéficie souvent de la même infrastructure médico-technique que celle à la disposition des patients hospitalisés.

De nombreux hôpitaux sont donc en fait devenus des établissements de santé qui, à partir d'un objectif global et dans une organisation intégrée, dispensent leurs soins à des patients tant hospitalisés qu'ambulatoires.

En rapport avec la problématique traitée dans le présent projet de loi, il est clair que la notion élargie d'hôpital doit aussi être traduite dans la loi; en effet, les problèmes qui constituent la matière de ce projet de loi se posent en principe en des termes identiques aussi bien pour l'activité médicale et polyclinique que l'activité médicale pour les patients hospitalisés. Aussi le champ d'application de la loi est-il immédiatement élargi à l'activité polyclinique de l'hôpital si celui-ci et la polyclinique qui y est rattachée ressortissent à la compétence de gestion d'un même gestionnaire.

L'élargissement du champ d'application de la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne l'activité médicale hospitalière est fait en vue de l'application du nouveau projet; il est évident qu'il ne faut pas en déduire que l'activité hospitalière soit limitée à l'activité médicale; au contraire l'activité de l'hôpital comprend aussi les soins infirmiers et paramédicaux, ainsi que les activités administratives et financières et les activités techniques.

§ 2. Ce paragraphe prévoit la possibilité d'étendre l'application des dispositions de la loi partiellement ou entièrement à d'autres établissements ou services exerçant hors de l'hôpital les activités visées au § 1^{er}. On songe d'abord ici aux polycliniques qui, d'un point de vue juridique et/ou spatial ne sont pas aussi étroitement liées à l'hôpital que les polycliniques visées au § 1^{er}, mais qui sous l'aspect fonctionnel y sont tellement étroitement liées qu'elles doivent en fait être considérées comme appartenant à l'hôpital.

L'extension du champ d'application de la loi est, par exemple, aussi possible pour les laboratoires fonctionnellement rattachés à l'hôpital.

L'extension du champ d'application de la loi peut avoir lieu par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avis de la Commission paritaire Médecins-Hôpitaux.

Strikt genomen zijn door deze wettelijke definitie de medische ziekenhuisactiviteiten beperkt tot de diagnose- en behandelingsactiviteiten met betrekking tot de in het ziekenhuis opgenomen patiënten, weliswaar met inbegrip van de activiteit in de medische-technische diensten. Het feitelijk functioneren van het ziekenhuis strekt zich evenwel dikwijls verder uit dan de activiteit met betrekking tot in het ziekenhuis opgenomen patiënten; de meeste ziekenhuizen zijn tevens uitgegroeid tot centra voor ambulante ziekenhuiszorg; voor deze poliklinische activiteit van het ziekenhuis wordt dikwijls van dezelfde medisch-technische infrastructuur gebruik gemaakt als die welke voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten beschikbaar is.

Vele ziekenhuizen zijn dus in feite uitgegroeid tot gezondheidszorginstellingen die, vanuit een globale doelstelling en in een geïntegreerd organisatieverband, hun dienstverlening richten zowel op opgenomen als op ambulante patiënten.

Het is duidelijk dat met betrekking tot de in dit wetsontwerp behandelde problematiek het feitelijk verruimd ziekenhuisconcept ook wettelijk moet vertaald worden; de in het wetsontwerp behandelde problematiek stelt zich immers principieel op gelijkaardige wijze ten aanzien van de medische poliklinische activiteit als ten aanzien van medische activiteit voor opgenomen patiënten. Het toepassingsbeleid van de wet wordt dan ook dadelijk uitgebreid tot de poliklinische activiteit van het ziekenhuis indien het ziekenhuis en de eraan verbonden polikliniek ressorteren onder de beheersbevoegdheid van eenzelfde beheerder.

De verruiming van het toepassingsgebied van de ziekenhuiswet met betrekking tot de medische activiteit in het ziekenhuis wordt voorzien voor de toepassing van het nieuwe ontwerp; vanzelfsprekend mag hieruit niet worden afgeleid dat de ziekenhuisactiviteit tot de medische activiteit beperkt wordt; de ziekenhuisactiviteit omvat eveneens de verpleegkundige en paramedische zorgen, evenals de administratief-financiële en de technische activiteiten.

§ 2. Deze paragraaf voorziet de mogelijkheid om de toepassing van de bepalingen van de wet geheel of gedeeltelijk uit te breiden tot andere instellingen of diensten die in § 1 bedoelde activiteiten buiten ziekenhuisverband uitoefenen. In de eerste plaats wordt hier gedacht aan poliklinieken die juridisch en/of ruimtelijk niet zo nauw met het ziekenhuis verbonden zijn als de in § 1 bedoelde poliklinieken, maar die er functioneel toch zo nauw mee verbonden zijn dat ze feitelijk dienen beschouwd als behorend tot het ziekenhuis.

De uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet is b.v. ook mogelijk ten aanzien van laboratoria die functioneel met het ziekenhuis verbonden zijn.

De uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet kan geschieden bij in Ministerraad overgelegd koninklijk besluit na advies van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

CHAPITRE II

Organes de gestion de l'hôpital
et structuration de l'activité médicale à l'hôpital

SECTION I

Gestion et Direction

Article 2

Pour permettre une gestion rationnelle des hôpitaux, une structure doit être mise sur pied, qui délimite suffisamment les compétences de gestion et la fonction de direction. Sur-tout la nécessité de la propre mission de management de la direction, face à la complexité accrue des activités hospitalières, doit recevoir un éclairage tout particulier.

Pour éviter tout malentendu sur la portée des dispositions du présent article, il convient de noter que pour les hôpitaux de C.P.A.S., la présente loi ne porte pas préjudice aux compétences des organes prévus dans la loi de 1976 organique des centres publics d'aide sociale, tels que le Conseil et le Comité spécial. Certes le projet vient en complément de la loi sur les C.P.A.S. en ce qui concerne la mission spécifique de la direction et du comité directeur (*cf.* § 3).

§ 1^{er}. Pour l'application de la loi, est considéré comme gestionnaire l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé d'en gérer l'exploitation. En d'autres termes, le gestionnaire, au sens de la présente loi n'est pas nécessairement le propriétaire de l'hôpital.

La définition qui est donnée du gestionnaire dans ce paragraphe est très générale afin qu'elle englobe les situations les plus diverses. Les organes de gestion les plus fréquents dans notre pays sont, d'une part, le Conseil d'administration des hôpitaux privés, organisés en A.S.B.L. et, d'autre part, le conseil du centre public d'aide sociale pour les hôpitaux qui en dépendent (ou le comité spécial pour ce qui concerne les compétences de gestion qui lui sont confiées). Pour la rédaction de ce § la proposition de texte du Conseil d'Etat a été reprise.

§ 2. Le projet de loi prévoit une structure permettant d'associer, par le biais du Conseil médical, les médecins-hospitaliers à la prise de décision de l'hôpital. Il est évident que le gestionnaire, lorsqu'il prendra ses décisions de gestion devra tenir compte de cet apport à la prise de décision organisée par la loi et devra respecter les procédures spécifiques instituées à cet effet par le présent projet de loi. Par ailleurs, il doit être tout aussi évident que, dans le respect de ces procédures, le gestionnaire assume la responsabilité de gestion en vue de la réalisation de l'objectif global de l'hôpital en tant qu'établissement de soins, qu'il en définit la politique générale et en endosse la responsabilité financière finale.

HOOFDSTUK II

Beleidsorganen van het ziekenhuis en structurering
van de medische activiteit in het ziekenhuis

AFDELING I

Beheer en Directie

Artikel 2

Teneinde een rationeel beheer van de ziekenhuizen mogelijk te maken dient een structuur opgezet met een voldoende afbakening tussen enerzijds de beheersbevoegdheden en anderzijds de directie-functie. Vooral de noodzaak van de eigen managementopdracht van de directie ten aanzien van het steeds complexer wordend ziekenhuisgebeuren moet extra in het licht worden gesteld.

Om elk misverstand te vermijden omtrent de draagwijdte van de bepalingen van dit artikel weze opgemerkt dat, wat de O.C.M.W.-ziekenhuizen betreft, deze wet geen afbreuk doet aan de bevoegdheden van de in de organieke wet van 1976 op de openbare centra voor maatschappelijk welzijn voorziene organen zoals de Raad en het bijzonder Comité. Wel komt het ontwerp in aanvulling op de O.C.M.W.-wet wat betreft de specifieke opdracht van de directie en het directiecomité (zie § 3).

§ 1. Voor de toepassing van de wet wordt als beheerder beschouwd het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de exploitatie van het ziekenhuis; de beheerder in de zin van deze wet is dus niet noodzakelijk de eigenaar van een ziekenhuis.

De in deze paragraaf gegeven definitie van beheerder is zeer algemeen gesteld teneinde de meest verscheiden situaties te omvatten; de meest frekwent voorkomende beheersorganen in ons land zijn enerzijds de Raad van Beheer van de V.Z.W.-privé-ziekenhuizen en de raad van het Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn voor het ziekenhuis dat er van afhangt (of het bijzonder comité voor wat betreft de beheersbevoegdheden die er aan zijn overgedragen). Bij de redactie van deze § werd het tekstvoorstel van de Raad van State overgenomen.

§ 2. Door het wetsontwerp wordt een structuur voorzien om de ziekenhuisgeneesheren via de Medische Raad te betrekken bij de besluitvorming in het ziekenhuis. Het is evident dat de beheerder bij het nemen van zijn beheersbeslissingen rekening zal moeten houden met deze bij wet georganiseerde inbreng in de besluitvorming en dat hij hiertoe de in dit wetsontwerp voorziene specifieke procedures zal moeten inachtnemen. Anderzijds moet het even duidelijk zijn dat, mits inachtneming van deze procedures, de beheerder de beheersverantwoordelijkheid draagt voor de verwezenlijking van de globale doelstelling van het ziekenhuis als verzorgingsinstelling, dat hij er het algemeen beleid van bepaalt en dat hij er de uiteindelijke financiële verantwoordelijkheid voor draagt.

Par sa formulation, le § 2 veut mettre l'accent sur le fait que, par l'apport du Conseil médical garanti par la loi dans la prise de décision à l'hôpital, aucun autre but n'est poursuivi que celui de contribuer à une gestion appropriée, visant à réaliser de façon optimale la fonction sociale de l'hôpital.

§ 3. La politique générale de l'hôpital doit se traduire concrètement dans le fonctionnement journalier de l'hôpital. La responsabilité en incombe à la direction (le directeur ou, le cas échéant, le collège directeur) qui doit pouvoir disposer d'une autonomie de décision suffisante pour remplir efficacement sa mission. Le directeur assume la responsabilité du fonctionnement journalier de l'hôpital. Il est évident que pour l'accomplissement de sa mission, le directeur doit associer au moins le responsable des principales facettes des activités hospitalières, à savoir le responsable du département médical (médecin en chef), du département infirmier (chef du nursing), du département administratif et financier, et du département technique. La composition du comité directeur ne doit pas toujours être identique dans tous les hôpitaux. Ainsi, par exemple, il n'est pas exclu que dans certains hôpitaux, le président du Conseil médical fasse partie aussi du comité de direction.

La composition du comité de direction telle que définie dans le paragraphe 3 n'est donc pas limitative; il n'est par exemple pas exclu que le pharmacien hospitalier participe aux réunions du comité de direction pour les matières qui concernent le fonctionnement de la pharmacie de l'hôpital.

Le comité de direction ne doit pas être considéré comme un organe du C.P.A.S. Il s'agit d'une organisation pratique et interne du travail des principaux responsables de l'hôpital en vue d'assurer la bonne marche de l'activité journalière de l'hôpital. Il faut donc faire une nette distinction entre la mission du comité de direction et les compétences de gestion du conseil (gestion générale + grandes décisions) et du comité spécial (gestion journalière). Le comité de direction doit exécuter les décisions de gestion des deux organes précités.

La proposition de texte du Conseil d'Etat a été reprise moyennant la suppression de la troisième phrase; la précision que la composition prévue par ce paragraphe n'est pas limitative est donnée en insérant le mot « notamment » dans la deuxième phrase.

SECTION II

Structuration du travail médical à l'hôpital

Article 3

Aux termes de la loi sur les hôpitaux, seuls des critères sommaires relatifs aux soins médicaux sont actuellement posés aux hôpitaux. De plus en plus on se rend compte que l'hôpital ne peut remplir complètement son rôle complexe de centre de soins spécialisé que si toutes les activités hos-

De formulering van § 2 wil benadrukken dat de door de wet gewaarborgde inbreng van de Medische Raad in de besluitvorming van het ziekenhuis geen ander doel heeft dan bij te dragen tot een adequaat beheer met het oog op het optimaal verwezenlijken van de sociale functie van het ziekenhuis.

§ 3. Het algemeen beleid moet concreet vertaald worden in de dagelijkse werking van het ziekenhuis. De verantwoordelijkheid hiervoor berust bij de directie (directeur of, desgevallend, directiecollege) die voor het doelmatig vervullen van haar opdracht over een voldoende beslissingsautonomie moet kunnen beschikken. De verantwoordelijkheid voor de dagelijkse werking van het ziekenhuis berust bij de directeur. Het spreekt vanzelf dat de directeur bij het vervullen van zijn opdracht minstens de verantwoordelijke moet betrekken van de belangrijkste facetten van het ziekenhuisgebeuren, nl. de verantwoordelijke van het medisch departement (hoofdgeneesheer), van het verplegend departement (hoofd van de nursing), van het administratief-financiële en van het technisch departement. Deze samenstelling van het directiecomité hoeft niet altijd in alle ziekenhuizen identiek te zijn. Zo is het b.v. niet uitgesloten dat in sommige ziekenhuizen ook de voorzitter van de Medische Raad deel uitmaakt van het directiecomité.

De in paragraaf 3 vermelde samenstelling van het directiecomité is dus niet limitatief; zo is het b.v. niet uitgesloten dat de ziekenhuisapotheker aan de bijeenkomsten van het directiecomité zou deelnemen voor de aangelegenheden die de werking van de ziekenhuisapotheek betreffen.

Het directiecomité moet niet worden beschouwd als een orgaan van het O.C.M.W. Het gaat om een praktisch-gerichte interne werkorganisatie van de voornaamste verantwoordelijken van het ziekenhuis met het oog op de behartiging van de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis. De opdracht van het directiecomité is aldus duidelijk te onderscheiden van de beheersbevoegdheden van de raad (algemeen beleid + zware beheersbeslissingen) en het bijzonder comité (dagelijks beheer). Het directiecomité heeft een taak van uitvoering m.b.t. de beheersbeslissingen van beide genoemde organen.

Het tekstvoorstel van de Raad van State werd overgenomen met weglating van de derde zin; de bedoeling dat de in de paragraaf gegeven samenstelling niet limitatief is wordt uitgedrukt door toevoeging van het woord « onder meer » in de tweede zin.

AFDELING II

Structurering van het medisch werk in het ziekenhuis

Artikel 3

Krachtens de ziekenhuiswet worden tot nog toe aan de ziekenhuizen slechts zeer summier geformuleerde eisen gesteld met betrekking tot de medische dienstverlening in het ziekenhuis. Meer en meer groeit het inzicht dat het ziekenhuis zijn complexe taak van gespecialiseerd zorgverle-

pitalières sont coordonnées entre elles. Ceci appelle plus particulièrement une organisation de l'activité médicale à l'hôpital de façon à faire partie intégrante de toutes les activités hospitalières.

Des exigences relatives à une structure des soins médicaux doivent donc être posées à l'hôpital; la législation existante doit être complétée dans ce sens. C'est l'objectif de l'article 3 qui jette les bases légales nécessaires. La structure d'organisation médicale minimum devra être concrétisée par un arrêté d'exécution.

§ 1^{er}. Une organisation minimale des soins médicaux exige une structuration à trois niveaux :

a) un médecin en chef doit être désigné comme responsable de l'organisation médicale de l'ensemble du département médical.

b) au niveau des différents services dans le département médical (tant les services dits de lits que les services médico-techniques), un médecin doit être désigné comme responsable de l'organisation médicale : le médecin-chef de service;

c) au niveau de tous les médecins attachés à l'hôpital il faut un fonctionnement organisé du staff médical. L'objectif primordial du fonctionnement du staff est d'optimiser la qualité des soins médicaux. Le médecin en chef devra prendre les initiatives concrètes qui s'imposent pour donner forme à l'organisation des activités du staff.

Un arrêté d'exécution devra préciser les compétences et missions du médecin en chef et des médecins-chefs de service. La loi précise seulement que leur mission a trait à l'organisation et à la coordination des soins médicaux dispensés à l'hôpital. Il doit être clair que leurs compétences et missions ne peuvent empiéter ni sur la responsabilité individuelle de chaque médecin en matière de diagnostic et de traitement, ni sur la liberté diagnostique et thérapeutique qui est la sienne conformément à la législation sur l'exercice de l'art de guérir.

La tâche de médecin en chef se situera donc sur le plan de l'organisation médicale; il lui incombera de veiller à ce que :

— les mesures organisationnelles et structurelles nécessaires soient prises pour contribuer à promouvoir la qualité des soins médicaux (entre autres, dossier médical, archives médicales, évaluation mutuelle par l'audit médical);

— l'esprit d'équipe soit stimulé entre les médecins;

— la collaboration soit encouragée avec les autres membres du personnel infirmier et paramédical.

ningscentrum slechts tenvolle kan vervullen indien het geheel van de ziekenhuisactiviteiten op mekaar worden afgestemd; dit vergt meer in het bijzonder dat de medische activiteit in het ziekenhuis dusdanig wordt georganiseerd dat ze een integrerend deel vormt van het geheel van de ziekenhuisactiviteiten.

Aan het ziekenhuis als dusdanig moeten derhalve eisen worden gesteld met betrekking tot een gestructureerde medische dienstverlening in het ziekenhuis; onder dit opzicht moet de bestaande wetgeving worden aangevuld. Het is de bedoeling van artikel 3 hiertoe de noodzakelijke wettelijk basis te leggen; de concretisering van de in de wet opgelegde minimale medische organisatiestructuur zal bij uitvoeringsbesluit moeten gebeuren.

§ 1. Een minimale ordening van de medische dienstverlening vergt een structurering op drie niveaus :

a) als medisch-organisatorisch verantwoordelijke voor het geheel van het medisch departement dient een hoofdgeneesheer te worden aangesteld.

b) op het niveau van de onderscheiden diensten in het medische departement (zowel de zgn. beddendiensten als de zgn. medisch-technische diensten) moet een medisch-organisatorisch verantwoordelijk geneesheer worden aangeduid : de geneesheer-diensthooft.

c) op het niveau van het geheel van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren is een georganiseerde medische stafwerking vereist. Bedoeling is vooral via de medische stafwerking de in § 2 beoogde optimalisering van de kwaliteit van de medische dienstverlening te verhogen. De hoofdgeneesheer zal concreet de nodige initiatieven moeten nemen om de medische stafwerking concreet gestalte te geven.

De bevoegdheden en opdrachten van de hoofdgeneesheer en de geneesheer-diensthooften moeten bij uitvoeringsbesluit nader omschreven worden. In de wet wordt enkel gepreciseerd dat hun opdrachten betrekking hebben op de organisatie en de coördinatie van de medische dienstverlening in het ziekenhuis. Het moet duidelijk zijn dat hun bevoegdheden en opdrachten geen afbreuk doen, noch aan de individuele verantwoordelijkheid van elke arts voor de diagnose en behandeling noch aan de vrijheid inzake diagnose en therapie waarvan hij krachtens de wetgeving op de uitoefening der geneeskunde beschikt.

De taak van de hoofdgeneesheer zal dus op het medisch-organisatorische vlak liggen; het zal tot zijn opdracht behoren ervoor te zorgen dat :

— de nodige organisatorische en structurele maatregelen worden genomen die bijdragen tot een bevordering van de kwaliteit van de medische dienstverlening (o.a. medisch dossier, medisch archief, onderlinge toetsing door medical audit);

— de equipe-geest onder de geneesheren bevorderd wordt;

— de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid de verpleegkundigen en paramedici, bevorderd wordt.

Dans l'exercice de sa fonction, le médecin en chef devra toujours avoir à l'esprit la réalisation d'un délicat équilibre entre la satisfaction des exigences d'organisation médicale, qui sont posées à l'hôpital, et le respect de l'autonomie diagnostique et thérapeutique du médecin. Aussi ne pourra-t-il remplir adéquatement sa fonction que s'il jouit de la confiance des médecins attachés à l'hôpital et s'il exerce sa fonction dans un contexte d'étroite collaboration avec le Conseil médical et le staff. La Commission Paritaire Médecins-Hôpitaux devra examiner quelles sont les conditions les plus propres à assurer cette confiance : limitation éventuelle de la durée du mandat; explicitation des rapports avec le Conseil Médical (par exemple assistance aux réunions du Conseil médical).

§ 2. Une meilleure structuration de l'activité médicale selon le § 1^{er} doit aussi permettre de mieux répondre aux exigences générales d'organisation médicale en matière de dossiers médicaux, archives médicales et d'évaluation interne des soins médicaux dispensés à l'hôpital. Ce n'est qu'en collaboration avec les médecins qu'il sera possible de satisfaire aux exigences posées en la matière aux hôpitaux; la tâche spécifique du médecin en chef sera d'organiser et de stimuler la nécessaire collaboration dans le domaine de l'organisation médicale.

CHAPITRE III

Structuration de l'association des médecins hospitaliers à la prise de décision

Le chapitre III définit les dispositions légales de base relatives, d'une part, aux organes de gestion et de direction de l'hôpital et d'autre part, à la structuration minimale des soins médicaux dispensés à l'hôpital, comme partie intégrante de l'ensemble des activités hospitalières.

Le chapitre II vise un autre objectif du projet; la fixation dans la loi du mode d'association des médecins hospitaliers à la prise de décision à l'hôpital. Le projet prévoit en l'espèce deux modèles possibles : la section I régit l'association à la prise de décision au moyen d'avis rendus par le Conseil médical sur les décisions de gestion envisagées. Les règles prévues à la section I ont une portée générale mais elles peuvent être remplacées par un modèle de concertation directe, tel que le définit la section II, si le gestionnaire et le Conseil médical optent pour cette alternative.

SECTION I

Le Conseil médical

Article 4

Cet article définit le principe de la création obligatoire d'un Conseil médical dans chaque hôpital.

Bij het vervullen van zijn opdracht zal de hoofdgeneesheer steeds een delikaat evenwicht moeten betrachten : enerzijds het realiseren van de medisch-organisatorische eisen die aan het ziekenhuis gesteld worden en anderzijds het respecteren van de autonomie van de geneesheren inzake diagnose en behandeling. Vandaar dat hij zijn functie slechts adequaat zal kunnen vervullen indien hij ook het vertrouwen geniet van de aan het ziekenhuis verbonden artsen en indien hij zijn functie uitoefent in nauwe samenwerking met de Medische Raad en met de Medische Staff. De Paritaire Commissie zal moeten onderzoeken onder welke voorwaarden dit vertrouwen het best gerealiseerd worden : eventuele beperking van de duur van het mandaat; explicitering van de relatie tot de Medische Raad (b.v. bijwonen van de vergaderingen van de Medische Raad).

§ 2. Een betere structurering van de medische activiteit overeenkomstig § 1 moet ook toelaten beter te beantwoorden aan algemeen medisch-organisatorische eisen op het vlak van het medisch dossier, medisch archief en interne evaluatie van de medische dienstverlening in het ziekenhuis. Aan de eisen die terzake aan het ziekenhuis worden gesteld kan slechts in samenwerking met de geneesheren worden voldaan; het zal in het bijzonder de taak van de hoofdgeneesheer zijn terzake de noodzakelijke medisch-organisatorische samenwerking te organiseren en te stimuleren.

HOOFDSTUK III

Structurering van de betrokkenheid der ziekenhuisgeneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis

In hoofdstuk III werden de wettelijke basisbepalingen omschreven met betrekking tot enerzijds de beheers- en directieorganen van het ziekenhuis en anderzijds met betrekking tot de minimale structurering van de medische dienstverlening in het ziekenhuis als integrerend onderdeel van het geheel van de ziekenhuisactiviteiten.

Hoofdstuk II beoogt uitdrukking te geven aan een andere doelstelling van het ontwerp, nl. het bij wet vastleggen van de wijze waarop de ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij de besluitvorming in het ziekenhuis. Terzake voorziet het ontwerp twee mogelijke modellen. Afdeling I regelt de betrokkenheid bij de besluitvorming langs de weg van door de Medische Raad uitgebrachte adviezen omtrent de voorgenomen beheersbeslissingen. De regeling voorzien onder afdeling I is de regeling die algemeen geldt; ze kan evenwel vervangen worden door een model van rechtstreekse samenspraak zoals omschreven in afdeling II indien beheerder en Medische Raad voor dit alternatief model opteren.

AFDELING I

De Medische Raad

Artikel 4

Dit artikel omschrijft het principe van de verplichte oprichting van een Medische Raad in elk ziekenhuis.

Article 5

Le Conseil médical est un organe élu. Le mode de composition sera défini par arrêté. A cause du caractère représentant et la fonction intégrante du Conseil médical tous les médecins hospitaliers ne pourront pas exercer la même influence lors de l'élection du Conseil. Ils auront tous le droit de vote, mais il faudra :

a) atteindre un niveau minimum d'activité (par exemple mi-temps) pour être éligible;

b) attribuer un droit de vote pondéré selon le degré d'activité (par exemple la pondération du vote émis pourrait varier de 1 à 4);

c) déterminer qu'un nombre minimum de chefs de service et/ou de médecins occupés à temps plein, devront siéger au Conseil médical. Pour le reste, les arrêtés d'exécution tiendront compte, pour ce qui est de la composition et du fonctionnement du Conseil, des anciennes propositions faites en la matière par la Commission paritaire.

§ 2. Le Conseil médical ne peut perdre le contact avec les autres membres du Staff qui l'ont élu. Aussi la loi impose-t-elle au Conseil médical l'obligation de se justifier régulièrement de l'exercice de son mandat.

Article 6

Le Conseil médical est un organe représentant les médecins hospitaliers et élus par eux en vue de leur association à la prise de décision (§ 1). En créant le Conseil médical, l'intention n'est pas d'alourdir la prise de décision à l'hôpital; on compte sur la collaboration du Conseil médical pour optimiser la qualité des soins médicaux de l'hôpital dans les domaines décrits du § 2. C'est en vue de mieux atteindre l'objectif formulé au § 2 (c'est-à-dire fournir les soins médicaux dans l'hôpital dans des conditions optimales pour les patients) qu'il est donné une compétence d'avis au Conseil médical concernant les points énumérés au § 3.

Il est évident qu'il ne doit pas y avoir compétition entre les missions du Conseil médical et du médecin en chef par rapport aux points visés au § 2. La mission du Conseil se situe au niveau de l'association aux décisions de gestion relatives à ces matières; c'est dans le cadre et en exécution de ces décisions de gestion que le médecin en chef remplit sa fonction. Le texte de la phrase introductive a été adapté en tenant compte de la remarque du Conseil d'Etat à ce sujet. L'énumération au § 3 des points sur lesquels le Conseil médical a compétence d'avis s'inspire du consensus qui s'est dégagé autrefois à ce propos au sein de la Commission paritaire Médecins-Hôpitaux.

Artikel 5

De Medische Raad is een verkozen orgaan. De wijze van samenstelling zal bij besluit bepaald worden. Gelet op zijn vertegenwoordigend karakter en zijn integrerende functie zullen niet alle aan het ziekenhuis verbonden geneesheren bij de verkiezing van de Raad dezelfde invloed kunnen uitoefenen. Alle aan het ziekenhuis verbonden geneesheren zullen kiesgerechtigd zijn, maar er zal wel bepaald worden dat :

a) een minimum-activiteitsniveau (bijvoorbeeld half time) vereist is om verkiesbaar te zijn;

b) een gewogen stemrecht wordt toegekend volgens activiteitsgraad (bijvoorbeeld de waarde van een uitgebrachte stem zou kunnen variëren van 1 tot 4);

c) een te bepalen minimum-aantal diensthoofden en/of full-time geneesheren in de Medische Raad moet zetelen. Voor het overige zullen de uitvoeringsbesluiten m.b.t. samenstelling en werking van de Raad rekening houden met de vroeger terzake gedane voorstellen in de Paritaire Commissie.

§ 2. De Medische Raad mag niet het contact verliezen met de andere leden van de Medische Staff waaruit hij verkozen is. Daarom wordt in de wet de verplichting opgelegd aan de Medische Raad om geregeld verantwoording af te leggen over de uitoefening van zijn mandaat.

Artikel 6

De Medische Raad is een vertegenwoordigend orgaan samengesteld op basis van een verkiezing door de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren met het oog op hun betrokkenheid bij de besluitvorming (§ 1). De oprichting van de Medische Raad heeft niet tot bedoeling de besluitvorming in het ziekenhuis te verzwaken; wel wordt van de Medische Raad een medewerking verwacht om de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening van het ziekenhuis te optimaliseren op de in § 2 opgesomde domeinen. Het is met het oog op het beter bereiken van het in § 2 omschreven streefdoel (nl. « de geneeskundige hulpverlening in het ziekenhuis in optimale voorwaarden van de patiënten te verstrekken ») dat aan de Medische Raad adviesbevoegdheid wordt gegeven met betrekking tot de in § 3 opgesomde punten.

Het is evident dat geen competitie mag gezien worden tussen de opdrachten van de Medische Raad en de hoofd-geneesheer m.b.t. de in § 2 opgesomde punten. De taak van de Medische Raad situeert zich op het niveau van de betrokkenheid bij de beheersbeslissingen betreffende deze materies; de hoofd-geneesheer oefent zijn opdracht uit binnen en in uitvoering van deze beheersbeslissingen. De tekst van de inleidende zin werd aangepast ingevolge de desbetreffende bemerking van de Raad van State. De in § 3 gegeven opsomming van de punten waarover de Medische Raad adviesbevoegdheid heeft is geïnspireerd op de consensus die hieromtrent vroeger werd bereikt in de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

Certes la définition a été quelque peu précisée ici et là et mieux délimitée, surtout en ce qui concerne la formulation des points dont question au § 5. Le Conseil d'Etat fait remarquer « qu'il n'appartient pas au législateur national d'attribuer une compétence d'avis au Conseil médical qu'il institue, étant donné qu'il s'agit de matières qui relèvent des Communes ». Le Conseil dit que c'est certainement le cas pour les matières dont il est question à l'ancien article 5, § 3, 16°, plaintes des patients ou de leurs parents) et 17° (l'humanisation des rapports entre l'hôpital et les patients). Le principe énoncé dans cette remarque est accepté; c'est la raison pour laquelle le 17° a été supprimé et pour laquelle le 16° a été remanié afin de rencontrer la remarque du Conseil.

L'énumération visée au § 3 concerne les domaines pour lesquels le gestionnaire, avant de prendre une décision, est tenu, en vertu du § 4 de recueillir l'avis du Conseil médical. La lecture des points énumérés montre clairement qu'il s'agit de matières dont la réglementation est importante pour l'exercice de l'activité médicale hospitalière. Pour certaines matières, l'avis du Conseil médical a dans certaines conditions un poids plus lourd qu'un simple avis. L'énumération de ces points s'inspire de l'avant projet du 6 janvier 1976 du Ministre De Saeger, qui avait été soumis à l'avis du Conseil des hôpitaux. D'abord il faut noter que la procédure prévue au § 5 n'a nullement pour objet d'ouvrir la possibilité de bloquer la prise de décision à l'hôpital. Au contraire la procédure élaborée part de l'idée maîtresse, qui sous-tend tout le projet, que la qualité tant des décisions de gestion que des soins médicaux est optimisée si les deux aspects sont incorporés aussi harmonieusement que possible dans la prise de décision. Ainsi la procédure est-elle conçue de telle façon que la prise de décision définitive est la résultante d'une conviction réciproque.

Dès lors, la procédure prévue au § 5 devra seulement être suivie si une large majorité (deux tiers) du Conseil médical formule un avis contraire à la proposition sur laquelle le gestionnaire a demandé l'avis. Un point de vue de même force adopté par le Conseil médical incitera, à n'en point douter, le gestionnaire à la réflexion.

Un tel point de vue du Conseil médical ne doit pas conduire à un blocage des positions respectives. C'est pourquoi la loi rend obligatoire dans ce cas une concertation directe; si elle n'aboutit pas à un accord le gestionnaire soumettra une proposition motivée à tous les médecins attachés à l'hôpital.

Si ceux-ci, à la majorité des deux tiers, adoptent sur cette proposition une position divergente, le gestionnaire n'est pas tenu de se rallier à ce point de vue. Dans ce cas, il est fait appel à un médiateur externe, qui tente de concilier les

Wel werd de omschrijving hier en daar wat verduidelijkt en beter afgetekend, vooral wat betreft de formulering van de punten waarnaar in § 5 wordt verwezen. De Raad van State laat opmerken dat de « Nationale wetgever niet bevoegd is om een adviesbevoegdheid te geven aan de Medische Raad door hem ingesteld omdat zij materies betreft die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren. » Volgens de Raad is dat zeker het geval voor de aangelegenheden waarvan sprake in artikel 5, § 3 punt 16° (Klachten van patiënten of van hun verwanten) en 17° (humanisering van de betrekkingen tussen het ziekenhuis en de patiënten) van de ontwerp-tekst. Er kan worden ingestemd met de strekking van deze bemerking; daarom wordt het 17° weggelaten en wordt de tekst van 16° herwerkt zodat aan de opmerking van de Raad wordt tegemoet gekomen.

De opsomming van § 3 heeft tot bedoeling die domeinen op te sommen waartoe de beheerder, alvorens een beslissing te nemen, krachtens § 4 gehouden is het advies van de Medische Raad in te winnen. Uit de lectuur van de opsomde punten blijkt duidelijk dat het gaat om aangelegenheden waarvan de regeling van belang is voor de uitoefening van de medische activiteit in het ziekenhuis. Voor bepaalde aangelegenheden wordt aan het advies van de Medische Raad in bepaalde voorwaarden een zwaarder gewicht toegekend dan louter advies. De opsomming van deze punten is geïnspireerd op het voorontwerp van 6 januari 1976 van Minister De Saeger dat aan de Ziekenhuisraad voor advies werd voorgelegd. Vooreerst weze verduidelijkt dat de in § 5 voorziene procedure geenszins tot bedoeling heeft de blokkering van de besluitvorming in het ziekenhuis mogelijk te maken. De uitgewerkte procedure vertrekt integendeel van het basisinzicht dat aan gans het ontwerp ten grondslag ligt dat zowel de kwaliteit van de beheersbeslissingen als de kwaliteit van de medische dienstverlening geoptimaliseerd wordt indien de beide aspecten op een zo harmonieus mogelijke wijze in de besluitvorming worden verrekend. De procedure is dan ook zo opgevat dat de uiteindelijke besluitvorming de resultante is van wederzijdse overtuiging.

Omtrent een voorstel van de beheerder zal dan ook slechts de in § 5 voorziene procedure moeten worden gevolgd indien een ruime meerderheid (twee derde) van de Medische Raad een andersluidend advies formuleert omtrent het voorstel waarover door de beheerder advies werd gevraagd. Een standpunt voor de Medische Raad dat met dergelijke kracht wordt geponeerd zal ongetwijfeld de beheerder tot reflexie aanzetten.

Een aldus geformuleerd standpunt van de Medische Raad hoeft niet tot een blokkering van de wederzijdse standpunten te leiden; vandaar dat de wet in dit geval een rechtstreeks overleg verplichtend maakt; indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt legt de beheerder een gemotiveerd voorstel voor aan alle aan het ziekenhuis verbonden geneesheren.

Wanneer ten aanzien van dit voorstel de geneesheren met tweederde meerderheid een hiervan afwijkend standpunt formuleren dan is de beheerder niet verplicht zich bij dat standpunt aan te sluiten. In dit geval wordt beroep gedaan op

positions en présence. En cas d'échec, le médiateur fait lui-même une proposition à laquelle le gestionnaire peut se rallier; s'il ne sait s'y rallier, il doit faire lui-même une proposition, sur laquelle le Conseil médical marque son accord. Si le gestionnaire suit la proposition du médiateur, la procédure proposée implique que cette décision lie également les médecins.

SECTION II

Concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

Dans l'intérêt de l'hôpital et des services médicaux une concordance de vue aussi large que possible devrait exister entre le gestionnaire et les médecins sur les décisions à prendre sur des matières intéressant l'activité médicale; c'est pourquoi le présent projet de loi prévoit une réglementation tendant à associer les médecins hospitaliers à la prise de décision. La section I évoquait un modèle dans lequel l'association des médecins à la prise de décision se fait par le biais d'avis émis par le Conseil médical, soit à la demande du gestionnaire soit d'initiative. Certains hôpitaux se sont orientés vers un modèle d'association par le biais d'une concertation directe entre une délégation mandatée par le gestionnaire et une délégation mandatée par les médecins hospitaliers au sein d'un comité de concertation ad hoc. Il découle du concept même de ce modèle que la direction doit être présente dans la délégation mandatée par le gestionnaire. Ce modèle offre bien entendu davantage de possibilités d'informer et de convaincre directement le partenaire sur les conceptions respectives; ainsi on augmente indubitablement les chances d'arriver à un consensus sur les mesures de gestion à prendre. Le projet de loi veut dès lors expressément rendre ce modèle de collaboration légalement possible comme alternative facultative au modèle d'association par avis, que propose la section I. Pour attirant qu'il soit il n'était cependant pas indiqué de l'imposer comme modèle obligatoire pour tous les hôpitaux. En effet le modèle ne peut avoir d'effet favorable que si son application repose sur une attitude fondamentale préalable qui témoigne de la volonté des partenaires d'arriver coûte que coûte à un consensus. Une telle disposition d'esprit, qui suppose un acte de volonté, ne peut être imposée par la loi. Certes la loi peut attacher à l'accord des parties sur l'application du modèle certaines conséquences légales.

Ainsi la loi détermine que si les parties optent pour le modèle il ne faut pas suivre la procédure de portée générale, prévue à la section I (§ 2). La loi veut aussi donner une certaine consistance à la formule choisie: il est dit que l'accord conclu au comité doit être défendu avec force devant les mandants (§ 3) et qu'il ne peut être mis fin à la formule une fois choisie, à la première difficulté qui se présente (§ 4). Mais, le projet de loi prévoit que s'il n'y a plus la volonté de pour-

een externe bemiddelaar die tracht de standpunten tot elkaar te brengen. Wanneer dit niet lukt doet de bemiddelaar zelf een voorstel dat de beheerder kan overnemen; indien hij dit niet wenst te doen moet hijzelf een voorstel doen dat het akkoord heeft van de Medische Raad; indien de beheerder het voorstel van de bemiddelaar opvolgt impliceert de voorgestelde procedure dat deze beheersbeslissing ook bindend is ten aanzien van de geneesheren.

AFDELING II

Samenspraak tussen beheer en ziekenhuisgeneesheren

Het is in het belang van het ziekenhuis en de medische dienstverlening dat er zoveel mogelijk overeenstemming zou bestaan tussen beheerder en geneesheren omtrent de te nemen beslissingen over aangelegenheden die de medische activiteit betreffen; vandaar dat dit wetsontwerp een regeling voorziet om de ziekenhuisgeneesheren bij de besluitvorming hieromtrent te betrekken. In afdeling I werd een model beschreven waarbij de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming geschiedt via door de Medische Raad uitgebrachte adviezen, hetzij op vraag van de beheerder hetzij op eigen initiatief. In bepaalde ziekenhuizen werd de stap gezet naar een model van betrokkenheid via rechtstreekse samenspraak tussen een gemandateerde delegatie van het beheer en een gemandateerde delegatie van de ziekenhuisgeneesheren in een overlegcomité ad hoc. Uit het concept zelf van dit model volgt dat de directie aanwezig is in de beheersdelegatie. Dit model biedt vanzelfsprekend meer mogelijkheid om de respectieve opvattingen rechtstreeks ten aanzien van de gesprekspartners toe te lichten en te motiveren; aldus worden ongetwijfeld de kansen verhoogd om tot overeenstemming te komen omtrent te nemen beheersbeslissingen. Het wetsontwerp wil dan ook uitdrukkelijk dit samenwerkingsmodel wettelijk mogelijk maken als facultatief alternatief voor het in afdeling I vooropgezette model van betrokkenheid via adviezen. Alhoewel het model zeer aantrekkelijk is, was het toch niet aangewezen het als verplichtend model aan alle ziekenhuizen op te leggen. Het model kan immers slechts zijn gunstige effecten opleveren indien de toepassing van het model kan steunen op een vooraf gegeven grondhouding waaruit de wil blijkt van de gesprekspartners om hoe dan ook tot overeenstemming te komen. Dergelijke ingesteldheid die een wilsdaad veronderstelt kan niet bij wet opgelegd worden. Wel kan de wet aan het akkoord van de partijen om het model toe te passen bepaalde wettelijke consequenties verbinden.

Zo bepaalt de wet dat indien de partijen voor dit model kiezen, de in afdeling I voorziene algemeen geldende procedure niet moet worden gevolgd (§ 2). De wet wil ook een zekere consistentie geven aan de eenmaal gekozen formule: zo wordt voorzien dat de in het comité bereikte overeenstemming met alle kracht ten aanzien van de mandanten moet verdedigd worden (§ 3) en dat aan de eenmaal gekozen formule niet zomaar bij de eerste de beste mogelijkheid

suivre l'application de la formule, la décision doit être communiquée aux partenaires; si, dans les trois mois, on ne décide pas de maintenir quand même la formule, la procédure générale prévue à la section I doit être appliquée (§ 5).

CHAPITRE IV

Rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

Souvent les conditions dans lesquelles les médecins exercent leur activité à l'hôpital ne sont pas clairement définies. Souvent certains points essentiels ne sont pas réglés ou le sont de façon incomplète ou imprécise. De telles situations ne favorisent pas une collaboration efficace et sont dans bien des cas une source de malentendus ou de conflits. Le projet entend améliorer cette situation. Son objet en l'espèce est, toutefois, limité. L'esprit de la loi n'est pas d'imposer aux hôpitaux et aux médecins hospitaliers le contenu des conventions à conclure ou des matières à régler. Mais il veut imposer la clarté dans les rapports entre le gestionnaire et les médecins à propos de matières essentielles pour une dispensation correcte des soins médicaux en fonction de l'objectif social de l'hôpital et une collaboration appropriée entre l'hôpital et les médecins hospitaliers (ensemble ou individuellement). Pour réaliser cet objectif de clarté dans tous les hôpitaux, le projet prévoit deux axes : l'obligation d'élaborer une réglementation générale (article 8) et une réglementation individuelle écrite (article 9).

Article 8

Chaque hôpital doit élaborer une réglementation générale régissant les éléments qui déterminent le bon fonctionnement des médecins dans l'hôpital (§ 1^{er}). La réalisation de cette réglementation générale est tellement importante et décisive pour le déroulement de l'activité médicale hospitalière que la procédure prévue à cet égard au chapitre III doit être suivie (§ 2). Le § 3 énumère les matières devant figurer en tout cas dans la réglementation générale. Ce sont les matières qui doivent nécessairement être réglées entre l'hôpital et les médecins hospitaliers : conditions de nomination ou de démission, conditions générales de travail, règlement financier, permanence des soins etc.

Article 9

La réglementation générale visée à l'article 8 vaut comme un cadre général et comme directive pour la réglementation individuelle de chaque médecin. Le § 1^{er} oblige de fixer par

un acte un cadre général et une directive pour la réglementation individuelle de chaque médecin (§ 4). Wel voorziet het wetsontwerp dat indien de wil niet meer bestaat om de formule verder toe te passen dat dit aan de gesprekspartner moet meegedeeld worden; indien binnen de drie maand niet beslist wordt om de formule toch te behouden, dan dient de algemene in afdeling I voorziene regeling te worden toegepast (§ 5).

HOOFDSTUK IV

Rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren

De voorwaarden waaronder de geneesheren hun activiteit in het ziekenhuis uitoefenen zijn dikwijls niet duidelijk vastgelegd; omtrent essentiële punten bestaat dikwijls geen of een onvolledige of een onduidelijke regeling. Dergelijke situaties zijn niet bevorderlijk voor een behoorlijke samenwerking en zijn bovendien dikwijls een bron van misverstanden of conflicten. Aan deze toestand wil het ontwerp verbetering brengen. De doelstelling van het ontwerp terzake is evenwel beperkt. De wet heeft niet de bedoeling aan de ziekenhuizen en de er werkzame geneesheren de inhoud zelf van de te maken afspraken of van de te regelen aangelegenheden op te leggen. Wel wil het ontwerp opleggen dat er duidelijkheid weze in de verhoudingen tussen beheerder en geneesheren omtrent aangelegenheden die van essentieel belang zijn zowel voor een behoorlijke medische dienstverlening in functie van de maatschappelijke doelstelling van het ziekenhuis als voor een behoorlijke samenwerking tussen ziekenhuis en ziekenhuisgeneesheren (gezamenlijk en individueel). Om dit objectief van duidelijkheid in alle ziekenhuizen te realiseren voorziet het ontwerp twee wegen : een verplichting tot het uitwerken van een algemene regeling (artikel 8) en een schriftelijke individuele regeling (artikel 9).

Artikel 8

In elk ziekenhuis moet een algemene regeling worden uitgewerkt waarin de elementen moeten worden behandeld die determinerend zijn voor het behoorlijk functioneren van de medici in het ziekenhuis (§ 1). De totstandkoming van deze algemene regeling is zo gewichtig en bepalend voor de wijze waarop de medische activiteit in het ziekenhuis zal geschieden dat hieromtrent de procedure van Hoofdstuk III moet worden gevolgd (§ 2). De aangelegenheden die in elk geval in de algemene regeling moeten aan bod komen zijn opgesomd in § 3. Het zijn aangelegenheden die onontbeerlijk zijn in elke regeling van het ziekenhuis met de eraan verbonden geneesheren : voorwaarden van benoeming en ontslag, algemene werkvoorwaarden, financiële regeling, permanentie van de zorgverlening enz.

Artikel 9

De onder artikel 8 bedoelde algemene regeling geldt als algemeen kader en als richtsnoer voor de individuele regelingen met elke geneesheer afzonderlijk. § 1 legt de verplichting

écrit cette réglementation individuelle et ses modifications éventuelles. Le § 2 énumère les questions qui doivent obligatoirement être traitées dans cette réglementation écrite.

La clarté sur tous ces points servira de base pour prévenir ou résoudre des contestations éventuelles. Soulignons encore une fois que les autorités politiques n'ont pas l'intention d'imposer directement le contenu même des réglementations. Certes, il va de soi qu'elles doivent concorder avec les obligations minimales imposées en vertu d'autres dispositions de la présente loi; telle que l'obligation d'intégrer la structure d'organisation médicale, imposée en exécution de l'article 3 ou encore la nécessité d'accepter le système de perception centrale des honoraires imposé par l'article 12.

Article 10

L'actuelle réglementation légale de l'assujettissement du médecin à l'O.N.S.S.K (art. 1^{er}, § 3, de la loi d'O.N.S.S. inséré par l'article 106 de la loi de 1976 relative aux propositions budgétaires) est dans certains cas une source d'imprécisions lorsqu'elle est appliquée aux médecins hospitaliers. Cet article vise à poser les bases légales d'un remplacement, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, de l'article 1^{er}, § 3, relatif aux médecins hospitaliers.

CHAPITRE V

Le statut pécuniaire du médecin hospitalier

Dans le cadre de la réglementation générale des problèmes qui se posent au sujet du statut du médecin hospitalier, il convient d'aborder aussi le statut pécuniaire. Le projet traite les points au sujet desquels des textes ont déjà été rédigés tant dans l'avant-projet de convention collective présenté comme base de discussion, par le président de la Commission paritaire médecins-hôpitaux (document Halter), que dans l'avant projet du Ministre De Saeger. Les matières suivantes sont traitées : systèmes de rémunération (section I, art. 11), perception des honoraires (section II, art. 12), la fixation des honoraires (section III, art. 13), et l'affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale (section IV, art. 14).

Remarquons d'abord que certains problèmes nés ou pouvant naître au sujet des points énumérés ci-dessus dans le domaine hospitalier, trouvent notamment leur origine dans la manière dont l'assurance maladie-invalidité intervient dans le financement de l'activité médicale à l'hôpital.

L'on sait suffisamment qu'en vertu de l'article 5 de la loi sur les hôpitaux, le prix de journée couvre forfaitairement tous les frais de séjour et de dispensation des soins mais qu'en vertu du même article, ne sont pas compris dans le prix normal de journée, les honoraires du médecin pour les soins médicaux normaux et les actes techniques médicaux de diag-

ning op die individuele regeling en de eventuele wijzigingen eraan schriftelijk vast te leggen. § 2 somt de aangelegenheden op die verplichtend in de schriftelijke regeling worden behandeld.

Duidelijkheid omtrent al deze punten zal inderdaad een basis bieden om eventuele betwistingen te voorkomen of op te lossen. Het weze nogmaals benadrukt dat het niet de bedoeling van de overheid is rechtstreeks de inhoud zelf van de regelingen op te leggen. Vanzelfsprekend moeten de regelingen wel in overeenstemming zijn met de minimumverplichtingen die krachtens andere bepalingen van deze wet zijn opgelegd, zoals b.v. de verplichting tot inschakeling in de medische organisatiestructuur zoals die in uitvoering van artikel 3 wordt opgelegd of b.v. de noodzaak om het systeem van centrale inning der honoraria te aanvaarden zoals dit in uitvoering van artikel 12 wordt opgelegd.

Artikel 10

De bestaande wettelijke regeling van onderwerping van de geneesheren aan de R.S.Z. (art. 1, § 3, van de R.S.Z.-wet zoals ingevoegd bij artikel 106 van de wet van 1976 op de budgettaire voorstellen) geeft in bepaalde gevallen aanleiding tot onduidelijkheid in de toepassing wat betreft de geneesheren die in ziekenhuizen werkzaam zijn. De bedoeling van dit artikel is de wettelijke basis te bieden om bij in Ministeraad overlegd besluit de regeling van artikel 1, § 3, m.b.t. de in de ziekenhuizen werkzame geneesheren te vervangen.

HOOFDSTUK V

Het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheren

In het kader van een globale regeling van de problemen die zich stellen met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisgeneesheer moet ook het geldelijk statuut ter sprake komen. Terzake behandelt het onderwerp de punten waaromtrent reeds teksten werden uitgewerkt zowel in het voorontwerp van collectieve overeenkomst dat als discussiebasis werd voorgelegd door de toenmalige voorzitter van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen (zgn. document Halter) als in het voorontwerp van Minister De Saeger. Volgende materies komen aan bod : de vergoedingsstelsels (Afdeling I, art. 11), de inning der honoraria (afdeling II, art. 12), de vaststelling der honoraria (afdeling III, art. 13) en de aanwending van de sommen der centraal geïnde honoraria (afdeling IV, art. 14).

Vooraf weze opgemerkt dat sommige problemen die omtrent de hierboven opgesomde punten op het vlak van het ziekenhuis bestaan of kunnen ontstaan met name hun oorsprong vinden in de wijze waarop de ziekte- en invaliditeitsverzekering tussenkomt in de financiering van de medische activiteit in het ziekenhuis.

Het is voldoende bekend dat volgens artikel 5 van de ziekenhuiswet de prijs van de verpleegdag weliswaar forfaitair alle kosten dekt met betrekking tot verblijf en het verstrekken van zorgen, maar dat krachtens hetzelfde artikel uitdrukkelijk niet in de normale prijs van de verpleegdag begrepen is het honorarium van de geneesheren in verband

nostic et de traitement. Les termes utilisés à l'article 5 de la loi sur les hôpitaux renvoient clairement à la terminologie utilisée dans la loi sur l'assurance maladie-invalidité. C'est en effet indépendamment du prix de journée et sur la base de la réglementation générale A.M.I. que l'activité médicale à l'hôpital est prise en charge par l'assurance maladie.

L'on n'ignore pas que le remboursement par l'A.M.I. d'une activité médicale se fait généralement sur base de l'attestation du médecin selon laquelle il a accordé à l'assuré social des soins repris dans la nomenclature A.M.I. Le remboursement par prestation est donc la règle générale qui est appliquée aussi aux hôpitaux même dans les cas où l'hôpital, par exemple, paie un traitement aux médecins qu'il emploie. On sait aussi que, à l'exception de quelques honoraires dits purs, le montant du remboursement fixé par l'A.M.I. est destiné à couvrir tous les frais liés à la prestation médicale et ne comprend donc pas uniquement la rémunération de l'acte médical proprement dit mais, par exemple, aussi les frais de personnel nécessaire à l'exécution de la prestation ainsi que les frais de location et d'amortissement de l'appareillage utilisé. Ce système s'applique aussi à l'activité médicale à l'hôpital, même si tout le personnel est au service de l'hôpital et si tout l'appareillage lui appartient. Ce système a pour conséquence qu'au niveau de l'hôpital doit être résolue toute la problématique relative à l'imputation et la ventilation des frais qui sont à charge du prix de la journée et ceux qui doivent être pris en charge par les honoraires.

Il est évident que même s'il y a, à l'hôpital, unité de vues sur la conception et l'organisation des soins médicaux dans leur ensemble, le financement de l'activité hospitalière (y compris de l'activité médicale) par la sécurité sociale se fait principalement à partir de deux sources : le prix de journée et le produit des honoraires. Cela fait naître une dualité de financement avec des répercussions sur la gestion de tout l'hôpital. Le remboursement par prestation, différent selon les disciplines médicales, peut pour l'hôpital faire problème, tant en raison d'éventuelles différences entre les médecins qu'en raison des différences de viabilité entre les services divers, de sorte qu'il y a lieu de réaliser une certaine solidarité au niveau de l'hôpital. Le gestionnaire responsable de l'équilibre global et aussi de l'équilibre financier, peut connaître une certaine tension dans ses relations avec le médecin ou le groupe de médecins au sujet de la manière et des raisons pour lesquelles le produit des honoraires est attribué, réparti ou utilisé.

met de gewone geneeskundige zorgen en de technische geneeskundige verstrekkingen op het gebied van de diagnose en de behandeling. De in artikel 5 van de ziekenhuiswet gebruikte bewoordingen verwijzen duidelijk naar de terminologie die in de ziekte- en invaliditeitswet wordt gebruikt. Het is inderdaad los van de verpleegdagprijs op basis van de algemene Z.I.V.-reglementering dat de medische activiteit in het ziekenhuis vanuit de ziekteverzekering wordt ten laste genomen.

Het is voldoende bekend dat in het algemeen gezien de terugbetaling van de Z.I.V. voor een medische activiteit geschiedt op basis van de attestatie van een individuele geneesheer dat hij aan de sociaal verzekerde een in de Z.I.V.-nomenclatuur voorziene geneeskundige verstrekking heeft verstrekt. De terugbetaling per prestatie is dus de algemene regel die ook naar de ziekenhuizen toe wordt toegepast, ook in de gevallen dat bijvoorbeeld het ziekenhuis de in het ziekenhuis werkzame geneesheer met een wedde betaalt. Het is ook voldoende bekend dat — enkele uitzonderingen van zgn. zuiver ereloon niet te na gesproken — het door de Z.I.V. bepaalde terugbetalingsbedrag bestemd is om alle kosten te dekken die verbonden zijn aan de geneeskundige prestatie en dus niet enkel de vergoeding voor de eigenlijke medische kosten omvat, maar bijvoorbeeld ook de kosten van personeel dat voor de uitvoering van de prestatie noodzakelijk is evenals de werkingskosten en afschrijvingen van de benodigde apparatuur. Dit systeem geldt ook ten aanzien van de medische activiteit in het ziekenhuis, ook indien al het personeel in dienst is van het ziekenhuis en ook indien al de apparatuur eigendom is van het ziekenhuis. Dit systeem brengt mee dat op het niveau van het ziekenhuis een ganse problematiek moet worden opgelost inzake aanrekening van kosten die enerzijds ten laste vallen van de verpleegdagprijs en anderzijds vanuit de inkomsten uit honoraria moeten worden gedragen.

Het is evident dat, ook al is er op het niveau van het ziekenhuis een eenheid qua opvatting en qua organisatie inzake de totale dienstverlening van het ziekenhuis, de sociale zekerheidsfinanciering van de ziekenhuisactiviteit (met inbegrip van de medische activiteit) hoofdzakelijk vanuit twee bronnen geschiedt : enerzijds de verpleegdagprijs en anderzijds de inkomsten uit honoraria. Hieruit ontstaat een dualiteit op het vlak van de financiering, dualiteit die implicaties heeft naar het beheer van het ziekenhuis in zijn geheel. De terugbetaling per prestatie die bovendien verschillend ligt volgens de medische discipline kan op het vlak van het ziekenhuis problemen geven zowel wegens mogelijke ongerechtvaardigde verschillen tussen artsen onderling als wegens mogelijke verschillen in leefbaarheid tussen onderscheiden doch even noodzakelijke diensten, zodat op het vlak van het ziekenhuis een zekere solidarisering moet worden tot stand gebracht. De beheerder die moet instaan voor het globaal — ook financieel — evenwicht kan hierbij in een spanningsrelatie komen te staan met de individuele geneesheer of de geneesherengroep omtrent de wijze waarop en de aangelegenheden waarvoor de inkomsten uit honoraria worden toebedeeld, herverdeeld of aangewend.

Sans modification profonde de l'actuelle législation A.M.I. — par exemple par le biais des prix « all in » ou des honoraires « purs » — le projet tente de créer une base légale pour que l'hôpital puisse répondre autant que possible aux problèmes décrits ci-dessus. Malgré la dualité dans le financement de l'activité hospitalière, le projet veut promouvoir à la fois l'unité dans la gestion de l'hôpital et l'organisation équilibrée de la dispensation des soins médicaux, en fonction de l'objectif social de l'hôpital qui est de rencontrer au mieux les besoins de la population desservie.

SECTION I

Les systèmes de rémunération

Article 11

§ 1^{er}. Le § 1^{er} énumère les systèmes de rémunération qui peuvent être appliqués.

Bien que l'A.M.I. applique principalement le remboursement par prestation (1^o), le projet prévoit aussi qu'au niveau de l'hôpital, le médecin peut être indemnisé sur la base de la répartition d'un pool des honoraires (2^o). Un tel système doit permettre d'éliminer pour les médecins hospitaliers certaines distorsions résultant de l'application de la nomenclature. Il est évident qu'un tel système favorise une collaboration correcte entre les membres du Staff et donc aussi l'intégration des soins médicaux. Ceci vaut également si le médecin est rémunéré au forfait (3^o). Pour remplir sa fonction et favoriser l'esprit d'équipe, le pool peut regrouper tous les honoraires mérités par tous les services médicaux et médico-techniques comme la biologie clinique et la radiologie.

§ 2. Le § 2 précise comment il faut procéder si plusieurs systèmes énumérés au § 1^{er} coexistent. Une des hypothèses de la coexistence de plusieurs systèmes de rémunération est par exemple que pour les médecins qui sont attachés à l'hôpital les honoraires sont regroupés en pool, tandis que par exemple les honoraires pour les consultants restent en dehors du pool.

SECTION II

Perception des honoraires

Article 12

Il a été précisé plus haut qu'un équilibre de rémunération entre médecins doit être réalisé au niveau de l'hôpital, à partir du produit des honoraires, et que le financement des activités hospitalières imputables aux honoraires doit être assuré.

Zonder de bestaande Z.I.V.-wetgeving ten gronde te wijzigen — wat b.v. zou kunnen door « all-in » prijzen of « zuivere » honoraria — tracht het ontwerp een wettelijke basis te leggen om op het vlak van het ziekenhuis de hierboven geschetste problemen zo veel mogelijk te ondervangen. Ondanks de bestaande dualiteit in de financiering van de ziekenhuisactiviteit wil het ontwerp zo veel mogelijk zowel de eenheid in de beleidsvoering van het ziekenhuis als geheel bevorderen, als de evenwichtige uitbouw van de medische sociale doelstelling van het ziekenhuis en in functie van de noden van de door het ziekenhuis bediende bevolking.

AFDELING I

De vergoedingsstelsels

Artikel 11

§ 1. § 1 somt de vergoedingsstelsels op die kunnen worden toegepast.

Alhoewel vanuit Z.I.V. hoofdzakelijk de terugbetaling per prestatie (1^o) wordt toegepast voorziet het ontwerp ook dat op het niveau van het ziekenhuis de geneesheer kan vergoed worden op grond van een verdeling van de samengebrachte honoraria (2^o). Dergelijk systeem moet het mogelijk maken bepaalde distorsies voortvloeiend uit de toepassing van de nomenclatuur weg te werken ten aanzien van de in het ziekenhuis werkzame geneesheren. Het is evident dat dergelijk systeem bevorderend is voor een correcte samenwerking tussen de leden van de medische staf en aldus een geïntegreerde medische dienstverlening bevordert. Hetzelfde geldt vanzelfsprekend indien de geneesheren volgens een forfaitair vastgestelde vergoeding worden vergoed (3^o). Teneinde te beantwoorden aan zijn bedoeling en de equipe-geest te bevorderen kunnen in de pool gegroepeerd worden alle honoraria die door alle medische en medisch-technische diensten worden opgebracht, zoals de laboratoria voor klinische biologie en zoals de radiologie.

§ 2. § 2 duidt aan hoe moet worden tewerk gegaan indien meerdere van de in § 1 opgesomde vergoedingsstelsels samen bestaan. Een van de hypothesen van samen bestaan van meerdere vergoedingsstelsels is b.v. dat voor de geneesheren die aan het ziekenhuis vast verbonden zijn de honoraria in pool gebracht worden, terwijl b.v. de honoraria voor de consulterende geneesheren buiten de pool blijven.

AFDELING II

Inning der honoraria

Artikel 12

Hoger werd uiteengezet dat op het niveau van het ziekenhuis vanuit de inkomsten uit honoraria een evenwicht qua vergoeding tussen de geneesheren onderling moet worden totstandgebracht en de financiering moet worden verzekerd van de aan de honoraria aanrekenbare ziekenhuisactiviteiten.

Pour atteindre correctement ces deux objectifs, la perception centrale des honoraires au niveau de l'ensemble de l'hôpital prévue dans le projet, est l'instrument technique le plus indiqué. Elle offre en plus une garantie supplémentaire de respect des tarifs de l'engagement dans les hôpitaux où l'on travaille sur cette base.

L'instauration obligatoire d'une perception centrale n'est pas seulement souhaitable au niveau de l'hôpital; sa généralisation s'imposera également pour permettre de se faire facilement une idée exacte de la nature et des volumes des soins médicaux dispensés à l'hôpital; l'information dans ce domaine sera une donnée indispensable à l'application concrète des variables qui interviendront dans le nouveau système de prix des hôpitaux.

Sous réserve d'exceptions restrictives et individuelles (*cf.* article 15, § 2), la perception des honoraires devra désormais s'effectuer de façon centrale dans chaque hôpital. Aucun hôpital ne pourra dès lors faire exception à cette règle (§ 1).

Le projet donne l'absolue priorité à la généralisation de la perception centrale. Face à cette priorité, la réponse à la question de savoir par qui cette perception centrale s'effectuera devient moins décisive, certainement si on tient compte des garanties réciproques données par le projet, selon que la perception centrale est organisée par le gestionnaire ou le Conseil médical. Ainsi le règlement relatif au fonctionnement de la perception centrale est établi de commun accord; dans ce règlement les garanties réciproques doivent être données concernant le respect des délais pour la transmission des attestations de soins et pour le paiement des sommes qui sont dues; également le contrôle réciproque doit être organisé.

Le projet part de l'idée que la perception centrale s'effectue généralement par l'hôpital (§ 2). Toutefois la loi ne fournit aucune base pour imposer une modification des systèmes existant aux hôpitaux où la perception centrale est actuellement effectuée par les médecins (*cf.* art. 15, § 1). Le § 2 de l'article 12 prévoit la possibilité pour le Conseil médical de décider lui-même de percevoir les honoraires. En fait l'application possible de cette option est limitée aux services des hôpitaux qui n'avaient pas encore de perception centrale à la date du 31 décembre 1983. En effet le projet ne fournit aucune base pour imposer une modification du système existant dans les hôpitaux où la perception centrale est actuellement effectuée par l'hôpital (*cf.* art. 15, § 1^{er}). Il est évident que le système de perception centrale en vigueur à l'hôpital au 31 décembre 1983 peut être modifié de commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Le fonctionnement correct du système de perception centrale est d'une telle importance, et pour les médecins (groupés et individuels), et pour l'hôpital (*cf. supra*), que le règlement en la matière doit en tout cas être fixé d'un commun accord

Om beide doelstellingen correct te realiseren is de in het ontwerp voorziene centrale inning der honoraria op het niveau van gans het ziekenhuis het meest aangewezen technisch instrument. Bovendien biedt de centrale inning een bijkomende waarborg inzake naleving van de verbintenistarieven in de ziekenhuizen waar aan verbintenistarieven wordt gewerkt.

De algemeen verplichte invoering van de centrale inning is niet alleen wenselijk op het vlak van het ziekenhuis; de veralgemeende toepassing van de centrale inning zal ook noodzakelijk zijn om op een vlotte wijze een correct inzicht te krijgen in de aard en de omvang van de in het ziekenhuis verstrekte medische dienstverlening; de informatie hieromtrent zal een onontbeerlijk gegeven zijn voor het concreet toepassen van de variabele elementen waarmee in het nieuw prijssysteem voor de ziekenhuizen zal worden rekening gehouden.

Onder voorbehoud van restrictief geformuleerde en individu-gerichte uitzonderingen (zie artikel 15, § 2) zal in elk ziekenhuis de inning der honoraria voortaan centraal moeten geschieden. Dus geen enkel ziekenhuis zal op deze regel uitzondering kunnen maken (§ 1).

Het ontwerp geeft absolute prioriteit aan het veralgemeen realiseren van de centrale inning. Ten aanzien van deze prioriteit is het antwoord op de vraag door wie de centrale inning geschiedt minder doorslaggevend, zeker indien men rekening houdt met de in ontwerp voorziene wederkerige waarborgen al naar gelang de beheerder of de Medische Raad de centrale inning organiseert. Aldus wordt het reglement van de dienst voor inning in onderling akkoord vastgesteld, worden wederkerige waarborgen gegeven m.b.t. het naleven van termijnen voor het overmaken van attesten en voor de uitbetaling der verschuldigde sommen en wordt een wederzijds toezicht georganiseerd.

Het ontwerp gaat er van uit dat doorgaans de centrale inning door het ziekenhuis geschiedt (§ 2). De wet levert evenwel geen grondslag om in de ziekenhuizen waar de centrale inning thans door de geneesheren geschiedt tot een wijziging van het bestaand systeem te verplichten (zie art. 15, § 1). Paragraaf 2 van artikel 12 voorziet de mogelijkheid dat de Medische Raad beslist de honoraria zelf te innen. In feite is de mogelijke toepassing van deze optie beperkt tot de diensten van de ziekenhuizen waar op 31 december 1983 nog geen centrale inning bestaat. Het ontwerp levert inderdaad geen grondslag om in de ziekenhuizen waar de centrale inning thans door het ziekenhuis geschiedt tot een wijziging van het bestaand systeem te verplichten (zie art. 15, § 1). Het is evident dat in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad het op 31 december 1983 in het ziekenhuis bestaand systeem van centrale inning kan worden gewijzigd.

Het correct functioneren van het systeem van centrale inning is van zulk groot belang zowel voor de geneesheren (in groep en individueel) als voor het ziekenhuis (*cf. supra*) dat het reglement omtrent de werking ervan in elk geval

entre le gestionnaire et le Conseil médical (§§ 2 et 3); le projet prévoit les garanties nécessaires au respect réciproque des obligations; de même les garanties indispensables doivent être données en ce qui concerne l'information mutuelle; chaque médecin doit en outre être informé et avoir à sa disposition les justificatifs nécessaires.

SECTION III

Fixation des honoraires

Article 13

Cet article ne remplace pas le système d'engagement mis en place par la législation A.M.I. Certes l'objectif qui s'y trouve exprimé est de compléter cette législation en ce qui concerne les honoraires demandés pour les patients hospitalisés en chambre commune ou à deux lits. Ainsi les médecins qui sont engagés dans le cadre de la législation A.M.I., n'ont pas la possibilité de limiter ou de modaliser vis-à-vis de ces patients les obligations découlant de leur engagement.

En outre, dans chaque hôpital — que les médecins qui y travaillent soient engagés ou non d'après la législation A.M.I. — le Conseil médical doit garantir que tout patient admis en salle commune ou en chambre à deux lits peut être soigné au tarif d'engagement. Les patients doivent avoir à leur disposition la liste des médecins qui ne souhaitent pas y collaborer.

Par ailleurs, il faut remarquer que cette disposition implique une garantie légale positive qui, de toute façon, doit être respectée dans chaque hôpital; elle ne peut être invoquée pour porter préjudice aux réglementations déjà en vigueur dans les hôpitaux où les médecins, dans le cadre de leurs activités hospitalières, sont tenus de respecter les tarifs de l'engagement. De plus, cette interprétation de l'article de loi se trouve encore expressément confirmée dans la disposition transitoire formulée à l'article 16.

SECTION IV

Affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale

Article 14

Les problèmes généraux de l'affectation des honoraires ont été évoqués dans l'exposé introductif du présent chapitre.

Dans les hôpitaux où les médecins sont salariés le problème ne se pose pas d'une éventuelle inégalité entre les mé-

in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad moet worden vastgesteld (§§ 2 en 3); de wet biedt de mogelijkheid om de nodige garanties in te bouwen met betrekking tot de naleving van de wederzijdse verplichtingen; tevens moeten de noodzakelijke waarborgen worden gegeven met betrekking tot het wederzijds toezicht; naar de betrokken individuele geneesheren toe moet bovendien de nodige informatie en de nodige verantwoordingsstukken worden ter beschikking gesteld.

AFDELING III

Vaststelling van de honoraria

Artikel 13

Dit artikel komt niet in vervanging van het krachtens de Z.I.V.-wetgeving geldend verbintenisstelsel. Wel is het er in een dubbel opzicht een aanvulling op wat betreft de gevraagde honoraria ten aanzien van patiënten opgenomen in een tweepersoonskamer en in een gemeenschappelijke kamer. Zo mogen de artsen die volgens de Z.I.V.-wetgeving verbonden zijn ten aanzien van deze patiënten geen gebruik maken van de mogelijkheid om de verplichtingen voortvloeiend uit hun verbintenis in te perken of te modaliseren.

Bovendien moet in elk ziekenhuis — of de er werkzame geneesheren volgens de Z.I.V.-wetgeving verbonden zijn of niet — door de Medische Raad de waarborg worden gegeven dat elke patiënt opgenomen in meerpersoonskamers aan verbintenistarieven kan verzorgd worden. De lijst met de namen van de geneesheren die hieraan hun medewerking niet wensen te verlenen moet ter beschikking zijn van de patiënten.

Overigens weze opgemerkt dat deze bepaling enkel een positieve wettelijke waarborg inhoudt die in elk ziekenhuis minstens moet worden nageleefd; deze bepaling kan niet ingeroepen worden om afbreuk te doen aan reeds in ziekenhuizen bestaande regelingen waar de geneesheren, wat hun medische activiteit in het ziekenhuis betreft gehouden zijn de verbintenistarieven na te leven. Deze interpretatie van het wetsartikel vindt bovendien nog uitdrukkelijk bevestiging in de in artikel 16 geformuleerde overgangsbepaling.

AFDELING IV

Aanwending van de sommen der centraal geïnde honoraria

Artikel 14

De algemene problematiek van de aanwending van de honoraria werd geschetst in de inleidende toelichting bij dit hoofdstuk.

In de ziekenhuizen waar de geneesheren met een wedde worden betaald stelt zich het probleem niet van een moge-

decins hospitaliers, résultant de l'application de la nomenclature; pas plus que ne se pose ni le problème de l'imputation des frais aux honoraires ni le problème d'une contribution éventuelle en vue de maintenir ou de promouvoir l'activité médicale hospitalière. Dans le cas où les médecins sont payés en traitement ou forfaitairement, le gestionnaire décide de l'affectation des honoraires conformément au § 6.

Le § 1^{er} de l'article 14 énumère les possibilités d'affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale :

1° il est évident que les honoraires doivent servir à rémunérer les activités hospitalières des médecins, conformément à la réglementation contractuelle et/ou statutaire.

2° les honoraires étant perçus de façon centrale, les frais de perception doivent également être imputés sur les sommes encaissées; le § 2 indique comment sont déterminés les frais de perception auxquels on fixe un maximum;

3° dans la mesure où les honoraires A.M.I. couvrent aussi les frais liés aux prestations médicales, il est tout aussi normal que les frais imputables aux honoraires doivent être imputés au montant des honoraires perçus; ce principe est exposé en détail dans les paragraphes 3 et 4.

4° il est suffisamment connu que dans beaucoup, voire dans tous les hôpitaux il est de pratique courante que, outre l'indemnisation des frais, les sommes des honoraires perçus sont affectées pour maintenir ou stimuler l'activité médicale dans l'hôpital. S'il devait encore subsister des doutes quant à la justesse strictement légale de cette pratique communément diffusée, cette incertitude juridique et déontologique est dorénavant levée grâce à une disposition explicite dans le projet.

Certes, le § 5 prévoit que les honoraires perçus de façon centrale sont d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, affectés aux objectifs mentionnés au § 1^{er}, point 4°.

§ 3. Les frais occasionnés par les prestations médicales sont imputés aux honoraires perçus. Certains frais bien que causés par les prestations médicales sont cependant rétribués par le prix de journée ; dans ce cas ils ne sont pas imputés aux honoraires perçus. Le § 3 dispose également que les imputations peuvent être exprimées en pour-cent; le bien fondé légal ou déontologique de cette méthode fréquemment utilisée est parfois critiqué; le projet de loi dissipe tous les doutes à ce sujet. Les frais imputables aux honoraires sont imputés sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Le § 4 énumère les frais dont il faut tenir compte pour fixer les tarifs visés au § 3 :

1° frais de personnel;

lijke ongelijkheid tussen de ziekenhuisgeneesheren voortvloeiend uit de toepassing van de nomenclatuur; evenmin stelt zich het probleem van kostenvergoeding, noch het probleem van een eventuele bijdrage vanuit de honoraria voor de instandhouding en bevordering van de medische activiteit in het ziekenhuis. Indien de geneesheren met een wedde of forfaitair worden betaald beslist de beheerder over de aanwending van de geïnde honoraria overeenkomstig § 6.

§ 1 van artikel 14 geeft een opsomming van de aanwendingsmogelijkheden van de sommen van de centraal geïnde honoraria :

1° vanzelfsprekend moeten de honoraria dienen om de geneesheren voor hun medische activiteit in het ziekenhuis te vergoeden en dit overeenkomstig de contractueel en/of statutair vastgelegde regeling;

2° vermits de honoraria centraal worden geïnd moeten ook de inningskosten op de geïnde sommen geïmputeerd worden; in § 2 wordt aangeduid hoe de inningskosten worden bepaald en wordt tevens een maximum vastgelegd;

3° in de mate dat de Z.I.V.-honoraria ook de kosten dekken verbonden aan de medische prestaties, moeten even vanzelfsprekend de aan de honoraria imputeerbare kosten op de som der geïnde honoraria worden aangerekend; dit beginsel wordt nader uitgewerkt in de paragrafen 3 en 4.

4° het is algemeen bekend dat in vele zoniet in alle ziekenhuizen de praktijk bestaat dat, bij overstijging van een loutere kostenregeling, vanuit de honoraria bijgedragen wordt om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen. Voor zover nog twijfel mocht bestaan omtrent de strikt wettelijke gegrondheid van die algemeen verspreide praktijk, dan wordt die juridische en deontologische onzekerheid thans weggenomen door een uitdrukkelijke bepaling in het ontwerp.

§ 5 voorziet wel dat de aanwending van de centraal geïnde honoraria voor de in 4° van § 1 vermelde doeleinden geschiedt in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad.

§ 3. De kosten veroorzaakt door de medische prestaties worden aangerekend op de geïnde honoraria. Bepaalde kosten die veroorzaakt zijn door de medische prestaties worden toch via de verpleegdagprijs vergoed; in dit geval worden ze niet aangerekend op de geïnde honoraria. § 3 bepaalt ook dat de aanrekeningen percentsgewijze kunnen geschieden; deze courant voorkomende werkwijze wordt soms op zijn wettelijke of deontologische gegrondheid aangevochten; door het wetsontwerp wordt ter zake alle twijfel weggenomen. De aanrekening van de op de honoraria aanrekenbare kosten geschiedt op grond van tarieven vastgesteld in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad.

§ 4 somt de kosten op waarmede wordt rekening gehouden voor de vaststelling van de in § bedoelde tarieven :

1° personeelskosten;

2° frais liés à l'utilisation des locaux (indexés); par ailleurs ils peuvent être révisés chaque année en cas de fluctuations importantes des coûts (par exemple forte hausse de la facture énergétique);

3° frais de linge et de lavage;

4° frais administratifs;

5° frais relatifs aux produits de consommation médicale;

6° tous autres frais ou dépenses occasionnés par la pratique des actes médicaux.

En ce qui concerne les types de frais énumérés, le § 4 précise que si les frais appartiennent à une catégorie pour laquelle des maxima sont utilisés pour calculer le prix de journée, ces mêmes maxima sont utilisés; les frais qui excèdent ces maxima ne sont pas imputés aux honoraires perçus qu'avec l'assentiment du Conseil médical.

La nuance apportée par la loi est importante à double titre :

— s'il est établi que les frais visés sont imputables aux honoraires, et pour autant que ces frais ne dépassent pas les maxima, il n'y a plus de discussion possible sur le fait que ces frais peuvent effectivement être imputés sur les honoraires; le § 3, 4°, de l'article 8 prévoit les modalités d'établissement de ces frais;

— à propos des frais qui sont imputables en principe mais qui excèdent les maxima, le projet ne stipule pas qu'ils ne peuvent être imputés aux honoraires perçus; mais le projet précise que l'assentiment du Conseil médical est requis; quiconque est un peu familiarisé avec la situation réelle, sait que l'imputation des frais donne parfois lieu en pratique à des difficultés, certainement lorsqu'ils dépassent un certain niveau; dans ces cas il paraît indiqué d'éluder la controverse sur l'affectation des honoraires et de procéder d'un commun accord. Une telle formule paraît offrir les meilleures garanties pour une affectation adéquate du montant des honoraires perçus. Peut-être un consensus pourra-t-il être plus facilement dégagé si, pour les décisions à prendre au niveau de chaque hôpital, on peut s'appuyer sur des critères généraux; le projet attribue à la commission paritaire Médecins-Hôpitaux la mission spécifique de les déterminer.

CHAPITRE VI

Dispositions transitoires

Article 15

Cette disposition transitoire concerne la perception centrale. Le § 1^{er} contient des règles au niveau de l'hôpital

2° kosten verbonden aan gebruik van lokalen (geïndexeerd); bovendien is er om het jaar een herziening mogelijk, ingeval van belangrijk kostenschommeling (bijvoorbeeld sterke stijging of daling van de energiekosten);

3° kosten van linnen en was;

4° administratieve kosten;

5° kosten van geneeskundige verbruiksgoederen;

6° alle andere kosten of uitgaven die het verrichten van medische handelingen met zich meebrengen.

Met betrekking tot de opgesomde kostensoorten bevat § 4 de bepaling dat indien de kosten behoren tot een categorie waaromtrent voor de berekening van de verpleegdagprijs maxima gehanteerd worden dezelfde maxima gehanteerd worden; kosten die de maxima te boven gaan worden slechts op de geïnde honoraria aangerekend met instemming van de Medische Raad.

De door de wet aangebrachte nuancering is in een dubbel opzicht van belang :

— voor zover het vaststaat dat de vermelde kosten op de honoraria aanrekenbaar zijn, is er geen discussie meer dat deze kosten, voor zover ze de gestelde maxima niet te boven gaan, ook effectief op de honoraria mogen aangerekend worden; artikel 8, § 3, 4° voorziet de modaliteiten van vaststelling van deze kosten;

— over de principieel aanrekenbare kosten die de gestelde maxima te boven gaan zegt het ontwerp niet dat ze niet op de geïnde honoraria mogen worden aangerekend, wel zegt het ontwerp dat dit de instemming van de Medische Raad vereist; wie enigszins met de situatie op het terrein vertrouwd is weet dat aanrekening van de kosten in de praktijk soms tot moeilijkheden aanleiding geeft, zeker indien de kosten bepaalde niveaus overschrijden; in dergelijke gevallen lijkt het aangewezen betwisting omtrent de aanwending van de honoraria te vermijden en de aanwending te laten gebeuren in gemeen overleg. Dergelijke formule lijkt de meeste garanties te bieden voor een adequate aanwending van de sommen der geïnde honoraria. Een onderlinge overeenstemming zal allicht gemakkelijker kunnen bereikt worden indien voor de op het vlak van het afzonderlijk ziekenhuis te nemen beslissingen kan gesteund worden op algemeen geldende criteria; voor het bepalen van dergelijke algemene criteria kent het ontwerp een specifieke taak toe aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

HOOFDSTUK VI

Overgangsbepalingen

Artikel 15

Deze overgangsbepaling betreft de centrale inning. § 1 bevat een regeling op het vlak van het ziekenhuis met betrek-

quant aux actuels systèmes de perception centrale. Le § 2 constitue une disposition transitoire pour les médecins pris individuellement.

§ 1^{er}. Le projet de loi donne la priorité à la réalisation de la perception centrale dans tous les hôpitaux; d'autre part la loi ne veut créer aucune base pour mettre en question les systèmes de perception centrale existants. Là où la perception centrale se fait par les hôpitaux, on ne peut invoquer l'article 12, § 2, pour la modifier. La loi ne peut pas non plus être invoquée pour modifier le système où les honoraires sont perçus de façon centrale par un service organisé par les médecins; la loi ne s'oppose évidemment pas à une modification si le Conseil médical est d'accord. La loi ne menace donc pas les systèmes existants de perception centrale par le gestionnaire ou par les médecins; les systèmes devront toutefois éventuellement être adaptés sur le plan du fonctionnement afin de satisfaire aux conditions minimales de l'article 12 qui prévoit un commun accord sur le règlement relatif au fonctionnement et à l'organisation du contrôle mutuel et à la communication des pièces justificatives.

§ 2. Dans les hôpitaux sans perception centrale il y aura lieu de l'organiser conformément à la nouvelle loi; la loi ne fait aucune exception pour les hôpitaux. Toutefois ce paragraphe prévoit une disposition transitoire que le médecin individuel peut invoquer lors de l'instauration de la perception centrale à l'hôpital où il travaille. La loi veut tenir compte de certaines situations existantes sans ouvrir toute grande la porte aux exceptions.

Seuls peuvent recourir à cette possibilité, les médecins travaillant à l'hôpital depuis au moins 15 ans; au moment de l'instauration de la perception centrale, ils peuvent continuer à percevoir eux-mêmes leurs honoraires s'ils en ont exprimé le choix au gestionnaire et au Conseil médical dans les trois mois de l'entrée en vigueur de la loi; mais leur choix ne deviendra effectif que si le Conseil médical marque son accord; le but de cette dernière condition supplémentaire est d'empêcher qu'un médecin ne puisse appliquer un mode de perception individuelle sans que l'organe représentant les médecins ait vérifié l'équité du choix.

La combinaison des conditions posées fera que la mesure transitoire aura une application très limitée, voulue par la loi.

Article 16

Le projet de loi veut réaliser pour l'ensemble des hôpitaux un progrès dans leur fonctionnement, notamment par une intégration accrue de l'activité médicale et une association adéquate du Conseil médical à la prise de décision dans

king tot de bestaande systemen van centrale inning; § 2 bevat een overgangsregeling voor individuele geneesheren.

§ 1. Het wetsontwerp geeft prioriteit aan het totstandkomen van de centrale inning in alle ziekenhuizen; de wet wil anderzijds geen grond bieden om bestaande systemen van centrale inning in vraag te stellen. Waar de centrale inning door de ziekenhuizen geschiedt kan artikel 12 § 2, niet ingeroepen worden om hierin een wijziging af te dwingen. De wet kan evenmin ingeroepen worden om wijziging te brengen aan het systeem waar de honoraria centraal door een door de geneesheren georganiseerde dienst worden geïnd; anderzijds verzet de wet zich vanzelfsprekend niet tegen een wijziging indien de Medische Raad hiermede instemt. De wet brengt dus bestaande systemen van centrale inning door beheerder of door de geneesheren als dusdanig niet in het gedrang; wel zullen de bestaande systemen op het vlak van de werking moeten worden aangepast om te voldoen aan de in artikel 12 vastgelegde minimale vereisten inzake gemeenschappelijk akkoord omtrent het reglement van werking en inzake de organisatie van het wederzijds toezicht en inzake mededeling van de verantwoordingsstukken.

§ 2. In de ziekenhuizen waar de centrale inning nog niet bestaat zal ze overeenkomstig de nieuwe wet moeten worden ingevoerd; op dit principe bevat de wet geen uitzondering naar de ziekenhuizen toe. Wel voorziet deze paragraaf een overgangsbepaling waar de individuele geneesheer kan op beroep doen op het ogenblik dat de centrale inning wordt ingevoerd in het ziekenhuis waar hij werkzaam is. De wet wil terzake met bepaalde bestaande situaties rekening houden zonder de mogelijkheid tot uitzondering al te breed open te stellen.

Kunnen enkel op deze mogelijkheid beroep doen geneesheren die reeds minstens 15 jaar in het ziekenhuis werkzaam zijn; op het ogenblik dat de centrale inning in het ziekenhuis wordt ingevoerd kunnen ze verder gaan met hun honoraria zelf te innen indien ze binnen de drie maand na de inwerkingtreding van de wet aan de Medische Raad en beheerder hun optie in die zin hebben betekend; de door hen aldus gekozen optie zal evenwel slechts effectief zijn indien hierover het akkoord werd bekomen van de Medische Raad; deze laatste bijkomende voorwaarde is ingelast om te beletten dat een geneesheer een individuele inningswijze zou kunnen volgen zonder dat het vertegenwoordigend orgaan van de geneesheren deze optie van een individuele geneesheer op haar redelijkheid heeft getoetst.

De combinatie van de aldus gestelde voorwaarde zal tot gevolg hebben dat de overgangsbepaling een door de wet zelf gewilde zeer beperkte toepassing zal kennen.

Artikel 16

Het wetsontwerp wil ten aanzien van het geheel van de ziekenhuizen een vooruitgang bewerken met betrekking tot een betere werking van de ziekenhuizen, met name door een meer geïntegreerde werking van de medische activiteit in

l'hôpital. La loi contient en la matière des dispositions minimales à respecter par tous les hôpitaux. D'autre part, la loi ne veut pas être à la base d'une remise en cause des arrangements existants dans les hôpitaux pour autant qu'ils ne soient pas contraires aux dispositions minimales de cette loi mais qu'ils contiennent au contraire des formes plus poussées d'intégration et/ou d'association à la prise de décision.

C'est ainsi que des arrangements existants peuvent prévoir une association plus étroite du médecin à la prise de décision que l'association minimale imposée par cette loi. S'il est par exemple prévu, qu'outre le Conseil médical, dans un hôpital une délégation de médecins participe aux réunions du Conseil de gestion, c'est une forme d'association qui ne doit pas être mise en question par la nouvelle loi. Ceci vaut aussi lorsque dans certains hôpitaux le Conseil médical possède une compétence d'avis plus grande ou plus décisive que celle prévue à l'article 6, § 5; la loi ne met pas non plus en question les dispositions accordant aux médecins un droit de participer à la décision dans la politique générale de l'hôpital. D'autre part la loi ne met pas en cause l'existence d'une organisation médicale qui va plus loin que celle exigée en application de l'article 3. La loi ne met pas non plus en question les arrangements existants où les médecins sont liés par un contrat de travail et sont rémunérés exclusivement par salaire. La loi ne met pas non plus en question d'autres arrangements réalisant une intégration financière profonde du médecin et par lesquels le produit des honoraires est utilisé par le gestionnaire pour tout le fonctionnement de l'hôpital, après paiement au médecin de la rémunération convenue; pas de dérogation non plus aux conventions ou règlements existants, stipulant que sont retenus des honoraires, des montants globaux (éventuellement fixés en pourcentage) pour le fonctionnement de l'hôpital en tant que tel et dépassant donc la stricte application de l'indemnisation des frais.

Il est fort probable que des litiges peuvent naître dans certains cas sur la question de savoir s'il est justifié d'invoquer les dispositions prévues aux articles 15 et 16. Pour se faire une vue claire sur les situations existantes et sur les arrangements futurs, la loi instaure l'obligation de déclaration au secrétariat de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux.

En cas de contestation ou de possibilité de contestation sur la conformité des arrangements existants avec les dispositions minimales de la loi ou avec les dispositions transitoires des articles 15 et 16, les dossiers en question seront examinés par un groupe de travail *ad hoc* de la commission paritaire. Si ce groupe de travail ne peut lui-même trouver une solution à laquelle les deux parties peuvent se rallier, le dossier est transmis au Bureau qui prend toute initiative utile permettant de dissiper les divergences de vue persistantes. (Voir *article 20 du projet.*)

het geheel van de ziekenhuisactiviteit en door een passende betrokkenheid van de Medische Raad bij de besluitvorming in het ziekenhuis. Onder dit opzicht bevat de wet minimumbepalingen die in alle ziekenhuizen moeten worden nageleefd. Anderzijds wil de wet geen grondslag bieden om afbreuk te doen aan bestaande regelingen in de ziekenhuizen voor zover ze niet strijdig zijn met de minimumbepalingen van deze wet doch integendeel verdergaande vormen van integratie en/of betrokkenheid bij de besluitvorming inhouden.

Zo kunnen bestaande regelingen een grotere betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming voorzien dan in deze wet als minimum wordt opgelegd. Indien in een ziekenhuis naast de Medische Raad b.v. ook voorzien is dat een delegatie van de geneesheren deelneemt aan de vergaderingen van de Raad van Beheer, dan is dit een vorm van betrokkenheid die niet hoeft in vraag gesteld te worden ingevolge de nieuwe wet. Hetzelfde geldt indien in bepaalde ziekenhuizen de Medische Raad een meer doorslaggevende of over een groter aantal punten adviesbevoegdheid heeft dan in artikel 6, § 5, is voorzien; de wet stelt ook niet in vraag de regelingen waarbij aan geneesheren medebeslissingsrecht wordt toegekend in het globale beleid van het ziekenhuis. Anderzijds stelt de wet niet de regelingen in vraag waar b.v. de medische organisatie nog verder is doorgevoerd dan krachtens artikel 3 wordt opgelegd; de wet stelt evenmin in vraag de regelingen waarbij geneesheren verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst en uitsluitend bij wedde worden betaald. De wet stelt evenmin in vraag nog andere in ziekenhuis bestaande regelingen waarbij de financiële integratie van de geneesheren ver is doorgevoerd en waar de inkomsten uit honoraria, na betaling aan de geneesheer van de met hem afgesproken vergoeding, door de beheerder wordt aangewend voor de globale werking van het ziekenhuis; de wet doet evenmin afbreuk aan bestaande regelingen waarbij bedongen werd dat van de honoraria globale (desgevallend procentueel vastgestelde) bedragen worden afgehouden voor de werking van het ziekenhuis als dusdanig en waarbij derhalve de strikt toegepaste kostenregeling wordt overstegen.

Het is zeer waarschijnlijk dat in bepaalde gevallen betwistingen kunnen ontstaan of al dan niet terecht de in artikel 15 en 16 voorziene bepalingen worden ingeroepen. Om een duidelijk zicht te hebben op de bestaande situaties evenals op de toekomstige regelingen organiseert het ontwerp in artikel 19 een meldingsplicht bij het sekretariaat van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

Indien betwisting bestaat of mogelijk is omtrent de conformiteit van de bestaande regelingen hetzij met de minimumbepalingen van de wet hetzij met de overgangsbepalingen in artikel 15 en 16, zullen de betrokken dossiers worden onderzocht in een werkgroep *ad hoc* van de Paritaire Commissie. Indien die werkgroep zelf geen opklaring kan brengen waarmede de betrokken partijen het kunnen eens zijn wordt het dossier overgemaakt aan het Bureau van de Paritaire Commissie dat alle nuttige initiatieven neemt om de overblijvende meningsverschillen weg te werken. (Zie *artikel 20.*)

CHAPITRE VII

Dispositions finales

Article 17

La commission nationale paritaire émet un avis sur l'exécution de la loi. Elle est l'organe qui convient pour traiter de la problématique contenue dans le présent projet de loi.

Puisque la loi règle le contenu d'un certain nombre de questions fondamentales, on peut s'attendre à ce que la commission ait ainsi la base nécessaire à une activité fructueuse. S'il semble indiqué d'associer le Conseil national des établissements hospitaliers à certaines mesures d'exécution, l'article 17 n'y fait aucun obstacle. Sur la base de sa compétence générale d'avis au sujet des problèmes hospitaliers, l'avis du Conseil sur l'exécution de cette loi peut également être demandé.

Article 18

§ 1^{er}. La présente loi impose de nouvelles obligations aux hôpitaux; il est indiqué d'en sanctionner le respect par l'agrément. Comme l'agrément est concrètement une compétence des Communautés, le contrôle du respect de la loi pour cet aspect relèvera des Ministres compétents en matière d'agrément.

Article 19

Cet article règle l'entrée en vigueur de la loi ainsi que son application.

Article 20

Il n'est pas exclu qu'il y ait doute concernant la question de savoir comment la situation d'un hôpital se rapporte à l'application de la nouvelle loi. Afin d'apporter le plus de clarté possible, l'article instaure une obligation de communiquer les données nécessaires au secrétariat de la commission paritaire; en cas de doute le secrétariat prendra l'initiative d'examiner avec les intéressés comment la conformité à la loi pourra être réalisée au mieux.

Cet article ne s'immisce évidemment pas dans les compétences d'inspection qui seront exercées quant au respect de la loi.

Article 21

Cet article a été ajouté suite à des remarques du Conseil d'Etat. Le but est d'indiquer clairement qu'en ce qui concerne les hôpitaux de C.P.A.S. et leurs médecins, la nouvelle loi complète la loi sur les C.P.A.S., et plus particulièrement

HOOFDSTUK VII

Slotbepalingen

Artikel 17

Omtrent de uitvoering van de wet wordt geadviseerd door de Nationale Paritaire Commissie. Dit is het hiertoe geëigend orgaan, rekening houdend met de in dit wetsontwerp behandelde problematiek.

Nu bij de wet zelf een aantal fundamentele vraagstukken inhoudelijk zijn geregeld, mag verwacht worden dat hierdoor de noodzakelijke basis werd gelegd voor een vruchtbare activiteit van de Commissie. Indien het aangewezen lijkt bij bepaalde uitvoeringsmaatregelen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen te betrekken dan vormt artikel 17 hiertoe uiteraard geen beletsel. Op basis van zijn algemene adviesbevoegdheid met betrekking tot de problemen van de ziekenhuizen kan de Raad ook omtrent de uitvoering van deze wet om advies worden verzocht.

Artikel 18

§ 1. Deze wet legt nieuwe verplichtingen op aan de ziekenhuizen; het is aangewezen dat de naleving ervan mede langs de erkenning wordt gesanctionneerd. Vermits de erkenning in concreto een bevoegdheid van de Gemeenschappen is zal onder dit opzicht het toezicht op de naleving van deze wet onder de bevoegdheid vallen van de voor de erkenning bevoegde Ministers.

Artikel 19

Dit artikel bevat de regeling m.b.t. de inwerkingtreding van de wet en zijn toepassing.

Artikel 20

Het is mogelijk dat soms onduidelijkheid bestaat omtrent de toestand in een bepaald ziekenhuis in zijn relatie tot de toepassing van de nieuwe wet. Om zoveel mogelijk duidelijkheid te brengen voert dit artikel een mededelingsplicht in bij het secretariaat van de paritaire commissie; in geval van twijfel zal op initiatief van het secretariaat met de betrokkenen nagekeken worden hoe de conformiteit met de nieuwe wet best wordt verwezenlijkt.

Dit artikel doet van zelfsprekend geen afbreuk aan de inspectiebevoegdheid die m.b.t. de naleving van deze wet zal worden uitgeoefend.

Artikel 21

Ingevolge bemerkingen van de Raad van State werd dit artikel toegevoegd, ten einde duidelijk aan te duiden dat de nieuwe wet ten aanzien van de O.C.M.W.-ziekenhuizen en hun geneesheren in aanvulling komt op de O.C.M.W.-wet,

les dispositions de la loi sur les C.P.A.S. qui concernent des matières qui sont également traitées dans le projet.

Article 22

Cet article prévoit les sanctions pénales en cas de non-respect de la loi. Les dispositions s'inspirent des dispositions pénales reprises dans la loi sur les hôpitaux.

Le Ministre des Affaires sociales,

Jean-Luc DEHAENE.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement,

F. AERTS.

en meer in het bijzonder op de bepalingen van de O.C.M.W.-wet die meer uitdrukkelijk betrekking hebben op in het ontwerp behandelde aangelegenheden.

Artikel 22

Dit artikel voorziet de strafbepalingen ingeval van niet-naleving van de wet. Deze bepalingen zijn geïnspireerd op de reeds in de ziekenhuiswet bestaande strafbepalingen.

De Minister van Sociale Zaken,

Jean-Luc DEHAENE.

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu,

F. AERTS.

PROJET DE LOI

BAUDOUIN,
Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, SALUT.

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Secrétaire d'Etat à la Santé publique et à l'Environnement sont chargés de présenter en Notre nom aux Chambres législatives, le projet de loi dont le texte suit :

CHAPITRE 1^{er}
Champ d'application

ARTICLE 1^{er}

§ 1^{er}. La présente loi est applicable aux hôpitaux visés à l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

Pour l'application de la présente loi, l'ensemble des activités médicales relatives au diagnostic et au traitement, accomplies pour les malades hospitalisés, y compris les activités des services médico-techniques est considéré comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière.

Les dispositions de la présente loi sont également applicables aux activités polycliniques de l'hôpital, si l'hôpital et la polyclinique qui y est rattachée, ressortissent à la compétence de gestion d'un même gestionnaire.

§ 2. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et dans les conditions définies par Lui, peut déclarer des dispositions de cette loi partiellement ou entièrement applicables aux polycliniques autres que celles visées au paragraphe précédent pour autant qu'elles soient fonctionnellement rattachées à un hôpital et à d'autres établissements ou services exerçant hors de l'hôpital les activités visées au § 1^{er}.

CHAPITRE II
Organes de gestion de l'hôpital et
structuration de l'activité médicale à l'hôpital

SECTION I
Gestion et Direction

ART. 2

§ 1^{er}. Pour l'application de la présente loi, on entend par :

ONTWERP VAN WET

BOUDEWIJN,
Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, ONZE GROET.

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN Wij :

Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Leefmilieu zijn gelast in Onze Naam bij de Wetgevende Kamers het ontwerp van wet in te dienen, waarvan de tekst volgt :

HOOFDSTUK I
Toepassingsgebied

ARTIKEL 1

§ 1. Deze wet is van toepassing op de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 1 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

Voor de toepassing van deze wet wordt het geheel van de medische activiteit met betrekking tot diagnose en behandeling die in het ziekenhuis ten aanzien van de er opgenomen patiënten gebeurt, met inbegrip van de activiteit in de medische-technische diensten beschouwd als deel uitmakend van de ziekenhuisactiviteit.

De bepalingen van deze wet gelden eveneens ten aanzien van de poliklinische activiteit van het ziekenhuis indien het ziekenhuis en de eraan verbonden polikliniek ressorteren onder de beheersbevoegdheid van eenzelfde beheerder.

§ 2. De Koning kan bij in Ministerraad overlegd besluit en onder door Hem bepaalde voorwaarden, bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk van toepassing verklaren op andere dan de in vorige paragraaf bedoelde poliklinieken voor zover ze functioneel met een ziekenhuis verbonden zijn en op andere instellingen of diensten die in § 1 bedoelde activiteiten buiten ziekenhuisverband uitoefenen.

HOOFDSTUK II
Beleidsorganen van het ziekenhuis en structurering
van de medische activiteit in het ziekenhuis

AFDELING I
Beheer en Directie

ART. 2

§ 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1^o gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé d'en gérer l'exploitation;

2^o directeur : la personne ou le collège chargé de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital;

3^o le comité de direction : le comité qui a pour mission d'exécuter les décisions de gestion, d'assurer la bonne marche de l'activité journalière de l'hôpital et de coordonner les activités hospitalières;

4^o médecin hospitalier : le praticien de l'art médical attaché à l'hôpital.

§ 2. Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques fixées par la présente loi.

§ 3. Dans chaque hôpital il y a un directeur et un comité de direction. Le comité de direction comprend notamment le directeur, le responsable des services médicaux, des services infirmiers, des services administratifs et financiers et des services techniques de l'hôpital.

SECTION II

Structuration du travail médical à l'hôpital

ART. 3

§ 1^{er}. Dans chaque hôpital il y a :

1^o un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical;

2^o un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical;

3^o un staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital.

Le Roi fixe les conditions requises pour satisfaire aux dispositions mentionnées sous 1^o, 2^o et 3^o. Il fixe aussi les tâches à confier au moins au médecin en chef et au médecin-chef de service; ces tâches concernent l'organisation et la coordination de l'activité médicale à l'hôpital.

§ 2. L'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière.

La qualité de l'activité médicale doit être évaluée; pour ce faire il faut tenir à jour un dossier médical et des archives médicales et élaborer les structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation interne des prestations de soins dispensés à l'hôpital.

Le Roi détermine les conditions générales minimales à remplir pour répondre aux exigences imposées par le présent paragraphe.

1^o beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de exploitatie van het ziekenhuis;

2^o directeur : de persoon of het college belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

3^o het directiecomité : het comité dat tot taak heeft de tenuitvoerlegging van de beheersbeslissingen, de behartiging van de dagelijkse werking van het ziekenhuis, en het bewerken van de coördinatie in de ziekenhuisactiviteiten;

4^o ziekenhuisgeneesheer : de beoefenaar van de geneeskunde verbonden aan het ziekenhuis.

§ 2. De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de in deze wet voorziene specifieke bepalingen en procedures.

§ 3. In ieder ziekenhuis is een directeur en een directiecomité. Het directiecomité is ondermeer samengesteld uit de directeur, de verantwoordelijke van de medische, de verpleegkundige, de administratief-financiële en de technische diensten van het ziekenhuis.

AFDELING II

Structureren van het medisch werk in het ziekenhuis

ART. 3

§ 1. In ieder ziekenhuis is er :

1^o een hoofdgeneesheer, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement;

2^o een geneesheer-diensthooft voor ieder van de verschillende diensten van het medische departement;

3^o een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren.

De Koning bepaalt de voorwaarden die moeten worden vervuld om aan de sub. 1^o, 2^o en 3^o vermelde vereisten te voldoen. De Koning bepaalt eveneens de opdrachten welke minstens aan de hoofdgeneesheer en de geneesheer-diensthooft worden toevertrouwd; deze opdrachten hebben betrekking op de organisatie en coördinatie van de medische dienstverlening in het ziekenhuis.

§ 2. De medische activiteit moet dusdanig georganiseerd worden dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit.

De medische activiteit moet kwalitatief getoetst worden; hiertoe moet een medisch dossier en medisch archief worden bijgehouden en moeten de nodige organisatorische structuren worden uitgebouwd om op een systematische wijze te kunnen overgaan tot een interne evaluatie van de medische dienstverlening in het ziekenhuis.

De Koning bepaalt de algemene voorwaarden die minstens moeten worden vervuld om aan de in deze paragraaf gestelde vereisten te voldoen.

CHAPITRE III

Structuration de l'association des médecins hospitaliers
à la prise de décisions

SECTION I

Le Conseil médical

ART. 4

Un Conseil médical est institué dans chaque hôpital.

ART. 5

§ 1^{er}. Les médecins attachés à l'hôpital forment un collège électoral pour l'élection des membres du Conseil médical. Le Roi fixe le niveau minimum d'activité que les médecins doivent remplir pour avoir droit de vote d'une part et pour être éligibles d'autre part. Le Roi fixe également les règles relatives à la composition du Conseil médical, au mode d'élection des membres, à la durée de leur mandat et au fonctionnement du Conseil médical.

§ 2. Régulièrement, le Conseil médical se justifie de l'exécution de son mandat devant l'assemblée des médecins attachés à l'hôpital, convoqués à cet effet. Le Roi détermine les modalités d'exécution de ce paragraphe.

ART. 6

§ 1^{er}. Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décision dans l'hôpital.

§ 2. En vue de fournir dans l'hôpital les soins médicaux dans des conditions optimales pour les patients et sans préjudice des tâches du médecin en chef visées à l'article 3, le Conseil médical veille à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à :

1° favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée dans l'hôpital;

2° promouvoir l'esprit d'équipe entre les médecins;

3° favoriser la collaboration avec les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical;

4° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et ceux étrangers à celui-ci, en particulier le médecin généraliste ou le médecin traitant qui a envoyé le patient;

5° stimuler les activités médicales à caractère scientifique, compte tenu des possibilités de l'hôpital.

HOOFDSTUK III

Structurering van de betrokkenheid der ziekenhuisgeneesheren
bij de besluitvorming in het ziekenhuis

AFDELING I

De Medische Raad

ART. 4

In elk ziekenhuis wordt een Medische Raad opgericht.

ART. 5

§ 1. Met het oog op de verkiezing van de leden van de Medische Raad vormen de geneesheren die aan het ziekenhuis verbonden zijn een kiescollege. De Koning bepaalt het minimum-activiteitsniveau waaraan de geneesheren moeten voldoen om eensdeels stemgerechtigd en anderdeels om verkiesbaar te zijn. De Koning bepaalt eveneens de regelen in verband met de samenstelling van de Medische Raad, de wijze van verkiezing van de leden, de duur van hun mandaat, de werking van de Medische Raad.

§ 2. Op geregelde tijdstippen legt de Medische Raad verantwoording af nopens het vervullen van het hem toevertrouwde mandaat aan de hiertoe bijeengeroepen vergadering van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren. De Koning bepaalt de nadere regelen tot uitvoering van deze paragraaf.

ART. 6

§ 1. De Medische Raad is het vertegenwoordigend orgaan langs hetwelk de ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij de besluitvorming in het ziekenhuis.

§ 2. Met het doel de geneeskundige hulpverlening in het ziekenhuis in optimale voorwaarden voor de patiënten te verstrekken en onverminderd de in artikel 3 bedoelde taken van de hoofdgeneesheer, waakt de Medische Raad erover dat de geneesheren werkzaam in het ziekenhuis hun medewerking verlenen aan maatregelen die ertoe strekken :

1° de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en op een permanente wijze te evalueren;

2° de equipe-geest onder de geneesheren te bevorderen;

3° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid verpleegkundigen en paramedici, te bevorderen;

4° de samenwerking te bevorderen tussen de geneesheren van het ziekenhuis en die van buiten het ziekenhuis, meer bepaald de huisarts of verwijzend behandelend arts;

5° de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis te stimuleren.

§ 3. Dans le cadre de l'objectif décrit au § 2, le Conseil médical donne au gestionnaire son avis sur les matières suivantes :

1° le règlement concernant l'organisation et la coordination des services médicaux;

2° la création de nouveaux services, la modification, le dédoublement ou la suppression de services existants;

3° la fixation et la modification du cadre du personnel médical;

4° la fixation et la modification du cadre du personnel financé à charge des honoraires;

5° la nomination, l'engagement, l'admission et la promotion des médecins;

6° la révocation et autres sanctions infligées aux médecins;

7° le règlement général des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visé à l'article 8;

8° les conventions passées avec des tiers, ayant une incidence sur les conditions de travail des médecins hospitaliers;

9° les qualifications requises et le cadre du personnel infirmier et paramédical ainsi que les obligations de ce personnel dans le cadre des activités médicales;

10° les contestations sur l'affectation et la mutation du personnel visé sub 9°, qui sont soumises au Conseil médical;

11° la détermination des besoins en équipement médical dans les limites des possibilités budgétaires de la gestion;

12° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé en tout ou en partie à charge des honoraires;

13° les prévisions budgétaires annuelles relatives aux dépenses résultant des activités médicales de l'hôpital;

14° le changement du régime de l'hôpital en ce qui concerne le libre accès des médecins à l'établissement;

15° la construction et la transformation de l'hôpital ou la modification de locaux pour autant qu'elle ait une répercussion sur la pratique médicale;

16° l'examen des plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux de l'hôpital;

17° la nomination du médecin en chef.

§ 4. Dans tous les cas énumérés au § 3, le gestionnaire est tenu de demander l'avis du Conseil médical. En outre, le Conseil médical donne son avis sur toutes les matières que le gestionnaire lui soumet.

Sauf si le gestionnaire et le Conseil médical ont convenu d'un autre délai, l'avis doit être émis endéans les deux mois.

§ 3. In het kader van het in § 2 bepaalde streefdoel verstrekt de Medische Raad aan de beheerders advies over de volgende aangelegenheden :

1° het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische diensten in het ziekenhuis;

2° de oprichting van nieuwe diensten, de wijziging, de splitsing en de opheffing van bestaande diensten;

3° de vaststelling en de wijziging van het medisch personeelkader;

4° de vaststelling en wijziging van het kader van het personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

5° de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van de geneesheren;

6° de afzetting en andere sancties tegen geneesheren;

7° de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren;

8° de overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de werkvoorwaarden van de geneesheren in het ziekenhuis;

9° de vereiste kwalificaties en het kader van het verplegend en van het paramedisch personeel, evenals de verplichtingen van dit personeel met betrekking tot de geneeskundige activiteiten;

10° de betwistingen betreffende de toewijzing en de verplaatsing van het personeel vermeld onder 9° die bij de Medische Raad aanhangig worden gemaakt;

11° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting binnen de budgettaire mogelijkheden van het beheer;

12° de aanschaffing, de vernieuwing alsmede de belangrijke herstellingen van medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

13° de jaarlijkse budgettaire raming van de kosten van de medische activiteit in het ziekenhuis;

14° de verandering in het beleid van het ziekenhuis met betrekking tot de vrije toegang van de geneesheren tot het ziekenhuis;

15° de nieuwbouw en de ombouw van het ziekenhuis of de wijziging van de lokalen voor zover deze een weerslag heeft op de geneeskundige praktijk;

16° het onderzoek van de klachten in verband met de werking van de medische diensten van het ziekenhuis;

17° de benoeming van de hoofdgeneesheer.

§ 4. In al de in § 3 vermelde aangelegenheden is de beheerder gehouden het advies van de Medische Raad in te winnen. Bovendien verstrekt de Medische Raad advies over alle aangelegenheden die hem door de beheerder voor advies worden voorgelegd.

Het advies moet, tenzij andersluidende afspraak tussen beheerder en Medische Raad, binnen de twee maand worden

Si, après l'expiration du délai, l'avis n'a pas été émis, le gestionnaire peut prendre une décision.

Le Conseil médical est également en droit de donner d'initiative son avis au gestionnaire sur toutes les questions relatives à l'exercice de la médecine à l'hôpital. Si le Conseil médical donne d'initiative un avis concernant les points visés au § 5, et si le gestionnaire envisage de prendre une décision contraire à cet avis, il soumet la décision envisagée pour avis au Conseil médical; si le Conseil médical émet un avis dans les conditions visées au § 5, la procédure prévue au paragraphe 5 doit être suivie.

Sauf si le gestionnaire et le Conseil médical en conviennent autrement les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit.

§ 5. Si, concernant une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés au § 3, sub 1°, 4°, 6°, 7°, 12° et 17°, le Conseil médical donne un avis écrit, motivé et émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote, le gestionnaire ne peut pas prendre une décision contraire à l'avis. Si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis, il se concerta avec le Conseil médical ou avec une délégation de celui-ci. Si cette concertation n'aboutit pas à un accord dans le mois, le gestionnaire fait une proposition motivée qui est soumise à l'assemblée des médecins attachés à l'hôpital, convoqués à cet effet. Si endéans le mois les médecins se prononcent à la majorité des deux tiers des voix des membres ayant droit de vote et si le gestionnaire ne peut se rallier au point de vue adopté par eux, le problème est soumis à un médiateur extérieur, choisi sur une liste de médiateurs dressée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, sur proposition de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux.

Le médiateur sera de préférence désigné d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical; si endéans le mois aucun accord n'intervient sur le choix du médiateur, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions en est informé et désigne d'office endéans le mois un médiateur sur la liste visée ci-dessus.

Le médiateur tente de rapprocher les points de vue. Si aucun accord n'intervient endéans les deux mois, le médiateur propose lui-même une solution. Si le médiateur a constaté qu'un accord n'a pu être atteint parce que la divergence de vue se rapporte au respect des objectifs de l'hôpital tels qu'ils sont explicitement formulés dans la réglementation générale de l'hôpital visée à l'article 8 ou dans l'arrangement individuel visé à l'article 9, le médiateur tiendra compte notamment de cet élément lors de la formulation de sa proposition.

verstrekt. Indien, na het verstrijken van de termijn, geen advies werd uitgebracht kan de beheerder een beslissing nemen.

De Medische Raad heeft eveneens recht om, op eigen initiatief, aan de beheerder advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het ziekenhuis betreffende. Indien de Medische Raad, op eigen initiatief, een advies uitbrengt omtrent de punten bedoeld in § 5, en de beheerder hieromtrent een beslissing wenst te nemen die afwijkt van het advies, dan zal hij zijn voorgenomen beslissing eerst voor advies voorleggen aan de Medische Raad; indien de Medische Raad hieromtrent een advies uitbrengt volgens de in § 5 vermelde voorwaarden moet de in die paragraaf voorziene procedure worden gevolgd.

Behalve indien beheerder en Medische Raad anders overeenkomen worden de adviesaanvragen en de adviezen schriftelijk geformuleerd.

§ 5. Indien de Medische Raad over een adviesaanvraag van de beheerder met betrekking tot de punten bedoeld in § 3, sub 1°, 4°, 6°, 7°, 12° en 17° een geschreven en gemotiveerd advies uitbrengt met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigde leden, mag de beheerder geen beslissing treffen die strijdig is met het advies. Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies zal hij overleg plegen met de Medische Raad of een afvaardiging van de Medische Raad. Indien dit overleg binnen de maand niet tot een overeenstemming leidt, doet de beheerder een gemotiveerd voorstel dat wordt voorgelegd aan de hiertoe bijeen geroepen vergadering van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren. Indien de geneesheren zich binnen de maand met een tweederde meerderheid van de stemmen van de stemgerechtigde leden uitspreken en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het door hen ingenomen standpunt dan wordt het probleem aanhangig gemaakt bij een externe bemiddelaar, gekozen op een lijst van bemiddelaars die wordt opgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft op voorstel van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

De bemiddelaar wordt bij voorkeur aangewezen in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad; indien binnen de maand geen overeenstemming wordt bereikt omtrent de keuze van de bemiddelaar, wordt de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hiervan in kennis gesteld; deze duidt binnen de maand ambtshalve een bemiddelaar aan genomen uit de hierboven bedoelde lijst.

De bemiddelaar tracht de standpunten nader tot elkaar te brengen. Indien binnen twee maanden geen overeenstemming wordt bereikt, doet de bemiddelaar zelf een voorstel tot oplossing. Indien de bemiddelaar heeft vastgesteld dat geen overeenstemming kon worden bereikt omdat het blijvend meningsverschil verband houdt met de eerbiediging van de doelstellingen van het ziekenhuis zoals die expliciet zijn neergelegd in de in artikel 8 bedoelde algemene regeling van het ziekenhuis of in de in artikel 9 bedoelde individuele regeling zal de bemiddelaar met dit element mede rekening houden bij het formuleren van zijn voorstel.

Le gestionnaire peut prendre une décision conformément à cette proposition. Si le gestionnaire ne peut se rallier à cette proposition, il ne peut prendre une décision dérogatoire que s'il formule lui-même une nouvelle proposition de décision sur laquelle le Conseil médical marque son accord.

§ 6. Le Roi peut, sur avis conforme de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, élargir les points mentionnés aux §§ 3 et 5 ou y ajouter d'autres points.

SECTION II

Concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

ART. 7

§ 1^{er}. S'il y a accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, la procédure prévue à l'article 6, §§ 3, 4 et 5 peut être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Dans ce but, il est créé un comité permanent de concertation, nommé ci-après le comité, composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée du Conseil médical.

§ 2. Le comité de concertation discute des matières qui conformément à l'article 6 requièrent l'avis du Conseil médical.

§ 3. Les membres du comité sont tenus de s'efforcer de parvenir à un accord sur les matières discutées; ils s'engagent aussi à défendre auprès de leurs mandants l'accord conclu au sein du comité.

§ 4. Lorsque, concernant une matière visée au § 2, le comité ne parvient pas à un accord, l'avis à ce sujet est demandé au Conseil médical. Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du comité, il motive son point de vue et soumet la question au Conseil médical qui émet un avis conformément à l'article 6, § 4. Lorsque le Conseil médical ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du comité, il émet un avis écrit et motivé.

Les avis du Conseil médical sont soumis à l'application de l'article 6, § 4. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 6, § 3, 1^o, 4^o, 6^o, 7^o, 12^o ou 17^o, l'article 6, § 5, est d'application pour autant que l'avis ait été émis à la majorité des deux tiers des voix des membres ayant droit de vote.

§ 5. Si le gestionnaire ou le Conseil médical décident de ne plus appliquer la forme de concertation prévue dans cette section, ils doivent en informer respectivement le Conseil

De beheerder kan een beslissing nemen overeenkomstig dit voorstel. Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij dit voorstel zal hij een hiervan afwijkende beslissing slechts kunnen nemen indien hijzelf een nieuw voorstel van beslissing formuleert waarmee de Medische Raad akkoord gaat.

§ 6. De Koning kan, op eensluitend advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, de onder §§ 3 en 5 vermelde punten uitbreiden of er andere aan toevoegen.

AFDELING II

Samenspraak tussen beheerder en ziekenhuisgeneesheren

ART. 7

§ 1. Indien hierover een akkoord bestaat tussen beheerder en de Medische Raad kan de in artikel 6, §§ 3, 4 en 5 voorziene procedure vervangen worden door een procedure van directe samenspraak tussen beheerder en de Medische Raad.

Hiertoe wordt een permanent overlegcomité, hierna genoemd het comité, opgericht, samengesteld enerzijds uit een gemandateerde delegatie van de beheerder en anderzijds uit een gemandateerde delegatie van de Medische Raad.

§ 2. Het overlegcomité bespreekt de aangelegenheden waaromtrent in uitvoering van artikel 6 advies van de Medische Raad zou moeten worden gevraagd.

§ 3. De leden van het comité zijn er toe gehouden een overeenstemming na te streven omtrent de besproken aangelegenheden; tevens moeten ze er zich toe verbinden het akkoord dat ze in de schoot van het comité bereiken ten aanzien van hun mandaatgevers te verdedigen.

§ Wanneer omtrent een in § 2 bedoelde aangelegenheid in het comité geen overeenstemming wordt bereikt, wordt hieromtrent het advies gevraagd van de Medische Raad. Wanneer de beheerder zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het overlegcomité is bereikt, motiveert hij zijn standpunt en legt de zaak aan de Medische Raad voor die overeenkomstig artikel 6, § 4 advies geeft. Wanneer de Medische Raad zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het overlegcomité is bereikt, brengt hij een geschreven en gemotiveerd advies uit.

Op de adviezen van de Medische Raad is artikel 6, § 4, van toepassing. Betreft het een aangelegenheid vermeld onder artikel 6, § 3, 1^o, 4^o, 6^o, 7^o, 12^o of 17^o, dan is, voor zover het advies met een tweederde meerderheid van de van de stemmen van de stemgerechtigde leden is uitgebracht, artikel 6, § 5, van toepassing.

§ 5. Indien de beheerder of de Medische Raad beslissen de in deze afdeling voorziene vorm van samenspraak niet langer toe te passen dan moeten ze respectievelijk de Medische

médical ou le gestionnaire. Dans ce cas, la forme de concertation prévue dans la présente section devient caduque dans les trois mois et les dispositions visées à la Section I du présent chapitre doivent être appliquées.

CHAPITRE IV

Rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

ART. 8

§ 1^{er}. Dans chaque hôpital doit être élaborée une réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, les conditions d'organisation et les conditions de travail, y compris les conditions financières de travail.

§ 2. Cette réglementation générale est élaborée à l'initiative du gestionnaire, dans le respect de la procédure prescrite au chapitre III, section I ou, le cas échéant, à la section II.

§ 3. La réglementation générale doit au moins traiter des matières suivantes :

1° les conditions de nomination, d'engagement, d'admission et de promotion;

2° dans quels genres de cas, pour quels motifs et selon quelles procédures il peut être mis fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et les médecins;

3° les conditions de travail dans lesquelles les médecins exercent leur activité à l'hôpital y compris les dispositions-type relatives aux points énumérés à l'article 9, § 2;

4° les arrangements financiers relatifs à l'activité médicale, y compris les modalités de rémunération des médecins, le mode de perception des honoraires et, s'il échet, la réglementation des frais, ainsi que les dispositions-type qui s'y rapportent;

5° les droits et devoirs respectifs concernant la permanence de la dispensation des soins médicaux;

6° les arrangements pris pour garantir d'une part la promotion de l'hôpital et d'autre part le respect de l'autorité liée à la fonction médicale.

ART. 9

§ 1^{er}. En se référant à la réglementation générale visée à l'article 8 les droits et devoirs respectifs du médecin individuel et du gestionnaire et en particulier les conditions de travail du médecin seront fixés par écrit soit dans une convention soit dans l'acte de nomination; les modifications aux droits et devoirs respectifs seront également fixés par écrit.

Raad of de beheerder hiervan in kennis stellen. In dit geval vervalt na drie maanden de in deze afdeling voorziene vorm van samenspraak en moeten de bepalingen voorzien in afdeling I van dit hoofdstuk worden toegepast.

HOOFDSTUK IV

Rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren

ART. 8

§ 1. In elk ziekenhuis moet een algemene regeling worden uitgewerkt waarin de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren, de organisatie- en werkvoorwaarden met inbegrip van de financiële werkvoorwaarden worden geregeld.

§ 2. Die algemene regeling wordt vastgelegd op initiatief van de beheerder met inachtneming van de procedure voorgeschreven in hoofdstuk III, afdeling I of, desgevallend, afdeling II.

§ 3. In de algemene regeling moeten minstens de volgende aangelegenheden worden behandeld :

1° de voorwaarden van benoeming, aanwerving, toelating en bevordering;

2° de aanduiding in welk soort gevallen, om welke motieven en volgens welke procedures een einde kan worden gesteld aan de tussen beheerder en geneesheer bestaande rechtsverhoudingen;

3° de werkvoorwaarden waaronder de geneesheren hun activiteit in het ziekenhuis verrichten met inbegrip van de type-bepalingen met betrekking tot de in artikel 9, § 2, opgesomde punten;

4° de financiële regeling met betrekking tot de medische activiteit, met inbegrip van de vergoedingsmodaliteiten van de geneesheren, de inningswijze der honoraria en, desgevallend, de kostenregeling alsmede de type-bepalingen die hierop betrekking hebben;

5° de respectieve rechten en verplichtingen met betrekking tot de permanentie van de medische zorgverlening;

6° de na te leven afspraken tot het waarborgen enerzijds van de promotie van het ziekenhuis en anderzijds van de eerbiediging van het gezag eigen aan de medische functie.

ART. 9

§ 1. Onder verwijzing naar de in artikel 8 bedoelde algemene regeling moeten de respectieve rechten en verplichtingen van de individuele geneesheer en de beheerder alsook meer bepaald de werkvoorwaarden van de geneesheer schriftelijk vastgelegd worden hetzij in een overeenkomst hetzij in de benoemingsakte; wijzigingen in de respectieve rechten en verplichtingen dienen ook schriftelijk vastgelegd.

§ 2. L'arrangement écrit porte au moins sur l'application concrète par rapport au médecin individuel des points de l'article 8, § 3 et sur les éléments ci-après :

1° la fonction, les prestations, le service, les conditions de remplacement du médecin en cas d'absence et, le cas échéant, les arrangements relatifs à l'activité médicale en dehors de l'hôpital;

2° la durée de la période d'essai éventuelle;

3° le respect du règlement intérieur de l'hôpital et des services et, le cas échéant, du règlement du staff;

4° les modalités du respect par les deux parties de leurs obligations relatives à l'organisation de la permanence des soins.

ART. 10

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, peut fixer le régime de sécurité sociale des médecins hospitaliers. A cet effet, il peut, en ce qui concerne les médecins hospitaliers, modifier les dispositions de l'article 1^{er}, § 3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

CHAPITRE V

Le statut pécuniaire du médecin hospitalier

SECTION 1

Les systèmes de rémunération

ART. 11

§ 1^{er}. Dans les hôpitaux, les médecins ne peuvent être rémunérés que selon les régimes suivants :

1° la rémunération à l'acte;

2° la rémunération fondée sur la répartition d'un pool des rémunérations à l'acte, établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service;

3° la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire ou d'une indemnité fixe éventuellement majorée par une fraction du pool des rémunérations à l'acte.

§ 2. Si un hôpital applique plus d'un des systèmes de rémunération susmentionnés, le choix du régime ou une modification dans le choix de celui-ci fait l'objet d'un accord écrit entre le médecin et le gestionnaire. Le système ainsi choisi est porté à la connaissance du Conseil médical.

§ 2. De schriftelijke regeling slaat minstens op de concrete toepassing met betrekking tot de individuele geneesheer van de in artikel 8, § 3 vermelde punten alsmede op de hierna vermelde punten :

1° de functie, de prestaties, de dienst, de voorwaarden van vervanging van de geneesheer in geval van afwezigheid en, desgevallend, de regeling met betrekking tot de medische activiteit buiten het ziekenhuis;

2° de duur van de eventuele proefperiode;

3° eerbiediging van het reglement van inwendige orde van het ziekenhuis en van de diensten en, desgevallend, van het strafreglement;

4° de modaliteiten volgens dewelke beide partijen hun verplichtingen zullen naleven in verband met de regeling van de permanentie van de zorgenverstrekking.

ART. 10

De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, de sociale zekerheidsregeling voor ziekenhuisgeneesheren bepalen. Hiertoe kan hij met betrekking tot de ziekenhuisgeneesheren wijzigingen aanbrengen aan artikel 1, § 3, van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders.

HOOFDSTUK V

Het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer

AFDELING 1

De vergoedingsstelsels

ART. 11

§ 1. In de ziekenhuizen kunnen de geneesheren enkel worden vergoed volgens de volgende stelsels :

1° de vergoeding per prestatie;

2° de vergoeding gegrond op de verdeling van een « pool » van vergoedingen per prestatie welke voor het gehele ziekenhuis of per dienst is opgericht;

3° de forfaitair vastgestelde vergoeding bestaande uit een wedde of een vaste vergoeding eventueel vermeerderd met het aandeel in de « pool » der vergoedingen per prestatie.

§ 2. Ingeval een ziekenhuis meer dan één van de bovenbepaalde vergoedingsstelsels toepast, maakt de keuze van het stelsel of een wijziging in de keuze ervan, het voorwerp uit van een geschreven overeenkomst gesloten tussen de geneesheer en de beheerder. De Medische Raad wordt op de hoogte gebracht van het aldus gekozen stelsel.

SECTION II

Perception des honoraires

ART. 12

§ 1^{er}. Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, et destinés à rémunérer les prestations des médecins, sont perçus de façon centrale.

§ 2. Sauf si le Conseil médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires, la perception centrale se fait par l'hôpital, dans le respect des conditions suivantes :

1° le règlement relatif au fonctionnement du service de perception est établi de commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Ce règlement précise entre autres le délai dans lequel les attestations de soins doivent être transmises par le médecin ainsi que les mesures applicables au médecin qui ne transmet pas les attestations dans le délai fixé. Le règlement fixe également le délai dans lequel d'une part les factures sont présentées aux débiteurs et d'autre part les montants dus aux médecins seront payés. Sauf autre arrangement dans le règlement, ce délai court à partir de la perception et, l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne sont pas payées à temps, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le médecin concerné soit nécessaire;

2° le président ou un membre délégué du Conseil médical peut contrôler le fonctionnement du service de perception. A cette fin, tous les documents relatifs à la perception ou, le cas échéant, au paiement et aux retenues sont mis à sa disposition et peuvent être consultés par lui sans déplacement;

3° tous les documents justificatifs des opérations effectuées sont mis, au moins tous les trois mois, à la disposition de chaque médecin concerné;

§ 3. Si la perception centrale est effectuée par un service organisé à cette fin par le Conseil médical, un règlement relatif au fonctionnement du service doit être fixé de commun accord avec le gestionnaire; on fixera en particulier le mode et la date de transfert des montants dont les médecins sont redevables à l'hôpital; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles qui sont prévues au § 2, 2° pour le Conseil médical et au § 2, 3° pour les médecins. Sauf autre arrangement dans le règlement ce délai court à partir de la perception et, l'intérêt légal est dû, pour les sommes, qui ne sont pas payées à terme, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le gestionnaire soit requise.

AFDELING II

Inning der honoraria

ART. 12

§ 1. Welke ook het vergoedingsstelsel zij dat in het ziekenhuis wordt toegepast, worden al de bedragen te betalen door de patiënten of door derden en welke bedoeld zijn om de prestaties van de geneesheren te vergoeden centraal geïnd.

§ 2. Behalve indien de Medische Raad beslist zelf een dienst in te richten om de honoraria centraal te innen, geschiedt de centrale inning door het ziekenhuis, mits inachtneming van volgende voorwaarden :

1° het reglement betreffende de werking van de dienst voor inning wordt opgesteld in gemeenschappelijk akkoord tussen de beheerder en de Medische Raad.

Dit reglement bepaalt ondermeer de termijn binnen dewelke de attesten van de verstrekte zorgen door de geneesheer moeten worden overgemaakt evenals de maatregelen die gelden ten aanzien van de geneesheer die de attesten niet binnen de bepaalde termijn overmaakt. Het reglement bepaalt eveneens de termijn binnen dewelke enerzijds de facturen aan de debiteuren worden aangeboden en anderzijds de aan de geneesheren verschuldigde bedragen zullen worden uitbetaald. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is, voor de verschuldigde sommen die niet tijdig werden betaald, vanaf het verstrijken van de termijn wettelijke intrest verschuldigd zonder dat hiervoor een inmorastelling vanwege de betrokken geneesheer vereist is;

2° de voorzitter of een afgevaardigd lid van de Medische Raad kan toezicht houden op de werking van de dienst voor inning. Te dien einde worden alle stukken betreffende de inning of, desgevallend, de betaling alsook de inhoudingen, te zijner beschikking gesteld en kunnen door hem, zonder verplaatsing, ingezien worden;

3° alle verantwoordingsstukken betreffende de gedane verrichtingen worden minstens om de drie maand ter beschikking van elk der betrokken geneesheren gesteld;

§ 3. Indien de centrale inning geschiedt door een dienst die te dien einde door de Medische Raad wordt ingericht, moet in akkoord met de beheerder een reglement worden vastgelegd met betrekking tot de werking van de dienst; meer bepaald zal worden vastgelegd hoe en op welk tijdstip de door de geneesheren aan het ziekenhuis verschuldigde bedragen worden overgemaakt; tevens zal moeten worden bepaald dat aan de beheerder of zijn afgevaardigde gelijkaardige toezichtsmogelijkheden worden geboden als die in § 2, 2° voor de Medische Raad en in § 2, 3° voor de geneesheren zijn voorzien. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is, voor de verschuldigde sommen die niet tijdig werden betaald, vanaf het verstrijken van de termijn de wettelijke intrest verschuldigd zonder dat hiertoe een inmorastelling vanwege de beheerder vereist is.

SECTION III

Fixation des honoraires

ART. 13

Si, en application de la législation sur l'assurance maladie-invalidité, le quorum d'engagements requis a été atteint sur l'application d'un accord médico-mutualiste, les tarifs de l'engagement seront respectés par les médecins engagés pour les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits. En outre, le Conseil médical garantit que les malades en salle commune ou en chambre à deux lits peuvent être soignés au tarif de l'engagement; les médecins qui en ce qui concerne l'assurance-maladie ne sont pas engagés, et qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement aux patients précités, le communiqueront au Conseil médical qui prendra les mesures nécessaires et en informera le gestionnaire. La liste des médecins qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement doit être disponible pour les patients.

SECTION IV

Affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale

ART. 14

§ 1^{er}. Les honoraires perçus de façon centrale sont affectés :

1° au paiement aux médecins des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 9;

2° à la couverture des frais de perception des honoraires, visés au § 2, conformément au règlement du service;

3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales visés au § 4, et pour lesquels l'hôpital ne reçoit pas de contribution financière distincte;

4° à titre de contribution à la réalisation de toutes les mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital, conformément au § 5.

§ 2. Avant de payer aux médecins non salariés les sommes qui leur sont dues, le service de perception applique à chaque montant, pour la couverture de ses frais, une retenue correspondant aux frais engagés conformément au règlement du service et d'un maximum de 6 p.c.

§ 3. En outre en ce qui concerne les médecins visés au § 2, le service de perception applique aux montants perçus, pour la couverture de tous les frais occasionnés par les prestations médicales et pour lesquels l'hôpital ne reçoit pas

AFDELING III

Vaststelling van de honoraria

ART. 13

Indien in toepassing van de ziekte- en invaliditeitswetgeving het noodzakelijk quorum van verbintenissen werd bereikt omtrent de toepassing van een gesloten medico-mutualistisch akkoord zullen voor de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamer of in tweepersoonskamers door de verbonden artsen de verbintenistarieven worden nageleefd. Bovendien waarborgt de Medische Raad dat de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamer of in tweepersoonskamer aan verbintenistarieven kunnen verzorgd worden; de geneesheren die ten aanzien van de ziekteverzekering niet verbonden zijn en die zich niet verbinden om ten aanzien van de hierboven bedoelde patiënten de verbintenistarieven toe te passen maken dit bekend aan de Medische Raad; de Medische Raad treft de nodige maatregelen; hij informeert hieromtrent de beheerder. De lijst van de geneesheren die zich niet verbinden om de verbintenistarieven toe te passen moet kunnen geraadpleegd worden door de patiënten.

AFDELING IV

Aanwending van de sommen der centraal geïnde honoraria

ART. 14

§ 1. De centraal geïnde honoraria worden aangewend voor :

1° het uitbetalen aan de geneesheren van de sommen die hun verschuldigd zijn overeenkomstig de op hen toepasselijke regeling zoals vastgelegd in uitvoering van artikel 9;

2° het dekken van de in § 2 bedoelde inningskosten der honoraria overeenkomstig het reglement van de dienst;

3° het dekken van de in § 4 bedoelde kosten veroorzaakt door de medische prestaties en waarvoor het ziekenhuis geen afzonderlijke vergoeding ontvangt;

4° het bijdragen overeenkomstig § 5 tot de verwezenlijking van alle maatregelen die van aard zijn om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen.

§ 2. Vooraleer aan de geneesheren die niet bij wedde worden betaald, de hun verschuldigde sommen uit te betalen, past de dienst voor inning, voor het dekken van de inningskosten, op elk geïnd bedrag een afhouding toe overeenstemmend met de kosten aangegaan overeenkomstig het reglement van de dienst en met een maximum van 6 pct.

§ 3. De inningsdienst past daarenboven op de geïnde bedragen voor het dekken van alle kosten veroorzaakt door de medische prestaties en waarvoor het ziekenhuis geen afzonderlijke vergoeding ontvangt, voor de bij § 2 bedoelde

de contribution financière distincte, des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et qui sont établies sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

La Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux peut fixer des critères et des pourcentages généraux pour les tarifs visés dans ce paragraphe.

§ 4. Pour la fixation des tarifs visés au § 3, on tiendra compte des frais suivants pour autant qu'ils ne soient pas inclus dans le prix de journée ou supportés par des tiers :

1° les frais relatifs au personnel mis à la disposition pour effectuer les prestations médicales;

2° un loyer fixé par m² et par an pour la couverture des frais d'investissement, d'ameublement, d'utilisation, de chauffage, d'éclairage, d'entretien et de maintenance des locaux utilisés. Ce loyer est indexé et révisable annuellement en cas de fluctuation importante des coûts;

3° les frais de linge utilisé pour les actes médicaux et les frais de lavage de ce linge;

4° les frais administratifs autres que ceux compris dans les frais de perception et en rapport avec les actes médicaux;

5° les frais relatifs aux produits de consommation médicale servant à l'accomplissement des actes médicaux;

6° tous autres frais ou dépenses entraînés par la pratique des actes médicaux.

En ce qui concerne les types de dépenses qui sont comparables à celles dont il est tenu compte pour la fixation du prix de journée, les mêmes maxima sont appliqués. Les frais qui excèdent ces maxima ne sont couverts à charge des honoraires qu'avec l'assentiment du Conseil médical.

§ 5. Concernant l'affectation des honoraires en application du § 1^{er}, 4°, le gestionnaire et le Conseil médical décident d'un commun accord.

§ 6. Dans le cas où le médecin est payé au salaire ou forfaitairement, les décisions concernant l'affectation des honoraires aux frais excédant les maxima visés au § 4 et l'affectation des honoraires visée au § 5 font l'objet de la procédure prévue à l'article 6, §§ 4 et 5.

CHAPITRE VI

Dispositions transitoires

ART. 15

§ 1^{er}. Les systèmes de perception centrale tels qu'ils sont organisés le 31 décembre 1983, continuent à exister et leur

geneesheren afhoudingen toe welke percentsgewijze kunnen uitgedrukt worden en bepaald worden op grond van tarieven daartoe vastgesteld in gemeenschappelijk akkoord tussen de beheerder en de Medische Raad.

Voor de in deze paragraaf bedoelde tarieven kan de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen algemeen geldende criteria en percentages bepalen.

§ 4. Voor het vaststellen van de in § 3 bedoelde tarieven wordt met de volgende kosten rekening gehouden, voor zover ze niet in de verpleegdagprijs begrepen zijn of door derden worden gedragen :

1° de kosten van het voor het verrichten van de medische handelingen ter beschikking gesteld personeel;

2° een prijs uitgedrukt per vierkante meter en per jaar voor het dekken van de lasten van de investering, de meubeling, het gebruik, de verwarming, de verlichting, het onderhoud en het instandhouden van de benodigde lokalen. Deze prijs is aan indexatie onderworpen en bij belangrijke kostenschommelingen jaarlijks herzienbaar;

3° de kosten van het linnen voor het verrichten van de medische handelingen en van het wassen van het linnen;

4° de administratieve kosten andere dan die welke begrepen zijn in de administratieve kosten van inning en welke verband houden met de medische handelingen;

5° de kosten van geneeskundige verbruiksgoederen dienend voor het verrichten van medische handelingen;

6° alle andere kosten of uitgaven die het verrichten van medische handelingen met zich meebrengen.

Met betrekking tot de in deze paragraaf opgesomde kostensoorten die gelijkaardig zijn als kostensoorten waarmee rekening wordt gehouden voor de vaststelling van de verpleegdagprijs worden dezelfde maxima gehanteerd. Kosten die deze maxima overschrijden worden slechts ten laste van de honoraria gelegd met instemming van de Medische Raad.

§ 5. Over de aanwending van de honoraria bij toepassing van § 1, 4°, wordt beslist in gemeenschappelijk akkoord tussen de Medische Raad en de beheerder.

§ 6. Ingeval de geneesheer bij wedde of forfaitair wordt betaald, maken de beslissingen omtrent de aanwending van de honoraria voor kosten die de in § 4 bedoelde maxima overschrijden of omtrent de in § 5 bedoelde aanwending van de honoraria het voorwerp uit van de procedure voorzien in artikel 6, §§ 4 en 5.

HOOFDSTUK VI

Overgangsbepalingen

ART. 15

§ 1. De systemen van centrale inning zoals ze georganiseerd zijn op 31 december 1983 blijven bestaan en worden

organisation se poursuit selon les modalités en vigueur à cette date sauf si le gestionnaire et le Conseil médical en décident autrement de commun accord; toutefois, les conditions relatives à l'organisation et au contrôle fixées à l'article 12, §§ 1, 2 et 3, doivent être remplies à la date d'entrée en vigueur de l'article précité.

§ 2. Par dérogation à l'article 12, § 1^{er}, le praticien qui exerce depuis 15 ans au minimum dans une institution soumise à la présente loi et qui à la date du 31 décembre 1983 perçoit lui-même ses honoraires peut continuer à les percevoir lui-même pour autant qu'il notifie ses intentions au Conseil médical et au gestionnaire dans les trois mois de la date d'entrée en vigueur de la présente loi et pour autant que le Conseil médical marque son accord. Le Conseil médical notifie cet accord au gestionnaire.

ART. 16

Les dispositions de la présente loi ne portent pas préjudice à l'exécution ultérieure des arrangements en vigueur au 31 décembre 1983 qui, par rapport à la présente loi, impliquent soit une association plus poussée des médecins à la prise de décision à l'hôpital, soit une intégration juridique ou financière plus étroite des médecins à l'hôpital.

CHAPITRE VII

Dispositions finales

ART. 17

L'avis de la commission nationale paritaire Médecins-Hôpitaux est demandé sur tous les arrêtés d'exécution et les mesures d'application de la présente loi.

ART. 18

Le respect des dispositions des chapitres II et III de la présente loi constitue pour les hôpitaux une exigence pour leur agrégation.

ART. 19

Les hôpitaux doivent se conformer aux dispositions de la présente loi à la date fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres et au plus tard deux ans après la promulgation de la loi.

ART. 20

§ 1^{er}. Chaque hôpital doit informer le secrétariat de la Commission paritaire Médecins-Hôpitaux de la façon dont la loi est respectée; le cas échéant il est communiqué pour quelles matières les dispositions des articles 15 et/ou 16 sont invoquées; il est communiqué aussi pour quel médecin le

verder georganiseerd volgens de op die datum in voege zijnde modaliteiten behalve indien de beheerder en de Medische Raad in gemeenschappelijk akkoord er anders over beslissen; evenwel moeten de voorwaarden met betrekking tot de inrichting en het toezicht zoals bepaald in artikel 12, §§ 1, 2 en 3, worden vervuld op de datum van inwerkingtreding van vermeld artikel.

§ 2. Bij afwijking van artikel 12, § 1, kan de geneesheer die sinds minstens 15 jaar zijn praktijk uitoefent in een aan deze wet onderworpen ziekenhuis en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innen voorzover hij zijn voornemen bekendmaakt aan de Medische Raad en aan de beheerder binnen drie maand na de datum van inwerkingtreding van deze wet en de Medische Raad hierop zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord.

ART. 16

De bepalingen van deze wet doen geen afbreuk aan de verdere uitvoering van op 31 december 1983 bestaande regelingen die, ten aanzien van onderhavige wet, hetzij een verdergaande betrokkenheid impliceren van de geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis, hetzij een grotere juridische of financiële integratie van de geneesheren in het ziekenhuis impliceren.

HOOFDSTUK VII

Slotbepalingen

ART. 17

Omtrent alle uitvoeringsbesluiten en toepassingsmaatregelen van deze wet wordt het advies ingewonnen van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

ART. 18

De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II en III van deze wet vormt voor de ziekenhuizen een vereiste voor hun erkenning.

ART. 19

De ziekenhuizen moeten aan de bepalingen van deze wet voldoen op de datum bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit vastgesteld en ten laatste binnen de twee jaar na de afkondiging van de wet.

ART. 20

§ 1. Elk ziekenhuis doet aan het secretariaat van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen mededeling van de wijze waarop aan deze wet gevolg wordt gegeven, desgevallend met aanduiding van de materies waaromtrent de bepalingen van artikelen 15 en/of 16 worden ingeroepen;

Conseil médical a marqué l'accord prévu dans l'article 15, § 2.

Le contenu de l'information à transmettre par le gestionnaire est soumis au Conseil médical. Si le gestionnaire et le Conseil médical divergent de vue quant au contenu de l'information, les remarques du Conseil médical sont jointes à la communication du gestionnaire.

§ 2. Le secrétariat de la Commission paritaire examine les documents transmis. Si le secrétariat estime qu'il y a doute quant à la conformité avec la loi ou s'il apparaît qu'il y ait divergence de vue entre le gestionnaire et le Conseil Médical concernant l'application de la loi, le dossier avec les remarques du secrétariat est examiné par un groupe de travail ad hoc constitué au sein de la Commission paritaire.

Si, malgré la concertation avec les intéressés, le doute quant à la conformité avec la loi persiste ou si les divergences de vue entre gestionnaire et Conseil médical ne peuvent être écartées, le dossier est transmis au Bureau de la Commission paritaire; le Bureau prend toute initiative utile permettant d'écarter les divergences de vue.

ART. 21

En ce qui concerne les hôpitaux gérés par un Centre public d'aide sociale et les médecins qui travaillent dans ces hôpitaux, les dispositions de la présente loi complètent la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'aide sociale et plus particulièrement les articles 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 et 94 de la loi mentionnée.

ART. 22

§ 1^{er}. Sans préjudice de l'application des peines comminées par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs ou d'une de ces peines seulement :

1° celui qui, en contravention avec l'article 2, exploite un hôpital qui ne répond pas aux dispositions en matière de gestion et de direction de l'hôpital;

2° celui qui, en contravention avec l'article 3, exploite un hôpital dont l'activité médicale n'est pas structurée conformément aux dispositions de l'article 3 et des arrêtés pris en exécution de l'article 3 ou celui qui empêche qu'elle soit structurée;

3° celui qui, en contravention avec l'article 4, exploite un hôpital sans qu'il soit créé un Conseil médical ou celui qui empêche qu'un Conseil médical soit créé;

4° celui qui, en contravention avec l'article 6, § 4, ne demande pas l'avis obligatoire du Conseil médical ou qui,

tevens wordt meegedeeld voor welke geneesheren de Medische Raad het in artikel 15, § 2, voorziene akkoord heeft gegeven.

De inhoud van de door de beheerder te verstrekken mededeling wordt voorgelegd aan de Medische Raad. Indien beheerder en Medische Raad van mening verschillen omtrent de inhoud van de te verstrekken mededeling, dan worden de bemerkingen van de Medische Raad gevoegd bij de mededeling van de beheerder.

§ 2. Het secretariaat van de Paritaire Commissie onderzoekt de meegedeelde documenten. Indien volgens het secretariaat twijfel bestaat omtrent de conformiteit met de wet of indien verschil van mening blijkt tussen beheerder en Medische Raad omtrent de toepassing van de wet, wordt het dossier samen met de bemerkingen van het secretariaat onderzocht door een in de schoot van de Paritaire Commissie opgerichte werkgroep ad hoc.

Indien, ondanks overleg met de betrokkenen de twijfel omtrent de conformiteit met de wet of het meningsverschil tussen beheerder en Medische Raad niet kan worden weggewerkt, wordt het dossier overgemaakt aan het Bureau van de Paritaire Commissie; het Bureau neemt de nuttige initiatieven om de overblijvende meningsverschillen weg te werken.

ART. 21

Wat betreft de ziekenhuizen beheerd door een Openbaar centrum voor Maatschappelijk Welzijn en de in die ziekenhuizen werkzame geneesheren komen de bepalingen van de huidige wet in aanvulling op de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, en meer in het bijzonder in aanvulling op de artikelen 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 en 94 van vermelde wet.

ART. 22

§ 1. Onverminderd de toepassing van de in het Strafwetboek gestelde straffen, wordt gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot drie maanden en met een geldboete van zesentwintig tot tweeduizend frank, of met één van die straffen alleen :

1° hij die, met overtreding van artikel 2, een ziekenhuis exploiteert dat niet beantwoordt aan de bepalingen inzake beheer en directie van het ziekenhuis;

2° hij die, met overtreding van artikel 3, een ziekenhuis exploiteert waarvan het medisch werk niet is gestructureerd overeenkomstig de bepalingen van artikel 3 en van de in uitvoering ervan genomen besluiten of hij die verhindert dat het zou gestructureerd worden;

3° hij die, met overtreding van artikel 4, een ziekenhuis exploiteert zonder dat een Medische Raad werd opgericht of hij die verhindert dat er een Medische Raad wordt opgericht;

4° hij die, met overtreding van artikel 6, § 4, het verplichte advies van de Medische Raad niet inwint of hij die, des-

le cas échéant, ne suit pas la procédure visée à l'article 6, § 5;

5° celui qui, en contravention avec les articles 12 et 15 n'applique pas les dispositions en matière de perception centrale ou qui rend difficile d'une manière quelconque la perception centrale;

6° celui qui, en contravention avec l'article 13, ne respecte pas ou ne fait pas respecter les dispositions concernant l'application des tarifs;

7° celui qui, en contravention avec l'article 14, n'applique pas les dispositions relatives à l'affectation des honoraires perçus d'une façon centrale;

8° celui qui, en contravention avec l'article 20, ne communique pas les données à la Commission paritaire médecins-hôpitaux.

§ 2. En cas de récidive dans les deux années qui suivent un jugement de condamnation du chef d'une des infractions visées au présent article, passé en force de chose jugée, les peines peuvent être portées au double.

§ 3. La personne physique ou morale qui exploite un hôpital ou un service, en infraction aux dispositions dans la présente loi, est civilement responsable du paiement des amendes et des frais de justice.

§ 4. Les dispositions du livre 1^{er} du Code pénal, le chapitre VII et l'article 85 non exceptés, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.

Donné à Bruxelles, le 20 février 1984.

BAUDOUIN.

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE.

*Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique
et à l'Environnement*

F. AERTS.

gevallend, de in artikel 6, § 5, voorziene procedure niet volgt;

5° hij die, met overtreding van de artikels 12 en 15, de bepalingen inzake de centrale inning niet toepast, of de centrale inning op enigerlei wijze verhindert of bemoeilijkt;

6° hij die, met overtreding van artikel 13, de bepalingen inzake de toepassing van de tarieven niet naleeft of doet naleven;

7° hij die, met overtreding van artikel 14, de bepalingen inzake de aanwending van de centraal geïnde honoraria, niet toepast;

8° hij die, met overtreding van artikel 20, de gevraagde gegevens aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, niet mededeelt.

§ 2. Bij herhaling binnen twee jaar vanaf de datum waarop, wegens één der overtredingen strafbaar gesteld bij dit artikel, een veroordeling, waarvan het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan werd uitgesproken, kunnen de straffen verdubbeld worden.

§ 3. De natuurlijke persoon of de rechtspersoon die een ziekenhuis of een dienst, met overtreding van de bepalingen van deze wet en van krachtens deze wet genomen uitvoeringsbesluiten, exploiteert is burgerrechtelijk aansprakelijk voor de betaling van de geldboeten en van de gerechtskosten.

§ 4. Alle bepalingen van boek 1 van het Strafwetboek met inbegrip van Hoofdstuk VII en artikel 85 zijn op de in deze wet bepaalde overtredingen toepasselijk.

Gegeven te Brussel, 20 februari 1984.

BOUDEWIJN.

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE.

*De Staatssecretaris voor Volksgezondheid
en Leefmilieu,*

F. AERTS.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat, section de législation, huitième chambre, saisi par le Ministre des Affaires sociales, le 17 janvier 1984, d'une demande d'avis sur un projet de loi « complétant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et portant des dispositions organiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers », a donné le 2 février 1984 l'avis suivant :

Eu égard au bref délai qui lui a été imparti, le Conseil d'Etat doit limiter son avis aux observations qui suivent :

I. Observations générales

1. Selon l'intitulé, le présent projet est conçu comme un complément à la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

Bien que ce ne soit pas une tâche facile du point de vue de la technique juridique, il s'indique dès lors d'inclure ou d'insérer dans la loi susvisée la majeure partie des dispositions du projet.

2. Un certain nombre de dispositions du projet, notamment celles qui confèrent au Conseil médical d'importantes compétences à l'égard des médecins (article 5, § 3, 5°, 6°, 7°, 18°, ...), celles qui concernent la « concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers » (section II du chapitre III, constituée de l'article 7) et celles qui ont trait aux « rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers » (chap. IV, art. 8 à 10), auront des répercussions considérables sur ceux des rapports juridiques entre les médecins et leurs commettants qui sont déjà réglés ailleurs dans la législation existante. L'on songera à la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale et aux dispositions légales concernant les personnes de droit privé.

A cet égard, le projet ne fait aucune distinction entre les médecins du secteur privé et les médecins du secteur public.

Selon l'exposé des motifs (observations générales), le projet doit être considéré comme une « loi spéciale complétant la loi générale sur les C.P.A.S. en ce qui concerne les points traités dans le projet » (p. 17).

Le projet vise principalement à ajouter de nouvelles formalités à la réglementation existante (avis, etc.). Il y aura lieu d'examiner si ces nouvelles procédures peuvent s'insérer dans le cadre de la législation existante. En tout état de cause, l'intention du Gouvernement doit être exprimée clairement dans le texte. Il faudra se rendre compte en outre des restrictions qu'on apporte ainsi à l'autorité du pouvoir qui gère l'hôpital public ou du particulier qui gère l'hôpital privé.

Lorsqu'il s'agit de dispositions qui ont trait à des avis obligatoires, comme c'est le cas en matière de sanctions disciplinaires, de rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins ou encore de nomination du médecin en chef (article 5, § 3, 6°, 7° et 18°, combiné avec l'article 5, § 5), il convient également de veiller aux droits des intéressés, tels les droits de défense, lesquels doivent de toute manière leur être garantis.

3. La législation sur les hôpitaux ressortit au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Il est dès lors souhaitable que le projet soit proposé également par le Secrétaire d'Etat à la Santé publique.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

De Raad van State, afdeling wetgeving, achtste kamer, de 17e januari 1984 door de Minister van Sociale Zaken verzocht hem van advies te dienen over een ontwerp van wet « houdende organieke bepalingen in aanvulling op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheren », heeft de 2e februari 1984 het volgend advies gegeven :

De Raad van State moet zich, wegens de korte termijn die hem is toegemeten, tot de volgende opmerkingen beperken :

I. Algemene opmerkingen

1. Blijkens het opschrift is het ontwerp opgevat als een aanvulling van de ziekenhuiswet van 23 december 1963.

Alhoewel het juridisch-technisch geen gemakkelijke opdracht is, is het dan ook aangewezen de meeste bepalingen van het ontwerp op te nemen in of toe te voegen aan deze wet.

2 Een aantal bepalingen van het ontwerp, met name die welke belangrijke bevoegdheden verlenen aan de Medische Raad ten aanzien van de geneesheren (art. 5, § 3, 5°, 6°, 7°, 18° ...), die betreffende de « samenspraak tussen beheerder en ziekenhuisgeneesheren » (hoofdstuk III, afdeling II, bestaande uit artikel 7) en die betreffende de « rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren » (hoofdstuk IV, de artikelen 8 tot 10), hebben belangrijke gevolgen op reeds elders door de bestaande wetgeving geregelde rechtsverhoudingen tussen de geneesheren en diegenen die hen hebben aangesteld. Men denke hier aan de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de O.C.M.W.'s en aan de wetsbepalingen betreffende de privaatrechtelijke personen.

Het ontwerp maakt desbetreffende geen onderscheid tussen geneesheren van de private en van de openbare sector.

Volgens de memorie van toelichting (algemeen gedeelte), dient het ontwerp gezien te worden als een « bijzondere wet die in aanvulling komt op de algemene O.C.M.W.-wet wat de in dit ontwerp behandelde problematiek betreft » (blz. 17).

Het ontwerp wil vooral nieuwe pleegvormen toevoegen aan het bestaande recht (adviezen enz.). Men zal moeten nagaan of deze nieuwe procedures in de bestaande wetgeving kunnen worden ingeschakeld. In elk geval moet de bedoeling duidelijk worden verwoord. Tevens dient men zich terdege rekenschap te geven van de beknopting van het gezag van de overheid die het openbaar ziekenhuis beheert of van de particulier die het privé-ziekenhuis bestuurt.

Wanneer bedoelde bepalingen betrekking hebben op bindende adviezen zoals ter zake van disciplinaire sancties, rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren en de benoeming van de hoofdgeneesheer (artikel 5, § 3, 6°, 7° en 18°, juncto artikel 5, § 5) moet tevens gewaakt worden over de rechten van de belanghebbenden, zoals de rechten van verdediging, die hen hoe dan ook gewaarborgd moeten worden.

3 De ziekenhuiswetgeving ressorteert onder de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Het ware dan ook wenselijk dat het ontwerp mede voorgedragen wordt door de Staatssecretaris voor Volksgezondheid.

II. Observations particulières

ARTICLE 1^{er}

1. Si la suggestion faite au point 1 de la rubrique I est adoptée, les dispositions de l'article 1^{er}, § 1^{er}, peuvent être considérées comme superflues. L'on peut toutefois, le cas échéant, modifier le champ d'application de la loi sur les hôpitaux dans le sens de ces dispositions.

2. L'exposé des motifs précise qu'en cas d'extension du champ d'application décidée par le Roi, il faut recueillir l'avis de la Commission paritaire médecins-hôpitaux.

Il serait souhaitable de le dire expressément dans le texte du projet. La rédaction suivante est proposée pour le paragraphe 2 :

« § 2. Après avoir recueilli l'avis de la Commission paritaire médecins-hôpitaux, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et dans les conditions qu'il définit, déclarer... »

3. Il convient de relever que le Roi se voit accorder de la sorte une habilitation permanente pour intervenir en la matière. Cette disposition ne peut en aucun cas aboutir à un transfert de matières qui relèvent des Communautés.

ART. 2

1. Dans l'intitulé du chapitre II et de la section I, le mot « gestion » est rendu en néerlandais respectivement par « beleid » et « beheer ».

2. Le projet est applicable aux hôpitaux publics et privés.

Selon l'exposé des motifs, le projet ne porte pas préjudice aux compétences des organes prévus par la loi organique des C.P.A.S. de 1976, tels que le Conseil et le Comité spécial. « Certes, le projet vient en complément de la loi sur les C.P.A.S. en ce qui concerne la mission spécifique de la direction et du comité directeur ».

La création par le présent projet de loi d'une direction et d'un comité de direction devrait être précisée à l'article 2. La rédaction suivante est proposée :

« § 1^{er}. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1^o gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé d'en gérer l'exploitation;

2^o directeur : la personne ou le collègue chargé de la direction générale des activités journalières de l'hôpital;

3^o comité de direction : le comité qui a pour mission d'exécuter les décisions de gestion, d'assurer la bonne marche des activités journalières de l'hôpital et de coordonner les activités hospitalières.

§ 2. Le gestionnaire ... (comme au projet).

§ 3. Dans chaque hôpital il y a un directeur et un comité de direction. Le comité de direction se compose du directeur et des responsables des services médicaux, des services infirmiers, des services administratifs et financiers et des services techniques de l'hôpital. Le gestionnaire de l'hôpital peut décider que d'autres responsables feront également partie du comité de direction. »

ART. 3

Le paragraphe 1^{er} manque de clarté. Quelle est la portée de la disposition : « A l'hôpital, l'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'ensemble des activités hospitalières » ? L'activité médicale n'est-elle qu'une branche des activités hospitalières ?

Les normes devraient être formulées de manière plus directe.

II. Bijzondere opmerkingen

ARTIKEL 1

1. Zo ingegaan wordt op het sub I, 1, gedane voorstel, kan het bepaalde in artikel 1, § 1, als overbodig worden beschouwd. Wel kan men desgevallend het toepassingsgebied van de ziekenhuiswet wijzigen in de zin van dat bepaalde.

2. De memorie van toelichting verklaart dat bij uitbreiding van het toepassingsgebied door de Koning, het advies van de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen ingewonnen dient te worden.

Het ware wenselijk dit uitdrukkelijk te stellen. Volgende tekst wordt voorgesteld voor § 2 :

« § 2. Na het advies van de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen te hebben ingewonnen, kan de Koning bij in Ministerraad ... op ander instellingen of diensten die, buiten ziekenhuisverband, de in § 1 bedoelde activiteiten uitoefenen. »

3. Er dient op gewezen dat aldus een permanente opdracht gegeven wordt aan de Koning om ter zake op te treden. In ieder geval mag deze bepaling er niet toe leiden dat gemeenschapsmateries zouden worden overgedragen.

ART. 2

1. In het opschrift van hoofdstuk II en van afdeling I, wordt het Franse woord « gestion » in het Nederlands respectievelijk met « beleid » en « beheer » weergegeven.

2. Het ontwerp is van toepassing op de openbare en private ziekenhuizen.

Volgens de memorie van toelichting doet het ontwerp geen afbreuk aan de bevoegdheden van de in de organieke wet van 1976 op de O.C.M.W.'s voorziene organen, zoals de Raad en het Bijzonder Comité. « Wel komt het ontwerp in aanvulling op de O.C.M.W.-wet wat betreft de specifieke opdracht van de directie en het directiecomité ».

De oprichting door het onderhavige wetsontwerp van een directie en van een directiecomité zou verduidelijkt moeten worden in artikel 2. Volgende tekst wordt voorgesteld :

« § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1^o beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de exploitatie van het ziekenhuis;

2^o directeur : de persoon of het college belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

3^o directiecomité : het comité dat tot taak heeft de tenuitvoerlegging van de beheersbeslissingen, de behartiging van de dagelijkse werking van het ziekenhuis, en het bewerken van de coördinatie in de ziekenhuisactiviteiten.

§ 2. De beheerder ... (zoals in het ontwerp).

§ 3. In ieder ziekenhuis is er een directeur en een directiecomité. Het directiecomité is samengesteld uit de directeur en de verantwoordelijken van de medische, van de verpleegkundige, van de administratief-financiële en van de technische diensten van het ziekenhuis. De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen dat bovendien andere verantwoordelijken van het directiecomité deel zullen uitmaken. »

ART. 3

Paragraaf 1 is niet duidelijk. Wat wordt bedoeld met « in het ziekenhuis moet de medische activiteit dusdanig georganiseerd worden dat ze een integrerend deel vormt van het geheel van de ziekenhuisactiviteiten » ? Is de medische activiteit slechts een onderdeel van de ziekenhuisactiviteiten ?

De normen zouden meer rechtstreeks moeten geformuleerd worden.

Texte proposé

« § 1^{er}. Dans chaque hôpital, il y a :

- 1° un staff médical groupant tous les médecins de l'hôpital;
- 2° un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical;
- 3° un médecin-chef de service, pour chacun des différents services du département médical.

Le Roi définit les tâches du staff médical et les missions qui, dans tous les cas, doivent être confiées au médecin en chef et aux médecins-chefs de service; ces missions concernent l'organisation et la coordination de l'activité médicale au sein de l'hôpital »

Il appartiendra au Gouvernement d'apprécier si le dernier alinéa du texte proposé n'est pas trop restreint par rapport au texte, plus large, du projet même.

ART. 5

Il vaudrait mieux intervertir l'ordre des articles 5 et 6, de manière à régler d'abord la composition, le mode d'élection et le contrôle du Conseil médical, avant d'en préciser la mission et le fonctionnement.

1. *Contenu de l'article*

Le Conseil médical donne un avis sur les 18 points énumérés au paragraphe 3 et « sur toutes les matières que le gestionnaire lui soumet » (§ 4).

L'avis ne doit pas être motivé, et n'est pas obligatoire.

Il y a six points cependant sur lesquels cet avis est obligatoire à condition qu'il soit : 1. écrit; 2. motivé; 3. émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote.

Ces six points sont les suivants :

1. le règlement concernant l'organisation et la coordination des services médicaux (§ 3, 1°);
2. la fixation et la modification du cadre du personnel financé à charge des honoraires (§ 3, 4°);
3. la révocation et autres sanctions infligées aux médecins (§ 3, 6°) (1);
4. la réglementation générale des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visée à l'article 8 (§ 3, 7°);
5. l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé en tout ou en partie à charge des honoraires (§ 3, 12°);
6. la nomination du médecin en chef (§ 3, 18°).

Le paragraphe 5 institue une procédure fort compliquée pour le cas où le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis obligatoire du Conseil médical.

Tout d'abord, il prévoit une concertation avec le Conseil médical ou avec une délégation de celui-ci. Si aucun accord ne s'en suit dans le mois, le gestionnaire fait une proposition motivée.

Cette proposition du gestionnaire est soumise à tous les médecins attachés à l'hôpital, qui peuvent s'y opposer à la majorité des deux tiers.

Si le gestionnaire ne peut marquer son accord sur ce point de vue, la contestation est soumise à un médiateur choisi sur une liste dressée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Si aucun accord n'intervient après deux mois, le médiateur lui-même fait une proposition.

(1) Il y a lieu d'observer que les médecins occupés dans un hôpital du C.P.A.S., sont engagés soit sous régime statutaire soit sous régime contractuel (article 48, alinéa 2, de la loi du 8 juillet 1976). Pour les médecins engagés sous régime statutaire, la procédure disciplinaire ainsi que les sanctions sont déterminées par la loi du 8 juillet 1976 (article 51 et suivants).

Voorgestelde tekst

« § 1. In ieder ziekenhuis is er :

- 1° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren;
- 2° een hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement;
- 3° een geneesheer-diensthooft voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement.

De Koning bepaalt de taken van de medische staf en de opdrachten die, in ieder geval, aan de hoofdgeneesheer en de geneesheren-diensthooften moeten worden toevertrouwd; deze opdrachten betreffen de organisatie en de coördinatie van de medische dienstverlening in het ziekenhuis ».

De Regering zal moeten oordelen of het laatste lid van de voorgestelde tekst niet te eng is, gelet op de ruimere tekst van het ontwerp zelf.

ART. 5

De artikelen 5 en 6 verwisselen beter onderling van plaats, om aldus de samenstelling, de verkiezing en het toezicht te kennen, vooraleer opdracht en werking te preciseren.

1. *Inhoud van dit artikel*

De Medische Raad geeft advies betreffende de 18 punten die opgesomd zijn in paragraaf 3 en betreffende « alle aangelegenheden die hem door de beheerder voor advies worden voorgelegd » (§ 4).

Het advies dient niet gemotiveerd te zijn en is niet bindend.

Betreffende zes punten is het advies echter bindend op voorwaarde dat het is : 1. schriftelijk; 2. gemotiveerd; 3. uitgebracht met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigde leden.

Deze zes punten zijn de volgende :

1. het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische diensten in het ziekenhuis (§ 3, 1°);
2. de vaststelling en wijziging van het kader van het personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd (§ 3, 4°);
3. de afzetting en andere sancties tegen geneesheren (§ 3, 6°) (1);
4. de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren (§ 3, 7°);
5. de aanschaffing, de vernieuwing alsmede de belangrijke herstellingen van medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk ten laste van de honoraria wordt gefinancierd (§ 3, 12°);
6. de benoeming van de hoofdgeneesheer (§ 3, 18°).

Paragraaf 5 stelt een zeer ingewikkelde procedure in voor het geval de beheerder zich niet kan aansluiten bij het bindend advies van de Medische Raad.

Eerst is een overleg met de Medische Raad of een afvaardiging ervan voorzien. Volgt er binnen de maand geen overeenstemming, dan doet de beheerder een gemotiveerd voorstel.

Dit voorstel van de beheerder wordt voorgelegd aan al de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren die zich met een tweederde meerderheid tegen dit voorstel kunnen uitspreken.

Kan de beheerder niet akkoord gaan met dit standpunt, dan gaat de betwisting naar een bemiddelaar gekozen op een lijst opgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Wanneer na twee maanden geen overeenstemming is bereikt, doet de bemiddelaar zelf een voorstel.

(1) Er dient opgemerkt te worden dat de geneesheren werkzaam in een ziekenhuis van het O.C.M.W., hetzij in statutair verband, hetzij onder een contractueel regime worden aangeworven (artikel 48, tweede lid, van de wet van 8 juli 1976). Voor de geneesheren aangeworven onder statutair verband is de disciplinaire procedure en zijn de sancties bepaald door de wet van 8 juli 1976 (artikel 51 en vlg.).

Le gestionnaire est tenu de se rendre à la proposition du médiateur à moins qu'il ne formule une nouvelle proposition sur laquelle le Conseil médical marque son accord.

2. Observation générale

La procédure organisée par l'article 5, §§ 3, 4 et 5, revêt un caractère supplétif. En effet, aux termes de l'article 7, § 1^{er}, elle est inopérante dès lors qu'il existe au sein de l'hôpital un accord de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical. A cette fin, il est créé un comité permanent de concertation. Il y a lieu d'observer que le C.P.A.S. est lié par les résultats de cette procédure.

Il ressort toutefois de l'article 7, § 4, qu'au cas où la concertation directe n'aboutit pas la procédure de l'article 5, §§ 3, 4 et 5, redevient applicable point par point.

3. Dans le paragraphe 1^{er}, le projet utilise pour la première fois la notion de « médecin hospitalier », sans toutefois la définir.

4. Le paragraphe 2 dispose que le cadre général dans lequel le Conseil médical exerce sa mission ne peut porter atteinte aux compétences du médecin en chef. Or, sous réserve du minimum prévu par l'article 3, § 1^{er}, alinéa 3, du projet, ces compétences sont fixées par le Roi. La portée d'une disposition législative se trouve ainsi limitée par une disposition arrêtée par le pouvoir exécutif.

5. Les matières sur lesquelles le Conseil médical doit donner son avis ont déjà fait l'objet d'observations. Pour d'autres matières, il est clair qu'il n'appartient pas au législateur national d'attribuer une compétence d'avis au Conseil médical qu'il institue, étant donné qu'il s'agit de matières qui relèvent des Communautés. C'est très certainement le cas pour les matières dont il est question à l'article 5, § 3, 16^o et 17^o.

6. a) Le paragraphe 5 prévoit une procédure de concertation entre le gestionnaire et le Conseil médical ou une délégation de celui-ci. Faut-il entendre par cette délégation le comité permanent de concertation, tel qu'il est réglé par l'article 7 ?

b) Selon le texte du projet, la majorité des deux tiers doit se calculer comme suit :

— l'avis obligatoire du Conseil médical requiert les deux tiers des membres ayant droit de vote (et donc pas des membres présents);

— la décision des médecins attachés à l'hôpital qui fait suite à la proposition motivée faite par le gestionnaire après l'échec de la concertation avec le Conseil médical, requiert les deux tiers des médecins présents. Le texte devrait le faire apparaître de manière plus explicite, à moins que l'intention ne soit d'exiger, ici aussi, la majorité des deux tiers des membres.

7. Le médiateur est choisi sur une liste de médiateurs dressée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Par cela seul, il y a lieu d'associer le Ministre ou Secrétaire d'Etat dont relève la Santé publique à la proposition et au contreseing du projet.

8. La procédure exposée ci-dessus ne peut être appliquée lorsqu'il s'agit de révoquer un médecin du C.P.A.S. sous régime statutaire ou de lui infliger une autre sanction. En pareille occurrence, ce sont les articles 51, 52 et 54 de la loi du 8 juillet 1976 qui règlent la procédure et les voies de recours (1).

9. Selon le paragraphe 5, alinéa 2, le médiateur est de préférence désigné d'un commun accord. Quelles sont les parties qui prennent

De beheerder moet zich neerleggen bij het voorstel van de bemiddelaar, tenzij hij een nieuw voorstel formuleert waarmee de Medische Raad akkoord gaat.

2. Algemene opmerking

De procedure ingericht door artikel 5, §§ 3, 4 en 5, heeft een suppletoir karakter. Inderdaad, luidens artikel 7, § 1, vervalt zij indien in het ziekenhuis een akkoord bestaat betreffende een directe samenspraak tussen de beheerder en de Medische Raad. Daartoe wordt een permanent overlegcomité opgericht. Op te merken valt dat het O.C.M.W. door de resultaten van deze procedure gebonden is.

Uit artikel 7, § 4, blijkt echter dat wanneer de rechtstreekse samenspraak niet met succes wordt bekroond, de procedure van artikel 5, §§ 3, 4 en 5, punt per punt, opnieuw toepassing dient te vinden.

3. In § 1 wordt voor de eerste maal in het ontwerp het begrip « ziekenhuisgeneesheer » gehanteerd, zonder dat hiervoor een omschrijving wordt gegeven.

4. Paragraaf 2 stelt dat het algemeen kader waarbinnen de Medische Raad zijn opdracht uitoefent, geen afbreuk kan doen aan de bevoegdheden van de hoofdgeneesheer. Deze bevoegdheden worden evenwel behoudens het minimum bepaalde in artikel 3, § 1, derde lid, van het ontwerp door de Koning vastgesteld. Aldus wordt de reikwijdte van een wetsbepaling beperkt door een bepaling vastgesteld door de uitvoerende macht.

5. Met betrekking tot aangelegenheden waaromtrent de Medische Raad advies moet geven, werden reeds opmerkingen gemaakt. Voor andere is het duidelijk dat de nationale wetgever niet bevoegd is om een adviesbevoegdheid te geven aan de Medische Raad door hem ingesteld, omdat zij materies betreft die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren. Dit is zeker het geval voor de aangelegenheden waarvan sprake in artikel 5, § 3, 16^o en 17^o.

6. a) In § 5 wordt een overlegprocedure voorzien tussen de beheerder en de Medische Raad of een afvaardiging ervan. Wordt met die afvaardiging het permanent overlegcomité bedoeld zoals geregeld in artikel 7 ?

b) Zoals de tekst geformuleerd is, dient de tweederde meerderheid berekend als volgt :

— wat het bindend advies van de Medische Raad betreft, is de tweederde van de stemgerechtigde leden vereist (dus niet van de aanwezigen);

— wat de beslissing van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren betreft ingevolge het gemotiveerd voorstel door de beheerder gedaan na het afspringen van het overleg met de Medische Raad, is de tweederde van de aanwezige geneesheren vereist. Dit zou expliciet uit de tekst moeten blijken, tenzij het de bedoeling is dat ook hier de tweederde meerderheid van de leden vereist zou zijn.

7. De bemiddelaar wordt gekozen op een lijst van bemiddelaars opgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Het ontwerp dient derhalve ook al om deze reden mede voorgedragen en ondertekend te worden door de Minister of Staatssecretaris die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

8. De hiervoren uiteengezette procedure kan niet worden toegepast wanneer het gaat om de afzetting of het toepassen van een andere sanctie op een geneesheer van het O.C.M.W. die zich in een statutair verband bevindt. In zulk een geval regelen de artikelen 51, 52 en 54 van de wet van 8 juli 1976 de procedure en de beroepsmogelijkheden (1).

9. Volgens § 5, tweede lid, wordt de bemiddelaar bij voorkeur aangewezen in gemeenschappelijk akkoord. Welke zijn de partijen bij dit

(1) Sur ce point, l'exposé des motifs est trop peu nuancé : « Il ne faut donc pas considérer le projet comme en contradiction avec la loi sur les C.P.A.S., mais bien comme une législation spécifique en vue de résoudre un problème posé dans tous les hôpitaux et qui exige une approche particulière qui a certains égards demande une adaptation de la prise de décision usuelle selon la loi sur les C.P.A.S. Par rapport aux hôpitaux de C.P.A.S., le projet de loi doit donc être considéré comme une loi spéciale complétant la loi générale sur les C.P.A.S. en ce qui concerne les points traités dans le projet » (p. 17).

(1) De memorie van toelichting is op dit punt te weinig genuanceerd : « Daarom moet het ontwerp niet worden gezien als strijdig met de O.C.M.W.-wet, maar wel als een specifieke wetgeving tot oplossing van een problematiek die zich in alle ziekenhuizen stelt en die een geëigende aanpak vergt die in bepaalde opzichten een aanpassing vraagt van de volgens de O.C.M.W.-wet gebruikelijke besluitvorming. Ten aanzien van de O.C.M.W.-ziekenhuizen moet de ontwerp-wet dan ook gezien worden als een bijzondere wet die in aanvulling komt op de algemene O.C.M.W.-wet wat de in dit ontwerp behandelde problematiek betreft » (blz. 17).

part à cet accord ? Le gestionnaire et le Conseil médical ou un délégué de celui-ci ?

Si aucun accord n'intervient, le Ministre désigne le médiateur. Quel est ce Ministre ?

10. Il vaudrait mieux rédiger le paragraphe 6 comme suit :

« Le Roi peut, sur avis conforme de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, élargir les points mentionnés aux § 3 et § 5 ou en ajouter d'autres. »

ART. 6

Cet article concerne la composition du Conseil médical. Il pose comme principe que les membres de ce conseil sont élus en leur sein par les médecins attachés à l'hôpital.

1. a) A l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er}, il y a lieu d'écrire :

« Le Roi fixe le niveau minimum d'activité que les médecins doivent remplir pour avoir droit de vote d'une part et être éligibles d'autre part. »

b) Dans le texte néerlandais de l'alinéa 3 du paragraphe 1^{er}, il y a lieu d'écrire :

« De Koning bepaalt eveneens de regelen betreffende de samenstelling... »

2. Que faut-il entendre par : « mode de désignation des membres » ? Ne devrait-il pas s'agir du « mode d'élection des membres » ?

3. A la fin du paragraphe 2, il y a discordance entre les versions française et néerlandaise. La version néerlandaise doit être formulée comme suit : « De Koning bepaalt de nadere regelen tot uitvoering van deze paragraaf ». Dans la version française, il convient d'écrire « Le Roi détermine les modalités d'exécution de ce paragraphe ».

ART. 7

1. Ainsi qu'il a été relevé lors de l'examen de l'article 5, l'application de la procédure prévue par cet article peut être évitée lorsqu'une concertation directe est organisée entre le gestionnaire et le Conseil médical. A cette fin, un comité permanent de concertation doit être créé.

Pour la bonne compréhension de ce système, il convient de souligner les points suivants :

a) La concertation au sein du comité permanent se substitue à la compétence d'avis que le Conseil médical possède en vertu de l'article 5, § 3.

Ainsi qu'il a été observé lors de l'examen de l'article 5, le Conseil médical dispose d'une double compétence d'avis. Dans la plupart des matières, son avis n'est pas obligatoire. Dans les six matières mentionnées à l'article 5, § 3, 1^o, 4^o, 6^o, 7^o, 12^o et 18^o, il est obligatoire à condition que la décision soit écrite, motivée et prise à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote.

L'article 7 entend remplacer la compétence d'avis — aussi bien l'obligatoire que l'autre — par une concertation directe entre le gestionnaire (ou son délégué) et une délégation du Conseil médical.

b) Le gestionnaire et le Conseil médical sont représentés au comité permanent de concertation par des délégués. Il ressort de l'article 7, § 3, que les délégués ne possèdent pas de pouvoir de décision : ils doivent défendre l'accord conclu auprès de leurs mandants.

c) A défaut d'accord, la procédure décrite à l'article 5 est reprise, ce qui signifie que l'avis du Conseil médical doit être recueilli pour les matières énumérées à l'article 5, § 3.

2. Dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, il y a lieu d'insérer après les mots « comité permanent de concertation » les mots « dénommé ci-après le Comité ».

akkoord ? De beheerder en de Medische Raad of een afgevaardigde ervan ?

Wordt geen overeenstemming bereikt, dan wijst de Minister de bemiddelaar aan. Welke Minister ?

10. Paragraaf 6 wordt beter gesteld als volgt :

« § 6. De Koning kan, op eensluidend advies van de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen, de onder § 3 en § 5 vermelde punten uitbreiden of er andere aan toevoegen. »

ART. 6

Dit artikel betreft de samenstelling van de Medische Raad. Als principe wordt gesteld dat zijn leden verkozen worden door de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren en onder hen.

1. a) In het tweede lid van paragraaf 1 schrijve men :

« De Koning bepaalt het minimum-activiteitsniveau waaraan de geneesheren moeten voldoen eensdeels om stemgerechtigd en anderdeels om verkiesbaar te zijn. »

b) In het derde lid schrijve men :

« De Koning bepaalt eveneens de regelen betreffende de samenstelling... »

2. Wat wordt bedoeld met : « de wijze van aanduiding van de leden » ? Moet dit niet zijn : « de wijze van verkiezing van de leden » ?

3. Er is gebrek aan overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst van paragraaf 2 *in fine*. De tekst zou moeten luiden : « De Koning bepaalt de nadere regelen tot uitvoering van deze paragraaf. »

ART. 7

1. Zoals reeds werd opgemerkt bij de bespreking van artikel 5, kan de procedure vervat in laatstgenoemd artikel worden vermeden wanneer er een directe samenspraak tussen de beheerder en de Medische Raad wordt georganiseerd. Daartoe dient een permanent overlegcomité te worden opgericht.

Voor een goed begrip van het stelsel, moet er worden gewezen op volgende punten :

a) De samenspraak in het permanent comité treedt in de plaats van de adviesbevoegdheid die de Medische Raad krachtens artikel 5, § 3, bezit.

Zoals bij de bespreking van artikel 5 is gezegd, bezit de Medische Raad een tweeledige adviesbevoegdheid. Betreffende de meeste aangelegenheden is zij niet bindend. Betreffende zes aangelegenheden die onder artikel 5, § 3, 1^o, 4^o, 6^o, 7^o, 12^o en 18^o, vermeld zijn, is het advies bindend op voorwaarde dat de beslissing geschreven, gemotiveerd en met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigden is genomen.

Artikel 7 wil de adviesbevoegdheid — zowel de bindende als de niet-bindende — vervangen door een rechtstreeks overleg tussen de beheerder (of zijn afgevaardigde) en een delegatie van de Medische Raad.

b) De beheerder en de Medische Raad worden in het permanent overlegcomité vertegenwoordigd door afgevaardigden. Uit artikel 7, § 3, blijkt dat de afgevaardigden geen beslissingsrecht bezitten : zij moeten het bereikte akkoord ten aanzien van hun mandaatgevers verdedigen.

c) Bij ontstentenis van akkoord wordt de procedure omschreven in artikel 5 hernomen, d.w.z. dat de Medische Raad om advies dient te worden gevraagd voor de in artikel 5, § 3, opgesomde aangelegenheden.

2. In § 1, tweede lid, voeg men na het woord « overlegcomité » in : « hierna genoemd het Comité ».

3. Dans le texte français du paragraphe 2, il est question d'un « avis préalable » alors que le texte néerlandais parle d'« advies ». Le terme « préalable » est superflu dans le texte français.

4. Il conviendrait de remplacer l'article 7, § 4, 2° et 3°, par le texte ci-dessous :

« 2° Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du Comité, il motive son point de vue et soumet la question au Conseil médical, qui émet un avis conformément à l'article 5, § 4.

Lorsque le Conseil médical ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du Comité, il émet un avis écrit et motivé.

Les avis du Conseil médical sont soumis à l'application de l'article 5, § 4. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° ou 18°, l'article 5, § 5, est d'application pour autant que l'avis ait été émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote. »

ART. 8

1. Selon cet article, chaque hôpital doit élaborer une réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins. Cette réglementation générale doit, selon l'exposé des motifs, servir de « cadre général et (de) directive pour la réglementation individuelle de chaque médecin ».

Le texte et le commentaire ne concordent donc pas : une réglementation générale est par définition obligatoire, en ce sens qu'il ne peut y être dérogé.

A cela s'ajoute, en ce qui concerne les hôpitaux publics (C.P.A.S.), qu'au cas où la réglementation générale revêt le caractère d'un statut, il ne sera pas possible d'y déroger dans des cas individuels, en application du principe *patere legem* ..., à moins que le statut lui-même ne contienne une règle autorisant de telles dérogations.

Toutefois, les médecins peuvent aussi être engagés dans les liens d'un contrat de travail ou d'un contrat d'entreprise. Il n'est pas interdit à l'autorité d'engager du personnel sous régime contractuel. Le projet ne porte pas atteinte à cette faculté.

S'il est opté pour un régime statutaire, la compétence de l'autorité sera, en cas d'adoption du projet, limitée à la nomination : les droits et les obligations du médecin seront alors définis dans la réglementation générale.

Si l'autorité opte pour le régime contractuel, elle pourra conclure des contrats individuels contenant des clauses spécifiques, qui, selon le texte du projet, ne pourront toutefois pas être contrares à la « réglementation générale ». La même observation s'applique aux hôpitaux privés qui concluent des contrats individuels.

2. L'article 8 dispose en outre que la réglementation générale fixe les conditions d'organisation et les conditions de travail. Il convient de distinguer les dispositions relatives à l'organisation interne du service et les dispositions statutaires concernant les droits et les obligations. Il se recommande dès lors de prévoir un règlement distinct pour l'organisation du service.

3. Le règlement relatif à l'organisation interne, arrêté en exécution de la loi en projet, ne pourra contenir aucune disposition concernant des matières relevant de la compétence des Communautés; il n'est qu'à songer au droit de visite.

4. Une observation analogue s'applique aux dispositions du § 3, 5° et 6°.

5. Au § 2, on écrira, dans la version néerlandaise, « procedure » au lieu de « werkwijze ».

6. A première vue, le § 3, 1°, peut créer l'incertitude quant à la procédure à appliquer. En effet, l'article 5, § 3, 7°, considère « la réglementation générale des rapports juridiques entre l'hôpital et les

3. Paragraaf 2 gewaagt in de Nederlandse versie van « advies » en in de Franse van « avis préalable ». Het woord « préalable » is overbodig.

4. In artikel 7, § 4, dienen 2° en 3° te worden vervangen door de volgende tekst :

« 2° Wanneer de beheerder zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het Comité is bereikt, motiveert hij zijn standpunt en legt de zaak aan de Medische Raad voor, die overeenkomstig artikel 5, § 4, advies geeft.

Wanneer de Medische Raad zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het Comité is bereikt, brengt hij een geschreven en gemotiveerd advies uit.

Op de adviezen van de Medische Raad is artikel 5, § 4, van toepassing. Betreft het een aangelegenheid vermeld in artikel 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° of 18°, dan is, voor zover het advies met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigden is uitgebracht, artikel 5, § 5, van toepassing. »

ART. 8

1. Volgens dit artikel moet ieder ziekenhuis een algemene regeling uitwerken waarin de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren worden vastgesteld. Dit algemeen reglement zal volgens de memorie van toelichting dienen « als algemeen kader en als richtsnoer voor de individuele regelingen met elke geneesheer afzonderlijk ».

Tekst en toelichting stemmen aldus niet overeen : een algemene regeling is per definitie algemeen bindend in die zin dat er niet mag van afgeweken worden.

Wat de openbare ziekenhuizen betreft (O.C.M.W.), komt daar nog bij dat zo de algemene regeling het karakter bezit van een statuut, er bij toepassing van het *Patere legem* ... principe, niet zal kunnen van afgeweken worden in individuele gevallen, tenzij in het statuut zelf een regel voorkomt die dergelijke afwijkingen mogelijk maakt.

Geneesheren kunnen evenwel ook worden aangeworven op grond van een arbeidsovereenkomst of van een aannemingsovereenkomst. Het is aan de overheid niet verboden personeel aan te werven onder een contractueel regime. Het ontwerp doet aan deze mogelijkheid geen afbreuk.

Wordt gekozen voor een statutair regime, dan is, indien het ontwerp wordt aangenomen, de bevoegdheid van de overheid beperkt tot de benoeming : de rechten en verplichtingen van de geneesheer zullen dan in de algemene regeling bepaald zijn.

Kiest de overheid het contractueel regime, dan kan zij individuele overeenkomsten sluiten waarin specifieke bepalingen voorkomen, maar die zullen, volgt men de tekst van het ontwerp, uiteraard niet strijdig mogen zijn met de « algemene regeling ». Hetzelfde geldt voor de privé-ziekenhuizen die individuele overeenkomsten sluiten.

2. Artikel 8 bepaalt ook dat in de algemene regeling de organisatie en de werkvoorwaarden worden bepaald. Bepalingen betreffende de inwendige inrichting van de dienst dienen onderscheiden te worden van de statutaire bepalingen betreffende de rechten en verplichtingen. Daarom is het raadzaam dat een afzonderlijk reglement de inrichting van de dienst zou bepalen.

3. In de regelen betreffende de inwendige inrichting zullen ter uitvoering van het onderhavige wetsontwerp geen bepalingen mogen worden ingelast die aangelegenheden betreffen welke tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren; men denke aan het bezoeksrecht.

4. Een analoge opmerking geldt voor het bepaalde in § 3, 5° en 6°.

5. In § 2 schrijve men « procedure » in plaats van « werkwijze ».

6. Paragraaf 3, 1°, kan op het eerste gezicht aanleiding tot onzekerheid geven wat de toe te passen procedure betreft. Immers, artikel 5, § 3, 7°, beschouwt als een aangelegenheid die aanleiding kan geven tot

médecins, visée à l'article 8 » comme une matière pouvant faire l'objet d'un avis obligatoire du Conseil médical.

Cette réglementation générale doit déterminer « les conditions de nomination, d'engagement, d'admission et de promotion ».

L'article 5, § 3, 5^e, mentionne toutefois « la nomination, l'engagement, l'admission et la promotion des médecins » parmi les matières qui ne peuvent pas faire l'objet d'un avis obligatoire du Conseil médical.

Si « la nomination, l'engagement ... » visés à l'article 5, § 3, 5^e, ne sont pas considérés comme des actes réglementaires, mais comme des actes individuels, il n'y a pas de contradiction entre l'article 5, § 3, 5^e, et l'article 8, § 3, 1^o. Il se recommande dès lors de scinder en une série d'actes réglementaires, d'une part, et une série d'actes individuels, d'autre part, l'énumération des 18 points pour lesquels l'avis du Conseil médical doit être pris.

7. La réglementation générale doit déterminer entre autres « dans quels genres de cas, pour quels motifs et selon quelles procédures il peut être mis fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et les médecins ».

Ce qui importe, à cet égard, c'est la nature, statutaire ou contractuelle, du régime auquel le médecin d'un hôpital public est soumis.

Il n'entre sans doute pas dans l'intention du Gouvernement de faire en sorte qu'une réglementation générale en matière disciplinaire et de cessation de fonctions applicables dans un hôpital public se substitue aux dispositions légales qui s'appliquent à ceux des médecins qui ont été engagés sous régime statutaire.

8. L'observation formulée ci-avant vaut aussi pour les arrangements financiers visés à l'article 8, § 3, 4^e, en d'autres termes, pour la fixation du statut pécuniaire des médecins fonctionnaires.

9. La disposition de l'article 8, § 3, 6^e, aux termes de laquelle « les arrangements pris pour garantir, d'une part, la promotion de l'hôpital ... et, d'autre part, le respect de l'autorité liée à la fonction du médecin », est extrêmement vague. On peut se demander si elle est bien à sa place dans le projet, étant donné qu'elle n'est pas une norme juridique au sens propre du terme.

On se reportera, pour le surplus, à ce qui a été dit au point 4.

ART. 9

La disposition du § 2, 3^e, n'est guère à sa place dans un régime contractuel.

ART. 10

Cet article délègue au Roi, sans limitation dans le temps et sans en définir l'objet, le pouvoir de modifier, en ce qui concerne les médecins hospitaliers, l'article 1^{er}, § 3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

L'article 1^{er} de la loi du 27 juin 1969 comprenait deux paragraphes; l'article 106 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-1976 y a ajouté un paragraphe 3, rédigé comme suit :

« § 3. Cette loi ne s'applique pas davantage aux institutions hospitalières créées par des personnes privées ou appartenant au secteur public, aux services d'orientation scolaire ou professionnelle, centres psycho-médico-sociaux et services de surveillance médicale scolaire, ainsi qu'aux médecins qui y sont occupés, si ces médecins sont également soumis à l'application du statut social des travailleurs indépendants pour raison d'exercice de la médecine en dehors de ces institutions, services et centres, à moins que ceux-ci ne leur octroient exclusivement qu'une rémunération fixe. »

ART. 12

1. A l'article 12, § 2, le membre de phrase « sans préjudice de l'application de l'article 15 » peut être omis. La disposition transitoire de l'article 15 suffit à elle seule.

een bindend advies van de Medische Raad : « de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren ».

In die algemene regeling moeten worden vastgesteld « de voorwaarden van benoeming, aanwerving, toelating en bevordering ».

Artikel 5, § 3, 5^e, vermeldt echter « de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van de geneesheren » onder de aangelegenheden die geen aanleiding tot een bindend advies van de Medische Raad kunnen geven.

Indien met « de benoeming, de aanwerving ... » waarvan sprake in artikel 5, § 3, 5^e, geen reglementaire, maar wel individuele handelingen bedoeld worden, dan bestaat er geen tegenstrijdigheid tussen artikel 5, § 3, 5^e, en artikel 8, § 3, 1^o. Het verdient dan ook aanbeveling de opsomming van de 18 punten waarover het advies van de Medische Raad dient ingewonnen te worden, te rangschikken in, enerzijds, de reglementaire, en anderzijds, de individuele handelingen.

7. De algemene regeling dient onder meer vast te stellen « in welke soort gevallen, om welke motieven en volgens welke procedures een einde kan worden gesteld aan de tussen beheerder en geneesheer bestaande rechtsverhoudingen ».

Van belang is het regime dat op een geneesheer van een openbaar ziekenhuis van toepassing is, te weten een statutair of een contractueel regime.

Het zal toch niet de bedoeling zijn dat een algemene regeling betreffende tuchtrecht en uitdiensttreding geldend voor een openbaar ziekenhuis in de plaats treedt van de wetsbepalingen die gelden ten aanzien van die geneesheren welke onder een statutair regime zijn aangeworven.

8. De hiervoren gemaakte opmerking geldt ook voor het bepalen van de financiële regeling (artikel 8, § 3, 4^e), met andere woorden van het geldelijk statuut van de geneesheren-ambtenaren.

9. De bepaling onder artikel 8, § 3, 6^e, luidende : « de na te leven afspraken tot het waarborgen van de promotie van het ziekenhuis ... en tot eerbiediging van het gezag eigen aan de functie van de geneesheer anderzijds », is uiterst vaag. Men kan zich afvragen of deze bepaling, wel in het ontwerp thuishoort omdat zij geen eigenlijke rechtsnorm is.

Zie daarenboven wat werd gezegd in punt 4.

ART. 9

De bepaling van § 2, 3^e, hoort niet goed thuis in een contractuele regeling.

ART. 10

De Koning wordt gemachtigd, zonder beperking in de tijd en zonder omschrijving van het object van de delegatie, om artikel 1, § 3, van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders te wijzigen met betrekking tot de ziekenhuisgeneesheren.

Artikel 1 van de wet van 27 juni 1969 bestond uit twee paragrafen; artikel 106 van de wet van 5 januari 1976 betreffende de budgettaire voorstellen 1975-1976 voegde er een § 3 aan toe, die luidt als volgt :

« § 3. Deze wet vindt evenmin toepassing op de door privé-personen ingerichte of tot de openbare sector behorende verplegingsinstellingen, diensten voor school- en beroepsoriëntering, psycho-medisch-sociale centra en diensten voor medisch schooltoezicht, alsmede de geneesheren die zij tewerkstellen, indien deze geneesheren eveneens onder de toepassing van het sociaal statuut der zelfstandigen vallen wegens de uitoefening van de geneeskunde buiten die instellingen, diensten of centra, tenzij zij in die instellingen, diensten of centra, uitsluitend met een vast loon worden betaald. »

ART. 12

1. In artikel 12, § 2, kan de tussenzin « onverminderd toepassing van artikel 15 », worden weggelaten. De overgangsbepaling van artikel 15 volstaat op zichzelf.

2. A l'article 12, § 3, on écrira : « ...; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles qui sont prévues au § 2, 2°, pour le Conseil médical et au § 2, 3°, pour les médecins ».

ART. 13

1. L'article 13 doit être réécrit du point de vue de la forme.

2. La portée des mots « En outre, le Conseil médical garantit que ... » n'est pas claire. Cette disposition s'applique-t-elle également lorsque le « quorum d'engagements requis » n'a pas été atteint (1) ? L'intention du Gouvernement est-elle de faire en sorte qu'en pareille hypothèse le Conseil médical fasse néanmoins respecter les tarifs d'engagement pour les chambres de plus d'une personne ? Le malade doit-il choisir un médecin parmi les médecins engagés ou peut-il désigner un autre médecin engagé, lequel pourra alors pratiquer dans l'hôpital ?

ART. 14

1. Cet article règle l'affectation des honoraires perçus de façon centrale. Selon l'exposé des motifs, il ne serait pas applicable au médecin qui bénéficie d'un traitement fixe. Cela devrait être dit expressément dans le texte de la loi en projet et devrait valoir également dans le cas où le médecin perçoit une indemnité forfaitaire.

Le § 1^{er} devrait dès lors être complété comme suit :

« L'affectation obligatoire ne s'applique pas aux montants visés aux 2°, 3° et 4° lorsque le médecin bénéficie d'un traitement ou est rétribué forfaitairement. »

2. Le § 3 dispose que les tarifs sont fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Le § 4 dispose que la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux peut fixer les critères et pourcentages généraux pour les tarifs.

Il serait préférable, dans un souci de clarté, d'inclure cette disposition dans le § 3.

ART. 15

1. L'expression « les dispositions générales relatives à l'organisation et au contrôle » est trop vague. Le texte demande à être précisé.

2. Le texte néerlandais de l'article 15, § 2, doit être corrigé comme suit : « ... en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innen voor zover hij zijn voornemen bekendmaakt aan de Medische Raad en aan de beheerder binnen drie maand na de datum van inwerkingtreding van deze wet en voor zover de Medische Raad hiermede zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord. »

Dans le texte français, l'on insérera le mot « lui-même » après le mot « percevoir » et l'on rédigera la fin comme suit : « ... son accord. Le Conseil médical notifie cet accord au gestionnaire. »

3. Qu'advierait-il dans l'éventualité où le Conseil médical n'aurait pas été créé dans les trois mois de l'entrée en vigueur de la loi, qui interviendra dix jours après la publication de celle-ci au *Moniteur belge* ?

ART. 16

Le Gouvernement ne s'oppose pas à une intégration plus étroite du médecin pour autant qu'elle existât à la date du 31 décembre 1983.

Les hôpitaux où cette intégration n'existait pas devront s'en tenir strictement aux dispositions de la loi qui résultera du présent avant-projet.

Quelle est l'autorité qui sera appelée à apprécier si une situation existant au 31 décembre 1983 — avec des structures sans doute différentes de celles décrites dans le projet — implique une intégration juri-

2. In artikel 12, § 3, leze men : « ... tevens zal moeten worden bepaald dat aan de beheerder of zijn afgevaardigde gelijkwaardige toezichtsmogelijkheden worden geboden als die welke in § 2, 2°, voor de Medische Raad en in § 2, 3°, voor de geneesheren zijn voorzien ».

ART. 13

1. Artikel 13 is wat de vorm betreft te herschrijven.

2. De betekenis van : « Bovendien waarborgt de Medische Raad ... » is niet duidelijk. Geldt deze bepaling eveneens wanneer het « noodzakelijk quorum van verbintenissen » niet werd bereikt (1) ? Is het de bedoeling dat in deze hypothese de Medische Raad de verbintenistarieven toch doet eerbiedigen voor meerpersoonskamers ? Moet de patiënt een dokter kiezen tussen de verbonden geneesheren of mag hij een andere verbonden dokter aanwijzen, die dan in het ziekenhuis mag optreden ?

ART. 14

1. Dit artikel betreft de aanwending van de centraal geïnde honoraria. Volgens de toelichting zou het niet van toepassing zijn op de geneesheer die een vaste wedde geniet. Zulks zou duidelijk moeten blijken uit de wettekst en ook moeten gelden wanneer een vaste vergoeding uitgekeerd wordt.

Paragraaf 1 zou dan ook als volgt moeten worden aangevuld :

« Deze verplichte aanwending geldt niet voor de bedragen vermeld in 2°, 3° en 4° wanneer de geneesheer een vaste wedde geniet of forfaitair vergoed wordt. »

2. In § 3 is bepaald dat de tarieven in gemeenschappelijk akkoord tussen de beheerder en de Medische Raad worden vastgesteld.

In § 4 is bepaald dat de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen algemeen geldende criteria en percentages voor de tarieven kan bepalen.

Het ware duidelijker de bepaling van § 4 in § 3 onder te brengen.

ART. 15

1. De termen « de algemene bepalingen met betrekking tot de inrichting en het toezicht » zijn te vaag. Nadere precisering in de tekst is vereist.

2. De Nederlandse tekst van artikel 15, § 2, dient verbeterd te worden als volgt : « ... en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innen voor zover hij zijn voornemen bekendmaakt aan de Medische Raad en aan de beheerder binnen drie maand na de datum van inwerkingtreding van de wet en voor zover de Medische Raad zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord. »

In de Franse tekst voege men na het woord « percevoir » het woord « lui-même » in en schrijve men aan het slot : « ... son accord. Le Conseil médical notifie cet accord au gestionnaire. »

3. Wat wanneer de Medische Raad nog niet is opgericht binnen de drie maand volgend op de inwerkingtreding van de wet, die plaats zal hebben tien dagen na haar bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* ?

ART. 16

De Regering verzet zich niet tegen verdergaande integratie van de geneesheer voor zover deze op 31 december 1983 bestond.

De ziekenhuizen waarin dit niet bestond, zullen zich stipt aan de wet moeten houden, die uit het onderhavige ontwerp zal groeien.

Wie zal oordelen of een op 31 december 1983 bestaande toestand — met wellicht andere structuren dan deze voorgeschreven door het ontwerp — een verdergaande, juridische of financiële integratie van de

(1) L'article 34, § 3, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dispose que les « accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au *Moniteur belge*, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords ».

(1) Artikel 34, § 3, tweede lid, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalt dat de « akkoorden in werking treden in een bepaald gewest, 45 dagen na hun bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*, behoudens indien meer dan 40 pct. van de geneesheren of van de tandheelkundigen bij een ter post aangezekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben ».

dique ou financière plus étroite du médecin à l'hôpital ? Sera-ce l'autorité qui est compétente pour l'agrément ?

Dispositions générales.

Il vaudrait mieux écrire : « Dispositions finales ».

ART. 18

1. Le respect des dispositions des chapitres II et III de la loi en projet constitue pour les hôpitaux une condition d'agrément.

L'agrément d'un hôpital relève de la compétence de la Communauté (1). En vertu de l'article 5, § 2, de la loi spéciale du 8 août 1980, les Exécutifs de Communauté informent l'autorité nationale compétente de leurs décisions en matière d'agrément, de fermeture et d'investissements.

2. Le respect des dispositions du chapitre II et, plus particulièrement, de celles du chapitre III devra faire l'objet d'une vérification permanente. L'observation de ces dispositions pourra, le cas échéant, entraîner le retrait de l'agrément.

3. La disposition pénale qui figure à l'article 18, § 2, du projet est par trop imprécise. Les infractions doivent être clairement définies, comme c'est le cas à l'article 18 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

ART. 19

Selon le texte, tel qu'il est rédigé, le Roi devra prendre des arrêtés individuels pour rendre la loi applicable à chaque hôpital. Il peut aussi prendre des arrêtés pour des catégories déterminées (par exemple, selon le nombre de lits ou le nombre de médecins).

A défaut d'arrêté, la loi sera applicable à la fin de la deuxième année qui suit sa promulgation (dans le texte néerlandais il faut lire : « afkondiging » au lieu de « uitvaardiging »).

ART. 20

Cet article prévoit que, « endéans la période fixée conformément à l'article 19 », chaque hôpital informe le secrétariat de la Commission paritaire de la façon dont il « respecte » la loi.

1. De quelle période s'agit-il ? L'article 19 prévoit uniquement une période de deux ans. Il serait souhaitable de le rappeler expressément à l'article 20.

2. Il est permis de se demander comment un hôpital pourra faire une déclaration sur la manière dont il respecte la loi, aussi longtemps que la loi ne lui aura pas été rendue applicable.

3. Le secrétariat de la Commission paritaire est chargé d'une mission qui consiste à vérifier la conformité des décisions d'un hôpital avec la loi.

Une procédure est organisée en cas de non-conformité (constitution d'un groupe de travail ad hoc et, finalement, intervention du bureau de la Commission paritaire).

La chambre était composée de :

Messieurs : G. BAETEMAN, président de chambre;
J. NIMMEGEERS et J. BORRET, conseillers d'Etat;
G. VAN HECKE et S. FREDERICQ, assesseurs de la section de législation;
Madame : S. VAN AELST, greffier.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. G. BAETEMAN.

Le rapport a été présenté par M. W. VAN ASSCHE, auditeur général.

Le Greffier,
S. VAN AELST.

Le Président,
G. BAETEMAN.

geneesheren in het ziekenhuis behelst ? Zal dit de tot erkenning bevoegde overheid zijn ?

Algemene bepalingen.

Men schrijve liever : « Slotbepalingen ».

ART. 18

1. De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II en III vormt voor de ziekenhuizen een vereiste voor hun erkenning.

De erkenning van een ziekenhuis behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschap (1). Volgens artikel 5, § 2, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 brengen de Gemeenschapsexecutieven de bevoegde nationale overheid op de hoogte van hun beslissingen inzake erkenning, sluiting en investering.

2. De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II en III — vooral dit laatste — dient permanent in de tijd te worden nagegaan. De niet-naleving kan eventueel de intrekking van de erkenning voor gevolg hebben.

3. De strafbepaling ingeschreven in artikel 18, § 2, is veel te vaag. De misdrijven moeten duidelijk omschreven worden zoals dit geschied is in artikel 18 van de ziekenhuiswet van 23 december 1963.

ART. 19

Zoals deze tekst gesteld is, zal de Koning individuele besluiten moeten nemen om de wet toepasselijk te verklaren op ieder ziekenhuis. Hij kan besluiten nemen voor bepaalde categorieën (bijvoorbeeld volgens het aantal bedden, of volgens het aantal geneesheren).

Bij ontstentenis van besluit is de wet toepasselijk bij het einde van het tweede jaar volgend op de afkondiging (in plaats van uitvaardiging) van de wet.

ART. 20

Volgens dit artikel doet, binnen de overeenkomstig artikel 19 vermelde periode, elk ziekenhuis mededeling aan het secretariaat van de Paritaire Commissie van de wijze waarop aan deze wet gevolg wordt gegeven.

1. Welke periode is bedoeld ? Artikel 19 bepaalt enkel een periode van twee jaar. Het ware wenselijk dit met zoveel woorden in artikel 20 te herhalen.

2. Men kan zich afvragen hoe een ziekenhuis melding kan doen van de wijze waarop het gevolg geeft aan de wet, zolang de wet op dat ziekenhuis in kwestie niet toepasselijk is verklaard.

3. Het secretariaat van de Paritaire Commissie wordt belast met een taak die erin bestaat de beslissingen van een ziekenhuis te toetsen aan de wet.

Bij niet-conformiteit wordt een procedure ingericht (werkgroep ad hoc en tenslotte bureau van de Paritaire Commissie).

De kamer was samengesteld uit :

De Heren : G. BAETEMAN, kamervoorzitter;
J. NIMMEGEERS en J. BORRET, staatsraden;
G. VAN HECKE en S. FREDERICQ, assessoren van de afdeling wetgeving;
Mevrouw : S. VAN AELST, griffier.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de heer G. BAETEMAN.

Het verslag werd uitgebracht door de heer W. VAN ASSCHE, auditeur-generaal.

De Griffier,
S. VAN AELST.

De Voorzitter,
G. BAETEMAN.

(1) Voir, en ce qui concerne la procédure d'agrément, l'arrêté de l'Exécutif flamand du 23 février 1983, qui abroge l'arrêté royal du 10 octobre 1974.

(1) Zie wat de procedure van erkenning betreft, het besluit van de Vlaamse Executieve van 23 februari 1983, dat het koninklijk besluit van 10 oktober 1974 opheft.