

Chambre des Représentants

SESSION 1985-1986

14 JANVIER 1986

PROPOSITION DE LOI

remplaçant la loi du 23 décembre 1963
sur les hôpitaux

(Déposée par M. Hancké)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La loi sur les hôpitaux est encore relativement récente : elle date en effet du 23 décembre 1963. Elle a sans aucun doute contribué à améliorer de façon spectaculaire la qualité des soins dispensés aux patients et peut dès lors être qualifiée d'élément important ayant contribué à l'édification de l'Etat-providence à l'issue de la seconde guerre mondiale.

Force est de reconnaître, après plus de vingt ans, que les soins hospitaliers ont connu un essor quantitatif considérable. L'hôpital est devenu la plaque tournante du système de soins de santé en Belgique, ce qui a entravé le développement équilibré d'autres formes de soins.

L'actuelle loi sur les hôpitaux a ainsi occasionné une augmentation constante des coûts, sans que cela aille de pair avec une augmentation comparable de la qualité des soins administrés.

C'est une situation qui s'est produite dans la plupart des pays industrialisés.

L'explosion des coûts que connaît le secteur hospitalier est une des causes moyennes du déficit permanent de l'assurance maladie-invalidité.

Historique

La loi sur les hôpitaux de 1963 trouvait son origine dans les difficultés financières croissantes des hôpitaux, dues principalement à l'insuffisance de l'intervention de l'assurance-maladie dans la couverture des frais de fonctionnement. La grande différence existant entre les tarifs de remboursement des organismes assureurs et les frais facturés par journée d'hospitalisation fut à l'origine de la nouvelle loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Cette loi avait pour but de généraliser les soins de santé et de garantir une meilleure couverture des risques.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1985-1986

14 JANUARI 1986

WETSVOORSTEL

tot vervanging van de wet van 23 december 1963
op de ziekenhuizen

(Ingediend door de heer Hancké)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De wet op de ziekenhuizen is nog van vrij recente datum. Ze dateert van 23 december 1963. Ze heeft zonder twijfel bijgedragen tot een kwalitatieve sprong voorwaarts in de verzorging van de zieke patiënt. In die zin is zij een belangrijk element te noemen in de naoorlogse uitbouw van de georganiseerde verzorgingsstaat.

Meer dan twintig jaar later moet men erkennen dat de ziekenhuisverzorging kwantitatief een hoge vlucht heeft genomen. Het ziekenhuis is de draaischijf van het Belgische gezondheidszorgensysteem geworden. Dit heeft de evenwichtige uitbouw van andere vormen van verzorging tegengegaan.

Aldus heeft de huidige ziekenhuiswet geleid tot een steeds stijgende kostprijs, zonder dat een vergelijkbare stijging van de kwaliteit der toegediende zorgen werd bereikt.

Het is een situatie die zich in de meeste ontwikkelde industrielanden heeft voorgedaan.

Deze kostenexplosie in de ziekenhuissector is tegelijkertijd een belangrijke oorzaak van de permanent deficitaire toestand van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Historiek

De ziekenhuiswet van 1963 kwam voort uit de toenemende financiële moeilijkheden van de ziekenhuizen, die vooral te wijten waren aan de ontoereikendheid van de tussenkomst van de ziekteverzekering in de dekking van de werkingskosten. Het grote verschil tussen de terugbetalingstarieven van de verzekeringsinstellingen en de aangerekende kosten per verpleegdag leidde tot de nieuwe wet van 9 augustus 1963 op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze wet wou de toegang tot de gezondheidszorg veralgemenen en een betere dekking van de risico's waarborgen.

Le prix de la journée d'hospitalisation atteignait toutefois un niveau tel qu'il n'était plus possible à l'assurance-maladie d'en supporter à elle seule le coût. Afin de garantir la gratuité des soins hospitaliers, l'Etat financerait avec son propre budget une partie du prix de la journée d'hospitalisation. Cette aide financière fut à la base de l'intervention des pouvoirs publics dans le secteur hospitalier.

La loi Custers du 23 décembre 1963 représentait en fait l'application, aux hôpitaux, des nouveaux principes de l'assurance-maladie.

La loi sur les hôpitaux visait essentiellement quatre objectifs :

- améliorer la qualité de l'équipement hospitalier;
- permettre la gratuité des soins pour les assurés sociaux en chambre commune;
- garantir la viabilité des hôpitaux au moyen de subsides de l'Etat;
- jeter les bases d'une programmation hospitalière.

Dix ans plus tard, cette loi fut profondément modifiée par la loi du 6 juillet 1973. Cette modification avait pour objectif :

- l'installation d'un système de programmation impérative afin d'aboutir à un réseau d'hôpitaux bien équipés et répartis de façon rationnelle;
- le financement des investissements par le biais d'un Fonds spécialement créé à cet effet;
- la fixation des éléments qui composent le prix de la journée d'hospitalisation ainsi que des critères sur base desquels leur valeur est établie.

Le but était de créer un instrument permettant de réaliser de façon plus adéquate les objectifs de 1963. L'agrément, la programmation et le financement furent rendus solidaires.

La loi fit encore par la suite l'objet de modifications répétées. Citons principalement les arrêtés de pouvoirs spéciaux de juillet 1982, pris en exécution de la loi du 27 juin 1978. Il fut décidé de bloquer le nombre de lits hospitaliers au nombre existant au 1^{er} juillet 1982 et d'entamer la création d'un réseau de lits de repos et de soins, allant de pair avec une diminution du nombre de lits hospitaliers.

Les éléments financiers ont joué un rôle croissant dans l'organisation du secteur hospitalier.

Toutes ces modifications successives de la loi avaient essentiellement pour but de maîtriser la croissance continue des coûts hospitaliers.

Les dépenses en matière de soins hospitaliers sont passées, entre 1973 et 1982, de 10,2 à 43,1 milliards, soit une hausse de 423 % en 10 ans. Cet accroissement est largement supérieur à celui du produit national brut. Durant cette même période, la part représentée par les soins hospitaliers dans l'ensemble des dépenses de l'assurance-maladie est passée de 20,34 % à 28,88 % (toujours dans le régime général). Après quelques années d'accalmie, une nouvelle explosion des coûts est en train de se produire depuis 1980, principalement en raison de l'augmentation des prix de la journée d'hospitalisation.

Les subsides des l'Etat, c'est-à-dire les 25 % d'intervention dans le prix de la journée d'hospitalisation majorés d'un subside universitaire spécial, sont passés, durant la même période, de 5 à 15 milliards. Selon les budgets, ils dépasseraient déjà les 20 milliards en 1984.

De verpleegdagprijs in de ziekenhuizen bereikte echter zulk een peil dat de ziekteverzekering dit niet alleen kon bekostigen. Om de kosteloosheid van de ziekenhuisverpleging te garanderen, zou de Staat een deel van de verpleegdagprijs uit eigen begroting financieren. Deze financiële tussenkomst was de aanleiding tot het overheidsingrijpen in de ziekenhuissector.

De wet Custers van 23 december 1963 was in feite de toepassing van de nieuwe beginselen der ziekteverzekering op de ziekenhuizen.

De wet op de ziekenhuizen had essentieel vier doelstellingen :

- de kwaliteit van de ziekenhuisuitrusting verbeteren;
- de kosteloze verpleging van de sociaal-verzekerden in gemeenschappelijke kamers waarmaken;
- de leefbaarheid van de ziekenhuizen garanderen bij middel van rijkstoelagen;
- de basis van een ziekenhuisplanning leveren.

Tien jaar later werd de wet ingrijpend gewijzigd door de wet van 6 juli 1973. Deze wetwijziging had volgende betrachtingen :

- het installeren van een systeem van dwingende planning om te komen tot een rationeel gespreid net van degelijk uitgeruste ziekenhuizen;
- de financiering van de investeringen via een speciaal daartoe opgericht Fonds ;
- de vaststelling van de samenstellende delen van de verpleegdagprijs en van de criteria op basis waarvan de waarde ervan wordt berekend.

Het was de bedoeling een instrumentarium te scheppen om de doeleinden van 1963 adequater te kunnen realiseren. Erkenning, planning en financiering werden met elkaar verbonden.

Later werd de wet nog herhaaldelijk gewijzigd. Vermelden we vooral de uitvoering van de wet van 27 juni 1978 door de volmachtenbesluiten van juli 1982. Er werd beslist het aantal ziekenhuisbedden te blokkeren op het aantal van 1 juli 1982 en te starten met de uitbouw van een net van rust- en verzorgingsbedden, dit gekoppeld aan de vermindering van de ziekenhuisbedden.

Financiële elementen hebben een toenemende rol gespeeld bij de organisatie van het ziekenhuiswezen.

Al de opeenvolgende wetsbepalingen waren essentieel ingegeven door de betrachting de voortdurend oplopende ziekenhuiskosten in de hand te houden.

Van 1973 tot 1982 stegen de uitgaven voor ziekenhuisverpleging van 10,2 tot 43,1 miljard, zijnde een stijging met 423 % op 10 jaar. Deze evolutie overtrof in ruime mate de ontwikkeling van het bruto-nationaal produkt. In diezelfde periode steeg het aandeel van de ziekenhuisverpleging in de totale uitgaven van de ziekteverzekering van 20,34 % tot 28,88 % (steeds in de algemene regeling). Sinds 1980 is er nu na enige jaren van vertraagde toename, een nieuwe kostenexplosie op gang gekomen, vooral onder impuls van de stijging van de verpleegdagprijzen.

De staatssubsidies, de 25 % tussenkomst in de verpleegdagprijs, verhoogd met een speciale universitaire toelage, stegen in diezelfde periode van 5 tot 15 miljard. Volgens de begrotingen zouden ze in 1984 al meer dan 20 miljard bedragen.

Le coût moyen des soins hospitaliers (y compris les dépenses de l'Etat) est passé de 1 867 F par ayant-droit de l'assurance-maladie en 1973 (index 100) à 6 817 F en 1982 (index 365).

Les hôpitaux occasionnent également des dépenses du fait de prestations techniques spécialisées. Le nombre de prestations, par exemple en radiologie et en biologie clinique, s'est accru de façon massive.

Les mesures de juillet 1982 visant à réduire de 3 % le nombre de journées d'hospitalisation payées en 1983 ont été édulcorées sur une grande échelle. Les résultats provisoires de l'I. N. A. M. I. pour le premier semestre de 1983 font ressortir un net accroissement des dépenses en matière de soins hospitaliers ainsi que du nombre de journées d'hospitalisation payées, et ce tant dans les établissements, non universitaires qu'universitaires. Les prévisions budgétaires pour 1984 montrent également un accroissement constant des dépenses hospitalières.

Nous examinerons à présent les dispositions et les fondements de la présente proposition de loi de façon plus détaillée, en mentionnant la raison et la nature des modifications que la présente proposition de loi veut apporter à la réglementation existante. Ces modifications sont d'une importance telle qu'elles nécessitent le dépôt d'une proposition de loi entièrement nouvelle.

Celle-ci diffère de la loi actuelle principalement sur les points suivants :

- un régime de financement entièrement nouveau, couvrant l'ensemble de l'activité hospitalière;
- la réglementation du statut du médecin hospitalier.

Répartition des compétences dans le secteur hospitalier

La loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles a rendu les communautés compétentes pour la politique de dispensation des soins en milieu hospitalier, à l'exception :

- a) de la législation organique, c'est-à-dire de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux;
- b) du financement de l'exploitation, c'est-à-dire le prix de la journée d'hospitalisation, mais aussi les dispositions relatives aux déficits des hôpitaux publics;
- c) de l'assurance maladie-invalidité;
- d) des règles de base relatives à la programmation;
- e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
- f) des normes nationales d'agrément, uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus;
- g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire.

L'autorité nationale est compétente pour ces matières cruciales. Les dispositions de la présente proposition de loi portent dès lors sur ces matières.

La présente proposition exclut toutefois de cette manière une série de thèmes importants, qui ne relèvent en effet plus du cadre de la loi nationale. Il est dès lors devenu impossible d'élaborer une proposition donnant une image globale du secteur hospitalier. Nous ne manquerons pas de déposer prochainement une proposition de loi incluant les éléments manquant dans la présente, et ce pour les hôpitaux relevant encore de l'autorité nationale.

Per rechthebbende in de ziekteverzekering steeg het gemiddeld kostencijfer voor ziekenhuisverpleging (inclusief staatsuitgaven) van 1 867 F in 1973 (index 100) tot 6 817 F in 1982 (index 365).

Daarnaast worden in de ziekenhuizen nog kosten gemaakt voor technische en specialistische verstrekkingen. Het aantal prestaties, bijvoorbeeld in de röntgendiagnose en de klinische biologie, nam massaal toe.

De maatregelen van juli 1982 tot beperking van het aantal uitbetaalde ligdagen met 3 % in 1983 worden massaal ontweken. Volgens de voorlopige resultaten van het R. I. Z. I. V. over het eerste semester 1983 blijven de uitgaven voor ziekenhuisverpleging en het aantal uitbetaalde ligdagen sterk toenemen, zowel in de niet-universitaire als in de universitaire instellingen. Ook de begrotingsvooruitzichten voor 1984 maken gewag van een blijvende toename van de ziekenhuisuitgaven.

We zullen nu de bepalingen en fundamente van onderhavig wetsvoorstel nader toelichten en tegelijk aanduiden waarom en in welke zin het wetsvoorstel de bestaande reglementering wil wijzigen. Deze wijzigingen zijn zo omvangrijk en zo essentieel dat noodzakelijk moet uitgepakt worden met een voorstel voor een volledig nieuwe wet.

De grote verschillen met de huidige wet zijn :

- de volledig vernieuwde financieringsregeling die het geheel van de ziekenhuisactiviteit omvat;
- de regeling van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

De verdeling van de bevoegdheden in het ziekenhuiswezen

Inzake de intramurale zorgenverstrekking zijn de gemeenschappen volgens de wet van 8 augustus 1980 bevoegd voor het beleid betreffende de zorgenverstrekking, met uitzondering van :

- a) de organieke wetgeving, d.w.z. de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen;
- b) de financiering van de exploitatie, d.w.z. de verpleegdagprijs, maar ook de bepalingen omtrent de tekorten der openbare ziekenhuizen;
- c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- d) de basisregelen betreffende de programmatie;
- e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische uitrusting;
- f) de nationale erkenningsnormen, uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hierboven;
- g) het bepalen van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis.

De nationale overheid is bevoegd voor deze cruciale aangelegenheden. De bepalingen van onderhavig wetsvoorstel betreffen dus deze materies.

Op die manier vallen echter een aantal belangrijke thema's weg, omdat ze niet thuishoren in de nationale kaderwet. Het wordt daardoor onmogelijk in één voorstel een totaalbeeld van het ziekenhuiswezen weer te geven. We zullen niet nalaten in de zeer nabije toekomst een wetsvoorstel neer te leggen hetwelk de hier ontbrekende elementen omvat, en dit voor deze ziekenhuizen die nog onder de nationale bevoegdheid vallen.

Ces deux propositions de loi doivent être lues ensemble. Nous espérons en outre que ces matières pourront être ultérieurement réglées de façon analogue par décret, respectivement pour la Communauté française et flamande.

Les communautés sont entre autres compétentes pour :

- la fixation des priorités en matière d'investissements, y compris l'appareillage médical lourd : il s'agit donc de l'exécution de la programmation;
- l'octroi d'autorisations et de subsides pour la création, la reconversion et l'équipement;
- l'octroi d'autorisations et de subsides pour l'appareillage médical lourd;
- l'inspection;
- l'agrément et la fermeture (procédure);
- l'organisation interne de l'hôpital, pour autant que celle-ci n'ait pas de répercussion sur les frais d'exploitation, y compris l'organisation du conseil médical;
- les droits et devoirs du patient hospitalier;
- le fonctionnement du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales.

Rôle des pouvoirs publics dans le secteur des soins de santé

Il faut poursuivre l'évolution actuelle en matière d'organisation des soins hospitaliers, c'est-à-dire le passage d'une liberté totale à une réglementation par les pouvoirs publics. La communauté ne peut pas continuer à abandonner à des groupements d'intérêts la définition de la politique d'un secteur socio-économique aussi important, d'autant plus que tous les frais, qu'ils soient d'investissement ou de fonctionnement, sont supportés par la communauté, soit par le biais du budget du ministère, soit par celui de l'assurance-maladie.

Le secteur hospitalier a connu le développement d'une série de sphères d'influence qui luttent entre elles pour obtenir un capital de lits et des réglementations financières avantageuses. L'existence de deux grands secteurs hospitaliers, à savoir le secteur privé comptant 60 % des lits et le secteur public avec 40 %, constitue la cause principale d'une dispersion des efforts et d'un accroissement des coûts. Ce cloisonnement du secteur hospitalier a donné naissance à diverses formes de concurrence, chaque hôpital essayant de s'approprier la part la plus importante possible des moyens disponibles. Le système de financement, caractérisé par un manque de transparence, des demi-mesures et des exceptions permanentes, offre suffisamment d'opportunités dans ce sens.

Le but de la présente proposition est de faire rentrer dans la sphère d'influence de l'Etat une série de mécanismes essentiels qui échappent pour l'instant à la réglementation des pouvoirs publics. Le rôle de ces derniers doit être plus large que celui d'un simple bailleur de fonds. L'objectif est également de traiter de la même manière tous les hôpitaux de ce pays, indépendamment du secteur ou de l'organisation auxquels ils appartiennent. Il est possible de cette manière d'intensifier la collaboration entre les hôpitaux, ceci afin de garantir au patient un niveau qualitatif élevé de soins hospitaliers.

Nous n'avons par ailleurs nullement l'intention de restreindre l'initiative, l'engagement et la responsabilité du gestionnaire hospitalier, du médecin ou de tout autre travailleur de la santé. Bien au contraire, notre but est précisément de promouvoir et de permettre un développement intégral de ces qualités, qui sont à la base du bon fonctionnement de tout hôpital. L'activité de l'hôpital doit toutefois se dérouler dans le cadre de la mission qui lui a été impartie par les pouvoirs publics, laquelle est déterminée

Het is de bedoeling dat beide wetsvoorstellen tesamen worden gelezen. We hopen bovendien dat deze materies later op analoge wijze bij decreet kunnen geregeld worden, respectievelijk voor de Vlaamse en Franstalige gemeenschap.

De gemeenschappen zijn onder meer bevoegd voor :

- het bepalen van de prioriteiten inzake de investeringen, inbegrepen de zware medische apparatuur : dit is dus de uitvoering van de programmatie;
- het verlenen van toelating en van toelagen voor de oprichting, de omschakeling en de uitrusting;
- het verlenen van toelating en toelagen voor zware medische apparatuur;
- de inspectie;
- de erkenning en de sluiting (procedure);
- de interne organisatie van het ziekenhuis, voor zover deze geen weerslag hebben op de exploitatiekosten, inbegrepen de organisatie van de medische raad;
- de rechten en plichten van de ziekenhuispatiënt;
- de werking van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen.

De rol van de overheid in de gezondheidszorg

De evolutie van totale vrijheid bij de organisatie van de ziekenhuisverzorging naar ordening door de overheid moet verdergezet worden. De gemeenschap kan de bepaling van het beleid in een zo belangrijke sociale en economische sector niet langer overlaten aan belangengroeperingen, temeer daar alle kosten, zowel de werkingskosten als de investeringskosten, door de gemeenschap worden gedragen, zij het via de ministeriële begroting, zij het via de ziekteverzekering.

In de ziekenhuiswereld hebben er zich allerlei invloedsferen ontwikkeld, die een machtsstrijd voeren om het beddenkapitaal en om voordelige financieringsregelingen. Vooral het bestaan van twee grote ziekenhuissectoren, de privé-sector met 60 % der bedden en de openbare sector met 40 % der bedden, heeft een versnippering van de inspanningen en een verhoging van de kosten met zich meegebracht. Deze verzuiling van de ziekenhuiswereld leidt tot allerlei vormen van concurrentie waarbij de ziekenhuizen zoveel mogelijk van de beschikbare middelen naar zich toetrekken. Het financieringssysteem dat gekenmerkt wordt door ondoorzichtigheid, halfslachtigheid en een toestand van permanente uitzonderingen, biedt daartoe voldoende gelegenheid.

Het is de bedoeling van dit voorstel een aantal essentiële mechanismen die nu aan de ordenende invloed van de overheid ontsnappen, onder die invloed thuis te brengen. De rol van de overheid moet meer zijn dan deze van een passieve financierder. Het is tevens de bedoeling alle ziekenhuizen in dit land, tot welke sector of organisatie ze ook behoren, een gelijke behandeling te geven. Op die manier kan bereikt worden dat de ziekenhuizen meer onderling gaan samenwerken, dit in het belang van de hoogstaande verzorging van de ziekenhuispatiënt.

Het is anderzijds geenszins de bedoeling het initiatief, de inzet en de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder, de medicus of elke andere gezondheidswerker te beperken. Integendeel, het is juist onze betrachting deze eigenenschappen die de basis vormen van elke goede ziekenhuiswerking te promoveren en tot volledige ontplooiing te laten komen. De bedrijvigheid van het ziekenhuis moet echter plaatsvinden binnen het kader van de opdracht die het ziekenhuis van de overheid ontvangt en die bepaald wordt,

d'une part par l'exigence de soins de qualité accessibles à tous et d'autre part par les limites budgétaires qui impliquent qu'il faille donner une affectation optimale aux moyens financiers limités. Nous estimons qu'il appartient à la communauté de fixer les priorités d'une manière démocratique.

Champ d'application

Contrairement à la législation actuelle, la présente proposition de loi s'applique à la totalité des activités exercées à l'hôpital. Ceci constitue le point de départ fondamental.

Les réglementations actuelles datent d'une époque où l'hôpital ne constituait pour le médecin qu'un instrument, un lieu où il pouvait offrir à ses patients privés un type déterminé de soins exigeant une hospitalisation ou l'application de certaines techniques. La subdivision des hôpitaux en fonction des disciplines médicales illustre clairement le fait que la réglementation hospitalière a fini par mettre davantage l'accent sur l'encadrement médical que sur le fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble. La figure dominante est le médecin en fonction duquel l'hôpital a été conçu et aménagé, et non le patient pour qui cependant tout ceci doit finalement servir.

L'hôpital présente donc une dichotomie entre d'une part l'hébergement, les soins infirmiers et les autres soins, et d'autre part le diagnostic, la technique et le traitement médicaux.

Notre proposition de loi veut mettre fin dans tous les domaines à cette distinction artificielle et s'applique dès lors à l'ensemble des activités, y compris les soins ambulants et les services médico-techniques.

Contrairement à la législation existante, il ne sera finalement plus possible d'étendre son champ d'application aux instituts médico-pédagogiques et aux établissements exclusivement destinés à l'hébergement de personnes, comme les maisons de repos et les homes pour enfants.

Nous estimons qu'il faut prévoir des réglementations spécifiques pour ces établissements.

Les maisons de soins sont par contre incluses. Nous pensons en premier lieu aux services V autonomes qu'il faut distinguer des maisons de repos et de soins, créées en 1982, qui ne relèvent manifestement pas de la présente proposition de loi.

Le Roi peut toutefois rendre la présente loi applicable en tout ou en partie, ou avec d'éventuelles adaptations, aux hôpitaux de jour et de nuit ainsi qu'aux autres formes de séjour temporaire. Il faut encourager de telles formes d'hospitalisation afin d'éviter de prolonger inutilement le séjour des patients.

Definitions

Il a été jugé nécessaire de procéder à une description détaillée afin de clarifier des concepts, constamment utilisés dans le jargon hospitalier, mais dont le contenu n'avait jamais été défini par la loi. Il s'agit des articles 1^{er}, 2 et 3 de la proposition de loi.

Statut du médecin hospitalier

La réglementation du statut du médecin hospitalier constitue une nouveauté. La législation existante ne contient pratiquement aucune disposition dans ce domaine. Ceci ne doit pas nous étonner, vu les difficultés auxquelles les discussions à ce sujet se sont heurtées depuis 1970. La Com-

missie door de vereisten voor een kwalitatieve en algemeen toegankelijke verzorging en anderzijds door de budgettaire grenzen die meebrengen dat aan de schaars aanwezige middelen een optimale aanwending moet worden gegeven. Het is ons inzicht dat het aan de gemeenschap toekomt, op een democratische manier, de prioriteiten te bepalen.

Toepassingsgebied

In tegenstelling met de huidige wetgeving, is dit wetsvoorstel van toepassing op de totaliteit van de activiteiten die in het ziekenhuis worden uitgeoefend. Dit is het fundamenteel uitgangspunt.

De huidige reglementeringen stammen uit een tijd waarin het ziekenhuis voor de geneesheer niet meer was dan een instrument, een plaats waar hij zijn privé-patiënten een bepaald soort verzorging kon aanbieden, die het verblijf of de toepassing van bepaalde technieken vereiste. De indeling van de ziekenhuizen naar medische disciplines is een goed voorbeeld van de nadruk die bij de reglementering van de ziekenhuiswereld is komen te liggen op de omkadering van de medici in plaats van op de werking van het ziekenhuis als geheel. De hoofdfiguur is de geneesheer rond wie het ziekenhuis wordt opgebouwd en ingericht en niet de patiënt voor wie alles uiteindelijk nochtans moet dienen.

In het ziekenhuis bestaat er aldus een scheiding tussen enerzijds hotel, verzorging en verpleging en anderzijds medische diagnose, behandeling en techniek.

Ons wetsvoorstel wil deze kunstmatige scheiding op alle domeinen doorbreken en is bijgevolg van toepassing op het geheel der activiteiten, inbegrepen de ambulante verzorging en de medisch-technische diensten.

Ten slotte is, in tegenstelling met de huidige wetgeving, de verruiming van het toepassingsgebied tot de medisch-pedagogische inrichtingen en instellingen die, zoals rustoorden en kindertehuizen, uitsluitend bestemd zijn voor de herberging van personen, niet langer mogelijk.

Ons inziens moeten voor deze vormen van instellingen specifieke regelingen worden uitgewerkt.

Wel zijn de verpleegtehuizen inbegrepen. Bedoeld worden in de eerste plaats de autonome V-diensten en deze moeten onderscheiden worden van de in 1982 opgerichte rust- en verzorgingstehuizen die duidelijk niet in dit wetsvoorstel thuishoren.

Wel kan de Koning deze wet, geheel of gedeeltelijk, of in een aangepaste versie, toepasselijk maken op dag- en nachtziekenhuizen, en op andere vormen van tijdelijk verblijf. Dergelijke verblijfsvormen moeten aangemoedigd worden, teneinde te vermijden dat de verblijven van patiënten onnodig worden verlengd.

Begripsomschrijvingen

Wat de omvangrijke omschrijvingen betreft, werd het nuttig geacht te komen tot een verduidelijking van deze begrippen, die in het ziekenhuisjargon voortdurend gebruikt worden, maar wiens inhoud nog nooit wettelijk werd vastgelegd. Zie hiervoor de artikelen 1, 2 en 3 van het wetsvoorstel.

Statuut van de ziekenhuisgeneesheer

De reglementering van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer is een nieuwigheid. De huidige wetgeving bevat terzake nauwelijks enige bepaling. Dit is ook niet vreemd als we zien hoe moeilijk de besprekingen over dit onderwerp sinds 1970 zijn verlopen. In 1967 werd de Nationale

mission paritaire nationale médecins-hôpitaux fut créée en 1967. Elle avait pour mission de formuler des propositions en ce qui concerne les relations entre les hôpitaux et les médecins. Les discussions de cette commission n'ont toutefois abouti à aucun résultat.

Le caractère intégré de la médecine hospitalière n'a fait que s'accroître. La médecine individuelle a dû céder la place à une médecine multidisciplinaire incluant l'apport de travailleurs de la santé appartenant à diverses disciplines. En dépit de cette évolution de fait, le médecin hospitalier a conservé son statut autonome et indépendant. Ceci a permis l'apparition d'une dualité préjudiciable au bon fonctionnement de l'hôpital.

Attendu que nous voulons, comme précisé plus haut, supprimer cette dichotomie artificielle et envisager l'hôpital dans sa totalité, il est indispensable de prévoir une réglementation légale du statut du médecin hospitalier.

La réglementation statutaire comprend un chapitre juridique, un chapitre financier et un chapitre social :

1) La réglementation juridique prévoit trois liens de droit possibles. Il s'agit principalement du contrat de travail, surtout pour les hôpitaux privés, et du lien statutaire pour les établissements publics. Ceci permet de garantir l'engagement intégral du médecin vis-à-vis de son établissement.

En ce qui concerne les services dits ouverts, des contrats d'autorisation sont possibles. Les médecins qui passent un tel contrat avec l'hôpital sont autorisés à faire admettre leurs patients dans ces services hospitaliers. De tels contrats doivent rester exceptionnels.

Dans tous les autres cas, le médecin est strictement lié à l'hôpital. Il ne peut en outre être lié qu'à un seul d'entre eux. Le gestionnaire a toutefois la possibilité de conclure des accords avec d'autres hôpitaux, de telle sorte que le médecin peut également y pratiquer une activité médicale. Un lien statutaire ou un contrat de droit privé doit également exister avec ces derniers hôpitaux. L'ensemble des activités exercées par un médecin dans divers hôpitaux ne peut toutefois excéder la présence à temps plein fixée par la loi.

Le médecin sera cependant en priorité lié à plein temps à un seul hôpital.

Le Roi est chargé de réglementer et de fixer des maximums en ce qui concerne les activités médicales du médecin hospitalier en dehors de l'hôpital. Il faut s'opposer au cumul d'activités intramurales et extramurales pour plusieurs motifs. En premier lieu, une telle attitude rentre dans le cadre d'une nouvelle répartition du travail au sein du corps médical. L'accès à la spécialisation est actuellement fort difficile. La limitation des cumuls devrait élargir les possibilités dans ce domaine. Des limitations de cumuls sont d'ailleurs fréquemment imposées dans des professions autres que médicales en raison du taux de chômage dramatiquement élevé. Une limitation des cumuls permettra également une meilleure répartition des revenus au sein du corps médical, tout en exerçant une influence favorable sur le niveau qualitatif de la médecine hospitalière.

La convention juridique doit être accompagnée d'une disposition écrite précisant les conditions de travail, l'organisation de ce dernier, ainsi que les droits et les devoirs respectifs.

Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen opgericht. Ze had als taak voorstellen te doen betreffende de relatie tussen ziekenhuizen en geneesheren. Maar de besprekingen binnen deze commissie hebben geen resultaten opgeleverd.

De ziekenhuisgeneeskunde heeft hoe langer hoe meer een geïntegreerd karakter gekregen. De individuele geneeskunde is er vervangen door een multi-disciplinaire geneeskunde met inbreng van gezondheidswerkers behorende tot verschillende disciplines. Ondanks deze feitelijke evolutie heeft de ziekenhuisgeneesheer zijn autonoom, onafhankelijk statuut behouden. Op die manier ontstaat er een dualistische situatie, die nadelig uitvalt voor de goede werking van het ziekenhuis.

Daar we, zoals hoger beschreven, deze kunstmatige opsplitsing van het ziekenhuis willen tegengaan en het ziekenhuis in zijn totaliteit willen benaderen, is een wettelijke regeling van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer onontbeerlijk.

De statutaire regeling omvat een juridisch, een financieel en een sociaal hoofdstuk :

1) De juridische regeling bepaalt drie mogelijke rechtsverhoudingen. Dominerend zijn de arbeidsovereenkomst, vooral voor de privé-ziekenhuizen, en het statutair verband, voor de openbare instellingen. Op die manier wordt de volledige betrokkenheid van de geneesheer bij zijn instelling gewaarborgd.

Voor de zogenaamde open diensten zijn toelatingscontracten mogelijk. De geneesheren die dergelijke overeenkomst met het ziekenhuis sluiten kunnen hun patiënten binnen deze ziekenhuisdiensten laten opnemen. Dergelijke contracten moeten uitzonderingen blijven.

In alle andere gevallen is de geneesheer strikt verbonden aan het ziekenhuis. Hij kan bovendien slechts aan één ziekenhuis verbonden zijn. Wel kan de beheerder akkoorden sluiten met andere ziekenhuizen, zodat de geneesheer ook een medische activiteit in deze ziekenhuizen kan verrichten. Ook met deze laatste ziekenhuizen dient er een statutair verband of een privaatrechterlijke overeenkomst te bestaan. De activiteiten van een geneesheer in verschillende ziekenhuizen mogen in totaal echter niet meer bedragen dan de wettelijk bepaalde voltijdse aanwezigheid.

Bij prioriteit zal de geneesheer nochtans voltijds verbonden zijn aan één ziekenhuis.

Aan de Koning wordt de opdracht gegeven de medische activiteiten van de ziekenhuisgeneesheer buiten het ziekenhuis te regelen en terzake maxima vast te leggen. De cumul van intramurale en extramurale activiteiten moet om verschillende redenen worden tegengegaan. Vooreerst kadert zulks in een herverdeling van de arbeid binnen het geneeskundig korps. De toegang tot het specialistisch beroep is nu zeer moeilijk. Door de beperking van de cumuls kan daarin meer ruimte komen. Cumulbeperkingen worden trouwens ook veelvuldig buiten het medisch beroep opgelegd, dit gezien de dramatische toestand van de hoge werkloosheid. Een cumulbeperking zal ook leiden tot een betere spreiding der inkomens binnen het medisch beroep. Tenslotte zal de kwaliteit van de ziekenhuisgeneeskunde erdoor bevorderd worden.

De juridische overeenkomst dient vergezeld te zijn van een schriftelijke bepaling van de werkvoorwaarden, de werkorganisaties, de rechten en de plichten.

2) Le statut pécuniaire est lié au nouveau système de financement des frais d'exploitation. Dans ce dernier, les prestations des médecins ne font plus l'objet d'une indemnisation séparée, mais sont incluses dans l'enveloppe globale attribuée chaque année à l'hôpital.

La masse des honoraires constitue actuellement la base de la rémunération des médecins, après imputation des frais de personnel et d'appareillage, dont le médecin fait usage mais qui sont payés par l'hôpital. Cette rémunération peut se faire selon diverses modalités. On connaît la perception directe, la perception centrale et le pool des honoraires. La rémunération en fonction de barèmes est relativement exceptionnelle et est surtout le fait des grands hôpitaux universitaires.

Notre proposition généralise la rémunération salariée, qui permet de garantir l'intégration à l'hôpital : le médecin n'est plus un fournisseur de prestations individuelles. Elle permet aussi de contrer les effets néfastes de la médecine à la prestation, où le médecin peut accroître la masse des honoraires en augmentant le nombre de prestations. La rémunération salariale cadre finalement parfaitement avec le système de l'enveloppe, car la masse des honoraires ne constitue plus un élément distinct.

La rémunération s'effectue sur la base du nombre minimum d'heures de présence constaté. Cette rémunération peut faire l'objet de modulations et de spécifications ultérieures.

Le médecin peut travailler à temps plein comme à temps partiel.

La commission paritaire nationale médecins-hôpitaux se voit, sous sa nouvelle forme, confier une tâche particulière en ce qui concerne l'élaboration des échelles barémiques, des modalités de rémunération et des normes de présence. Il est important que les réglementations dans ce domaine soient le fruit d'une concertation entre les parties intéressées.

3) Les médecins sont, sur le plan social, soumis aux dispositions générales de la loi du 27 juin 1969 sur la sécurité sociale des travailleurs. En ce qui concerne les statutaires, ce sont évidemment les règles du statut qui s'appliquent. Les médecins travaillant à l'hôpital jouiront dès lors de tous les avantages prévus par le régime de sécurité sociale, y compris le régime de pension. Il appartient à la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux d'élaborer des réglementations transitoires dans ce domaine, éventuellement en adaptant la loi du 27 juin 1969 sur certains points spécifiques. Il ne sera désormais plus possible d'éluder les cotisations patronales. Il se fait que la loi du 27 juin 1969 n'est actuellement pas applicable en cas de pratique indépendante supplémentaire et que les cotisations sociales ne sont dès lors pas dues. Une disposition transitoire abroge l'article 106 de la loi-programme du 5 juin 1976, qui avait introduit cette exception pour les établissements de soins et les médecins y travaillant.

L'intégration complète du médecin à l'hôpital, qui va de pair avec la réalisation de ce statut, doit entraîner une modification de l'organisation interne de l'activité hospitalière et une plus grande participation à la gestion de l'hôpital. Ces matières relèvent de la compétence des Communautés suite à la réforme de l'Etat du 8 août 1980.

2) Het geldelijk statuut hangt samen met het nieuwe systeem ter financiering van de exploitatiekosten. In dit laatste worden de prestaties van de geneesheren niet langer afzonderlijk vergoed, maar worden ze opgenomen in de globale enveloppe die aan het ziekenhuis jaarlijks wordt toegekend.

Momenteel vormt de honorariamassa de basis voor de vergoeding van de geneesheren, na verrekening van de kosten voor personeel en apparatuur waarvan de geneesheren gebruik maken maar die door het ziekenhuis worden betaald. Deze vergoeding kan volgens verschillende modaliteiten gebeuren. Men kent de rechtstreekse inning, de centrale inning, de poolvorming. De vergoeding op basis van weddeschalen is vrij uitzonderlijk en gebeurt hoofdzakelijk in de grote, universitaire ziekenhuizen.

In ons voorstel wordt de weddevergoeding veralgemeend. Op die manier wordt de integratie in het ziekenhuis bevestigd : de geneesheer is niet langer een leverancier van afzonderlijke prestaties. Ook worden aldus de nadelige effecten van de prestatiegeneeskunde tegengegaan waarbij de geneesheer door opdrijving van het aantal prestaties de honorariamassa kan vergroten. Ten slotte past de weddevergoeding volmaakt binnen het enveloppesysteem, waar de honorariamassa niet langer gescheiden wordt van de andere bestanddelen.

De vergoeding gebeurt op grond van het vastgestelde minimum aantal uren aanwezigheid. Deze vergoeding kan nader gemoduleerd en gespecificeerd worden.

De geneesheer kan zowel voltijds als deeltijds werken.

Bij het uitwerken van weddeschalen, vergoedingsmodaliteiten en aanwezigheidsnormen is een speciale taak weggelegd voor de nationale paritaire commissie geneesherenziekenhuizen, in zijn nieuwe vorm. Het is belangrijk dat deze regelingen de vrucht zijn van een overleg tussen de betrokken partijen.

3) Op sociaal vlak zijn de geneesheren onderworpen aan de algemene bepalingen van de wet van 27 juni 1969 op de maatschappelijke zekerheid der werknemers. Voor de statutair aangestelden gelden uiteraard de regels van het statuut. De geneesheren werkzaam in het ziekenhuis zullen bijgevolg genieten van alle in het sociale zekerheidsstelsel opgenomen voordelen, ingegrepen de pensioenregeling. Er moeten terzake overgangsregelingen uitgewerkt worden op advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren — Ziekenhuizen. Eventueel moet daarbij de wet van 27 juni 1969 op specifieke punten aangepast worden. De patronale bijdragen zullen niet langer kunnen ontweken worden. Momenteel is het zo dat, ingeval van een supplementaire zelfstandige praktijk, de wet van 27 juni 1969 niet van toepassing is en de sociale bijdragen derhalve niet verschuldigd zijn. Artikel 106 van de programmawet van 5 januari 1976 dat deze uitzonderingstoestand voor verplegingsinrichtingen en de er werkzame geneesheren invoerde, wordt in een overgangsbepaling opgeheven.

De volwaardige integratie van de geneesheer in het ziekenhuis die met de realisatie van dit statuut gepaard gaat, moet een verlengstuk krijgen in een gewijzigde interne organisatie van de ziekenhuisactiviteit en in een grotere participatie in het beleid van het ziekenhuis. Ingevolge de staatshervorming van 8 augustus 1980 behoren deze materies tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Les services et leur agrément

Tout service organisé dans un hôpital doit, comme dans la législation actuelle, répondre à des normes d'agrément. Ces dernières portent tant sur l'organisation générale de l'hôpital que sur l'organisation des différents services. Il faut également assurer les soins médicaux urgents selon les normes fixées par le Roi. L'introduction de nouvelles normes d'agrément pour le contrôle de la qualité des soins de santé constitue une nouveauté. Rien n'est en effet prévu pour l'instant dans le domaine de l'évaluation et du contrôle de la qualité du service offert. Nous pensons en l'occurrence à l'audit médical, au contrôle par les pairs, à la concertation, au système du dossier médical central, à l'enregistrement médical et à la permanence du médecin. De telles normes concrétisent et conditionnent l'intégration des soins dans l'intérêt du patient. Le Roi est chargé de définir ce nouveau type de normes d'agrément.

Les hôpitaux universitaires et leurs services, les services affiliés, les services spéciaux et les services médicaux lourds font l'objet de normes spéciales.

L'agrément reste solidaire de la programmation. Un service hospitalier ne peut en effet être agréé que s'il s'insère dans le cadre de la programmation. Cette condition doit être strictement respectée si l'on veut que la programmation ait un sens.

Financement des frais de fonctionnement

Le nouveau système de financement prévu par la présente proposition de loi diffère fondamentalement du système actuel.

Ce nouveau système a été inspiré par une double préoccupation :

- 1) Tout hôpital doit être à même d'assurer convenablement la tâche qui lui a été impartie. En d'autres mots, les systèmes de financement doivent couvrir tous les coûts justifiés par l'exécution de cette mission.
- 2) Le système de financement doit prévoir des mécanismes permettant de maîtriser efficacement les coûts.

Nous ne retrouvons pas ces préoccupations dans le système actuel.

Critique du système de financement actuel

Le financement des hôpitaux s'effectue pour l'instant par le biais de deux systèmes. L'hôpital reçoit d'une part le prix de la journée d'hospitalisation par journée prestée. Par ailleurs, une série d'éléments sont exclus du prix de la journée d'hospitalisation en vertu de l'article 5 de la loi sur les hôpitaux. Il s'agit en l'occurrence des spécialités pharmaceutiques ainsi que des honoraires des médecins et des paramédicaux, y compris pour les prestations médico-techniques. Ces éléments font l'objet d'une indemnisation séparée par prestation.

Les mesures prises jusqu'à présent afin de maîtriser les coûts portaient en premier lieu sur le prix de la journée d'hospitalisation, sans atteindre toutefois l'effet escompté. Les dépenses en matière de soins hospitaliers poursuivirent leur ascension rapide. Il y a diverses raisons à cet échec.

De diensten en hun erkenning

Zoals in de huidige wetgeving, moet ieder in een ziekenhuis opgerichte dienst beantwoorden aan de erkenningsnormen. De erkenningsnormen slaan zowel op de algemene inrichting van het ziekenhuis als op de inrichting van de afzonderlijke diensten. Ook moet in de dringende geneeskundige verzorging voorzien zijn volgens de door de Koning bepaalde normen. Een nieuwigheid is het invoeren van nieuwe erkenningsnormen met betrekking tot de bewaking van de kwaliteit van de zorgenverstrekking. In verband met de evaluatie van en de controle op de kwaliteit van de dienstverlening is er momenteel inderdaad niets voorzien. We denken terzake aan systemen van medical audit, intercollegiale toetsing, overleg, centraal medisch dossier, medische registratie, geneeskundige permanentie. Dergelijke normen zijn de concretisatie en de voorwaarde voor de geïntegreerde verzorging in het belang van de patiënt. De Koning wordt belast met de bepaling van dit nieuw type erkenningsnormen.

Bijzondere normen worden vastgesteld voor de universitaire ziekenhuizen en hun diensten, voor de geaffilieerde diensten, voor de bijzondere diensten en voor de zware medische diensten.

De erkenning blijft verbonden met de programmatie. Een ziekenhuisdienst kan inderdaad pas erkend worden indien het past binnen de programmatie. Wil de programmatie zinvol zijn, dan moet deze voorwaarde strikt in acht genomen worden.

De financiering van de werkingskosten

Het nieuwe financieringssysteem dat in dit wetsvoorstel is uitgewerkt is ingrijpend verschillend van het huidige systeem.

Bij het uitwerken van het nieuwe systeem werd uitgegaan van een dubbele bekommernis :

- 1) elk ziekenhuis moet in staat zijn de hem toegemeten opdracht behoorlijk te vervullen. M.a.w. al de kosten die voor de uitvoering van deze opdracht verantwoord zijn moeten door het financieringssysteem worden gedekt.
- 2) het financieringssysteem moet zulkdanige mechanismen inhouden dat een daadwerkelijke beheersing van de kosten mogelijk wordt.

We vinden deze bekommernissen niet terug in het huidige systeem.

Kritiek van het huidige financieringssysteem

Momenteel worden de ziekenhuizen via twee systemen gefinancierd. Enerzijds krijgt het ziekenhuis per gepresteerde ligdag de verpleegdagprijs uitbetaald. Anderzijds zijn een aantal elementen volgens artikel 5 van de wet op de ziekenhuizen uit de verpleegdagprijs uitgesloten. Dit zijn de farmaceutische specialiteiten alsmede de honoraria van de geneesheren en de paramedici, inbegrepen voor de medisch-technische verstrekkingen. Deze worden vergoed per afzonderlijke verstrekking.

De maatregelen tot nog toe genomen met het oog op kostenbeheersing hebben in de eerste plaats het verpleegdagprijsstelsel beoogd. Het betachte effect werd echter niet gerealiseerd. De uitgaven voor ziekenhuisverzorging zijn snel blijven stijgen. Er zijn verschillende redenen voor dit falen.

En premier lieu, les hôpitaux ont tenté de compenser la perte de revenus due aux restrictions sur le plan du prix de la journée d'hospitalisation par un accroissement des revenus provenant de prestations médicales et médico-techniques. Il est frappant de constater comment les mesures d'économies dans le cadre du prix de la journée d'hospitalisation vont toujours de pair avec un accroissement du nombre de prestations. L'existence d'un double système de financement incite, de par sa nature même, à un gonflement permanent des dépenses. Même les interventions sur le plan des honoraires médicaux — limitation de la hausse des honoraires ou même diminution réelle de ces derniers — ont été érudées par le biais d'un accroissement du volume des prestations.

En deuxième lieu, il était possible puisqu'il y a peu d'éluder les mesures restrictives concernant la journée d'hospitalisation — par exemple l'instauration de plafonds — en réalisant davantage de journées, grâce entre autres à la prolongation de la durée d'hospitalisation ou au relèvement du taux d'occupation.

Il y a, en troisième lieu, l'absence frappante de critères objectifs pour la fixation du prix de la journée d'hospitalisation. Les prix normaux — « normal » veut dire le prix qui correspond aux exigences financières dans des circonstances normales — tels qu'ils ont été déterminés pour les différents services, divergeraient fortement de la structure réelle des coûts. Ce fut une des raisons du recours massif au fameux article 9 de la loi sur les hôpitaux. Cet article permet à un hôpital de demander une dérogation exceptionnelle au prix normal, si la comptabilité fait apparaître des frais supplémentaires. L'application généralisée de l'article 9 a entraîné une énorme diversité des prix, sans qu'on puisse juger de leur opportunité.

On connaissait à l'origine le prix historique. Les adaptations de prix en vertu de l'article 9 avaient lieu sur la base des données de l'année précédente. Le prix adapté arrivait toujours trop tard, ce système entraîna des pertes et des difficultés de trésorerie auxquelles les montants de rattrapage et les refacturations ne purent guère remédier. En outre, la fixation du prix *a posteriori* entraînait inévitablement l'acceptation inconditionnelle de tous les frais exposés par le passé. On se trouvait pour ainsi dire chaque fois placé devant un fait accompli. Les charges financières entraînées par les soins hospitaliers augmentèrent rapidement.

Le prix précalculé fut rendu possible en 1974. Le prix prévisionnel était en même temps un prix définitif. Il comprenait toutes les charges qu'un hôpital aurait à supporter lors de l'exercice suivant pour fournir une journée d'hospitalisation. Le système prévisionnel était facultatif, l'hôpital pouvant toujours opter pour le système historique.

Le système prévisionnel fut un succès au départ, et les coûts augmentèrent moins rapidement.

Ce système fut toutefois progressivement démantelé. Il y eut tout d'abord l'instauration des plafonds, qui avait pour conséquence que les frais, justifiés ou non, n'étaient plus tous remboursés pour certains hôpitaux. On rendit aussi à nouveau susceptible de révision un certain nombre d'éléments de coûts : on rétablissait ainsi le caractère *a posteriori* de la fixation du prix, ce qui provoqua une nouvelle croissance accélérée des dépenses.

Les prix furent en outre intégralement bloqués au niveau du 31 décembre 1981, de telle sorte que l'on peut encore difficilement parler de fixation prévisionnelle du prix. Le nombre de journées d'hospitalisation payé fut également rationné et limité.

On a ainsi abouti à un système déguisé d'enveloppe. La fixation de l'enveloppe ne s'effectue pas sur la base d'une estimation des coûts objective pour l'année suivante, mais en fonction d'un prix historique, bloqué et linéaire.

Ten eerste trachtte het ziekenhuis de inkomstenverminderingen als gevolg van beperkende ingrepen in het verpleegdagprijsstelsel te compenseren door de verhoging van de inkomsten uit medisch en medisch-technische prestaties. Het is opvallend hoe besparende ingrepen in het ligdagprijsstelsel steeds gepaard gaan met toenemende prestaties. Het bestaan van een dubbel financieringssysteem draagt in zich reeds de kiemen van een permanente uitgavenstijging. Zelfs de ingrepen in de geneeshereninkomens, door de beperking van de honorariastijging of zelfs door de reële vermindering van de honoraria, worden vermeden door middel van een toenemend prestatievolume.

Ten tweede konden tot voor kort de beperkende maatregelen m.b.t. de ligdagprijs, onder andere door het instellen van plafonds, steeds omzeild worden door de realiseren van meer ligdagen, bv. als gevolg van het verlengen van de verblijfsduur of het verhogen van de bezettingsgraad.

Ten derde is er het opvallende gebrek aan objectieve criteria tot vaststelling van de verpleegdagprijs. De normale prijzen — het « normaal » karakter wil zeggen dat de prijs aangepast is aan de financiële vereisten onder normale omstandigheden — zoals ze werden bepaald voor de onderscheiden diensten, weken sterk af van de feitelijke kostenstructuur. Dit was één van de redenen om massaal beroep te doen op het beruchte artikel 9 van de ziekenhuiswet. Volgens dit artikel kan een ziekenhuis ten uitzonderlijke titel een afwijking van de normale prijs vragen, indien er meerkosten blijken uit de boekhouding. Als gevolg van de veralgemeende toepassing van artikel 9 kent men nu een enorme verscheidenheid aan prijzen, zonder dat de opportuniteit ervan kan worden beoordeeld.

Aanvankelijk kende men de historische prijsbepaling. De prijsaanpassingen volgens artikel 9 werden bepaald op basis van de gegevens van het vorig jaar. Het voortdurend te laat komen van de aangepaste prijs bouwde de verliezen en de thesauriemoeilijkheden in het stelsel in. Inhaalbedragen en herfacturaties konden daar weinig aan verhelpen. Bovendien leidde de post-factum prijsbepaling onvermijdelijk tot het onbeperkt bepalen van alle in het verleden gemaakte kosten. Men stond als het ware telkens voor een voldongen feit. De financiële lasten van de ziekenhuisverpleging namen snel toe.

In 1974 werd de voorcalculatie mogelijk gemaakt. De previsionsale prijs was tegelijk een definitieve prijs. Hij omvatte alle lasten die een ziekenhuis het volgende boekjaar zou moeten dragen ten einde één dag ziekenhuisverpleging te leveren. Het previsionsale systeem was facultatief: het ziekenhuis kon nog steeds kiezen voor het historische systeem.

Het previsionsale systeem kende aanvankelijk succes en de kosten namen minder snel toe.

Het systeem werd echter geleidelijk ondergraven. Vooreerst waren er de plafoneringsmaatregelen. Dit bracht mee dat voor sommige ziekenhuizen alle kosten, verantwoord of niet, niet langer werden vergoed. Ook werden een aantal kostenbestanddelen terug herzienbaar gemaakt: het post-factum karakter van de prijsbepaling werd also hersteld. Dit leidde opnieuw tot een snellere groei van de uitgavenmassa.

Bovendien werden de prijzen volledig geblokkeerd op het niveau van 31 december 1981 zodat men nog bezwaarlijk kan spreken van previsionsale prijsbepaling. Ten slotte werd ook het aantal uitbetaalde ligdagen gerantsoeneerd en beperkt.

Alzo is men terecht gekomen in een verkapt enveloppesysteem. De enveloppe is niet vastgesteld op basis van een objectieve kostenberekening voor het volgende jaar, maar op een historisch bepaalde, geblokkeerde en lineair vastgestelde prijs.

C'est principalement ce caractère linéaire qui frappe dans les mesures successives. On n'a jamais tenu compte de la spécificité de chaque hôpital. Il fallut dès lors permettre à nouveau des corrections ou des révisions ultérieures, ce qui nous ramena à la fixation du prix a posteriori et à une nouvelle explosion des coûts. Les caractéristiques du système actuel sont l'inefficacité, l'improvisation et les contradictions internes. Il ne satisfait ni les hôpitaux, ni les pouvoirs publics.

Bases d'un nouveau système de financement

L'histoire du système de financement belge nous montre qu'il faut rechercher la maîtrise des coûts dans un système de prix précalculé. Le succès de ce système est subordonné au caractère définitif du prix. Cela signifie également que le prix doit être adapté à la charge de travail de l'hôpital, de manière à éviter des corrections ultérieures.

Partir du point de vue qu'il faut couvrir tous les frais justifiés et acceptables exclut l'application de maximums et de plafonds.

Il faut également mettre fin à la liaison existante entre le financement et la production si on veut non seulement fixer un prix « normal » correct, mais aussi maîtriser les coûts, tâche urgente vu la croissance effrénée des dépenses et la situation déficitaire de l'assurance-maladie et du budget de l'Etat. Une maîtrise des coûts suppose que l'on exerce un contrôle sur tous les frais de l'hôpital, et non seulement sur les éléments du prix de la journée d'hospitalisation. Les honoraires, les médicaments et les prestations médico-techniques doivent également être inclus.

L'analyse du système de financement belge fait ressortir l'opportunité d'un système d'enveloppe fixé sur des bases budgétaires, adapté au caractère spécifique de l'hôpital et comprenant tous les éléments de frais. Ce système figure aux articles 14 à 22 de la présente proposition de loi.

Comptabilité

Le plan comptable tel qu'il existe actuellement fournit indubitablement les données nécessaires au contrôle des coûts de chaque hôpital. Il ne donne toutefois aucune idée du degré d'efficacité avec lequel l'hôpital travaille. La comptabilité n'est pas « critique ». Elle ne permet pas une comparaison des coûts entre les hôpitaux. C'est la raison pour laquelle les dispositions légales actuelles en la matière sont complétées. Le plan comptable devra comprendre toutes les données permettant une analyse économique et un contrôle permanents du fonctionnement de l'hôpital. L'enregistrement précis des prestations constitue un minimum dans ce domaine. Il y a lieu de mentionner de façon distincte les honoraires perçus par prestation, ce système étant maintenu pour les soins ambulants. Il est ainsi possible de savoir dans quelle mesure les médecins concernés ont fait usage de l'infrastructure hospitalière.

Le budget

Trois éléments doivent permettre une élaboration adéquate du budget. Le budget, qui doit être élaboré chaque année par l'hôpital avant le 15 juillet, constitue la base pour l'attribution de l'enveloppe. Cette enveloppe ne résultera plus, comme actuellement, d'un prix de la journée d'hospitalisation fixé de manière non fondée et arbitraire avec un nombre de journées d'hospitalisation déterminé de façon linéaire, mais reflètera tous les coûts prévisibles de l'exercice

Wat vooral opvalt bij de opeenvolgende maatregelen, is dit lineair karakter. Nooit werd rekening gehouden met de specificiteit van het individuele ziekenhuis. Daarom moesten er telkens opnieuw correcties en herzieningen achteraf mogelijk gemaakt worden, waardoor men weer tercht kwam in de post-factum prijsbepaling en in een nieuwe kosten-explosie. Het huidige systeem wordt gekenmerkt door ondoeltreffendheid, improvisatie en interne tegenstrijdigheden. Noch aan de ziekenhuizen, noch aan de overheid biedt het voldoening.

Grondslagen van een nieuw financieringssysteem

Uit de geschiedenis van het Belgische financieringssysteem blijkt de potentiële kostenbeheersing in een systeem van voorcalculatie. Wil voorcalculatie succesvol zijn dan moet de prijs definitief zijn. En dat betekent ook dat de prijs aangepast moet zijn aan de werklast van het ziekenhuis, zodat correcties achteraf kunnen uitblijven.

Als men ervan uitgaat dat alle verantwoorde en aanvaardbare kosten moeten gedekt worden, zijn maxima en plafonds uit den boze.

Wil men, bovenop het bepalen van de juiste « normale » prijs, ook de kosten beheersen — en dit is een dringende opgave gezien het ontspoord karakter van de uitgaven en de deficitaire toestand van ziekteverzekering en overheidsbudget — dan moet ook het produktiegebonden karakter van de financiering stopgezet worden. Wil men de kosten in de hand houden, dan moeten ook alle ziekenhuiskosten onder controle gebracht worden, en niet alleen de bestanddelen van de verpleegdagprijs. Ook honoraria, geneesmiddelen en medisch-technische prestaties moeten inbegrepen zijn.

Uit de ontleding van het Belgische financieringssysteem blijkt de geschiktheid van een op budgettaire gronden opgesteld, aan het specifieke karakter van het ziekenhuis aangepast en alle kostenelementen omvattend enveloppesysteem. Dit systeem is uitgewerkt in de artikels 14 tot 22 van het wetsvoorstel.

Boekhouding

Het boekhoudkundig plan zoals het nu bestaat verschaft zonder twijfel de nodige gegevens voor de kostencontrole per individueel ziekenhuis. Het laat echter niets zien van de mate van efficiency volgens welke het ziekenhuis werkt. De boekhouding is niet « kritisch ». Voor een vergelijking van de kosten tussen ziekenhuizen schiet het tekort. Daarom worden de huidige wetsbepalingen terzake aangevuld. Het boekhoudkundig plan zal alle gegevens moeten bevatten die een voortdurende economische analyse en controle van de ziekenhuiswerking mogelijk maken. Een minimum terzake is een nauwkeurige registratie van de prestaties. Omdat voor ambulante prestaties de inning van honoraria per afzonderlijke verstrekking behouden blijft, moeten deze apart vermeld worden. Zo weet men in welke mate de betrokken geneesheren gebruik hebben gemaakt van de ziekenhuisinfrastructuur.

Het budget

Er zijn drie elementen voorzien voor de adequate opstelling van het budget. De begroting die elk jaar vóór 15 juli door het ziekenhuis moet worden opgesteld, is de basis voor de toegekende enveloppe. Deze enveloppe zal niet, zoals nu, het produkt zijn van een willekeurig ongefundeerd vastgestelde ligdagprijs met een lineair bepaald aantal verpleegdagen, maar wel de weergave van alle werkelijke kosten die het volgende dienstjaar worden verwacht. Het is duidelijk

suivant. Il va de soi que cette estimation des coûts devra être précise, car l'enveloppe octroyée est définitive et toute dérogation à cette dernière entraîne la responsabilité intégrale des gestionnaires.

Le Roi fixe, tout comme à présent, les éléments de coûts susceptibles d'être indemnisés par la voie d'une enveloppe. Il s'agit des frais de personnel, de l'entretien, des frais administratifs, du chauffage etc., tout comme prévu par la loi actuelle. Le Roi peut, en modifiant ces éléments, modifier la mission confiée au secteur hospitalier. On pourrait ainsi, et la présente proposition de loi prévoit cette possibilité, prévoir un poste afin de couvrir les frais occasionnés dans l'optique de l'humanisation, de l'intégration et de la qualité des soins. On pourrait par ailleurs supprimer certains éléments, par exemple les coûts relatifs à certaines méthodes administratives jugées trop coûteuses ou peu opportunes.

Le budget comprend en tout cas les médicaments et les frais d'officine. Ne peuvent toutefois pas être inclus : les prothèses, les appareils orthopédique et similaires.

Les charges financières relatives aux immobilisés (frais de construction, premier équipement, appareillage médical lourd), actuellement incluses dans le prix de la journée d'hospitalisation pour la partie non subsidiée, ne peuvent plus être incorporées dans le budget. Celles-ci sont en effet désormais subsidiées pour l'ensemble des coûts.

Les frais liés à l'appareillage et aux instruments qui ne sont pas subsidiés directement par les pouvoirs publics, mais financés actuellement par les honoraires des médecins, sont par contre inclus dans le budget. Il est toutefois impossible de le faire pour les frais résultant d'emprunts relatifs à ces équipements.

De façon plus générale, il n'est pas possible d'inclure dans le budget les charges financières d'emprunts contractés afin de financer les frais de fonctionnement, ce qui confère un caractère définitif à l'enveloppe octroyée.

Le budget couvre, pour le reste, de manière forfaitaire — donc indépendamment du nombre de prestations ou de journées d'hospitalisation fournies — tous les frais relatifs au séjour, au traitement, aux soins infirmiers et autres, y compris pour les patients ambulants, c'est-à-dire non hospitalisés. Il s'agit donc d'un budget « tout compris ».

Les modalités d'imputation de ces éléments seront finalement fonction des critères qui serviront de base à leur calcul, tout comme dans la législation actuelle. Le Roi fixe ces critères.

La fixation, par le Roi, de paramètres qui détermineront le montant à concurrence duquel ces éléments peuvent être acceptés constitue une nouveauté. Ces paramètres sont des formules simples permettant d'évaluer le budget déposé sous l'angle de l'efficacité du fonctionnement, de la responsabilité du management et de la charge de travail réelle. Ils permettent de voir si les frais sont acceptables et justifiés dans le contexte de l'ensemble du secteur hospitalier. L'hôpital fait également l'objet d'un contrôle sur le plan économique. Les données, que la modification de la réglementation comptable permettra de recueillir, s'avèreront utiles dans cette optique. Il sera dès lors possible de financer de la même manière les hôpitaux ayant une mission et des activités similaires dans des circonstances semblables. Le Roi procédera à cet effet à une classification des hôpitaux par groupes. Cette deuxième sera plus poussée que celle existant actuellement entre les hôpitaux ordinaires et universitaires.

dat deze kostenraming nauwkeurig moet zijn, want de toegediende enveloppe is definitief en elke afwijking van deze enveloppe valt volledig onder de verantwoordelijkheid van het beheer.

Net als nu bepaalt de Koning de kostenelementen die voor vergoeding via de enveloppe in aanmerking mogen komen. Dit zijn de bestanddelen, zoals personeelskosten, onderhoud, administratieve kosten, verwarming enz., zoals ze ook nu in de wet zijn voorzien. Door het wijzigen van de bestanddelen kan de Koning de opdracht aan het ziekenhuiswezen veranderen. Zo zou, en het wetsvoorstel voorziet deze mogelijke uitbreiding, een post kunnen voorzien worden om de kosten te dekken die gemaakt zijn met het oog op de humanisering, de integratie en de kwaliteit van de verzorging. Anderzijds zouden bestaande bestanddelen kunnen verwijderd worden, bijvoorbeeld de kosten in verband met bepaalde administratieve methodes, die te duur of te weinig opportuun worden geacht.

In het budget zijn alleszins opgenomen de geneesmiddelen en de apotheekkosten. Kunnen echter niet inbegrepen zijn : prothesen, orthesen en soortgelijke geïndividualiseerde hulpmiddelen.

De financiële lasten met betrekking tot de vastgelegde waarden (bouwkosten, eerste uitrusting, zware medische apparatuur) die in het nu bestaande systeem voor het niet-betoelaagde gedeelte in de verpleegdagprijs zijn opgenomen, kunnen geen bestanddelen vormen van het budget. Zij worden immers voortaan voor het geheel van de kosten betoelaagd.

De kosten voor apparatuur en toestellen die niet rechtstreeks worden betoelaagd door de overheid en die nu gefinancierd worden door de doktershonoraria, zijn wel begrepen in het budget. Het is echter onmogelijk leningskosten met betrekking tot deze uitrusting in het budget op te nemen.

Meer algemeen kunnen de financiële lasten van leningen aangaan ter financiering van de werkingskosten niet opgenomen worden in het budget. De toegekende enveloppe krijgt hiermee een definitief karakter.

Voor het overige dekt het budget op forfaitaire wijze, dus onafhankelijk van het aantal geleverde prestaties of ligdagen, alle kosten die verband houden met verblijf, behandeling, verpleging en verzorging, inbegrepen voor de ambulante, d.w.z. de niet-verblijvende, patiënten. Het is dus een budget alles inbegrepen of het zogenoemde all-in budget.

Op welke wijze deze bestanddelen uiteindelijk aangerekend worden hangt af van de criteria op basis waarvan de waarde ervan wordt berekend. Dit is identiek aan de huidige wetsbepaling. De Koning bepaalt deze criteria.

Nieuw is dat de Koning ook parameters zal bepalen die aanduiden voor welk bedrag deze bestanddelen kunnen aanvaard worden. Deze parameters zijn eenvoudige formules die toelaten het ingediende budget te beoordelen in relatie tot de doelmatige werking, het verantwoorde management en de feitelijke werklast. Zij onderzoeken het verantwoord en aanvaardbaar karakter van de kosten in de context van het totale ziekenhuiswezen. Alzo wordt het ziekenhuis economisch getoetst. De gegevens die gekend zullen zijn als gevolg van de gewijzigde boekhoudkundige reglementering zullen hierbij dienstig zijn. Op die manier wordt het mogelijk ziekenhuizen met gelijksoortige opdracht en activiteiten en werkzaam in gelijkaardige omstandigheden, op analoge wijze te financieren. De Koning zal daartoe de ziekenhuizen klasseren in groepen. Deze indeling zal verder gaan dan de indeling in gewone en universitaire ziekenhuizen zoals ze tot nu toe bruikbaar is.

Supplements

Le budget couvre tous les frais résultant des soins dispensés en chambre commune. Un supplément peut être porté en compte en cas de séjour en chambre particulière pour des motifs personnels d'ordre non médical, eu égard aux maximums fixés par le Roi. La moitié des lits au moins doit être destinée aux patients qui souhaitent être traités sans supplément. Le fait que l'on ne puisse plus facturer de supplément pour une chambre de deux personnes constitue un fait nouveau; il en va de même de l'interdiction de perception (par exemple par les médecins) de suppléments autres que ceux que nous venons de citer. Cette réglementation n'a pas pour objectif de constituer une source financière supplémentaire pour l'hôpital, mais bien de permettre de facturer au patient les coûts résultant du surcroît de confort qu'il a demandé pour son séjour. Le budget est d'ailleurs diminué des suppléments ainsi réalisés.

Courants financiers

a) *La Chambre de compensation des hôpitaux*

Il est institué une Chambre de compensation des hôpitaux composée des organisations intervenant dans les frais d'hospitalisation. Il s'agit donc en premier lieu des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, et de l'Etat.

L'I. N. A. M. I. verse, tout comme maintenant, l'argent de l'assurance aux organismes assureurs. Ces derniers n'indemniseront toutefois plus l'hôpital par prestation ou par journée d'hospitalisation, mais alimenteront la Chambre de compensation des hôpitaux en fonction du nombre de journées d'hospitalisation qui leur aura été transmis par leurs membres. Ce nouveau système de financement allège de façon considérable la tâche administrative des organismes assureurs.

Afin de connaître le montant de la contribution de chaque organisme assureur à la Chambre de compensation des hôpitaux, il est fixé un prix de la journée par hôpital pour le séjour en chambre commune, et ce à titre de prix moyen. Ce chiffre, joint aux états de frais par patient transmis par les hôpitaux aux organismes concernés, permet à ces organismes de savoir exactement combien ils doivent à la Chambre de compensation des hôpitaux. Le prix de la journée d'hospitalisation doit donc passer par la Chambre de compensation uniquement afin d'assurer la compensation entre les organismes assureurs et les autres organisations concernées. Ce prix ne représente nullement les frais de fonctionnement de l'hôpital.

b) *Avances et degré de liquidité*

Les hôpitaux reçoivent chaque mois de la Chambre de compensation des hôpitaux une avance correspondant à un douzième de l'enveloppe acceptée, et ce sur la base de 90 % du budget fixé. Ceci constitue une innovation importante, car elle permet de mettre fin aux déficits de trésorerie coûteux que connaissent les hôpitaux en raison du paiement tardif de factures représentant plusieurs milliards.

Le fait que les douzièmes seront payés à concurrence de 90 % de l'enveloppe, et non 100 %, n'entraînera pas de problèmes de liquidités pour les hôpitaux. Ceux-ci réalisent en effet durant l'exercice certains revenus, alors que les frais y afférents sont intégralement couverts par le budget.

Supplementen

Het budget dekt alle kosten in verband met de zorgverlening in een gemeenschappelijke kamer. Voor een verblijf om persoonlijke niet-medische reden in een afzonderlijke kamer, mogen supplementen aangerekend worden, met inachtnaam van door de Koning bepaalde maxima. Minstens de helft der bedden moet bestemd zijn voor patiënten die zonder supplement wensen behandeld te worden. Nieuw is dat er niet langer supplementen mogen aangerekend worden voor tweepersoonskamers, en dat er geen andere supplementen (bv. door de geneesheren) mogen aangerekend worden dan de hierboven bedoelde verblijfs-supplementen. De bedoeling van de supplementenregeling is niet het verschaffen van extra financiële middelen aan het ziekenhuis, maar wel het aanrekenen aan de patiënt van de kosten van door hem gekozen meer comfortabele verblijfsomstandigheden. Het budget wordt trouwens verminderd met de aldus gerealiseerde supplementen.

Financiële stromen

a) *De Verrekenkamer voor Ziekenhuizen*

Er wordt een Verrekenkamer voor Ziekenhuizen opgericht, samengesteld uit de organisaties die tegemoetkomen in de kosten voor ziekenhuisverzorging. Dit zijn dus in de eerste plaats de verzekeringsinstellingen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en ook de Staat.

Net als nu wordt het verzekeringsgeld door het R. I. Z. I. V. doorgestort naar de verzekeringsinstellingen. Deze zullen echter niet langer het ziekenhuis vergoeden per prestatie of per ligdag. Zij zullen in de plaats de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen spijzen naargelang de ligdagen die door bij hen aangesloten leden in de ziekenhuizen werden doorgebracht. Voor de verzekeringsinstellingen betekent het nieuwe financieringssysteem een belangrijke administratieve verlichting.

Om te weten hoeveel elke verzekeringsinstelling moet bijdragen aan de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen wordt er een ligdagprijs bepaald per ziekenhuis voor het verblijf in een gemeenschappelijke kamer, en dit als een gemiddelde prijs. Samen met de door de ziekenhuizen aan de betrokken organisaties overgemaakte kostenstaten per patiënt, weten deze laatsten precies hoeveel zij de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen verschuldigd zijn. De ligdagprijs dient dus enkel voor de verrekeningen tussen de verzekeringsinstellingen en de andere toegemoetkomende organisaties langs de Verrekenkamer om. Zij is geenszins de weergave van de werkskosten van het ziekenhuis.

b) *De voorschotten en de liquiditeitspositie*

De ziekenhuizen ontvangen maandelijks vanwege de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen een voorschot van 1/12^e van de aanvaarde enveloppe, en dit op basis van 90 % van het vastgestelde budget. Dit is een belangrijke innovatie, want op die manier komt er een einde aan de dure thesaurietekorten van de ziekenhuizen als gevolg van de miljarden laattijdige betaalde facturen.

Het feit dat de twaalfden uitbetaald worden op basis van 90 % en niet van 100 % van de enveloppe, zal geen liquiditeitsproblemen meebrengen voor de ziekenhuizen. Inderdaad realiseren ze gedurende het dienstjaar bepaalde inkomsten terwijl de kosten die hiermee samenhangen integraal door het budget zijn gedekt.

Ils ne devront toutefois compenser ces montants que trois mois après la fin de l'exercice, à l'occasion du décompte définitif. Cette compensation se fera avec la part non encore versée du budget. Ces liquidités complémentaires permettront aux hôpitaux de disposer de façon constante des subsides qui leur auront été attribués.

Ces recettes réalisées hors budget, à déduire lors du décompte final, comprennent entre autres : les suppléments de séjour, les contributions personnelles des patients, les revenus des soins ambulants, les subsides de recherche et d'enseignement, les revenus provenant de fonds, comme le Fonds national de la recherche scientifique, le Fonds national de reclassement social des handicapés... Le budget couvre en effet tous les frais justifiés, exposés par l'hôpital dans le cadre de l'exercice de sa mission.

c) *Indemnisation des prestations ambulantes*

Les soins ambulants fournis à l'hôpital continuent, comme précisé plus haut, à être rémunérés à la prestation comme dans le système actuel. Les frais relatifs aux soins ambulants ayant déjà été indemnisés par l'enveloppe, il convient, comme exposé plus haut, de décompter du budget ces recettes réalisées une seconde fois. Les prestations ambulantes figurant dans la comptabilité peuvent être contrôlées en précédant à une comparaison avec les états de frais transmis aux organismes assureurs.

d) *Décompte final*

Le décompte final, qui doit avoir lieu au début du mois d'avril de chaque année, constituera une opération bénéficiaire au déficitaire pour l'hôpital selon que la partie non encore liquidée du budget (les 10 %) sera inférieure ou supérieure aux recettes réalisées hors budget.

La caisse de la Chambre de compensation des hôpitaux peut être clôturée en boni ou en déficit. Les montants versés par les organismes assureurs (nombre de journées d'hospitalisation $\times$ prix de la journée) peuvent être inférieurs ou supérieurs à l'ensemble des budgets versés par la Chambre de compensation.

Il s'agit normalement d'un boni, puisque les organismes assureurs paient les journées d'hospitalisation sur la base de prix de la journée calculés sur le budget global, alors que la Chambre de compensation ne verse que les budgets diminués (à savoir des recettes réalisées hors budget).

Les organismes assureurs auront en outre déjà remboursé aux hôpitaux par le biais du système par prestation, les prestations ambulantes, qui constituent vraisemblablement la majeure partie des recettes réalisées hors budget. On peut tenir compte de ce fait lors du calcul des prix administratifs de la journée d'hospitalisation, de manière à ne pas obliger les organismes assureurs à payer deux fois le même montant.

Le solde de la Chambre de compensation sera toutefois principalement déterminé par la différence entre les journées d'hospitalisation réalisées et programmées (tendance des cinq dernières années). Si le nombre de journées d'hospitalisation réalisées est moins important (tendance à la saturation) il se peut que le boni « normal » de la Chambre de compensation des hôpitaux diminue ou se transforme même en déficit. Si le nombre de journées est supérieur (tendance à l'expansion) le boni s'accroîtra encore. Quoi qu'il en soit, le solde, négatif ou positif, incombe aux organismes assureurs. Il appartiendra au règlement de la Chambre de compensation des hôpitaux de préciser les modalités de régularisation de ce solde (constitution éventuelle de réserves).

Zij zullen deze bedragen echter pas drie maanden na het einde van het boekjaar bij de definitieve afrekening, moeten compenseren met het nog verschuldigde budget. Deze aanvullende liquiditeiten maken dat de ziekenhuizen voortdurend, de beschikking zullen hebben op de hen toegewezen toelagen.

Met deze buiten budget gerealiseerde ontvangsten, die in mindering moeten gebracht worden bij de eindafrekening, worden onder meer bedoeld : de verblijfsupplementen, de persoonlijke bijdragen van de patiënt, de inkomsten voor ambulante verzorging, toelagen voor onderzoek en onderwijs, ontvangsten uit Fondsen, zoals het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, het Rijksfonds voor de Sociale Reklassering van Minder-validen ... Het budget dekt inderdaad alle verantwoorde kosten die het ziekenhuis maakt bij de uitoefening van haar opdracht.

c) *De vergoeding van de ambulante prestaties*

Met betrekking tot de ambulante verzorging blijven de in het ziekenhuis geleverde prestaties, zoals hoger vermeld, vergoed volgens het huidige systeem per afzonderlijke verstrekking. Daar al de kosten in verband met de ambulante verzorging al eens door de enveloppe waren vergoed, moeten deze ten tweede male gerealiseerde ontvangsten, zoals hierboven uiteengezet, in mindering worden gebracht van het budget. De in de boekhouding aangegeven ambulante prestaties kunnen gecontroleerd worden door vergelijking met de aan de verzekeringsinstellingen overgemaakte kostenstaten.

d) *De eindafrekening*

De afrekening die elk jaar in het begin van april moet doorgaan, betekent voor het ziekenhuis een plus- of een min-operatie naargelang het nog niet uitbetaald gedeelte van het budget (de 10 %) kleiner of groter is dan de buiten budget gerealiseerde ontvangsten.

De kas van de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen kan met een overschot of een tekort sluiten. De door de verzekeringsinstellingen gestorte bedragen (aantal ligdagen $\times$ ligdagprijzen) kunnen meer of minder bedragen dan het totaal van de door de Verrekenkamer gestorte budgetten.

Normaal zal dit een overschot zijn daar de verzekeringsinstellingen de ligdagen vergoeden op basis van ligdagprijzen die berekend zijn op het totaal budget terwijl de Verrekenkamer slechts de verminderde budgetten (verminderd met de buiten budget gerealiseerde ontvangsten) doorstort.

Het is bovendien zo dat de verzekeringsinstellingen de ambulante prestaties, waarschijnlijk de belangrijkste component van de buiten budget gerealiseerde inkomsten, reeds via het systeem per verstrekking zullen terugbetaald hebben aan de ziekenhuizen. Men kan bij de berekening van de administratieve ligdagprijzen hiermee rekening houden, zodat de verzekeringsinstellingen geen tweemaal hetzelfde bedrag moeten betalen.

Het saldo van de verrekenkamer zal echter vooral bepaald worden door de afwijking tussen de gerealiseerde ligdagen en de geprogrammeerde ligdagen (trend van de vijf laatste jaren). Indien het aantal gerealiseerde ligdagen lager is (verzagingsstendens) kan het zijn dat het « normaal » optredende overschot van de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen kleiner wordt of zelfs omslaat in een tekort. Indien het ligdagenbestand groter is (expansieve trend) zal het overschot nog toenemen. Hoe dan ook, het saldo, zij het negatief of positief, valt ten laste of ten bate van de verzekeringsinstellingen. Op welke wijze zij dit saldo zullen regulariseren (evt. reserveren), moet bepaald worden door het reglement van de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen.

L'évolution du nombre de journées d'hospitalisation n'a pas de répercussion directe sur l'hôpital. L'enveloppe octroyée est un droit acquis. Il sera toutefois tenu compte d'une modification des activités lors de l'établissement des budgets ultérieurs.

e) *Les bailleurs de fonds*

L'Etat paie 10 % de l'enveloppe, 90 % étant à charge des organismes assureurs et des autres organisations concernées. Ces pourcentages sont actuellement respectivement de 25 et 75 %.

Ces pourcentages ont été modifiés pour deux raisons.

En premier lieu, les pourcentages actuels portent uniquement sur le prix de la journée d'hospitalisation, alors que le budget comprend un sensiblement plus large. Si l'on conservait ces pourcentages, nous assisterions à un glissement des interventions au détriment de l'Etat et au profit de l'assurance-maladie. Les éléments du prix de la journée d'hospitalisation représentant environ 60 % de l'ensemble des frais du budget, il faut ramener la part de l'Etat à 15 % du budget global afin de ne pas surcharger le budget des pouvoirs publics.

En deuxième lieu, les investissements sont désormais intégralement financés par le budget de l'Etat. Le montant supplémentaire mis ainsi à charge du budget du Ministère de la Santé publique est soustrait de l'intervention de ce budget dans le déficit d'exploitation. Les charges financières relatives aux immobilisés constituent actuellement 10 % du prix de la journée d'hospitalisation. Les pouvoirs publics supportant déjà 25 % de ces charges, la charge supplémentaire pour le budget de l'Etat est de 3/4, soit 7,5 % du prix de la journée d'hospitalisation. Comme les frais liés aux éléments actuels du prix de la journée représentent, dans le système du budget élargi, environ 60 % de ce dernier, il convient de diminuer la contribution de l'Etat dans ce budget à raison de 60 % de ces 7,5 %; cette contribution est, en d'autres mots, ramenée de 15 à 10 % du budget.

Cette distinction opérée entre le financement des frais de fonctionnement et celui des frais d'investissement constituera dès lors une opération blanche, tant pour le budget de l'Etat que pour l'assurance-maladie.

Les subsides de l'Etat sont en tout cas maintenus. Ils constituent l'expression de la solidarité dans le domaine des soins de santé (tout comme les 80 % de subsides de l'Etat pour les V. I. P. O.) et une garantie de la quasi-gratuité des soins en chambre commune.

f) *Déficits des hôpitaux publics*

L'article 13 de la législation actuelle, relatif à la couverture des déficits des hôpitaux, reste uniquement d'application pour les déficits enregistrés jusques et y compris l'exercice 1984. L'enveloppe couvrant tous les frais justifiés, il n'est pas prévu de couverture supplémentaire par les communes. Les réseaux hospitaliers public et privé sont dès lors placés intégralement sur le même pied.

Financement des frais d'investissement et de l'indemnisation

La politique de subventionnement remonte à 1949. Elle se limitait à l'origine au secteur public, mais elle fut dès 1953 étendue au secteur privé, à savoir aux associations sans but lucratif et aux organismes d'intérêt public. Les subsides se montaient toutefois à 15 % pour les hôpitaux privés, contre 60 % pour le secteur public.

Voor de ziekenhuizen maakt de evolutie van het aantal ligdagen geen onmiddellijk verschil uit. De toegekende enveloppe is een verworven recht. Wel zal met een wisselende activiteit rekening gehouden worden bij de bepaling van de toekomstige budgetten.

e) *De financiers*

De Staat betaalt 10 % van de enveloppe en 90 % valt ten laste van de verzekeringsinstellingen en van de andere tegemoetkomende organisaties. In de huidige regeling bedragen deze percentages respectievelijk 25 % en 75 %.

De wijziging van de percentages gebeurt omwille van twee redenen.

Ten eerste slaan de huidige percentages enkel op de verpleegdagprijzen. Maar het budget omvat een ruimer pakket dan de verpleegdagen. Mochten de percentages gehandhaafd blijven, zou er een verschuiving van tegemoetkomingen zijn ten nadele van de staat en in het voordeel van de ziekteverzekering. Daar de verpleegdagelementen ongeveer 60 % kosten uitmaken van het totaal budget, moet de staatsbijdrage teruggebracht worden op 15 % van het totaal budget, opdat de overheidsbegroting niet zwaarder zou worden belast.

Ten tweede worden vanaf nu de investeringen integraal gefinancierd door de overheidsbegroting. Het bedrag dat dientengevolge supplementair ten laste valt van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid wordt afgetrokken van de tussenkomst van deze begroting in het exploitatiebudget. Op dit ogenblik maken de financiële lasten m.b.t. de vastgelegde waarden ongeveer 10 % uit van de verpleegdagprijs. Daar 25 % hiervan reeds door de overheid werd gedragen, is de supplementaire last voor de overheidsbegroting hiervan drie kwart, hetzij 7,5 % van de verpleegdagprijs. Daar in het verruimde budgetsysteem de kosten veroorzaakt door de huidige verpleegdagprijs bestanddelen ongeveer 60 % van de kosten van de budgetbestanddelen uitmaken, moet de bijdrage van de staat in het budget verminderd worden met 60 % van deze 7,5 %, m.a.w. wordt ze teruggebracht van 15 % tot 10 % van het budget.

Op die manier is deze operatie, die de financiering van werkings- en investeringskosten van elkaar scheidt, een blanco-operatie, zowel voor de overheidsbegroting als voor de ziekteverzekering.

De staatssteun blijven alleszins behouden. Zij zijn de uiting van de solidariteitsidee in de gezondheidszorg (net zoals de 80 % staatssteun van de kosten voor de W. I. G. W.) en een garantie voor de quasi-kosteloze verzorging in een gemeenschappelijke kamer.

f) *De tekorten van de openbare ziekenhuizen*

Wat de dekking van de tekorten van de openbare ziekenhuizen betreft (art. 13 van de huidige wetgeving), wordt deze nog enkel toegepast voor de tekorten opgelopen tot en met het dienstjaar 1984. Daar de enveloppe alle verantwoordde kosten dekt, wordt er geen bijkomende dekking door de gemeenten voorzien. Het openbare en het private ziekenhuisnet worden aldus volledig gelijkgeschakeld.

Financiering van de investeringskosten en van de schadeloosstelling

De subsidiëeringspolitiek werd in 1949 gestart, aanvankelijk beperkt tot de openbare sector, maar reeds in 1953 uitgebreid tot de privé-sector, namelijk voor verenigingen zonder winst oogmerk en verenigingen van openbaar nut. Voor de privé ziekenhuizen bedroeg het betoelagingspercentage echter 15 %, tegenover 60 % voor de openbare sector.

En 1963, le principe du subventionnement fut inscrit dans la loi sur les hôpitaux. Les pourcentages de subventionnement furent fixés en 1966 : 60 % pour le secteur public et 50 % pour le secteur privé.

Les investissements du secteur privé furent également subsidiés à raison de 60 % à partir de 1975. L'équivalence sur le plan du pourcentage des subsides constituait une concession au secteur privé qui, en échange, marquait son accord sur la programmation hospitalière impérative.

Bien que l'Etat ne prenait officiellement à sa charge que 60 % des investissements, les 40 % restants étaient également financés avec l'argent de la communauté par le biais de leur incorporation dans le prix de la journée d'hospitalisation. Mais cette opération est ambiguë, car elle ne permet pas au budget ou au prix de la journée de donner une idée correcte de l'activité de l'hôpital.

Nous estimons que ces charges n'ont pas leur place dans le budget des frais de fonctionnement. Il appartient aux pouvoirs publics de supporter intégralement le coût de l'infrastructure qu'ils jugent nécessaire dans le cadre de leur programmation impérative.

Il est dès lors précisé que les montants des amortissements ou des charges financières relatifs aux immobilisés ne peuvent plus être compris dans le budget.

Les pouvoirs publics supportent les charges financières relatives aux immobilisés antérieurs au 1^{er} janvier 1985. Les investissements postérieurs à cette date sont subsidiés à 100 %, l'intervention de l'Etat dans le budget étant en échange diminuée selon les modalités exposées plus haut.

Le présent projet reprend les principes d'indemnisation en cas de non-exécution de projets de construction et de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier (art. 6, § 10, de la loi actuelle).

Le texte de la présente proposition de loi tient compte des compétences des communautés en la matière. C'est ainsi que les modalités relatives à l'octroi d'interventions dans les frais de fonctionnement et à l'indemnisation relèvent de la compétence des communautés. Le « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales » devient de ce fait un instrument au service des communautés (sauf en ce qui concerne les hôpitaux pour lesquels l'autorité nationale possède toujours une compétence de décision entière) et ne figure dès lors pas dans la présente proposition de loi.

La programmation

L'article 25 règle la programmation des différents types d'hôpitaux et de services hospitaliers, de l'appareillage médical lourd et, fait nouveau, des services médicaux lourds. Le Roi peut en effet décider de ne pas se limiter à l'appareillage même, mais d'étendre les dispositions légales en la matière à l'ensemble d'un service dont on peut supposer que l'exploitation sera coûteuse en raison de la présence d'appareillages lourds. Des normes d'agrément distinctes sont d'ailleurs prévues pour ces services médicaux lourds.

L'exécution de la programmation, c'est-à-dire l'établissement des priorités en matière d'investissements, y compris l'appareillage médical lourd, ainsi que l'application stricte des critères de programmation, relèvent désormais de la compétence des communautés et ne figurent dès lors pas en tant que tels dans la présente proposition de loi. Nous espérons que le caractère impératif de la programmation sera mieux respecté que par le passé. Le contrôle du nombre de lits constitue en effet l'élément moteur de la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier. Le nombre de lits prévu

In 1963 werd het principe van de subsidiëring in de ziekenhuiswet ingeschreven. In 1966 werden de betoelagingspercentages vastgesteld : 60 % voor de openbare sector, 50 % voor de privé-sector.

Vanaf 1975 werden de investeringen in de privé-sector ook voor 60 % gesubsidieerd. De gelijkschakeling van de betoelagingspercentages was een toegeving naar de privé-sector toe, die in ruil akkoord ging met de dwingende ziekenhuisprogrammatie.

Alhoewel de Staat dus officieel slechts 60 % van de investeringen ten haren laste neemt, worden de overige 40 % ook met gemeenschapsgelden gefinancierd via hun opname in de verpleegdagprijs. Maar deze opname is dubbelzinnig : het budget of de ligdagprijs als beeld van de activiteit van het ziekenhuis wordt erdoor vertekend.

In onze visie horen deze lasten niet thuis in het budget van de werkingskosten. Het is de taak van de overheid de infrastructuur die ze in het raam van haar dwingende programmatie noodzakelijk acht, volledig te bekostigen.

Er wordt dan ook bepaald dat de afschrijvingsbedragen of de financiële lasten met betrekking tot de vastgelegde waarden, niet langer in het budget kunnen opgenomen worden.

De financiële lasten met betrekking tot de vóór 1 januari 1985 vastgelegde waarden worden gedragen door de overheid. Na die datum worden de investeringen voor 100 % betaald. In ruil wordt de tegemoetkoming van de overheid in het budget verminderd, op de wijze zoals hierboven uiteengezet.

De principes van de schadeloosstelling in verband met niet-uitvoering van bouwprojecten en met de sluiting of het niet-ingebruik nemen van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten (art. 6, § 10, van de huidige wet) worden overgenomen.

De tekst van het wetsvoorstel komt tegemoet aan de bevoegdheden van de Gemeenschappen terzake. In die zin valt de wijze van toekennen van tussenkomsten in de investeringskosten en van de schadeloosstelling onder de bevoegdheden van de Gemeenschappen. Het « Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen » wordt daardoor een instrument van de Gemeenschappen (behalve voor de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid nog steeds de volle beslissingsbevoegdheid heeft) en komt derhalve in dit wetsvoorstel niet voor.

De programmatie

Artikel 25 regelt de programmatie van de verschillende soorten ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, en van de zware medische apparatuur en, dat is nieuw, de zware medische diensten. De Koning kan inderdaad beslissen zich niet te beperken tot de apparatuur zelf, maar tot de hele dienst waarvan mag verondersteld worden dat ze door de aanwezigheid van zware apparatuur en dure exploitatie te kennen geeft. Voor deze zware medische diensten worden trouwens aparte erkenningsnormen voorzien.

De uitvoering van de programmatie, d.w.z. het bepalen van de prioriteiten inzake de investeringen, inbegrepen de zware medische apparatuur, en het strikt toepassen van de programmatiecriteria, behoren voortaan tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen en komen in dit wetsvoorstel als dusdanig niet voor. We hopen dat meer dan in het verleden het dwingend karakter van de programmatie zal gerespecteerd worden. Het in de hand houden van het beddenbestand is inderdaad de belangrijkste aanzet tot kostenbeheersing in de ziekenhuiszorg. In België werd op

par la programmation en Belgique (58 233) était dépassé de 20 % (11 622) dans les hôpitaux généraux, ce dernier chiffre ne comprenant même pas les lits en cours de construction et ceux qui ont fait l'objet d'un accord de principe. En comparaison d'autres pays, la Belgique dispose d'un nombre excédentaire de lits hospitaliers.

La présente proposition de loi charge des lors le Roi de fixer les règles de base pour la suppression de lits hospitaliers ou la modification de leur destination. Cette modification peut se faire aussi bien à l'intérieur du secteur hospitalier (d'un service à un autre ou d'une région saturée à une région sous-occupée) qu'en dehors du secteur hospitalier (des lits hospitaliers vers les lits de repos et de soins, ou vers d'autres formes de soins).

Il semble également opportun de revoir les critères de programmation sur la base d'une étude objective des données dont il faut légalement tenir compte. L'objectif de cette opération ne peut toutefois pas être d'officialiser le nombre de lits existants. Le blocage du nombre de lits au niveau du 1^{er} janvier 1982 ne veut certainement pas dire que tous les lits existant à ce moment-là rentrent dans le cadre de la programmation.

Les articles figurant sous la rubrique « Programmation » regroupent, pour le reste, la réglementation existante concernant l'appareillage médical lourd, l'élaboration et la nature des critères de programmation. Le caractère impératif de celle-ci et les modalités du blocage du nombre de lits au nombre agréé et existant au 1^{er} juillet 1982.

Organes consultatifs

1) *Le Conseil national des établissements hospitaliers*

Le Conseil national des établissements hospitaliers, créé en juillet 1982 (arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982), est maintenu.

Le Conseil national émet un avis sur tout problème relatif aux hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision, ainsi que sur les problèmes qui sont à présent de la compétence des communautés, mais qui portent sur des hôpitaux relevant encore de la tutelle nationale.

Le Conseil se compose de trois sections :

- la section programmation;
- la section agrément;
- la section financement.

Sa composition est modifiée. Les deux communautés doivent tout d'abord être représentées de façon égale, exception faite du président. La moitié au moins des membres doit faire partie des organes consultatifs en matière de programmation et d'agrément créés par les communautés.

Il faut en deuxième lieu assurer une représentation équilibrée des groupes suivants :

- les organismes assureurs;
- les travailleurs hospitaliers, représentés par leurs organisations syndicales. Tous les groupes de travailleurs hospitaliers doivent être représentés;
- les pouvoirs organisateurs, c'est-à-dire les associations d'hôpitaux;
- le pouvoirs publics, tant le ministère que l'INAMI.

En troisième lieu, un membre du Conseil ne peut siéger avec voix délibérative que dans une seule des trois sections.

1 avril 1982 het programmatorisch voorziene aantal bedden (58 233) overschreden met 20 % (11 622) in de algemene ziekenhuizen. Hierin zijn dan nog de bedden in opbouw en de bedden waarvoor een principiële akkoord werd gegeven, niet ingerekend. In vergelijking met andere landen, beschikt België over een teveel van ziekenhuisbedden.

Het wetsvoorstel geeft dan ook aan de Koning de opdracht de basisregels te bepalen tot afschaffing van ziekenhuisbedden of tot wijziging van hun bestemming. Deze wijziging kan zowel gebeuren binnen de ziekenhuissector (van de ene naar de andere dienst, van overbezette naar onderbezette regio's), als buiten de ziekenhuissector (van ziekenhuisbedden naar rust- en verzorgingsbedden of naar andere verzorgingsvormen).

Het lijkt ons tegelijk geraadzaam de programmatiecriteria te herzien op basis van een objectief onderzoek van de gegevens waarmee volgens de wet rekening moet gehouden worden. Het kan daarbij echter niet de bedoeling zijn het huidige bestand te officialiseren. De blokkering van het aantal bedden op het niveau van 1 juli 1982 betekent zeker niet dat de op dat tijdstip bestaande bedden alle vallen binnen de programmatie.

De artikels onder de hoofding « Programmatie » groeperen voor het overige de bestaande reglementering m.b.t. de zware medische apparatuur, het opstellen en de aard van de programmatiecriteria, het dwingend karakter van de programmatie en de modaliteiten m.b.t. de blokkering van het beddenbestand op het op 1 juli 1982 bestaande aantal erkende ziekenhuisbedden.

De adviesorganen

1) *De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen*

De in juli 1982 opgerichte Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (koninklijk besluit n° 60 van 22 juli 1982) blijft behouden.

De Nationale Raad brengt advies uit over alle vraagstukken van het Ziekenhuiswezen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft, en over deze vraagstukken die weliswaar gemeenschapsbevoegdheid geworden zijn maar die ziekenhuizen betreffen die nog onder nationale voogdij vallen.

De Raad bestaat uit drie afdelingen :

- de afdeling programmatie;
- de afdeling erkenning;
- de afdeling financiering.

De samenstelling wordt gewijzigd. Vooreerst moeten beide gemeenschappen, op de voorzitter na, op gelijke wijze zijn vertegenwoordigd. Minstens de helft van de raadsleden moeten deel uitmaken van de adviesorganen betreffende de programmatie en de erkenning, die door de gemeenschappen worden opgericht.

Ten tweede dienen volgende groepen op evenwichtige wijze vertegenwoordigd te zijn :

- de verzekeringsinstellingen;
- de ziekenhuiswerkers, vertegenwoordigd door hun syndicale organisaties. Alle groepen ziekenhuiswerkers moeten vertegenwoordigd zijn;
- de inrichtende machten, d.w.z. de ziekenhuisverenigingen;
- de overheid, zowel het Ministerie als het R. I. Z. I. V.

Ten derde kan een lid van de Raad slechts in één der drie afdelingen zetelen met beraadslagende stem.

2) La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux

L'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967 instituant une commission similaire est abrogé. Cette commission ne s'est d'une part plus réunie depuis longtemps et la mission qu'elle n'a pas pu remplir, — à savoir l'élaboration d'un accord sur le statut du médecin hospitalier — est d'autre part réglée par la présente loi. Il est toutefois institué une nouvelle commission nationale paritaire, compétente pour émettre un avis sur tous les problèmes, principalement d'ordre financier, affectant les relations entre les médecins et les hôpitaux. Elle devra en premier lieu émettre un avis sur le règlement du statut pécuniaire du médecin hospitalier.

Inspection

La surveillance de l'application des dispositions de la présente loi s'effectue de la même manière qu'actuellement. La seule différence est que l'on transmet aux parquets compétents, une copie des procès-verbaux dressés par les inspecteurs du Ministère de la Santé Publique, de manière à pouvoir ouvrir une instruction judiciaire.

Dispositions pénales

Les dispositions pénales ont été renforcées. La possibilité de saisie de l'hôpital, avec tous les biens mobiliers et immobiliers y afférents a été introduite. L'article 31 est suffisamment clair pour le reste.

Entrée en vigueur

La date d'entrée en vigueur (1^{er} janvier 1985) figure uniquement à titre d'exemple.

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE I

Champ d'application et définitions

Article 1

§ 1^{er}. La présente loi est applicable à tous les hôpitaux, qu'ils soient gérés par des personnes de droit public ou privé, à l'exception de ceux gérés par le Ministre de la Défense nationale. Les dispositions de cette loi concernent la totalité des activités à l'hôpital, y compris les services médico-techniques et les soins ambulants.

§ 2. Pour l'application de la présente loi, sont considérés comme hôpitaux :

1° les hôpitaux ordinaires, c'est-à-dire les établissements d'examen et de traitement dans lesquels des personnes sont admises à séjourner aux fins d'y subir soit un examen mé-

2) De Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen

Het koninklijk besluit n° 47 van 24 oktober 1967 tot instelling van een soortgelijke commissie wordt opgeheven. Vooreerst is deze commissie al lang niet meer samengekomen en bovendien wordt de taak die ze toen niet heeft kunnen uitvoeren — namelijk het uitwerken van een akkoord over het statuut van de ziekenhuisgeneesheer — bij middel van deze wet geregeld. Wel wordt een nieuwe Nationale Paritaire Commissie opgericht die bevoegd is advies uit te brengen omtrent alle vraagstukken, vooral van financiële aard, die de relaties tussen geneesheren en ziekenhuizen betreffen. Ze zal in de eerste plaats advies moeten uitbrengen over de regeling van het financieel statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

De inspectie

Het toezicht op de bepalingen van deze wet gebeurt net als nu. Het enige verschil is dat een afschrift van de proces-verbaal, opgesteld door de inspecteurs van het Ministerie van Volksgezondheid, wordt overgemaakt aan de bevoegde parketten zodat een gerechtelijk onderzoek kan worden ingesteld.

Strafbepalingen

De strafbepalingen worden verscherpt. De mogelijkheid tot verbeurdverklaring van het ziekenhuis met alle daartoe behorende roerende en onroerende goederen wordt ingevoerd. Artikel 31 is verder voldoende duidelijk.

Inwerkingtreding

De datum van inwerkingtreding (1 januari 1985) is slechts vermeld ten exemplatieven titel.

L. HANCKÉ

WETSVOORSTEL

HOOFDSTUK I

Toepassingsgebied en Begripsomschrijving

Artikel 1

§ 1. Deze wet vindt toepassing op alle ziekenhuizen, ongeacht of zij beheerd worden door publiekrechtelijke of privaatrechtelijke personen, met uitzondering van deze beheerd door het Ministerie van Landsverdediging. De bepalingen van deze wet betreffen de totaliteit van de activiteiten die in het ziekenhuis worden uitgeoefend, met inbegrip van de medisch-technische diensten en de ambulante verzorging.

§ 2. Met het oog op de toepassing van deze wet, worden als ziekenhuizen beschouwd :

1° de gewone ziekenhuizen, dit zijn inrichtingen voor onderzoek en verzorging, waarin personen worden opgenomen om er te verblijven ten einde er een genees-, heel- of

dical, chirurgical ou obstétrical soit un traitement médical, chirurgical ou obstétrical, accompagné des soins infirmiers, paramédicaux et sociaux nécessaires et appropriés.

Ces établissements comprennent aussi bien des services d'admission, de séjour et de consultation que des services médico-techniques, auxiliaires et généraux.

Sont inclus les établissements psychiatriques, c'est-à-dire les établissements dont l'activité se limite exclusivement à l'observation, au diagnostic et au traitement des malades psychiques, tant en situation de crise que pour un traitement de longue durée dans l'optique de leur réinsertion sociale.

2° les hôpitaux universitaires, c'est-à-dire les hôpitaux visés au 1° qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine de l'enseignement et de la recherche scientifique appliquée, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur proposition des autorités académiques d'une université belge.

3° les maisons de soins, c'est-à-dire les établissements hébergeant des personnes afin de leur fournir principalement des soins infirmiers, ainsi que les soins nécessaires sur le plan médical, paramédical et social.

Art. 2

§ 1^{er}. Sont considérés comme hôpitaux généraux, les hôpitaux, tant ordinaires qu'universitaires, qui disposent de plusieurs types de services, dont au moins celui de diagnostic et de traitement médical et celui de diagnostic et de traitement chirurgical.

§ 2. Sont considérés comme hôpitaux spéciaux, les hôpitaux tant ordinaires qu'universitaires, qui ne disposent que d'un seul type de service, ou de plusieurs types de services, sans répondre pour autant à la définition des hôpitaux généraux.

§ 3. Sont considérés comme hôpitaux académiques, les hôpitaux universitaires directement gérés par une institution universitaire ou une faculté de médecine.

§ 4. Sont considérés comme hôpitaux ou services hospitaliers affiliés, les hôpitaux, services hospitaliers ou parties de services d'hôpitaux généraux où un certain nombre de lits est, dans l'optique de la formation en dehors de l'hôpital universitaire, désigné par le Roi sur la proposition des autorités académiques d'une université belge.

Art. 3

§ 1^{er}. Sont considérés comme hôpitaux publics, tous les hôpitaux dont le pouvoir organisateur est une personne de droit public, c'est-à-dire l'Etat, une région ou une communauté, une agglomération, une autorité provinciale, une autorité communale ou l'autorité d'un centre public d'aide sociale et une association intercommunale comprenant une ou plusieurs communes, centres publics d'aide sociale ou autorités provinciales.

§ 2. Sont considérés comme hôpitaux privés, tous les autres hôpitaux dont le pouvoir organisateur est une personne de droit privé.

Art. 4

Ne sont pas considérés comme hôpitaux, les établissements médico-pédagogiques et les institutions exclusivement destinées à l'hébergement de personnes.

verloskundig onderzoek of een genees, heel- of verloskundige behandeling te ondergaan, met de nodige en aangepaste verpleegkundige, paramedische en maatschappelijke verzorging.

Deze inrichtingen omvatten zowel diensten voor opname, verblijf en raadpleging als medisch-technische, neven- en algemene diensten.

Inbegrepen zijn de psychiatrische instellingen, dit zijn deze instellingen wier activiteit uitsluitend beperkt blijft tot de observatie, de diagnose en de behandeling van psychische ziekten, zowel in crisistoestand als voor langdurige behandeling in functie van hun sociale wederaanpassing.

2° de universitaire ziekenhuizen, dit zijn ziekenhuizen zoals bepaald sub 1° die, gelet op hun eigen functie op het gebied van onderwijs en toegepast wetenschappelijk onderzoek, voldoen aan de voorwaarden gesteld door de Koning en als dusdanig door Hem worden aangewezen op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit.

3° de verpleegtehuizen, dit zijn deze inrichtingen waarin personen verblijven, om er hoofdzakelijk verpleging te ontvangen, met de nodige geneeskundige, paramedische en maatschappelijke verzorging.

Art. 2

§ 1. Worden als algemene ziekenhuizen beschouwd, de gewone zowel als de universitaire ziekenhuizen, die over meerdere soorten van diensten beschikken waaronder minstens deze van diagnose en geneeskundige behandeling en van diagnose en heelkundige behandeling.

§ 2. Worden als bijzondere ziekenhuizen beschouwd, de gewone zowel als universitaire ziekenhuizen, die over slechts één enkele soort van dienst beschikken, of over meerdere soorten van diensten, zonder te beantwoorden aan de bepaling van algemene ziekenhuizen.

§ 3. Worden als academische ziekenhuizen beschouwd, de universitaire ziekenhuizen die rechtstreeks beheerd worden door een universitaire instelling of medische faculteit.

§ 4. Worden als geaffilieerde ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten beschouwd, de ziekenhuizen, de ziekenhuisdiensten of gedeelten van diensten in gewone ziekenhuizen, waarvoor een aantal bedden met het oog op de opleiding buiten het universitair ziekenhuis op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit door de Koning worden aangewezen.

Art. 3

§ 1. Worden als openbare ziekenhuizen beschouwd, al de ziekenhuizen waarvan de inrichtende macht een publiekrechtelijke rechtspersoon is, dat wil zeggen de Staat, een gewest of een gemeenschap, een agglomeratie, een provinciebestuur, een gemeentebestuur of het bestuur van een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn en een intercommunale vereniging bevattende één of meerdere gemeenten, openbare centra voor maatschappelijk welzijn of provinciebesturen.

§ 2. Worden als private ziekenhuizen beschouwd, al de andere ziekenhuizen, waarvan de inrichtende macht een privaatrechtelijk rechtspersoon is.

Art. 4

Worden niet als ziekenhuizen beschouwd, de medisch-pedagogische inrichtingen en deze instellingen die uitsluitend bestemd zijn voor de herberging van personen.

Art. 5

Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément, étendre en tout ou en partie, et avec d'éventuelles adaptations, les dispositions de la présente loi à d'autres établissements organisant un séjour non continu.

CHAPITRE II

Statut du médecin hospitalier

Titre I^{er} : Statut juridique

Art. 6

Le gestionnaire détermine l'organisation et les conditions de travail du médecin hospitalier, conformément au lieu juridique existant entre le médecin hospitalier et l'établissement.

Ce lieu juridique peut être :

1^o statutaire pour les médecins travaillant dans les établissements publics;

2^o un contrat de droit privé pour les autres établissements, à savoir un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée;

3^o un contrat d'autorisation pour les services ouverts.

Le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut, dans le cadre du fonctionnement intégré de l'hôpital, imposer des conditions types d'organisation et de travail.

Quelles que soient ces conditions, le médecin garde une responsabilité professionnelle personnelle en tant que praticien de l'art médical.

Art. 7

Quel que soit le lien juridique existant entre l'établissement et le médecin, les droits et devoirs respectifs, et notamment les conditions de travail du médecin, doivent être consignés par écrit soit dans le contrat, soit dans l'acte de nomination, soit encore dans le statut.

Art. 8

§ 1. Le médecin ne peut être lié qu'à un seul hôpital, à moins que le gestionnaire n'ait conclu des accords écrits avec d'autres hôpitaux. La durée totale de l'activité à l'hôpital ne peut excéder la durée de la présence à temps plein fixée à l'article 9, § 1^{er}.

§ 2. Le Roi fixe, après avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, la durée maximum des activités médicales extra-hospitalières du médecin hospitalier.

Titre II : Statut pécuniaire

Art. 9

§ 1^{er}. Les médecins travaillant dans les hôpitaux sont indemnisés sur la base d'échelles barémiques, en fonction du nombre minimum d'heures de présence fixé par les

Art. 5

De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de bepalingen van deze wet, geheel of gedeeltelijk en met eventuele aanpassing, uitbreiden tot andere inrichtingen welke een niet-continu verblijf organiseren.

HOOFDSTUK II

Het statuut van de ziekenhuisgeneesheer

Titel I : Juridisch statuut

Art. 6

De beheerder bepaalt de werkorganisatie en de werkvoorwaarden van de ziekenhuisgeneesheer, en dit in overeenstemming met de rechtsverhouding tussen de ziekenhuisgeneesheer en de instelling.

Deze rechtsverhouding is ofwel een :

1^o statutair verband, voor de geneesheren werkzaam in overheidsinstellingen;

2^o privaatrechtelijke overeenkomst, voor de overige instellingen, hetzij een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde of voor bepaalde duur;

3^o toelatingscontract voor de open diensten.

De Minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan modellen van dergelijke organisatie- en werkvoorwaarden opleggen en dit in het raam van de geïntegreerde ziekenhuiswerking.

Welke ook deze voorwaarden zijn, de geneesheer behoudt een persoonlijke professionele verantwoordelijkheid als beoefenaar van de geneeskunde.

Art. 7

Welke ook de rechtsverhouding weze tussen instelling en geneesheer, dienen de respectievelijke rechten en verplichtingen alsook meer bepaald de werkvoorwaarden van de geneesheer, schriftelijk vastgelegd te worden hetzij in de overeenkomst, hetzij in de benoemingsakte, hetzij in het statuut.

Art. 8

§ 1. De geneesheer kan slechts aan één ziekenhuis verbonden zijn, tenzij de beheerder onderlinge en schriftelijke akkoorden met andere ziekenhuizen afsluit. De totale ziekenhuisactiviteit mag de duur van de voltijdse aanwezigheid zoals bepaald in artikel 9, § 1, niet overschrijden.

§ 2. De Koning bepaalt het maximum van de medische activiteiten van de ziekenhuisgeneesheer buiten het ziekenhuis, na advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

Titel II : Het geldelijk statuut

Art. 9

§ 1. De geneesheren werkzaam in de ziekenhuizen worden vergoed op basis van weddeschalen, volgens het minimum aantal uren aanwezigheid bepaald in de aanwervings-

conditions de recrutement ou de nomination. Cette présence peut être à plein-temps ou à mi-temps. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par présence à temps plein, après consultation de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux.

La disponibilité à domicile pour les appels d'urgence n'entre pas en ligne de compte pour le calcul du nombre d'heures de présence.

Le Roi fixe des règles particulières pour les services de garde, avec l'obligation d'une présence continue ou non à l'hôpital, et ce dans le cadre de l'aide médicale urgente telle qu'elle a été définie par la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

§ 2. Les échelles barémiques sont fixées par le Roi, en fonction de la discipline, du degré de spécialisation et de la structure hiérarchique du cadre médical de chaque type d'hôpital, après consultation de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux.

§ 3. L'indemnité est fixée en tenant compte de l'ancienneté et de l'expérience des médecins, selon les règles fixées par le Roi, après avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux.

Titre III : Statut social

Art. 10

§ 1^{er}. Quels que soient les liens juridiques existant entre le gestionnaire et le médecin hospitalier, la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 sur la sécurité sociale des travailleurs est applicable, sauf en ce qui concerne les médecins hospitaliers travaillant dans le cadre de contrats d'autorisation.

§ 2. Le Roi peut, après avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, prendre des mesures supplémentaires en ce qui concerne le régime de pension du médecin hospitalier soumis à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 sur la sécurité sociale des travailleurs.

CHAPITRE III

Services

Titre I^{er} : Définitions

Art. 11

Les hôpitaux comprennent des départements de soins infirmiers et médicaux, des locaux techniques, des services médico-techniques, des services généraux et des services auxiliaires :

— Les départements de soins infirmiers et médicaux comprennent les locaux où séjournent les patients.

— Les locaux techniques sont les locaux ne relevant pas des départements de soins infirmiers et médicaux, et destinés au traitement des patients, comme les salles d'opération, les services d'hospitalisation provisoire, les départements des urgences, etc.

— Les services médico-techniques sont les services contribuant, en tant que départements distincts, à l'établissement du diagnostic, comme le département de radiologie, les laboratoires, etc.

of benoemingsvoorwaarden. Deze aanwezigheid kan voltijds of deeltijds zijn. De Koning bepaalt wat dient verstaan te worden onder voltijdse aanwezigheid, na raadpleging van de nationale paritaire commissie geneesheren - ziekenhuizen.

De beschikbaarheid ten huize van de urgentieoproepen komt niet in aanmerking voor de berekening van het aantal uren aanwezigheid.

De Koning bepaalt bijzondere regelen voor de wacht-diensten met verplichte al dan niet continu aanwezigheid in het ziekenhuis, in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening zoals bepaald door de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening.

§ 2. De weddeschalen worden bepaald door de Koning, volgens discipline, specialisatiegraad en hiërarchische structuur van de medische staf per soort van ziekenhuis, na raadpleging van de nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen.

§ 3. Bij het bepalen van de vergoeding wordt rekening gehouden met de anciënniteit en de ervaring van de geneesheren volgens regels bepaald door de Koning, na advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

Titel III : Het sociaal statuut

Art. 10

§ 1. Wat ook de rechtsverhoudingen wezen tussen beheerder en ziekenhuisgeneesheer, is de wet van 27 juni 1969 op de maatschappelijke zekerheid van toepassing, behalve voor de ziekenhuisgeneesheren werkzaam met toelatingscontracten.

§ 2. Na advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, kan de Koning bijkomende voorzieningen treffen voor de pensioenregeling van de ziekenhuisgeneesheer waarop de wet van 27 juni 1969 op de maatschappelijke zekerheid van toepassing is.

HOOFDSTUK III

De diensten

Titel I : Begripsomschrijvingen

Art. 11

De ziekenhuizen omvatten verpleeg- en verzorgingsafdelingen, technische kwartieren, medisch-technische diensten, algemene diensten en nevendiensten :

— De verpleeg- en verzorgingsafdelingen omvatten de verblijfskwartieren van de patiënten.

— De technische kwartieren zijn deze ruimten, niet begrepen in de verpleeg- en verzorgingsafdelingen, die bestemd zijn voor de behandeling van de patiënten, zoals de operatiezalen, de wachtafdelingen, de urgentieafdelingen, enz.

— De medisch-technische diensten zijn deze diensten die als afzonderlijke afdelingen behulpzaam zijn bij de diagnosesstelling zoals o.m. de radiografieafdeling, de laboratoria, enz.

— Les services généraux sont les services contribuant au traitement et aux soins infirmiers, comme la pharmacie, la stérilisation centrale, etc.

— Les services auxiliaires ou logistiques sont les services assurant le fonctionnement général de l'établissement, comme les cuisines, l'économat, l'administration, l'entretien, etc.

Titre II : Normes

Art. 12

§ 1^{er}. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément, les normes concernant :

1° l'organisation générale et architecturale des hôpitaux;

2° l'organisation de chaque type de service, notamment les exigences en matière de personnel médical, paramédical, infirmier et de soins, tant sur le plan du nombre que de la qualification et de la formation, ainsi que les exigences en matière d'équipement technique.

3° l'organisation de la dispensation des soins médicaux urgents, en collaboration avec le corps médical, sans préjudice des dispositions de l'article 9 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'art de guérir, à l'exercice des professions s'y rattachant et aux commissions médicales.

4° le contrôle de la qualité des soins dispensés.

§ 2. Des normes spéciales sont fixées :

1° pour les hôpitaux universitaires et leurs services;

2° pour les services affiliés ou les services répondant à des exigences de qualification particulière dans les hôpitaux non universitaires;

3° pour les services spéciaux;

4° pour les services médicaux lourds.

Titre III : Agrément et fermeture

Art. 13

§ 1. Tout service organisé dans un hôpital ne peut être agréé que s'il répond aux normes d'agrément visées à l'article 12 et rentre dans le cadre de la programmation visée à l'article 25.

§ 2. L'agrément peut être retiré lorsqu'il est constaté que ces conditions ne sont plus respectées. S'il s'agit toutefois d'un agrément octroyé sur la base des normes spéciales visées à l'article 12, § 2, l'agrément peut, après que l'on a constaté le non-respect de ces normes, être maintenu dans le cadre des normes visées au § 1^{er} du même article.

§ 3. Les services qui introduisent une demande pour la première fois sont agréés à titre provisoire. Cette disposition n'est pas applicable aux services qui demandent un changement de qualification sur la base de l'article 12, § 2, ou qui ont fait l'objet d'une décision de fermeture.

§ 4. L'hôpital ou le service qui ne répond pas aux normes visées à l'article 12 peut faire l'objet d'une décision de fermeture. Le Ministre de la Santé publique communique aux organismes d'assurance contre la maladie et l'invalidité la date de fermeture de l'hôpital ou du service concerné. Le paiement des avances visées à l'article 17, § 2, est également supprimé à partir de cette date.

§ 5. Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, la fermeture immédiate d'un hôpital ou d'un service peut être ordonnée.

— De algemene diensten zijn deze diensten die behulpzaam zijn bij de behandeling en de verpleging, zoals o.m. de apotheek, de centrale sterilisatieafdeling, enz.

— De neven- of logistieke diensten zijn deze diensten die instaan voor de algemene werking van de instelling, zoals de keuken, het economaat, de administratie, het onderhoud, enz.

Titel II : De normen

Art. 12

§ 1. De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de normen, die betrekking hebben op :

1° de algemene en de architectonische inrichting van de ziekenhuizen;

2° de inrichting van elk soort van diensten, inzonderheid de vereisten inzake medisch, paramedisch, verplegend en verzorgend personeel zowel op het vlak van de kwantiteit als op dat van de kwalificatie en de opleiding, evenals de vereisten inzake technische uitrusting.

3° de organisatie van de verstrekking van dringende geneeskundige verzorging, in samenwerking met het geneesherencorps, onverminderd de bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit n° 79 van 10 november 1967 betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies.

4° de bewaking van de kwaliteit van de zorgenverstrekking.

§ 2. Bijzondere normen worden vastgesteld :

1° voor de universitaire ziekenhuizen en hun diensten;

2° voor de geaffilieerde diensten, of de diensten die voldoen aan eisen van speciale bekwaaming in de niet-universitaire ziekenhuizen;

3° voor de bijzondere diensten;

4° voor de zware medische diensten.

Titel III : De erkenning en de sluiting

Art. 13

§ 1. Iedere in een ziekenhuis opgerichte dienst kan slechts erkend worden indien voldaan is aan de in artikel 12 bedoelde erkenningsnormen en indien de dienst past in de in artikel 25 bedoelde programmatie.

§ 2. Wanneer wordt vastgesteld dat die voorwaarden niet meer worden nageleefd, kan de erkenning worden ingetrokken. Als het echter gaat voor een erkenning die verleend is op grond van de bijzondere normen, bepaald in artikel 12, § 2, kan, na te hebben vastgesteld dat die normen niet meer worden nageleefd, de erkenning behouden worden in het raam van de normen bedoeld in § 1, van hetzelfde artikel.

§ 3. De diensten die een eerste aanvraag indienen, worden voorlopig erkend. Deze bepaling is niet van toepassing op diensten die een verandering van bekwaaming aanvragen op basis van artikel 12, § 2, of die het voorwerp zijn geweest van een beslissing tot sluiting.

§ 4. Een ziekenhuis of een dienst die niet beantwoordt aan de in artikel 12 bedoelde normen kan gesloten worden. De Minister van Volksgezondheid stelt de instellingen voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit in kennis van de datum van de sluiting van het ziekenhuis of de dienst. Tevens wordt vanaf deze datum de betaling van voorschotten zoals bedoeld in artikel 17, § 2, stopgezet.

§ 5. Wanneer uit het oogpunt van volksgezondheid dringende redenen zulks wettigen, kan de onmiddellijke sluiting van een ziekenhuis of van een dienst bevolen worden.

CHAPITRE IV

Financement

Titre I^{er} : Financement des frais de fonctionnement

Art. 14

§ 1^{er}. Chaque hôpital a une gestion et une comptabilité distinctes. La comptabilité doit faire apparaître le prix de revient de chaque service. Elle doit également permettre une analyse économique et un contrôle permanents du fonctionnement de l'hôpital, et comprendra les données nécessaires à cet effet. Elle mentionnera entre autres de façon détaillée toutes les prestations d'examen et de traitement, en faisant la distinction entre les prestations liées à une hospitalisation et celles qui ne le sont pas.

§ 2. Après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement, le Roi impose un plan comptable uniforme aux hôpitaux.

Le pouvoir organisateur de l'hôpital est tenu de communiquer au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, et selon les modalités prévues par le Roi, la situation financière, les résultats d'exploitation et tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement, ainsi que l'identité de la ou des personnes chargées par Lui de la gestion journalière de l'hôpital et/ou des communications précitées.

Art. 15

§ 1^{er}. Sur la base des éléments, critères et paramètres fixés à l'article 16, chaque hôpital dresse, avant le 15 juillet de chaque année, son budget pour l'exercice suivant, selon les règles fixées par le Roi, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement.

§ 2. Ce budget doit être transmis dans les quinze jours qui suivent au Ministre compétent qui, après examen et avant le 15 octobre de la même année, arrête le budget et fixe, sur la base du nombre moyen de journées d'hospitalisation des cinq exercices précédents et, le cas échéant, du nombre d'années de fonctionnement ou du nombre de journées d'hospitalisation prévisible, les prix de la journée d'hospitalisation qui peuvent être facturés l'année suivante pour un séjour en chambre commune, et ce à titre de prix moyen.

§ 3. Préalablement à toute décision, le Ministre porte ses conclusions motivées à la connaissance du gestionnaire de l'hôpital. Celui-ci dispose de quinze jours pour faire valoir ses observations, lesquelles sont transmises, pour avis complémentaire, au Conseil national des établissements hospitaliers, section financement. Le Ministre communique au gestionnaire, avant le 1^{er} janvier, la décision finale motivée. Le Conseil national des établissements hospitaliers, section financement, est informé de cette décision ainsi que des données qui sont à la base de la fixation du prix.

Art. 16

§ 1^{er}. Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement, les éléments qui composent le budget ainsi que les critères sur la base desquels leur valeur est établie.

HOOFDSTUK IV

De financiering

Titel I : De financiering van de werkingskosten

Art. 14

§ 1. Elk ziekenhuis heeft een eigen beheer en een afzonderlijke boekhouding. Uit de boekhouding moet de kostprijs van iedere dienst blijken. De boekhouding moet tevens een voortdurende economische analyse en controle van de ziekenhuiswerking toelaten en zal daartoe de nodige gegevens bevatten. Ze zal onder meer in detail alle prestaties van onderzoek en behandeling aangeven, en dit onderscheiden naar de wel en de niet met een verblijf verbonden prestaties.

§ 2. De Koning legt, de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen afdeling financiering gehoord, aan de ziekenhuizen een eenvormig boekhoudkundig plan op.

Het inrichtend bestuur van het ziekenhuis moet aan de Minister die bevoegd is voor de volksgezondheid en volgens de door de Koning vastgestelde regels, mededeling doen van de financiële toestand, de bedrijfsinkomsten en alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, alsmede de identiteit van de personen die door dit bestuur belast zijn met het dagelijks bestuur van het ziekenhuis en/of voor de bovengenoemde mededelingen verantwoorde-lijke persoon of personen.

Art. 15

§ 1. Aan de hand van de in artikel 16 bepaalde bestanddelen, criteria en parameters stelt elk ziekenhuis vóór 15 juli van elk jaar haar begroting op voor het volgend dienstjaar, volgens regelen bepaald door de Koning, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering.

§ 2. Deze begroting dient binnen de 15 dagen daaropvolgend overgemaakt aan de bevoegde Minister die, na onderzoek, vóór 15 oktober van hetzelfde jaar, het budget bepaalt, en, op basis van het gemiddelde ligdagenaantal van de vijf voorgaande dienstjaren en, in voorkomend geval, van het aantal jaren in werking of van het te verwachten ligdagenaantal de ligdagprijzen vaststelt die voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer mogen aangerekend worden in het daaropvolgende jaar, en dit als een gemiddelde prijs.

§ 3. Vooraleer enige beslissing wordt getroffen, brengt de Minister zijn gemotiveerde conclusie ter kennis van de beheerder van het ziekenhuis. Deze beschikt over 15 dagen om zijn opmerkingen te maken die voor nader advies aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Financiering, worden overgemaakt. De Minister stelt de beheerder vóór 1 januari in kennis van de met redenen omklede eindbeslissing. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Financiering, wordt hiervan in kennis gebracht, alsmede van de gegevens die geleid hebben tot de prijsbepaling.

Art. 16

§ 1. De Koning bepaalt bij een in de Ministerrad overlegd besluit en na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering, de bestanddelen van het budget, alsmede de criteria op basis waarvan de waarde daarvan wordt berekend.

Le Roi fixe, de la même manière, les paramètres qui déterminent le montant à concurrence duquel ces éléments peuvent être acceptés. Afin de financer dans les mêmes conditions les hôpitaux ayant une mission et des activités similaires dans des circonstances semblables, le Roi regroupe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement, les hôpitaux selon des modalités à définir par Lui.

§ 2. Le budget couvre de manière forfaitaire tous les frais résultant des soins ambulants, du séjour, des soins médicaux, médico-techniques, infirmiers et paramédicaux en chambre commune, ou de la dispensation de ces soins au patient hospitalisé.

§ 3. Ce budget comprend également tous les médicaments faisant l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie ainsi que les frais de fonctionnement de l'officine hospitalière. Ce budget ne comprend pas la fourniture individuelle de prothèses, appareils orthopédiques et autres.

§ 4. Un poste peut être prévu au budget afin de financer des efforts spéciaux en vue du fonctionnement intégré, de l'harmonisation et de la qualité des soins. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement, les modalités d'octroi de ce montant.

§ 5. Le budget ne peut pas inclure des montants destinés à l'amortissement ou des charges financières relatives aux immobilisés, visés à l'article 23.

Le coût des autres équipements est par contre inclus dans le budget.

§ 6. Les charges financières résultant d'emprunts contractés par l'hôpital afin de financer les frais de fonctionnement ne sont pas comprises dans le budget.

§ 7. Lors de l'établissement du budget, il est tenu compte de l'évolution des prix, entre autres exprimée par l'indice des prix de détail.

Art. 17

§ 1. Le Roi crée une Chambre de compensation des hôpitaux possédant la personnalité juridique.

Cette Chambre est composée de toutes les organisations octroyant une intervention, visés à l'article 21, et assure la compensation entre elles.

§ 2. Les hôpitaux reçoivent chaque mois de la Chambre de compensation des hôpitaux, créée en vertu du § 1^{er}, une avance correspondant à 1/12^e du budget accepté par le Ministre, sur la base de 90 % des dépenses globales.

§ 3. Les hôpitaux sont tenus de transmettre aux organisations concernées des états de frais détaillés par patient, et ce dans le mois qui suit la fin de la période d'hospitalisation. Si les soins s'étendent sur deux exercices, les états de frais d'une année déterminée devrait être clôturés au 31 décembre.

§ 4. Les hôpitaux qui omettent de respecter les dispositions du § 3 du présent article perdent le bénéfice du régime prévu au § 2 du même article.

Op dezelfde wijze bepaalt de Koning parameters die bepalen voor welk bedrag deze bestanddelen kunnen aanvaard worden. Teneinde ziekenhuizen met gelijksoortige opdracht en activiteiten en werkzaam in gelijkaardige omstandigheden onder dezelfde voorwaarden te financieren, groepeerde de Koning, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering, de ziekenhuizen volgens door Hem te bepalen modaliteiten.

§ 2. Het budget dekt op forfaitaire wijze alle kosten die verband houden met de ambulante verzorging, het verblijf, de medische, de medisch-technische, verpleegkundige en paramedische zorgen in een gemeenschappelijke kamer, of het verstrekken van deze zorgen aan de patiënt opgenomen in het ziekenhuis.

§ 3. In het budget zijn eveneens begrepen alle geneesmiddelen waarvoor een tegemoetkoming van de ziekteverzekering bestaat, en de werkingskosten verbonden aan de ziekenhuisapothek. Zijn niet begrepen in het budget, het verstrekken van individuele prothesen, orthesen en soortgelijke hulpmiddelen.

§ 4. In het budget kan een post voorzien worden ter financiering van speciale inspanningen met het oog op de geïntegreerde werking, de humanisering en de kwaliteit van de verzorging. De Koning bepaalt, de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering, gehoord, de modaliteiten van toekenning van dit bedrag.

§ 5. Afschrijvingsbedragen of financiële lasten met betrekking tot de vastgelegde waarden, zoals bedoeld in artikel 23, kunnen niet begrepen zijn in het budget.

De kosten van andere uitrusting en toestellen zijn wel begrepen in het budget.

§ 6. De financiële lasten voortvloeiend uit leningen door het ziekenhuis aangegaan ter financiering van de werkingskosten zijn niet begrepen in het budget.

§ 7. Bij de vaststelling van het budget wordt rekening gehouden met de prijzenevolutie, zoals ze ondermeer uitgedrukt is in het indexcijfer der kleinhandelsprijzen.

Art. 17

§ 1. De Koning richt een Verrekenkamer voor Ziekenhuizen met rechtspersoonlijkheid op.

Zij is samengesteld uit en zorgt voor verrekening tussen alle organisaties die een tegemoetkoming verlenen, zoals bedoeld in artikel 21.

§ 2. De ziekenhuizen ontvangen maandelijks vanwege de bij § 1 opgerichte Verrekenkamer voor Ziekenhuizen een voorschot van 1/12^e van de door de Minister aanvaarde begroting, op basis van 90 % van de globale uitgaven.

§ 3. De ziekenhuizen dienen gedetailleerde kostenstaten per patiënt binnen de maand na het einde van de opnameperiode over te maken aan de betrokken organisaties. Bij voortgezette verpleging over 2 kalenderjaren, dienen de kostenstaten van een bepaald jaar afgesloten op 31 december.

§ 4. De ziekenhuizen die nalatig zijn inzake de bepaling van § 3 van dit artikel verliezen het voordeel van de regeling voorzien in § 2 van dit artikel.

Art. 18

§ 1^{er}. Les hôpitaux comprennent des chambres communes et des branches particulières. La répartition ou l'organisation doivent être conçues de manière à ce que la moitié des lits, au moins, puissent être destinés à des patients qui souhaitent être traités et soignés, sans supplément, comme prévu au § 2.

§ 2. Un supplément au prix de la journée d'hospitalisation peut être facturé lorsque le malade demande, pour des motifs personnels d'ordre non médical, à séjourner dans une chambre particulière.

Le Roi fixe le maximum du montant qui peut être porté en compte, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance maladie-invalidité et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

§ 3. Lorsque l'état de santé du patient, les nécessités du service ou les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance l'exigent, le séjour en chambre particulière est assimilé, quant au prix, au séjour en chambre commune. Est considérée comme chambre commune la chambre où est admis plus d'un malade.

§ 4. L'hôpital ou les médecins hospitaliers ne peuvent pas facturer de suppléments autres que ceux visés au § 2.

Art. 19

§ 1^{er}. Le budget est diminué de toutes les recettes réalisées par l'hôpital, autres que les interventions visées à l'article 17, § 1^{er}. Ces recettes comprennent entre autres les suppléments visés à l'article 18, § 2, les contributions personnelles des patients et les revenus provenant des soins ambulants.

§ 2. Le budget est également diminué des subsides et revenus spéciaux provenant de fonds.

Art. 20

Le décompte final entre la Chambre de compensation des hôpitaux et les hôpitaux a lieu dans les trois mois qui suivent la fin de l'exercice, compte tenu des dispositions des articles 17 et 19.

Art. 21

§ 1^{er}. L'Etat octroie un subside correspondant à 10 % du budget fixé selon les modalités de l'article 15, § 3.

L'Etat intervient également pour l'ensemble des charges financières relatives aux immobilisés antérieurs au 1^{er} janvier 1985.

§ 2. Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 25, § 6, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, 90 % du budget est à charge soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation en matière d'assurance maladie-invalidité, soit de la Société nationale des chemins de fer belges ou de l'Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre

Art. 18

§ 1. De ziekenhuizen omvatten gemeenschappelijke kamers en afzonderlijke kamers. De indeling of de organisatie moet het mogelijk maken dat minstens de helft der bedden bestemd zijn voor patiënten die zonder supplement zoals bedoeld in § 2 wensen behandeld en verzorgd te worden.

§ 2. Wanneer de zieke om persoonlijke niet medische redenen het verblijf op een afzonderlijke kamer heeft gevraagd, wordt een supplement boven de ligdagprijs aangerekend.

De Koning stelt het maximum van het bedrag dat mag aangerekend worden vast, na paritaire raadpleging van de verzekeringsinstellingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering en de organen die de beheerders der ziekenhuizen vertegenwoordigen.

§ 3. Wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt, de noodwendigheid van de dienst, of de technische voorwaarden van onderzoek van behandeling of van toezicht zulks vereisen, wordt het verblijf in een afzonderlijke kamer, wat de prijs betreft, gelijkgesteld met het verblijf in een gemeenschappelijke kamer. Wordt beschouwd als een gemeenschappelijke kamer, de kamer, waarin meer dan één zieke opgenomen is.

§ 4. Buiten de verblijfs supplementen bedoeld in § 2, mogen door het ziekenhuis of de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen worden aangerekend.

Art. 19

§ 1. Het budget wordt verminderd met alle door het ziekenhuisgerealiseerde ontvangsten, andere dan de tegemoetkomingen bedoeld in artikel 17, § 1. Deze ontvangsten omvatten onder meer de in artikel 18, § 2, bedoelde supplementen, de persoonlijke bijdragen van de patiënt en de inkomsten die verband houden met de ambulante verzorging.

§ 2. Het budget wordt tevens verminderd met bijzondere toelagen en ontvangsten uit fondsen.

Art. 20

Uiterlijk drie maanden na het einde van het boekjaar gebeurt de definitieve afrekening tussen de Verrekenkamer voor Ziekenhuizen en de ziekenhuizen, rekening houdend met de bepalingen van artikel 17 en artikel 19.

Art. 21

§ 1. De Staat verleent een toelage van 10 % van het budget zoals bepaald in artikel 15, § 3.

De Staat komt eveneens tussen voor het geheel van de financiële lasten met betrekking tot de vóór 1 januari 1985 vastgelegde waarden.

§ 2. Onverminderd de toepassing van de bepalingen van artikel 25, § 6 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, valt 90 % van het budget voor rekening, hetzij van de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hetzij van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen of van het Nationaal Instituut voor oorlogsinvaliden,

dans le cadre de leur réglementation propre, soit d'un centre public d'aide sociale ou de l'Etat en faveur des indigents, soit du Fonds spécial d'assistance.

§ 3. Les subsides visés au § 1^{er} du présent article sont inscrits au budget du Ministère de la Santé publique et de la Famille.

§ 4. L'octroi des subsides prévus aux §§ 1^{er} et 2 du présent article, peut être subordonné par le Roi à la conclusion par les hôpitaux d'une convention prévue par la législation en matière d'assurance maladie-invalidité et approuvée par le Ministre qui a la prévoyance sociale dans ses attributions, ainsi que par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement.

§ 5. L'Etat et les organismes visés au § 2 du présent article sont, à concurrence de leur paiement des frais d'hospitalisation de malades pour qui ils sont tenus d'intervenir, subrogés de plein droit dans les droits que ces personnes peuvent faire valoir contre le tiers, auteur responsable de la maladie ou de l'accident qui a nécessité l'hospitalisation.

Lorsque ces dommages sont la suite d'une infraction à la loi pénale, l'action subrogatoire peut être exercée en même temps et devant le même juge que l'action publique.

Le Roi fixe les règles suivant lesquelles les organismes visés à l'alinéa 1^{er} remboursent à l'Etat le subside compris dans les sommes récupérées en vertu du présent article.

Art. 22

Les déficits éventuels des comptes de gestion des hôpitaux relevant respectivement des centres publics d'aide sociale, des associations visées à l'article 118 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale et des associations intercommunales comprenant un ou plusieurs centres publics d'aide sociale ou communes, enregistrés jusqu'y compris l'exercice 1984, sont couverts conformément aux règles fixées par l'article 13 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

Titre III : Financement des frais d'investissement

Art. 23

§ 1. Pour autant que le maître de l'ouvrage, demandeur, soit une administration subordonnée, une association sans but lucratif, un établissement d'utilité publique ou une institution régie par la loi du 12 août 1911 accordant la personification civile aux Universités de Bruxelles et de Louvain, modifiée par la loi du 28 mai 1970, ou par la loi du 7 avril 1971 portant création et fonctionnement de l'« Universitaire Instelling Antwerpen », des subsides sont octroyés pour les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, pour les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils ainsi que les frais d'investissement de l'appareillage médical lourd, à la condition que la création, le maintien ou la reconversion de l'hôpital ou du service et l'installation de l'appareillage médical lourd s'insèrent dans le cadre de la programmation visée à l'article 25.

§ 2. Ces subsides sont octroyés dans le respect de l'égalité des droits, devoirs et obligations de tous les établissements concernés.

oud-strijders en oorlogsslachtoffers in het raam van hun eigen reglementering, hetzij van een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of van de Staat ten voordele van de behoeftigen, hetzij van het Speciaal Onderstandsfonds.

§ 3. De toelagen bedoeld in § 1 van dit artikel worden uitgetrokken op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin.

§ 4. Voor de toekenning van de toelagen, bepaald in de §§ 1 en 2 van dit artikel, kan door de Koning worden geeist dat de ziekenhuizen een overeenkomst hebben gesloten zoals voorzien door de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering en die goedgekeurd is door de Minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Voorzorg behoort, alsmede door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering.

§ 5. De Staat en de instellingen bedoeld in § 2 van dit artikel treden tot beloop van hun betaling van de kosten van verpleging van zieken, voor wie zij verplicht zijn tussen te komen, van rechtswege in de rechten die deze personen kunnen doen gelden tegenover de derde, verantwoordelijke voor de ziekte of het ongeval die de ziekenhuisverpleging heeft noodzakelijk gemaakt.

Wanneer deze schade het gevolg is van een inbreuk op de strafwet, kan de vordering van indeplaatsstelling ingesteld worden tegelijkertijd met en voor dezelfde rechter als de openbare vordering.

De Koning stelt de regels vast volgens welke de instellingen bedoeld in het eerste lid terugbetaling doen aan de Staat van de toelage welke deel uitmaakt van de krachtens dit artikel teruggevorderde bedragen.

Art. 22

De eventuele tekorten in de beheersrekeningen van ziekenhuizen, respectievelijk van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, van de verenigingen bedoeld in artikel 118 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en van de intercommunale verenigingen bevattende een of meer openbare centra voor maatschappelijk welzijn of gemeenten, opgelopen tot en met het dienstjaar 1984, worden gedekt volgens de regels bepaald in artikel 13 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

Titel II : De financiering van de investeringskosten

Art. 23

§ 1. Voor zover de aanzoekende opdrachtgever van het werk een lager bestuur is, een vereniging zonder winstoogmerk, een instelling van openbaar nut of een instelling beheerst door de wet van 12 augustus 1911 waarbij aan de Universiteiten van Brussel en Leuven de rechtspersoonlijkheid wordt verleend, gewijzigd bij de wet van 28 mei 1970, of door de wet van 7 april 1971 houdende oprichting en werking van de « Universitaire Instelling Antwerpen », worden toelagen verleend met betrekking tot de kosten voor de bouw en de herconditionering van een ziekenhuis of van een dienst, de kosten van de eerste uitrusting en de eerste aankoop van toestellen en de investeringskosten van zware medische apparatuur, op voorwaarde dat de oprichting, het behoud of de omschakeling van het ziekenhuis of van de dienst en de installatie van de zware medische apparatuur in het raam past van de in artikel 25 bedoelde programmatie.

§ 2. Deze toelagen worden verstrekt met inachtneming van de gelijkheid van de rechten, plichten en verplichtingen van alle bedoelde inrichtingen.

§ 3. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section de financement, fixe les normes pour le calcul des subventions, ainsi que les conditions et les modalités de leur octroi.

Ces subventions se montent, à partir du 1^{er} janvier 1985, au total des frais d'investissement ainsi acceptés, plafonnés aux maximums fixés par les investissements.

Art. 24

Une indemnité peut être accordée à charge du budget de l'Etat pour les frais d'étude et d'élaboration de projets de construction pour lesquels un accord de principe a été donné, à condition qu'il soit renoncé à leur exécution totale ou partielle.

Une indemnité peut également être accordée à charge du budget de l'Etat pour les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier.

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe les conditions d'octroi et les modalités de calcul de cette indemnité.

CHAPITRE V

Programmation

Art. 25

§ 1. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section de programmation, les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes espèces d'hôpitaux et services hospitaliers, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités.

§ 2. Le Roi fixe également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section de programmation, les critères de programmation pour les services médicaux lourds et/ou l'appareillage médical lourd, c'est-à-dire les appareils ou équipements d'examen et de traitement coûteux soit en raison de leur prix d'achat, soit en raison de leur manipulation par du personnel hautement spécialisé, et qui ont ont été placés sur la liste de l'appareillage médical lourd en des services médicaux lourds par le Roi, sur avis du Conseil précité.

§ 3. A partir du moment où un équipement est considéré comme appareillage médical lourd, il ne peut plus être installé sans autorisation préalable du Ministre compétent et ce même si l'initiateur ne sollicite pas les subsides visés à l'article 23 et également si l'investissement s'effectue en dehors des hôpitaux visés à l'article 1^{er}.

§ 4. Afin de permettre une application efficace de la programmation de l'appareillage médical lourd, les appareils ou équipements d'examen ou de traitement mis dans le commerce peuvent être soumis à un enregistrement auprès du Ministre de la Santé publique, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le Roi.

§ 3. De Koning stelt bij een in Ministerraad overlegd besluit en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling financiering gehoord, de normen van berekening van de toelagen vast, evenals de voorwaarden waaronder ze worden toegekend.

Deze toelagen bedragen vanaf 1 januari 1985 het totaal van de aldus aanvaarde investeringskosten, begrensd tot de voor de investeringen vastgestelde maxima.

Art. 24

Ten laste van de Staatsbegroting kan een schadeloosstelling worden toegekend voor de kosten die gemaakt werden in verband met de studie en de uitwerking van bouwprojecten waarvoor een principiële akkoord werd verleend, op voorwaarde dat wordt afgezien van de gehele of gedeeltelijke uitvoering ervan.

Ten laste van de Staatsbegroting kan eveneens een schadeloosstelling worden toegekend voor de kosten die gepaard gaan met de sluiting of het niet in gebruik nemen van een ziekenhuis of ziekenhuisdienst.

De Koning bepaalt, bij een Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden voor de toekenning van deze schadeloosstelling, evenals de wijze waarop ze wordt berekend. »

HOOFDSTUK V

De programmatie

Art. 25

§ 1. Bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling programmatie, stelt de Koning de criteria vast die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, met het oog onder meer op hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting, en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden.

§ 2. Eveneens bij een in Ministerraad overlegd besluit, en na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling programmatie, stelt de Koning de programmatiecriteria vast voor de zware medische diensten en/of de zware medische apparatuur, zijnde toestellen of uitrustingen voor onderzoek en behandeling die duur zijn hetzij door hun aankoopprijs, hetzij door de bediening ervan door hoog gespecialiseerd personeel en die door de Koning op advies van voormelde Raad, afdeling erkenning, op de lijst van de zware medische apparatuur of zware medische diensten geplaatst werden.

§ 3. Vanaf het ogenblik dat een uitrusting als zware medische apparatuur is bepaald, mag zij niet meer worden geïnstalleerd zonder voorafgaandelijke toelating van de bevoegde Minister en dit zelfs wanneer de initiatiefnemer geen beroep doet op de in artikel 23 bedoelde toelagen en ook wanneer de investering geschiedt buiten de in artikel 1 bedoelde ziekenhuizen.

§ 4. Met het oog op de doelmatige uitvoering van de programmatie van de zware medische apparatuur kunnen toestellen of uitrustingen voor onderzoek of behandeling die in de handel worden gebracht, onderworpen worden aan een registratie bij de Minister van Volksgezondheid, onder de voorwaarden en de regelen die door de Koning worden bepaald.

§ 5. Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle est interdite l'exploitation d'un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre de la programmation visée au § 2.

§ 6. Par un arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément, le Roi peut assimiler les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd et les soumettre en tout ou en partie aux règles susmentionnées.

§ 7. Les critères de programmation visés aux §§ 1^{er} et 2 sont fixés en tenant compte des besoins généraux et spécifiques de la population à desservir et des impératifs d'une saine gestion, ainsi que des prévisions concernant l'évolution des équipements sanitaires qui, sans appartenir directement au secteur hospitalier, sont de nature à influencer ces critères de programmation.

§ 8. La programmation visée aux §§ 1^{er} et 2 vise également à réaliser une répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux.

§ 9. Les critères dont question aux §§ 1^{er} et 2 sont des règles ou formules forfaitaires mathématiques destinées à mesurer les besoins, compte tenu notamment des chiffres de la population, de la structure d'âge, de la morbidité, de la répartition géographique et de la répartition équitable dont question au § 8.

§ 10. Il est interdit de construire, d'étendre, de transformer et de remplacer un hôpital ou un service hospitalier, ou d'en modifier la destination, ainsi que de mettre en service un appareillage médical lourd, quand cela ne s'insère pas dans le cadre de la programmation hospitalière.

La mise en service de nouveaux lits d'hôpital en remplacement de lits existant entraîne automatiquement la suppression des lits dont le remplacement était visé.

Les dispositions du premier alinéa ne s'appliquent pas aux travaux dont le seul effet est de permettre à un hôpital ou à un service hospitalier de répondre aux normes d'agrément ou de continuer à y répondre ou encore aux travaux dont l'étendue est limitée et qui n'entraînent pas d'augmentation du nombre de lits dans un service hospitalier quelconque.

Art. 26

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section programmation, les règles de base pour la suppression des lits hospitaliers ou la modification de leur destination.

Art. 27

§ 1. Il est interdit, jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, de procéder sans autorisation spécifique à la mise en service et à l'exploitation de services hospitaliers dans les hôpitaux généraux. Cette autorisation ne pourra être délivrée si la mise en service et l'exploitation des services hospitaliers amène un dépassement du nombre de lits agréés existant au 1^{er} juillet 1982.

§ 5. De Koning kan bepalen vanaf welke datum de exploitatie verboden wordt van zware medische apparatuur die niet past in het kader van de in § 2 bedoelde programmatie.

§ 6. De Koning kan, de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning gehoord, bij een in Ministerraad overlegd besluit de laboratoria voor klinische biologie gelijkstellen met zware medische apparatuur en ze geheel of gedeeltelijk onderwerpen aan de bovenstaande regelen.

§ 7. Bij het opstellen van de programmatiecriteria zoals bedoeld onder § 1 en § 2 wordt rekening gehouden met de algemene en speciale behoeften van de bevolking voor welke verzorging ze moeten instaan en met de vereisten van een gezond beheer, alsmede met de vooruitzichten inzake ontwikkeling van de gezondheidsvoorzieningen die, zonder direct tot de ziekenhuissector te behoren, van aard zijn de programmatiecriteria te beïnvloeden.

§ 8. De programmatie zoals bedoeld onder § 1 en § 2 is eveneens gericht op een billijke verdeling van de bedden en diensten onder de verscheidene sectoren die door de inrichtende besturen van de ziekenhuizen worden vertegenwoordigd.

§ 9. De criteria waarvan sprake in § 1 en § 2 zijn forfaitaire, rekenkundige regelen of formules bestemd om de behoeften te meten, rekening houdende onder meer met de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit, de geografische spreiding en met de billijke verdeling waarvan sprake in § 8.

§ 10. Wanneer zulks niet past in het raam van de ziekenhuisprogrammatie, is het verboden een ziekenhuis of een ziekenhuisdienst te bouwen, uit te breiden, te verbouwen, te vervangen of de bestemming ervan te wijzigen, evenals zware medische apparatuur in gebruik te nemen.

De ingebruikneming van nieuwe ziekenhuisbedden ter vervanging brengt automatisch de afschaffing mede van de bedden waarvan de vervanging werd beoogd.

Het eerste lid is niet van toepassing op werken die alleen bestemd zijn om te voldoen of te blijven voldoen aan de erkenningsnormen, noch op werken van beperkte omvang die geen verhoging van bedden meebrengen in enige ziekenhuisdienst.

Art. 26

De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, afdeling programmatie, de basisregelen tot afschaffing van ziekenhuisbedden of wijziging van hun bestemming.

Art. 27

§ 1. Tot de door de Koning te bepalen datum mag niet worden overgegaan tot ingebruikneming en exploitatie van ziekenhuisdiensten in de algemene ziekenhuizen zonder een voorafgaande specifieke vergunning. Deze vergunning mag niet worden afgeleverd indien de ingebruikneming of exploitatie van de bedoelde ziekenhuisdiensten een overschrijding meebrengt van het op 1 juli 1982 bestaande aantal erkende ziekenhuisbedden.

§ 2. Pour l'application de l'article 21, l'autorisation de mise en service n'aura d'effet que si le pouvoir organisateur prouve que les lits mis en service remplacent des lits existants ou sont en diminution par rapport au nombre de lits antérieurs.

Si, par rapport à la capacité antérieure de l'hôpital, les lits concernés constituent une extension, la condition prévue à l'alinéa précédent pourra cependant être satisfaite, si le pouvoir organisateur apporte la preuve que leur mise en service s'accompagne d'une diminution d'un nombre de lits au moins égal dans un autre hôpital.

CHAPITRE VI

Organes consultatifs

Titre I^{er} : Le Conseil national des établissements hospitaliers

Art. 28

§ 1^{er}. Il est institué auprès du Ministère de la Santé publique et de la Famille, un Conseil national des établissements hospitaliers qui a pour mission d'émettre un avis sur tout problème qui, suite à l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles est restée de la compétence nationale.

§ 2. Le Conseil se compose de trois sections :

a) une section de programmation qui, outre les avis prévus aux articles 25, 26 et 27, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème en matière de programmation d'hôpitaux, de services hospitaliers et d'appareillage médical lourd et sur tout problème d'application de la programmation relative aux hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision;

b) une section d'agrément qui, outre les avis prévus aux articles 5, 12 et 25, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème de fonctionnement des hôpitaux et sur l'agrément ou la fermeture des hôpitaux et services hospitaliers sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision;

c) une section de financement qui, outre les avis prévus aux articles 14, 15, 16, 21 et 23, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème qui, dans le cadre de cette loi, se pose concernant le financement des hôpitaux.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la composition du Conseil et des sections.

La composition doit être effectuée de manière à assurer :

1° une représentation égale des deux communautés, exception faite du président;

2° une représentation équilibrée des groupes suivants :

a) des spécialistes, particulièrement familiarisés avec les missions des sections;

b) les organismes assureurs dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie-invalidité;

c) les travailleurs hospitaliers;

d) les pouvoirs organisateurs;

e) les pouvoirs publics.

§ 2. De vergunning tot ingebruikneming zal, ten aanzien van de toepassing van artikel 21 slechts uitwerking hebben indien de inrichtende macht het bewijs levert dat de ingebruik genomen bedden in vervanging komen van bestaande bedden of een vermindering betekenen van het voorheen bestaande aantal bedden.

Indien de betrokken bedden een uitbreiding vormen ten aanzien van de vroegere capaciteit van het ziekenhuis, kan aan de in vorig lid bepaalde voorwaarde toch worden voldaan, indien de inrichtende macht het bewijs levert dat de ingebruikname van de betrokken bedden gepaard gaat met een vermindering in een ander ziekenhuis van minstens een gelijk aantal bedden.

HOOFDSTUK VI

De adviesorganen

Titel I : De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

Art. 28

§ 1. Bij het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin wordt een Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen opgericht die tot taak heeft advies uit te brengen omtrent alle problemen die, ingevolge artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, tot de nationale bevoegdheid zijn blijven behoren.

§ 2. De Raad bestaat uit drie afdelingen :

a) een afdeling programmatie, die benevens de adviezen voorzien in de artikelen 25, 26 en 27 als opdracht heeft advies uit te brengen over alle problemen inzake de programmatie van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en zware medische apparatuur en inzake de toepassing van de programmatie met betrekking tot de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft;

b) een afdeling erkenning die, benevens de adviezen voorzien in artikelen 5, 12 en 25 als opdracht heeft advies uit te brengen over alle problemen inzake de werking van de ziekenhuizen en inzake de erkenning of sluiting van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft;

c) een afdeling financiering die, benevens de adviezen voorzien in de artikelen 14, 15, 16, 21 en 23, als opdracht heeft advies uit te brengen over alle problemen die zich in het kader van deze wet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen.

§ 3. De Koning bepaalt, bij in Ministerraad overlegd besluit, de samenstelling van de Raad en van de afdelingen.

De samenstelling zal derwijze geschieden dat :

1° beide Gemeenschappen, op de voorzitter na, op gelijke wijze zijn vertegenwoordigd;

2° volgende groepen op evenwichte wijze zijn vertegenwoordigd :

a) deskundigen, bijzonder vertrouwd met de opdrachten van de afdelingen;

b) de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

c) de ziekenhuiswerkers;

d) de inrichtende machten;

e) de overheid.

Un membre du Conseil ne peut siéger avec voix délibérative que dans une seule des trois sections, à savoir celle où il a été nommé. Il ne peut assister aux réunions des autres sections qu'avec voix consultative.

Dès que les communautés auront, en vue de l'application de la programmation et de l'agrément des hôpitaux, institué leurs propres organes consultatifs, des membres faisant partie desdits organes des communautés seront désignés, après concertation avec les exécutifs des communautés, au moins pour la moitié parmi les membres qui doivent être nommés dans la section concernée du conseil.

Le Roi nomme les membres.

§ 4. Le conseil et le bureau sont présidés par le président du conseil nommé par le Roi. Chaque section est présidée par un président de la section nommé par le Roi; dans chaque section, un ou plusieurs vice-présidents peuvent être nommés par le Roi.

Le président du Conseil, les présidents et vice-présidents des sections constituent le bureau du Conseil.

Le bureau organise les activités du Conseil.

Le bureau examine les demandes d'avis et les transmet à la ou les sections concernées.

Le bureau coordonne les avis des sections et les transmet au Ministre.

Le secrétariat du conseil, des sections et du bureau est assuré par un fonctionnaire général désigné par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Le Roi fixe les autres règles de fonctionnement du conseil et détermine les délais dans lesquels les avis demandés doivent être fournis.

Titre II : La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux

Art. 29

§ 1^{er}. Il est institué auprès du Ministère de la Santé publique, une Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux pour l'ensemble des hôpitaux visés à l'article 1^{er} de la présente loi.

§ 2. Cette Commission nationale paritaire est chargée d'émettre un avis sur les questions d'ordre financier réglant les relations entre les médecins et les établissements, notamment celles visées aux articles 8, 9, 10 et 35.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, la composition et le fonctionnement de cette Commission paritaire nationale.

CHAPITRE VII

Surveillance de l'application des dispositions de la présente loi

Art. 30

§ 1. Sans préjudice des attributions des officiers de police judiciaire, les fonctionnaires ou agents du Ministère de la Santé publique, désignés par le Roi, surveillent l'application des dispositions de la présente loi et des arrêtés pris en exécution de celle-ci; à cette fin, ils peuvent pénétrer dans les hôpitaux, y contrôler sans déplacement la comptabilité et les statistiques, se faire fournir tous rensei-

En lid van de Raad kan maar in één der drie afdelingen, namelijk deze voor dewelke hij benoemd wordt, met beraadslagende stem zetelen. De vergaderingen van de andere afdelingen kan hij enkel bijwonen met raadgevende stem.

Zódra de Gemeenschappen, met het oog op de toepassing van de programmatie en erkenning van ziekenhuizen, eigen adviesorganen hebben opgericht, zullen onder de te benoemen leden van de betrokken afdeling van de Raad, na overleg met de Gemeenschapsexecutieven, minstens voor de helft leden worden aangeduid die deel uitmaken van de bedoelde adviesorganen van de Gemeenschappen.

De Koning benoemt de leden.

§ 4. De Raad en het bureau worden voorgezeten door de door de Koning benoemde voorzitter van de Raad. Elke afdeling wordt voorgezeten door een door de Koning benoemde voorzitter van de afdeling; in elke afdeling kunnen door de Koning één of meerdere ondervoorzitters worden benoemd.

De voorzitter van de Raad, de voorzitters en de ondervoorzitters van de afdelingen vormen samen het bureau van de Raad.

Het bureau organiseert de werkzaamheden van de Raad.

Het bureau onderzoekt de adviesaanvragen en maakt deze over aan de betrokken afdeling of afdelingen.

Het bureau coördineert de adviezen van de afdelingen en maakt deze over aan de Minister.

Het secretariaat van de Raad, van de afdelingen en van het bureau wordt waargenomen door een ambtenaar-generaal aangeduid door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

De Koning stelt de overige regels voor de werking van de Raad vast en bepaalt de termijn binnen welke de gevraagde adviezen moeten worden verstrekt.

Titel II : De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen

Art. 29

§ 1. Bij het Ministerie van Volksgezondheid wordt een Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen ingesteld voor het geheel van ziekenhuizen bedoeld bij artikel 1 van deze wet.

§ 2. Deze Nationale Paritaire Commissie is belast met het uitbrengen van advies inzake de vraagstukken van financiële aard die de betrekkingen tussen geneesheren en inrichtingen regelen en inzonderheid deze voorzien in de artikelen 8, 9, 10 en 35.

§ 3. De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de samenstelling en de werking van deze Nationale Paritaire Commissie.

HOOFDSTUK VII

Het toezicht op de bepalingen van deze wet

Art. 30

§ 1. Onverminderd de bevoegdheid van de officieren van de gerechtelijke politie, oefenen de door de Koning aangewezen ambtenaren of beampten van het Ministerie van Volksgezondheid toezicht uit op de bepalingen van deze wet en van de krachtens deze wet genomen uitvoeringsbesluiten; met het oog hierop hebben zij toegang tot de ziekenhuizen, kunnen zij ter plaatse de boekhouding en de statistieken

gnements nécessaires à ce contrôle, ainsi que se faire remettre et au besoin adresser dans le délai qu'ils fixent, tous autres documents et renseignements qu'aux termes de l'article 14, § 2, le pouvoir organisateur est tenu de communiquer au Ministre.

§ 2. Ils constatent les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Une copie en est transmise aux contrevenants dans les trois jours au plus tard de la constatation de l'infraction. Une copie est également transmise aux parquets compétents.

CHAPITRE VIII

Dispositions pénales

Art. 31

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

1° celui qui, en contravention avec l'article 13, exploite un hôpital qui ne répond pas aux normes imposées;

2° celui qui, en contravention avec l'article 14, n'établit pas une gestion ou une comptabilité distinctes, qui n'applique pas le plan comptable imposé, ne fournit pas les renseignements demandés ou, sur réquisition, n'adresse pas les documents statistiques et comptables dont la production a été requise;

3° celui qui, en contravention avec l'article 15, porte en compte pour un séjour en chambre commune ou assimilé un prix autre que le prix moyen fixé par le Ministre;

4° celui qui, en contravention avec l'article 25, § 8, construit, transforme ou reconvertit un hôpital ou un service, ou met en service un appareillage médical lourd, sans que cela s'intègre dans le cadre de la programmation visée à l'article 25, §§ 1^{er} et 2;

5° celui qui refuse l'accès de l'hôpital aux fonctionnaires et agents, visés à l'article 30;

6° celui qui, en contravention avec l'article 25, § 3, met dans le commerce des appareils ne répondant pas aux conditions et règles en matière d'enregistrement.

§ 2. En cas de récidive dans les deux années qui suivent un jugement de condamnation du chef d'une des infractions visées au § 1^{er} du présent article, passé en force de chose jugée, l'hôpital est en tout cas saisi, avec tous les biens mobiliers et immobiliers y afférents.

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

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

controleren, zich alle inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de controle, laten verstrekken en zich, binnen de termijn die zij bepalen, alle andere bescheiden en inlichtingen laten overhandigen en desnoods toezenden, die het inrichtend bestuur luidens artikel 14, § 2 aan de Minister moet meedelen.

§ 2. Zij stellen de overtredingen vast in processen-verbaal die bewijskracht hebben behoudens tegenbewijs. Afschrift wordt de overtreders toegezonden uiterlijk drie dagen na de vaststelling van de overtreding. Een afschrift wordt ook toegezonden aan de bevoegde parketten.

HOOFDSTUK VIII

Strafbepalingen

Art. 31

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

1° hij die, met overtreding van artikel 13, een ziekenhuis exploiteert dat niet beantwoordt aan de gestelde normen;

2° hij die, met overtreding van artikel 14, geen eigen beheer of geen eigen boekhouding voert, het opgelegd eenvormig boekhoudkundig plan niet toepast, de gevraagde inlichtingen niet verschaft of, wanneer hij ervoor wordt verzocht, de gevraagde statistische of verantwoordingsstukken niet verstrekt;

3° hij die, met overtreding van artikel 15, voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer of daarmede gelijkgesteld verblijf een andere prijs aanrekent dan de door de Minister bepaalde gemiddelde prijs;

4° hij die, met overtreding van artikel 25, § 8, een ziekenhuis of een dienst bouwt, verbouwt of omschakelt, of zware medische apparatuur in gebruik neemt zonder dat zulks past in het raam van de in artikel 25, § 1 en § 2 bedoelde programmatie;

5° hij die de toegang tot het ziekenhuis weigert aan de ambtenaren of beampten, bedoeld in artikel 30;

6° hij die, met overtreding van artikel 25, § 3, apparatuur in de handel brengt, die niet beantwoordt aan de voorwaarden en regels inzake registratie.

§ 2. Bij herhaling, binnen twee jaar te rekenen vanaf de datum waarop het vonnis in kracht van gewijsde is gegeven, van een veroordeling voor één der overtredingen strafbaar gesteld bij § 1 van dit artikel, wordt het ziekenhuis met alle daartoe behorende roerende en onroerende goederen in elk geval verbeurd verklaard.

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

§ 4. Alle bepalingen van boek I van het Strafwetboek met inbegrip van hoofdstuk VIII en artikel 85 op de in deze wet bepaalde overtredingen toepasselijk.

CHAPITRE IX

Dispositions transitoires et finales

Art. 32

§ 1. La loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, ainsi que les modifications apportées à cette loi, est abrogée à dater du 1^{er} janvier 1985, à l'exception de l'article 13 conformément aux dispositions de l'article 22 de la présente loi.

§ 2. Tous les arrêtés pris en exécution de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et qui ne sont pas en contradiction avec la présente loi, gardent force exécutoire jusqu'à ce qu'il soit pourvu à leur remplacement.

Art. 33

L'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967 instituant une Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et fixant le statut des Commissions paritaires nationales pour d'autres praticiens de l'art de guérir ou pour d'autres catégories d'établissements ainsi que des Commissions paritaires régionales, est abrogé.

Art. 34

L'article 106 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-1976 est abrogé.

Art. 35

Le Roi fixe, après avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, les règles permettant, en ce qui concerne les médecins travaillant à l'hôpital, une transition appropriée de leur statut actuel au statut fixé par le chapitre II de la présente loi, en ce compris le régime de pension.

Art. 36

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

13 décembre 1985.

HOOFDSTUK IX

Overgangs- en slotbepalingen

Art. 32

§ 1. De wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, met de wijzigingen aan deze wet, wordt opgeheven op datum van 1 januari 1985, behalve artikel 13 volgens de bepalingen van artikel 22.

§ 2. Alle besluiten genomen bij toepassing van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen en die niet strijdig zijn met de huidige wet behouden kracht van uitvoering, tot in hun vervanging wordt voorzien.

Art. 33

Het koninklijk besluit n° 47 van 24 oktober 1967 tot instelling van een Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en tot vaststelling van het statuut van de Nationale Paritaire Commissies voor andere beoefenaars van de geneeskunst of voor andere categorieën van inrichtingen, alsmede van de gewestelijke Paritaire Commissies, wordt opgeheven.

Art. 34

Artikel 106 van de wet van 5 januari 1976 betreffende de budgettaire voorstellen 1975-1976 wordt opgeheven.

Art. 35

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, regels die, voor de in het ziekenhuis werkzame geneesheren, een passende overgang mogelijk maken van hun huidig statuut naar het statuut zoals bepaald door hoofdstuk II van deze wet, en dit inbegrepen de pensioenregeling.

Art. 36

Deze wet treedt in werking op datum van 1 januari 1986.

13 december 1985.

L. HANCKÉ
W. CLAES
G. TEMMERMAN