

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1984-1985

18 JUNI 1985

WETSONTWERP

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

I. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEER HANCKÉ

Artikel 1.

1) A. — In hoofddorde:

Het 6° vervangen door wat volgt:

« 6° ziekenhuisgeneesheer: de beoefenaar van de geneeskunde die via een rechtsverhouding verbonden is aan het ziekenhuis. Deze rechtsverhouding is ofwel een statutair verband, voor de geneesheren werkzaam in overheidsinstellingen, ofwel een arbeidsovereenkomst, voor de andere instellingen. »

B. — In eerste bijkomende orde:

Het 6° vervangen door wat volgt:

« 6° ziekenhuisgeneesheer: de beoefenaar van de geneeskunde die via een rechtsverhouding verbonden is aan het ziekenhuis. Deze rechtsverhouding is ofwel een statutair verband, voor de geneesheren werkzaam in overheidsinstellingen, ofwel een arbeidsovereenkomst, voor de andere instellingen, ofwel een toelatingscontract. »

VERANTWOORDING

Het begrip « ziekenhuisgeneesheer » wordt nader omschreven, meer bepaald ten aanzien van de band die de ziekenhuisgeneesheer met het ziekenhuis heeft. Er moet een rechtsverhouding tussen beide partijen aanwezig zijn. Deze rechtsverhouding moet één van de vermelde types aannemen.

Verder wordt het begrip « ziekenhuisapotheker » nader omschreven. Een amendement op artikel 5 zal het toepassingsgebied van deze wet tot de ziekenhuisapotheker verruimen.

Zie:

1190 (1984-1985):

- Nr. 1: Ontwerp overgezonden door de Senaat.
- Nrs. 2 tot 5: Amendementen.

Chambre des Représentants

SESSION 1984-1985

18 JUIN 1985

PROJET DE LOI

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

I. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M. HANCKÉ

Article 1^{er}.

1) A. — En ordre principal:

Remplacer le 6° par ce qui suit:

« 6° médecin hospitalier: le praticien de l'art médical attaché à l'hôpital par des liens juridiques. Ces liens sont soit statutaires, lorsqu'il s'agit d'institutions publiques, soit contractuels, lorsqu'il s'agit d'autres institutions. »

B. — En premier ordre subsidiaire:

Remplacer le 6° par ce qui suit:

« 6° médecin hospitalier: le praticien de l'art médical attaché à l'hôpital par des liens juridiques. Ces liens sont soit statutaires, lorsqu'il s'agit d'institutions publiques, soit contractuels, lorsqu'il s'agit d'autres institutions, ou consistent en un contrat d'admission. »

JUSTIFICATION

Le présent amendement établit une définition plus précise de la notion de « médecin hospitalier », plus particulièrement en ce qui concerne les liens qui unissent le médecin hospitalier à l'hôpital. Il faut qu'il existe des liens juridiques entre les deux parties, liens qui doivent relever de l'une des catégories énumérées.

L'amendement suivant vise à insérer une définition de la notion de « pharmacien hospitalier ». Quant à l'amendement à l'article 5, il tend à étendre le champ d'application de la présente loi aux pharmaciens hospitaliers.

Voir:

1190 (1984-1985):

- N° 1: Projet transmis par le Sénat.
- N°s 2 à 5: Amendements.

C. — In tweede bijkomende orde :

Het 6° aanvullen met de woorden : « *volgens de bepalingen van artikel 21* ».

VERANTWOORDING

De grenzen van de band ziekenhuis-ziekenhuisgeneesheer dienen nader te worden afgelijnd, verduidelijkt en in de definitie vastgelegd.

2) Een 7° toevoegen, luidend als volgt :

« 7° ziekenhuisapotheker : de apotheker die verantwoordelijk is voor de bewaring, bereiding en verdeling van produkten en bereidingen die door de ziekenhuisofficina of het depot worden afgeleverd. »

Art. 2.

Het tweede lid vervangen door wat volgt :

« Voor de toepassing van deze wet wordt het geheel van de medische activiteit met betrekking tot de diagnose voor en de behandeling van zowel gehospitaliseerde als ambulant verzorgde patiënten, met inbegrip van de activiteit van de medisch-technische diensten, beschouwd als een onderdeel van de ziekenhuisactiviteit. »

VERANTWOORDING

De toepassing van de wet wordt verruimd tot de medische activiteit met betrekking tot de ambulant verzorgde patiënten. In de tekst van artikel 2 wordt inderdaad uitsluitend verwezen naar de opgenomen zieken. Ook in ziekenhuizen waaraan geen polikliniek verbonden is worden medische activiteiten verricht ten aanzien van patiënten die er niet verblijven.

Art. 3.

Dit artikel aanvullen met een tweede lid, luidend als volgt :

« De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de criteria volgens dewelke het functionele verband met een ziekenhuis bepaald wordt. »

VERANTWOORDING

Het functionele verband tussen het ziekenhuis en de in artikel 3 bedoelde poliklinieken en diensten dient nader omschreven, ten einde alle betwistingen terzake in de toekomst te voorkomen.

Meer bepaald dienen de criteria bepaald te worden die het functionele verband bewijzen. Onder meer kunnen deze criteria betrekking hebben op een minimum aantal gemeenschappelijk behandelde patiënten en/of bij deze behandeling betrokken geneesheren.

Art. 4.

1) De eerste drie regels vervangen door wat volgt :

« De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit van de toepassing van de bepalingen van hoofdstukken II en III van deze wet geheel of gedeeltelijk onttrekken : ».

2) Het 1° vervangen door wat volgt :

« 1° de ziekenhuizen die slechts over een zeer beperkt aantal bedden beschikken; »

VERANTWOORDING

1) De bepalingen betreffende de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren, en deze betreffende het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer moeten gelden voor alle ziekenhuizen, en dit zonder enige uitzondering. Wel moet het mogelijk zijn ten aanzien van de bepalingen van hoofdstuk II en III (interne organisatie van het ziekenhuis en inspraak van de ziekenhuisgeneesheer) gewijzigde maar soortgelijke bepalingen te treffen voor bepaalde categorieën instellingen.

C. — En deuxième ordre subsidiaire :

Compléter le 6° par les mots : « *suivant les dispositions de l'article 21* ».

JUSTIFICATION

Il convient de mieux délimiter et définir les liens qui unissent le médecin hospitalier à l'hôpital et de les inscrire dans la définition.

2) Ajouter un 7°, libellé comme suit :

« 7° pharmacien hospitalier : le pharmacien responsable de la conservation, de la préparation et de la distribution des produits et préparations délivrés par l'officine ou le dépôt de l'hôpital. »

Art. 2.

Remplacer le deuxième alinéa par ce qui suit :

« Pour l'application de la présente loi, l'ensemble de l'activité médicale relative au diagnostic et au traitement à l'égard des patients hospitalisés et ambulatoires, y compris l'activité des services médico-techniques, est considéré comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière. »

JUSTIFICATION

L'application de la loi est étendue à l'activité médicale relative aux patients ambulatoires. En effet, dans sa forme actuelle, l'article 2 mentionne exclusivement les malades hospitalisés, alors que même dans les hôpitaux qui ne disposent pas d'une polyclinique, des traitements médicaux sont dispensés à des patients non hospitalisés.

Art. 3.

Compléter cet article par un deuxième alinéa, libellé comme suit :

« Le Roi détermine, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrégation, les critères suivants lesquels est défini le lien fonctionnel avec un hôpital. »

JUSTIFICATION

Il convient de définir avec plus de précision le lien fonctionnel entre l'hôpital et les polycliniques et services visés à l'article 3 afin d'éviter à l'avenir toute contestation en la matière.

Il importe plus particulièrement de définir les critères qui prouveront l'existence du lien fonctionnel. Ces critères peuvent notamment concerner un nombre minimum de patients traités conjointement et/ou de médecins impliqués dans ce traitement.

Art. 4.

1) Remplacer les trois premières lignes par ce qui suit :

« Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, soustraire en tout ou en partie à l'application des dispositions des chapitres II et III de la présente loi : »

2) Remplacer le 1° par ce qui suit :

« 1° les hôpitaux qui ne disposent que d'un nombre très limité de lits; »

JUSTIFICATION

1) Les dispositions relatives aux liens juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers ainsi que celles qui concernent le statut pécuniaire de ces derniers doivent s'appliquer à tous les hôpitaux sans la moindre exception. Il doit toutefois être possible, en ce qui concerne les dispositions des chapitres II et III (organisation interne de l'hôpital et participation du médecin hospitalier à la gestion) de prévoir des dispositions modifiées mais similaires pour certaines catégories d'établissements.

2) Het « beperkt aantal diensten » kan geen aanleiding geven tot uitzonderingen. Ziekenhuizen met heel weinig diensten kunnen een hoge beddenscapaciteit hebben. In deze gevallen moet de wet integraal van toepassing worden verklaard.

Art. 5.

1) Op de vierde regel, na de woorden « bedoeld in artikel 3, § 1, » de woorden « en op de in een ziekenhuis werkzame vroedvrouwen, bedoeld in artikel 2, § 2 » invoegen.

VERANTWOORDING

Het toepassingsgebied van de wet wordt verruimd tot de vroedvrouwen.

2) Op de vijfde regel, na de woorden « koninklijk besluit », de woorden « op de ziekenhuisapothekers, zoals bedoeld onder artikel 1, 7^o » invoegen.

VERANTWOORDING

Het toepassingsgebied van de wet wordt verruimd tot de ziekenhuisapothekers.

Art. 6.

Dit artikel vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 6. — De algemene verantwoordelijkheid voor de organisatie van de activiteiten in het ziekenhuis berust bij de beheerder. Hij draagt de uiteindelijke financiële verantwoordelijkheid. Hij bepaalt het beleid en neemt de algemene beleidsbeslissing met inachtneming onder meer van de bepalingen in deze wet betreffende de andere organen van het ziekenhuis.

» Ziekenhuizen afhankelijk van een inrichtende macht die niet louter het ziekenhuisbeheer als doelstelling heeft, worden afzonderlijk van de andere inrichtingen en diensten beheerd. Het afzonderlijk beheer van die ziekenhuizen sluit in dat beheersbevoegdheden voor rekening en onder gezag van die inrichtende macht worden uitgeoefend op een door de Koning nader te bepalen wijze. »

VERANTWOORDING

De taakomschrijving van de beheerder wordt nader omschreven, in de eerste plaats vanuit het verantwoordelijkheidsaspect. Deze verantwoordelijkheid heeft een dubbele inhoud: op het organisatorische en op het financiële vlak. Tevens dienen nadere regels bepaald ten aanzien van het afzonderlijk beheer van de ziekenhuizen, zowel in de openbare als in de private instellingen.

Het beheer moet voldoende autonomie bezitten ten einde de gepaste slagkracht aan de dag te kunnen leggen. Deze autonomie geldt bijvoorbeeld ten aanzien van OCMW's en van kloostercongregaties. Uiteraard blijft het beheer van het ziekenhuis uitgeoefend worden voor rekening en onder gezag van de inrichtende macht.

Art. 7.

Dit artikel vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 7. — In ieder ziekenhuis is een directeur en een directiecomité. De directeur is belast met de dagelijkse werking van het ziekenhuis in nauwe samenwerking met de verantwoordelijken voor de onderscheiden aspecten van de ziekenhuisactiviteit. De directeur is rechtstreeks verantwoordelijk tegenover de beheerder.

» Het directiecomité bestaat onder meer uit de directeur, de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleegkundige, van de administratief-financiële en van de technische diensten. De leden van het directiecomité moeten allen werkzaam zijn in het ziekenhuis.

» Het directiecomité heeft tot taak een doelmatige tenuitvoerlegging van de beslissingen te bewerkstelligen en een coördinatie tussen de onderscheiden geledingen van het ziekenhuis te realiseren. Het directiecomité draagt op de gepaste wijze bij tot de voorbereiding van de werkzaamheden van de beheerder. »

2) L'expression « nombre très limité de services » peut donner lieu à des exceptions. Des hôpitaux qui ne disposent que de très peu de services peuvent avoir une très grande capacité en lits. Il convient dans ce cas de prévoir que la loi s'applique intégralement à ces établissements.

Art. 5.

1) A la quatrième ligne, entre les mots « art dentaire » et les mots « et aux pharmaciens », insérer les mots « aux accoucheuses visées à l'article 2, § 2, du même arrêté et travaillant à l'hôpital ».

JUSTIFICATION

Le champ d'application de la loi est étendu aux accoucheuses.

2) A la quatrième ligne, entre les mots « art dentaire » et les mots « et aux pharmaciens », insérer les mots « aux pharmaciens hospitaliers visés au point 7^o de l'article 1^{er}. »

JUSTIFICATION

Le champ d'application de la loi est étendu aux pharmaciens hospitaliers.

Art. 6.

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 6. — Le gestionnaire est responsable, sur le plan général, de l'organisation des activités de l'hôpital. La responsabilité finale en matière financière lui appartient. Il définit la politique et prend les décisions générales dans ce domaine, eu égard entre autres aux dispositions de la présente loi relatives aux autres organes de l'hôpital.

» Les hôpitaux dépendant d'un pouvoir organisateur dont l'objet ne se limite pas à la gestion de l'hôpital, font l'objet d'une gestion distincte de celles des autres établissements et services. La gestion distincte de ces hôpitaux implique que les compétences relatives à la gestion pour le compte et sous l'autorité de ce pouvoir organisateur sont exercées selon des modalités à préciser par le Roi. »

JUSTIFICATION

Les tâches du gestionnaire sont précisées, surtout au point de vue de la responsabilité. Cette responsabilité est double : elle concerne l'organisation d'une part, et les finances d'autre part. Il y a également lieu de fixer des règles plus précises à propos de la gestion distincte des hôpitaux, tant pour les institutions publiques que pour les institutions privées.

Les gestionnaires doivent bénéficier d'une autonomie suffisante afin de pouvoir faire preuve de l'autorité adéquate. Cette autonomie vaut par exemple pour les C.P.A.S. et les congrégations conventuelles. La gestion de l'hôpital est évidemment toujours exercée pour le compte et sous l'autorité du pouvoir organisateur.

Art. 7.

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 7. — Dans chaque hôpital, il y a un directeur et un comité de direction. Le directeur est chargé du fonctionnement journalier de l'hôpital, en collaboration étroite avec les responsables des divers aspects de l'activité hospitalière. Le directeur général est directement responsable devant le gestionnaire.

» Le comité de direction comprend notamment le directeur, le médecin en chef, le chef des services infirmiers, des services administratifs et financiers et des services techniques. Les membres du comité de direction doivent tous travailler à l'hôpital.

» Le comité de direction a pour mission de veiller à une exécution efficace des décisions et à une coordination des divers organes de l'hôpital. Le comité de direction contribue, de façon appropriée, à préparer les travaux du gestionnaire. »

VERANTWOORDING

De posities en de taken van directeur en directiecomité worden meer nauwkeurig omschreven dan in het ontwerp het geval is. De woorden « onder meer » mogen niet betekenen dat personen die niet binnen het ziekenhuis werkzaam zijn, in het directiecomité kunnen opgenomen worden.

Art. 8.

Het 3^o weglaten.

VERANTWOORDING

Het begrip « medische staf » heeft geen enkele betekenis in het kader van het ontwerp en wordt dan ook best weggelaten. Slechts éénmaal wordt in het vervolg van het ontwerp teruggekomen op het geheel van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren, namelijk in artikel 12, bij de vorming van het kiescollege. Ook dan wordt echter niet gesproken van « medische staf ».

Art. 9.

Dit artikel vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 9. — § 1. Ten einde een optimale verzorging van de patiënt te waarborgen, dient het ziekenhuis op geïntegreerde wijze te werken. De beheerder richt de structuren op die hij noodzakelijk acht om de geïntegreerde werking te verzekeren.

» § 2. De Koning kan de structuren, zoals bedoeld in § 1, verplichtend maken en de samenstelling, de werking en de bevoegdheden ervan bepalen, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning.

» § 3. Op regelmatige tijdstippen wordt de kwaliteit van de behandeling en de verzorging in het ziekenhuis getoetst. De beheerder richt daartoe de noodzakelijke registratiesystemen en organisatorische structuren op.

» § 4. De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de minimale modaliteiten waaraan de kwaliteitsevaluatie dient te voldoen, rekening houdend met het soort en de structuur van het ziekenhuis.

» § 5. Voor elke patiënt wordt een medisch dossier aangelegd. Het medisch dossier wordt bewaard in het ziekenhuis.

» § 6. De gegevens van het medisch dossier dienen ter beschikking gesteld van de door de patiënt aangewezen huisarts.

» § 7. De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning, de aard van de gegevens die in het medisch dossier dienen verzameld, het gebruik van de in het medisch dossier verzamelde gegevens, de regels betreffende de toegang tot het medisch dossier en de regels betreffende de overbrenging van het medisch dossier buiten het ziekenhuis. »

VERANTWOORDING

Het amendement tracht meer duidelijkheid te brengen in de behandelde materies, de integratiegedachte en de kwaliteitstoetsing. Het initiatief wordt daarbij overgelaten aan de beheerder.

Het uitwerken van beide betrachtingen zal in zijn modaliteiten noodzakelijk verschillen naargelang het karakter en de « cultuur » van het ziekenhuis. De geïntegreerde en kwaliteitsvolle werking van het ziekenhuis dient « op het veld » tot stand te komen en kan niet eenzijdig opgelegd worden door de overheid. Deze zal dan ook enkel supplementair tussenbeide komen of om minimale vereisten te stellen.

Merken we op dat met betrekking tot deze materies advies dient gegeven te worden door de « Raad voor Ziekenhuiswerkers », waarvan de oprichting bij amendement wordt voorgesteld.

De laatste drie paragrafen hebben betrekking op de inhoud van het gebruik van en de privacy omtrent het medisch dossier.

L. HANCKE.

JUSTIFICATION

Les fonctions et les tâches du directeur et du comité de direction sont précisées. Le mot « notamment » ne signifie pas que les personnes qui ne travaillent pas à l'hôpital peuvent faire partie du comité de direction.

Art. 8.

Supprimer le 3^o.

JUSTIFICATION

La notion « staff médical » n'a aucun sens dans le cadre du projet et il est donc préférable de la supprimer. Dans la suite du projet, il n'est fait allusion qu'une seule fois à l'ensemble des médecins attachés à l'hôpital, à savoir à l'article 12 qui traite de la formation du collège électoral. Dans ce cas, il n'est toutefois pas question de « staff médical ».

Art. 9.

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 9. — § 1. L'hôpital doit fonctionner de façon intégrée afin de garantir des soins optimaux au patient. Le gestionnaire crée les structures qu'il juge nécessaires afin d'assurer le fonctionnement intégré.

» § 2. Le Roi peut rendre les structures visées au § 1^{er} obligatoires et en fixer la composition, le fonctionnement et les compétences, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément.

» § 3. La qualité du traitement et des soins à l'hôpital fait l'objet d'une évaluation à intervalles réguliers. Le gestionnaire crée à cet effet les systèmes d'enregistrement et les structures d'organisation nécessaires.

» § 4. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément, les modalités minimales auxquelles doit satisfaire l'évaluation qualitative, eu égard au type et à la structure de l'hôpital.

» § 5. Un dossier médical est constitué pour chaque patient. Ce dossier est conservé à l'hôpital.

» § 6. Les données du dossier médical doivent être mises à la disposition du médecin généraliste désigné par le patient.

» § 7. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrément, la nature des données qui doivent figurer dans le dossier médical, l'emploi de ces données, les règles relatives à l'accès au dossier médical et celles relatives au transfert du dossier médical hors de l'hôpital. »

JUSTIFICATION

L'amendement vise à apporter des précisions à propos des matières traitées, de l'intégration et de l'évaluation qualitative. L'initiative en cette matière est laissée au gestionnaire.

La réalisation des deux objectifs différerait nécessairement, dans ses modalités, en fonction du caractère et de la « culture » de l'hôpital. Le fonctionnement intégré de l'hôpital et la qualité de l'activité médicale doivent être réalisés « sur le terrain » et ne peuvent être imposés unilatéralement par les autorités. Celles-ci n'interviendront donc qu'accessoirement ou pour fixer des exigences minimales.

Notons que le « Conseil des travailleurs hospitaliers », dont la création a été proposée par voie d'amendement, doit émettre un avis à propos de ces matières.

Les trois derniers paragraphes se rapportent au contenu du dossier médical, à l'emploi de ce dossier et au respect de la vie privée dans ce domaine.

II. — AMENDEMENTEN VOORGESTELD DOOR DE HEER VALKENIERS

Artikel 1.

1) In het 3^o, tussen het woord « college » en het woord « belast » de woorden « door de beheerder » invoegen.

VERANTWOORDING

Bij het indienen van mijn talrijke amendementen heb ik me laten leiden door de volgende principes en beschouwingen:

1. Aan de bevoegdheid van de gemeenschappen mag niet worden getornd.
2. Het belang van de patienten en o.m. ook hun financieel belang.
3. Het nemen van meer verantwoordelijkheid, ook financiële, voor de gezondheidszorgen zowel door de patienten als door de geneesheren.
4. Een betere samenwerking tussen de beheerders en de geneesheren door het weren van alle voor de hand liggende chantagemiddelen.

5. Een beter beheer van de ziekenhuizen door het invoeren van het zuiver ereloon daar het vervreemden van een deel van de honoraria voor de financiering van het ziekenhuis een gemakkelijksoplossing is die een goed, rationeel en zuinig beheer in de weg staat (cfr. de tekorten van de openbare ziekenhuizen verhaald op de gemeenterekeningen).

6. Een doelmatige en maximale aanwending van het RIZIV-budget.

7. Een respect voor het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 op de uitoefening der geneeskunde inzake:

- de vrijheid van keuze inzake diagnose en behandeling (art. 12);
- de verplichting tot vastlegging in een statuut of overeenkomst van de voorwaarden voor gebruik van personeel, lokalen en materieel dat aan de beoefenaar door een derde wordt ter beschikking gesteld (art. 17);
- verbod van verdeling van honoraria (art. 18, § 1);
- verbod van overeenkomst tussen geneesheren en derden met betrekking tot hun beroep en tot strekking aan één of ander rechtstreeks of onrechtstreeks winst of voordeel te verschaffen (art. 18, § 2).

8. De specifieke inbreng van de medische functie in het ziekenhuis met een groter tendens tot integratie mag niet tot gevolg hebben dat de vrijheid van het vrij beroep van geneesheer totaal wordt afgebroken door diegenen die zich vandaag tegen het ontwerp verzetten in naam van de verdediging van het vrij initiatief.

De vrijheid van ons beroep moet ten allen prijze worden verdedigd, des te meer daar dit ontwerp geen noemenswaardige voordelen inhoudt noch voor de patiënt noch voor het RIZIV. Het vergroot alleen de macht van de beheerders en de ziekenfondsen (de tevredenheid van de voorzitter van de Landsbond van de Christelijke ziekenfondsen, zegt genoeg!) die door dit ontwerp in staat worden gesteld om een deel van hun verantwoordelijkheden, de financiële inclus, af te wentelen op het geneesherenkorps, zonder enige noemenswaardige tegenprestatie ten gunste van de betrokken geneesheren.

Wat nu dit eerste amendement betreft, er moet duidelijk bepaald worden dat de beheerder een mandaat geeft aan deze persoon of een college van personen om later eventuele betwistingen over verantwoordelijkheden uit de weg te gaan.

2) Het 4^o aanvullen met de woorden: « onder de verantwoordelijkheid van de beheerder die zelf geen deel mag uitmaken van het directiecomité ».

VERANTWOORDING

Dit moet eens te meer onderlijnen dat de beheerder uiteindelijk de verantwoordelijkheid moet dragen en dan ook verplicht wordt nauwlettend toezicht uit te oefenen. Om die reden ook is het nodig dat er een onverenigbaarheid bestaat tussen het lidmaatschap van het beheer en het directiecomité daar men moeilijk zichzelf kan controleren.

3) Het 6^o aanvullen met de woorden: « na te zijn aanvaard door de medische raad en de beheerder ».

VERANTWOORDING

Voor de goede gang van zaken is het noodzakelijk dat eerst de geneesheren zich uitspreken over de aanvraag tot aanvaarding in het ziekenhuis daar zij beter geplaatst zijn dan de beheerder om de kandidaturen te beoordelen wars van alle eventueel favoritisme.

II. — AMENDEMENTS PRESENTES PAR M. VALKENIERS

Artikel 1.

1) Au 3^o, entre le mot « change » et les mots « de la direction générale » insérer les mots « par le gestionnaire »

JUSTIFICATION

Les nombreux amendements que je présente au présent projet sont tous inspirés par les principes et considérations suivants:

1. Les compétences des communautés doivent rester intactes.
2. La défense de l'intérêt du patient et, notamment de son intérêt financier.
3. Confier plus de responsabilités, y compris financières, aux patients et aux médecins dans le domaine des soins médicaux.
4. Une meilleure collaboration entre les gestionnaires et les médecins par l'élimination de tous les moyens de chantage existants.

5. Une meilleure gestion des hôpitaux par l'instauration d'un système de perception individuelle des honoraires. Le détournement d'une partie des honoraires pour le financement de l'hôpital est en effet une solution de facilité qui s'oppose à une gestion efficace, rationnelle et saine (cf. les déficits des hôpitaux publics supportés par les finances communales).

6. Une utilisation efficace et optimale du budget de l'INAMI.

7. Le respect de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'art de guérir, notamment en ce qui concerne:

- la liberté de choix en matière de diagnostic et de traitement (art. 12);
- l'obligation de fixer dans un statut ou une convention les conditions d'utilisation du personnel, des locaux et du matériel mis à la disposition d'un praticien par un tiers (art. 17);
- l'interdiction de partage des honoraires (art. 18, § 1^{er});
- l'interdiction de conclure des conventions entre médecins et tiers, lorsque ces conventions sont en rapport avec leur profession et tendent à procurer quelque gain ou profit direct ou indirect (art. 18, § 2).

8. L'apport spécifique de la fonction médicale, combiné à une plus grande tendance à l'intégration, ne peut avoir pour conséquence que la liberté dont jouissent les médecins qui exercent leurs activités en tant que titulaires d'une profession libérale soit totalement anéantie par ceux qui, aujourd'hui, s'opposent au projet au nom de la défense de la liberté d'initiative.

La liberté de notre profession doit être défendue à tout prix, d'autant plus que ce projet ne prévoit aucune amélioration ni pour le patient, ni par l'INAMI. Il vise uniquement à accroître le pouvoir des gestionnaires et des mutuelles (la satisfaction du président de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, en témoigne!) et permet à ceux-ci de se décharger d'une partie de leur responsabilités, y compris financières, sur le corps médical, sans pour autant lui accorder la moindre compensation.

En ce qui concerne le présent amendement, il convient de préciser clairement que la personne ou le collège chargé de la direction est mandaté par le gestionnaire, et ce, afin d'éviter toute contestation ultérieure en ce qui concerne les responsabilités.

2) Compléter le 4^o par ce qui suit: « sous la responsabilité du gestionnaire, qui ne peut lui-même faire partie du comité de direction »;

JUSTIFICATION

Le présent amendement tend à mettre en évidence que la responsabilité finale incombe au gestionnaire et qu'il appartient dès lors à celui-ci d'exercer une surveillance attentive. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir une incompatibilité entre la fonction de gestionnaire et celle de membre du comité de direction, dans la mesure où l'on ne peut être à la fois juge et partie.

3) Compléter le 6^o par ce qui suit: « après acceptation du conseil médical et du gestionnaire. »

JUSTIFICATION

Il s'indiquerait, dans l'intérêt du bon fonctionnement de l'hôpital, que les médecins se prononcent d'abord sur la demande d'acceptation à l'hôpital, dans la mesure où ils sont mieux placés que le gestionnaire pour apprécier les candidatures en l'absence de tout critère de favoritisme.

Indien het beheer niet akkoord gaat met het advies van de medische raad en de geneesheer toch wil benoemen, moet artikel 17 worden ingeroepen.

Art. 3.

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

De uitbreiding van het toepassingsgebied behelst vooral de uitvoering en aldus behoort die maatregel tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Art. 8.

1) Het 1^o aanvullen met de woorden: « op voorstel van de medische raad ».

VERANTWOORDING

De geneesheren weten beter dan de beheerder wie over de nodige kwaliteiten beschikt om deze functie waar te nemen. Hij dient niet alleen het nodige moreel gezag te hebben en de vereiste medische bekwaamheid, doch ook over organisatie-talenten en tijd te beschikken.

2) Het 2^o aanvullen met de woorden: « op voorstel van de geneesheren in deze dienst werkzaam ».

VERANTWOORDING

Het is toch niet meer dan logisch dat de geneesheren van dezelfde dienst akkoord gaan met de benoeming van de geneesheer-diensthooft. Meestal gaat het toch om de geneesheer met de hoogste anciënniteit tenzij hij zelf afziet van deze aanstelling om persoonlijke redenen.

3) Het 3^o aanvullen met de volgende woorden: « die een bepaalde minimumactiviteit in het ziekenhuis uitoefenen. »

VERANTWOORDING

Om te behoren tot de medische staf van een ziekenhuis moet de geneesheer er toch een bepaalde minimumactiviteit uitoefenen. Hoe kan bv. een geneesheer die 1 à 2 operaties/maand in een ziekenhuis verricht zonder er ooit een polyclinische activiteit te hebben uitgeoefend, vertrouwd zijn met de werking van dit ziekenhuis?

4) Het laatste lid vervangen door de volgende bepaling:

« De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, bepalen op welke wijze wordt voldaan aan de eisen gesteld in 1^o, 2^o en 3^o hierboven. »

« Zij bepalen eveneens de taken welke minstens aan de hoofd-geneesheer en de geneesheer-diensthooften worden opgedragen; deze taken hebben betrekking op de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis. »

« Tevens bepalen zij de voorwaarden waaraan de ziekenhuis-geneesheren moeten voldoen om deel uit te maken van de medische staf. »

VERANTWOORDING

Krachtens de artikelen 59bis van de Grondwet en 5 van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de uitvoering van de in het ontwerp vervatte organieke bepalingen.

Ten einde enerzijds elk bevoegdheidsconflict en anderzijds elk belangenconflict naar aanleiding van de toepassing van de wet te voorkomen, dienen de Gemeenschappen betrokken te worden bij de uitwerking van de normen en bij de keuze van de krachtens die wet te treffen maatregelen.

Art. 9.

Paragraaf 3 vervangen door de volgende tekst:

« § 3. De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, bepalen de algemene minimumvoorwaarden om te voldoen aan de eisen gesteld in dit artikel. »

Dans le cas où le gestionnaire ne pourrait se rallier à l'avis du conseil médical et souhaiterait nommer le médecin de son choix, il lui resterait à invoquer l'article 17.

Art. 3.

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

L'extension du champ d'application a principalement trait à l'exécution et cette mesure relève par conséquent de la compétence des communautés.

Art. 8.

1) Compléter le 1^o par les mots: « sur proposition du conseil médical ».

JUSTIFICATION

Les médecins savent mieux que le gestionnaire qui dispose des qualités requises pour occuper cette fonction. Cette personne doit non seulement disposer de l'autorité morale et de la capacité médicale requises mais également de talents d'organisateur et du temps nécessaire.

2) Compléter le 2^o par les mots: « sur proposition des médecins travaillant dans ce service ».

JUSTIFICATION

Il n'est que logique que les médecins d'un même service approuvent la nomination du médecin-chef de service. Il s'agit le plus souvent du médecin qui compte la plus grande ancienneté, à moins que celui-ci renonce à cette nomination pour des raisons personnelles.

3) Compléter le 3^o par les mots: « qui exercent une activité minimum déterminée dans l'hôpital. »

JUSTIFICATION

Pour faire partie du staff médical d'un hôpital, il convient que le médecin y exerce un minimum d'activités. Comment se pourrait-il en effet qu'un médecin qui effectue par exemple une ou deux opérations par mois dans un hôpital sans y exercer aucune activité de polyclinique, puisse être familiarisé avec le fonctionnement de cet hôpital.

4) Remplacer le quatrième alinéa par ce qui suit:

« Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française fixent, chacun pour ce qui le concerne, les conditions requises pour satisfaire aux dispositions mentionnées aux 1^o, 2^o et 3^o. »

« Ils arrêtent aussi le minimum de tâches à confier au médecin en chef et aux médecins-chefs de service; ces tâches concernent l'organisation et la coordination de l'activité médicale à l'hôpital. »

« Ils déterminent également les conditions auxquelles les médecins hospitaliers doivent satisfaire pour faire partie du staff médical. »

JUSTIFICATION

En vertu de l'article 59bis de la Constitution et de l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes pour l'exécution des dispositions organiques contenues dans le présent projet.

Afin d'éviter les conflits de compétence et les conflits d'intérêts qui pourraient faire suite à l'application de la loi, les communautés doivent être concernées lors de l'élaboration des normes et lors du choix des mesures à prendre en vertu de cette loi.

Art. 9.

Remplacer le § 3 par ce qui suit:

« § 3. Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française déterminent, chacun pour ce qui le concerne, les conditions générales minimales pour répondre aux exigences imposées par le présent article. »

VERANTWOORDING

Krachtens de artikelen 59bis van de Grondwet en 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de maatregelen die ter uitvoering van de organieke wetgeving moeten worden getroffen, behalve wat de instellingen betreft die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofstad zijn gevestigd en die wegens hun organisatie niet worden beschouwd als uitsluitend behorend tot de ene of de andere Gemeenschap.

Art. 11.

Dit artikel aanvullen met de volgende zin :

« Twee huisartsen worden in de medische raad gecoöpteerd. »

VERANTWOORDING

Dit sluit aan bij een goede gewoonte die in veel ziekenhuizen heerst, nl. dat de huisartsen die regelmatig met het ziekenhuis werken, ook hun vertegenwoordigers hebben in de medische raad. Dit laat hen toe inspraak te hebben in de medische activiteiten en de besluitvorming in het ziekenhuis.

Art. 12.

1) Paragraaf 1 vervangen door wat volgt :

« § 1. De geneesheren die aan het ziekenhuis verbonden zijn maken deel uit van de medische raad als zij voldoende geïntegreerd zijn in de medische activiteiten van het ziekenhuis. De hoofdgeneesheer neemt ambtshalve, maar zonder stemrecht, deel aan de vergaderingen van de medische raad. »

VERANTWOORDING

Dit artikel moet totaal worden herwerkt omdat men verkeerdelijk uitgaat van het principe dat niet alle geneesheren die verbonden zijn aan het ziekenhuis, deel uitmaken van de medische raad, zelfs wanneer zij al hun medische activiteiten in het ziekenhuis uitoefenen.

Ook moeten de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, naast de Koning betrokken worden bij de uitvoering van de organieke wetgeving krachtens de artikelen 59bis van de Grondwet en 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en behalve wat de instellingen betreft die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofstad zijn gevestigd en die wegens hun organisatie niet worden beschouwd als uitsluitend behorend tot de ene of de andere Gemeenschap.

Wat nu § 1 betreft, wanneer een geneesheer een bepaalde polyclinische activiteit uitoefent in het ziekenhuis, mogen we aannemen dat hij zich wil integreren in al de medische activiteiten van het ziekenhuis. Als woordvoerder van de beheerder is het normaal dat de hoofdgeneesheer deelneemt aan de vergaderingen van de medische raad om daar o.m. de stem van de beheerder aan het woord te laten.

2) De §§ 2 en 3 vervangen door wat volgt :

« § 2. De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, bepalen het minimum activiteitsniveau waaraan de geneesheren moeten voldoen om eensdeels stemgerechtigd en anderdeels verkiesbaar te zijn voor het bestuur van de medische raad. »

« § 3. De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, bepalen de wijze van verkiezing van de bestuursleden van de medische raad, de duur van hun mandaat en de werking van de medische raad zelf. »

Art. 13.

De tekst van dit artikel vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 13. — Het bestuur van de medische raad legt geregeld verantwoording af over de vervulling van zijn mandaat o.m. betreffende de besprekingen met de beheerder en het directiecomité, aan de daartoe bijeengeroepen medische raad. »

« De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, stellen nadere regels voor de toepassing van dit artikel. »

JUSTIFICATION

En vertu de l'article 59bis de la Constitution et de l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes pour les mesures qu'il y a lieu de prendre en exécution de la législation organique, sauf en ce qui concerne les institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, ne sont pas considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté.

Art. 11.

Compléter cet article par la phrase suivante :

« Deux médecins généralistes sont cooptés dans le conseil médical. »

JUSTIFICATION

Le présent amendement s'inspire d'un système satisfaisant que pratiquent de nombreux hôpitaux, à savoir que les médecins généralistes qui travaillent de manière régulière avec l'hôpital ont également leurs représentants au conseil médical.

Art. 12.

1) Remplacer le § 1^{er} par ce qui suit :

« § 1. Les médecins attachés à l'hôpital font partie du conseil médical s'ils sont suffisamment intégrés aux activités médicales de l'hôpital. Le médecin en chef assiste d'office, mais sans avoir voix délibérative, aux réunions du conseil médical. »

JUSTIFICATION

Cet article doit être entièrement remanié parce qu'il part, à tort, du principe que les médecins attachés à l'hôpital ne font pas tous partie du conseil médical, même s'ils exercent toutes leurs activités médicales à l'hôpital.

L'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française, chacun pour ce qui le concerne, doivent également être associés, à côté du Roi, à l'exécution de la législation organique en vertu des articles 59bis de la Constitution et 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, sauf en ce qui concerne les institutions qui sont établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, en raison de leur organisation, ne sont pas considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté.

En ce qui concerne le § 1^{er}, nous pouvons supposer que si un médecin exerce une certaine activité polyclinique à l'hôpital, il veut s'intégrer à toutes les activités médicales de l'hôpital. Il est normal que le médecin en chef, en tant que porte-parole du gestionnaire, assiste aux réunions du conseil médical, notamment pour y exprimer les idées du gestionnaire.

2) Remplacer les §§ 2 et 3 par ce qui suit :

« § 2. Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française, chacun pour ce qui le concerne, fixent le niveau minimum d'activités requis des médecins pour, d'une part, être admis au vote et, d'autre part, être élu à la direction du conseil médical. »

« § 3. Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française, chacun pour ce qui le concerne, arrêtent les règles relatives au mode d'élection des membres de la direction du conseil médical, à la durée de leur mandat et au fonctionnement du conseil médical lui-même. »

Art. 13.

Remplacer le texte de cet article par ce qui suit :

« Art. 13. — La direction du conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat, notamment à propos des entretiens qu'elle a eus avec le gestionnaire et le comité de direction, devant le conseil médical, convoqué à cet effet. »

« Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française, chacun pour ce qui le concerne, déterminent les modalités d'exécution du présent article. »

VERANTWOORDING

Dit nieuw artikel sluit aan op de principes uiteengezet in de verantwoording van het amendement op artikel 12.

Art. 14.

Op de vierde regel, tussen het woord « waakt » en de woorden « de medische raad », de woorden « *het bestuur van* » invoegen.

VERANTWOORDING

Deze wijziging sluit aan op de principes uiteengezet in de verantwoording van het amendement op artikel 12.

Art. 14bis (nieuw).

Een artikel 14bis (nieuw) invoegen, luidend als volgt :

« Art. 14bis. — Indien de hoofdgeneesheer van oordeel is dat het bestuur van de medische raad tekortschiet bij het vervullen van deze taken, kan hij de medische raad bijeenroepen en zo nodig een vertrouwensstemming vragen. Indien het bestuur geen meerderheid behaalt, wordt een nieuw bestuur verkozen. »

VERANTWOORDING

Door deze procedure wordt het bestuur van de medische raad verplicht zich wettelijk van zijn taken te kwijten en er hierbij over te waken dat het vertrouwen van de leden bewaard wordt.

Art. 16.

In § 2, de woorden « een maand » vervangen door de woorden « twee maanden ».

VERANTWOORDING

Die termijn lijkt ons te kort om verschillende redenen : een geneesheer kan met vakantie zijn terwijl over hem moet worden gestatueerd, er zijn de vakantiemaanden en verder het feit dat men 14 dagen op voorhand moet kunnen verwittigen en dat nadien ook nog een schriftelijk advies moet worden opgemaakt, dat bij moeilijke gevallen nog het fiat van de medische raad of tenminste van het bestuur van de medische raad moet krijgen.

Art. 17.

1) Paragraaf 1 vervangen door de volgende tekst :

« § 1. Indien de medische raad over een adviesaanvraag van de beheerder met betrekking tot al de punten bedoeld in artikel 15 behalve 8°, 14°, 16° en 18°, een schriftelijk en gemotiveerd advies uitbrengt met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, kan de beslissing slechts genomen worden overeenkomstig de procedure bepaald in de paragrafen 2 en 3 en in artikel 18. »

VERANTWOORDING

1. De vaststelling en de wijziging van het medisch personeelskader is toch hoofdzakelijk een medische aangelegenheid die nooit een chantagemiddel mag zijn in de handen van de beheerder of het directiecomité wat nu al te vaak het geval is.

2. De argumentatie voor 5° werd reeds uiteengezet n.a.v. ons amendement op artikel 8, 2°.

3. Voor de toelating, aanwerving, benoeming en bevordering van de geneesheren geldt dezelfde argumentatie als uiteengezet in 1).

4. 9°, 10° en 12° hebben rechtstreeks te maken met de medische activiteiten en uitrusting in het ziekenhuis; het is dan ook niet meer dan normaal dat hier een verstrekt advies moet gelden, wil men continuë conflicten voorkomen. Derhalve, welke werkende maatschappij zou zich nog tevreden stellen met dergelijke situatie ?

5. Voor 13° en 15° geldt eens te meer de argumentatie uiteengezet in 1).

JUSTIFICATION

Cet article a été remanié en fonction des principes exposés dans la justification de l'amendement à l'article 12.

Art. 14.

Aux troisième et quatrième lignes, remplacer les mots « le conseil médical » par les mots « la direction du conseil médical ».

JUSTIFICATION

Cette modification vise à mettre l'article en concordance avec les principes exposés dans la justification de l'amendement à l'article 12.

Art. 14bis (nouveau).

Insérer un article 14bis (nouveau), libellé comme suit :

« Art. 14bis. — Si le médecin en chef estime que la direction du conseil médical faillit dans l'accomplissement de ces tâches, il peut convoquer le conseil médical et demander au besoin un vote de confiance. Si la direction n'obtient pas la majorité, il y a lieu de procéder à l'élection d'une nouvelle direction. »

JUSTIFICATION

Grâce à cette procédure, la direction du conseil médical est obligée de s'acquitter de ses tâches, conformément à la loi, et de veiller à ce que la confiance des membres soit conservée.

Art. 16.

Au § 2, remplacer les mots « dans le mois » par les mots « dans les deux mois ».

JUSTIFICATION

Ce délai nous semble trop court pour différentes raisons : il se peut qu'un médecin soit en vacances au moment où une décision doit être prise à son sujet, il faut tenir compte des mois de vacances et du fait qu'il faut pouvoir prévenir 14 jours à l'avance, qu'il faut ensuite rédiger l'avis et que, pour les cas difficiles, celui-ci doit être approuvé par le conseil médical ou du moins par la direction du conseil médical.

Art. 17.

1) Remplacer le § 1^{er} par ce qui suit :

« § 1^{er}. Lorsqu'à la suite d'une demande d'avis du gestionnaire relative à tous les points visés à l'article 15, sauf sub 8°, 14° et 18°, le conseil médical donne un avis écrit et motivé émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, la décision ne peut être prise que selon la procédure prévue aux paragraphes 2 et 3 et à l'article 18. »

JUSTIFICATION

1. La fixation et la modification du cadre du personnel médical est essentiellement une matière médicale, qui ne peut jamais constituer un moyen de chantage pour le gestionnaire ou pour le comité de direction, ce qui est trop souvent le cas actuellement.

2. Les arguments avancés pour le 5° ont déjà été exposés dans la justification de notre amendement à l'article 8, 2°.

3. Les mêmes arguments que ceux exposés au 1) valent pour l'admission, l'engagement, la nomination et la promotion des médecins.

4. Les 9°, 10° et 12° concernent directement les activités médicales et l'équipement de l'hôpital; il est donc normal qu'une procédure d'avis renforcé soit prévue pour ces cas, si l'on veut éviter que des conflits éclatent sans cesse. Quel groupe de travailleurs se contenterait encore d'une telle situation ?

5. Les arguments exposés au 1) valent une fois de plus pour les 13° et 15°.

2) Paragraaf 2, eerste lid, vervangen door de volgende tekst :

« Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het in § 1 bedoelde advies, pleegt hij overleg met het bestuur van de medische raad of een afvaardiging van dit bestuur ».

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording van ons amendement op artikel 12.

Art. 18.

Paragraaf 3 vervangen door de volgende tekst :

« § 3. De beheerder beslist dan overeenkomstig dit voorstel tenzij hij zelf een nieuw voorstel van beslissing doet waarmede de medische raad instemt ».

VERANTWOORDING

Het gaat niet op dat een bemiddelaar wordt aangeduid zonder dat nadien wordt rekening gehouden met zijn voorstel. In een vergelijk is het steeds zo dat beide partijen iets inleveren. Deze procedure zoals uiteengezet in het ontwerp houdt alleen een aanmoediging in van de koppigheid van onredelijke beheerders.

Art. 19.

1) Paragraaf 1 vervangen door de volgende tekst :

« § 1. De procedure bepaald in de artikelen 15 tot en met 18 kan, op voorstel van de beheerder of de medische raad, vervangen worden door een procedure van rechtstreeks overleg tussen de beheerder en het bestuur van de medische raad, op voorwaarde dat de medische raad of de beheerder hiermede schriftelijk instemt ».

VERANTWOORDING

We zien niet in waarom ook de medische raad om deze procedure niet zou mogen verzoeken, vooral dat er reeds verschillende ziekenhuizen zijn waar deze overlegprocedure sedert jaren succesvol werkt.

2) In § 2, de woorden « van de medische raad » vervangen door de woorden « van het bestuur van de medische raad ».

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording van ons amendement op artikel 12.

Art. 20.

Paragraaf 2, tweede lid, weglaten.

VERANTWOORDING

Het gaat niet op met de huidige plethora van jonge geneesheren te profiteren van deze machtspositie om aan de jongere collega's ongunstiger voorwaarden op te leggen of ze financieel tegen mekaar uit te spelen.

Art. 23.

Paragraaf 2 vervangen door wat volgt :

« § 2. Ingeval een ziekenhuis meer dan één van de bovengenoemde vergoedingsstelsels toepast, heeft de geneesheer het recht zelf zijn vergoedingsstelsel of wijziging ervan te kiezen. De keuze van het stelsel of de wijziging van die keuze wordt neergelegd in een schriftelijke overeenkomst gesloten tussen de geneesheer en de beheerder. Het gekozen stelsel wordt ter kennis gebracht van de medische raad ».

2) Remplacer le premier alinéa du § 2 par ce qui suit :

« Au cas où le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis visé au § 1^{er}, il se concerte avec la direction du conseil médical ou avec une délégation de cette direction ».

JUSTIFICATION

Voir la justification de notre amendement à l'article 12.

Art. 18.

Remplacer le § 3 par ce qui suit :

« § 3. Le gestionnaire prend alors une décision conformément à cette proposition, à moins qu'il ne formule lui-même une nouvelle proposition de décision sur laquelle le conseil médical marque son accord ».

JUSTIFICATION

Il est absurde de désigner un médiateur, s'il n'est pas ensuite tenu compte de sa proposition. Dans un compromis, les deux parties se font toujours des concessions. Cette procédure, telle qu'elle est exposée dans le projet, ne fait qu'encourager l'obstination de gestionnaires intransigeants.

Art. 19.

1) Remplacer le § 1^{er} par ce qui suit :

« § 1^{er}. La procédure prévue aux articles 15 à 18 peut, sur proposition du gestionnaire ou du conseil médical, être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le conseil médical, à condition que le conseil médical ou le gestionnaire marque son accord par écrit ».

JUSTIFICATION

Nous ne voyons pas pourquoi le conseil médical ne pourrait pas, lui aussi, demander l'application de cette procédure de concertation, d'autant plus que celle-ci donne déjà satisfaction dans plusieurs hôpitaux.

2) Au § 2, remplacer les mots « par le conseil médical » par les mots « par la direction du conseil médical ».

JUSTIFICATION

Voir la justification de notre amendement à l'article 12.

Art. 20.

Au § 2, supprimer le deuxième alinéa.

JUSTIFICATION

Il est inacceptable de tirer parti de la phénothèse de jeunes médecins en quête de travail pour leur imposer des conditions plus défavorables qu'à leurs aînés et les dresser les uns contre les autres sur le plan financier.

Art. 23.

Remplacer le § 2 par ce qui suit :

« § 2. Si un hôpital applique plus d'un des systèmes de rémunération susmentionnés, le médecin a le droit de choisir lui-même son système ou de modifier son choix. Le choix du système ou une modification de ce choix fait l'objet d'un accord écrit entre le médecin et le gestionnaire. Le système ainsi choisi est porté à la connaissance du conseil médical ».

VERANTWOORDING

De huidige plethora aan jonge artsen mag aan de beheerder de gelegenheid niet bieden om het voor de instelling meest gunstige financiële statuut op te dringen.

Art. 24.

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Met het bestuur van het Belgisch verbond van ziekenhuisartsen ga ik akkoord dat hoe dan ook aan de geneesheer de centrale rol in de geneeskundige verzorging moet worden toegewezen en dat de honoraria eraan verbonden eigendom zijn van de geneesheren.

De transparantie van de inkomsten wil zeggen dat de directie zeer juist weet hoeveel het exact inkomen bedraagt van de geneesheren. In alle andere vrije beroepen heeft alleen de fiscus een juiste inzage in dit inkomen. Dit zal nu algemeen geweten worden door al de personeelsleden van het ziekenhuis en zelfs ver daarbuiten. Welke waarborg hebben de artsen hier op geheimhouding?

De Orde van de geneesheren heeft steeds voorgehouden dat het ereloon toebehoort aan de geneesheren en dat slechts een vergoeding mag worden aangerekend voor werkelijk gemaakte onkosten. Vanwaar plots deze veranderingen van houding? Zou de verstrengeling tussen syndicaten en Orde van geneesheren hierbij geen rol hebben gespeeld?

Wanneer de inkomsten hoger zijn dan door de directie vermoed, zal er een continu gepingel plaatsgrijpen om steeds meer onkosten in rekening te brengen. Waarom dan ook geen zuiver honorarium, liever dan dit eeuwig geredetwist over procenten, wat nadien alleen aanleiding geeft tot overconsumptie, dikwijls zelfs onder impuls van de beheerder?

Wanneer van de ene kant misschien een bijkomende waarborg met betrekking tot de naleving van de verbintenistarieven ten aanzien van de patiënten van het ziekenhuis wordt ingebouwd, zien we van de andere kant dat de controle van de patiënt op de geleverde prestaties wegvalt, vooral nu aan de centrale inning een veralgemening van de derde betaler zal worden toegevoegd ingevolge de recente richtlijnen van de ziekenfondsen over het verplicht gebruik van magneetbanden. Meer dan ooit zal dit het toenemen van de misbruiken in de hand werken. De ervaring heeft ons geleerd dat geen enkele zuil vies is van deze misbruiken en menig arts werd hiervoor reeds vervolgd.

Iedereen heeft de mond vol van mentaliteitswijziging en het nemen van meer verantwoordelijkheid zowel van patiënten als van dokters. Waar blijft hier de financiële verantwoordelijkheid van de patiënt?

Het is eenvoudigweg een aanmoediging van de bestaande misbruiken zonder enige vorm van sanering.

Ook zal het leiden tot de afdanking van heel wat hulpkrachten bij de dokters zelf die nu een *part of fulltime* secretaresse in dienst hebben voor het innen van deze honoraria in derde betalende bij de ziekenfondsen zelf.

En daar waar de centrale inning gebeurt door de beheerder zelf, gaat het niet om een 3de doch om een 4de betaler met nadien de klassieke discussies over het te laat of het niet uitvoeren van verplichte betalingen.

Ook doen zich nu reeds veel problemen voor bij het opsporen van de verzekerden wegens onvolledige of niet correcte gegevens verstrekt door het ziekenfonds betreffende de verzekerden zodat de computergegevens totaal verkeerd zijn.

Tevens zal het ziekenfonds meer interesten moeten betalen voor laattijdige betalingen aan de geneesheren die zich verbonden hebben om al hun activiteiten in derde betalende uit te voeren.

Het zogenaamd beoogde doel, namelijk het vormen van een geschikt instrument van waaruit een correct inzicht kan worden bekomen inzake de aard en de omvang van de in het ziekenhuis verstrekte medische dienstverlening, kan evengoed worden bekomen door al de geneesheren een individueel computernummer en een ziekenhuiscomputernummer op te leggen.

Samen met de derdebetalersregeling heeft het alleen tot doel om het geneeskorenkorps volledig te onderwerpen aan de macht, ook de financiële macht, van de beheerder en de ziekenfondsen. Het is de eerste en beslissende stap tot de afbouw van de vrije geneeskunde in de ziekenhuissector om te komen tot een groep gezondheidswerkers met bedieningsstatuut of een nationalisatie van deze tak van de geneeskunde.

Op het eerste gezicht lijkt dit artikel goed bedoeld en onschuldig, doch wanneer men de bedoelingen kent die er achter schuilen, is het zonder meer verwerpelijk.

JUSTIFICATION

La pléthore actuelle de jeunes médecins ne doit pas être mise à profit par l'institution pour imposer le statut qui lui est le plus favorable au plan financier.

Art. 24.

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

A l'instar de la Fédération belge des médecins hospitaliers, j'estime qu'en tout état de cause, il convient de confier au médecin le rôle central en matière de soins médicaux et que les honoraires liés à ces soins sont la propriété des médecins.

La transparence des revenus signifie que la direction sait très précisément à combien se monte le revenu des médecins. Dans toutes les autres professions libérales, seul le fisc a une connaissance exacte de ce revenu. Or le revenu des médecins sera maintenant connu de tout le personnel de l'hôpital et peut-être même bien au delà de l'hôpital. Quelle garantie les médecins conservent-ils en matière de secret?

L'ordre des médecins a toujours soutenu que les honoraires revenaient aux médecins et que l'on ne pouvait compter d'indemnité que pour les frais réels. D'où vient ce changement subit d'attitude? Les liens entre syndicats et Ordre des médecins auraient-ils joué un rôle en la matière?

Lorsque les revenus seront plus élevés que ne le suppose la direction, cela entraînera un marchandage incessant pour prendre en compte des frais sans cesse plus nombreux. Pourquoi dès lors ne pas fixer des honoraires déterminés une fois pour toutes plutôt que de discuter éventuellement de pourcentages, ce qui ne peut aboutir qu'à une surconsommation, parfois même sous l'impulsion du gestionnaire.

S'il se peut que la nouvelle réglementation offre une garantie supplémentaire en matière de respect des tarifs de l'engagement vis-à-vis des patients de l'hôpital, force est de constater par ailleurs que le contrôle du patient sur les prestations fournies disparaît, d'autant plus qu'à la perception centrale s'ajoutera une généralisation du tiers payant par suite des récentes directives des mutualités relatives à l'obligation d'utiliser des bandes magnétiques. Ce système permettra plus que jamais la multiplication des abus. L'expérience nous a appris qu'aucun groupe d'intérêts n'était exempt de ces abus et de nombreux médecins ont déjà été poursuivis pour cette raison.

Chacun parle de modification des mentalités et de la prise de plus de responsabilités tant de la part des patients que de la part des médecins. Où est, en l'occurrence, la responsabilité financière du patient?

Cette nouvelle réglementation ne fera qu'encourager les abus existants sans introduire une quelconque forme d'assainissement.

Cela entraînera également de nombreux licenciements parmi le personnel auxiliaire des médecins qui occupent actuellement une secrétaire à temps plein ou à mi-temps pour la perception de ces honoraires en tiers payant auprès des mutualités elles-mêmes.

Et lorsque la perception centrale sera effectuée par le gestionnaire lui-même, il ne s'agira plus d'un troisième, mais bien d'un quatrième payeur, ce qui entraînera les discussions classiques au sujet de l'exécution tardive ou de la non-exécution des paiements obligatoires.

De nombreux problèmes se posent également dès à présent lors de la recherche des assurés lorsque la mutualité a fourni des données incorrectes ou incomplètes à propos de ces assurés, de sorte que les données informatiques sont totalement faussées.

Les mutualités devront en outre payer plus d'intérêts en cas de paiements tardifs aux médecins qui se sont engagés à appliquer le système du tiers payant à toutes leurs activités.

L'objectif prétendument poursuivi, à savoir l'établissement d'un instrument adéquat permettant de se faire une idée correcte de la nature et de l'importance des prestations médicales fournies dans l'hôpital, peut tout aussi bien être atteint en imposant un numéro informatique à l'hôpital et un numéro informatique individuel à tous les médecins.

S'ajoutant au système du tiers payant, la nouvelle réglementation n'a pour but que de soumettre totalement le corps médical au pouvoir, y compris au pouvoir financier, du gestionnaire et des mutualités. Cette mesure constitue un premier pas décisif vers le démantèlement de la médecine libre dans le secteur hospitalier et la création d'un groupe de travailleurs de la santé ayant un statut d'employés ou la nationalisation de cette branche de la médecine.

A première vue, cet article semble anodin et paraît s'inspirer d'intentions louables, mais lorsque l'on en connaît les motivations profondes, on ne peut que le rejeter.

Art. 25.

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Als men tegen de centrale inning is, kan men onmogelijk de organisatie ervan goedkeuren. Derhalve, van nu af wens ik reeds te waarschuwen tegen de problemen die gaan rijzen in verband met de betalingen.

Welk verhaal b.v. hebben de geneesheren tegen niet of laattijdig uitbetalen van hun ereloon? Wie gaat b.v. de intresten betalen voor de bedragen die niet tijdig worden betaald en voor dewelke ingevolge dit artikel vanaf het verstrijken van die termijn wettelijke intrest (deze van de A.S.L.K. of van een andere instelling?) verschuldigd is zonder dat een inmorastelling door de betrokken geneesheer vereist is? Vallen deze intresten ten laste van het ziekenhuis, de ziekenfondsen of het RIZIV?

En wie keert de aan de geneesheer verschuldigde bedragen uit wanneer de patiënt of zijn derde betaler in gebreke blijft? Moet de geneesheer aan wie de centrale inning wordt opgelegd, de gevolgen ondergaan van de nalatigheid van patiënten en derde betalers? Wat gebeurt er indien de beheerder alle stukken betreffende de inning zelf, in voorkomend geval de betaling en de inhouding, niet of niet tijdig ter beschikking stelt van de voorzitter of een afgevaardigd lid van de medische raad? En moet er geen termijn worden bepaald voor deze terbeschikkingstelling?

Dezelfde vraag moet worden gesteld wanneer alle verantwoordingsstukken voor de verrichtingen die elke betrokken geneesheer aanbelangen, niet om de 3 maanden worden ter beschikking gesteld.

Met andere woorden, een hele reeks zeer praktische vragen waarop geen antwoord wordt gegeven in dit artikel.

Art. 26.

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Als men de centrale inning verwerpt voor de beheerder, moet men ze ook verwerpen voor de geneesheren daar praktisch dezelfde bezwaren gelden en zich onder meer ook dezelfde vragen stellen voor de geneesheren die ik in artikel 25 stelde voor de beheerder, onder meer inzake het niet of eventueel laattijdig uitbetalen van de verschuldigde bedragen, het betalen van intresten en het gebrek aan toezicht.

Art. 27.

A. — In hoofddeorde:

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Als men gekant is tegen de centrale inning, kan men ook de boekhoudkundige regels niet aanvaarden.

B. — In bijkomende orde:

Dit artikel vervangen door de volgende tekst:

« Art. 27. — De Koning, de Vlaamse Executieve en de Executieve van de Franse Gemeenschap, ieder wat hem betreft, kan nadere regels, met inbegrip van eenvormige boekhoudkundige regels, stellen ter uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 ».

VERANTWOORDING

Krachtens de artikelen 59bis van de Grondwet en 5 van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de uitvoering van de in het ontwerp vervatte organieke bepalingen. Ten einde enerzijds elk bevoegdheidsconflict en anderzijds elk belangenconflict naar aanleiding van de toepassing van de wet te voorkomen, dienen de Gemeenschappen betrokken te worden bij de uitwerking van de normen en bij de keuze van de krachtens die wet te treffen maatregelen.

Art. 29.

A. — In hoofddeorde:

Dit artikel weglaten.

Art. 25.

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

On ne peut à la fois être opposé au principe de la perception centrale et en approuver l'organisation. C'est pourquoi je voudrais dès à présent souligner les problèmes qui pourraient se poser au niveau des paiements.

Quel recours auraient par exemple les médecins, dans le cas où leurs honoraires leur seraient payés tardivement ou pas du tout? Qui paierait les intérêts pour les montants qui n'auraient pas été payés à temps et pour lesquels, en vertu du présent article, un intérêt légal serait dû à l'expiration du délai sans qu'une mise en demeure de la part du médecin concerné ne soit nécessaire (celui pratiqué par la C.G.E.R. ou par une autre institution)? Ces intérêts sont-ils à charge de l'hôpital, des mutuelles ou de l'INAMI?

Et qui paierait les montants dus aux médecins dans le cas où le patient ou son tiers payant resterait en défaut? Le médecin à qui l'on impose la perception centrale doit-il subir les conséquences de la négligence des patients et des tiers payants? Que se passerait-il au cas où le gestionnaire ne mettrait pas tous les documents relatifs à la perception même et, le cas échéant, au paiement et à la retenue, à la disposition du président ou d'un membre délégué du conseil médical ou au cas où il ne le ferait pas en temps voulu? Ne conviendrait-il pas de fixer un délai pour cette mise à disposition?

La même question se poserait dans le cas où tous les documents justificatifs relatifs aux prestations des médecins concernés ne seraient pas mis à disposition tous les trois mois.

En d'autres termes, il y a toute une série de questions pratiques auxquelles le présent article n'apporte aucune réponse.

Art. 26.

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Si l'on rejette la perception centrale pour le gestionnaire, il faut aussi la rejeter pour les médecins, étant donné qu'on peut y opposer les mêmes objections et que l'on peut se poser les mêmes questions, en ce qui concerne les médecins, que celles que j'ai posées dans le cadre de mon amendement à l'article 25 à propos du gestionnaire, notamment en ce qui concerne le non-paiement ou le paiement tardif des montants dus, le paiement d'intérêts et l'absence de contrôle.

Art. 27.

A. — En ordre principal:

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Ces règles de comptabilité paraîtront nécessairement inacceptables à toute personne opposée au système de la perception centrale.

B. — En ordre subsidiaire:

Remplacer cet article par ce qui suit:

« Art. 27. — Le Roi, l'Exécutif flamand et l'Exécutif de la Communauté française peuvent, chacun pour ce qui le concerne, fixer des modalités d'exécution des articles 24, 25 et 26, en ce compris des règles uniformes de comptabilité ».

JUSTIFICATION

Les communautés sont compétentes, en vertu de l'article 59bis de la Constitution et de l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles, pour l'exécution des dispositions organiques figurant dans le projet. Afin d'éviter tout conflit de compétence et tout conflit d'intérêts à l'occasion de l'application de la loi, les Communautés doivent être associées à l'élaboration des normes et au choix des mesures à prendre en vertu de cette loi.

Art. 29.

A. — En ordre principal:

Supprimer cet article.

VERANTWOORDING

Als men tegen de centrale inning gekant blijft, kan men ook de aanwending van de bedragen van de centraal geïnde honoraria niet goedkeuren.

B. — In bijkomende orde :

1) a) In eerste bijkomende :

Paragraaf 1, 3°, weglaten.

VERANTWOORDING

Als verdediger van het zuiver ereloon meen ik dat deze kosten zouden moeten worden vergoed door de verpleegdagprijzen.

b) In tweede bijkomende orde :

Paragraaf 1, 3°, vervangen door wat volgt :

« 3° de dekking van de kosten veroorzaakt door de werking van elke specifieke dienst afzonderlijk. »

VERANTWOORDING

Indien men dit principe aanvaardt, is het normaal dat de beheerder de kosten van de geneesheren in rekening brengt die hij maakt voor hun specifieke dienst en die niet vergoed worden door de verpleegdagprijzen zoals de afschrijving van de door hem aangekochte apparatuur, de personeels- en onderhoudskosten, de werkingskosten en de huur van de gebruikte lokalen.

2) Paragraaf 1, 4°, weglaten.

VERANTWOORDING

Deze paragraaf is een andere maatregel die zal aanleiding geven tot conflictsituaties in praktisch alle ziekenhuizen van het land daar hij kan vergeleken worden met het wetsontwerp inzake de betaling van de tekorten van de openbare ziekenhuizen door de gemeentebesturen. Hier ging het op 10 jaar van 500 miljoen naar 8 miljard zonder verhaal of enige noemenswaardige inspraak van de betrokken gemeentebesturen, in zover zelfs dat de betrokken Minister verplicht werd maatregelen te nemen om deze toestand te saneren.

Als men weet dat de Minister, in zijn inleidende uiteenzetting op woensdag 8 mei 1985, verklaarde dat door dit wetsontwerp de meerderheid recht heeft een deel van het honorarium van de arts die in het ziekenhuis werkt in te houden voor het financieren van de kosten die niet in de ligdagprijzen zijn begrepen of zelfs voor de financiering van het ziekenhuis en de medische aspecten *tout court*, dan kan er geen twijfel meer bestaan over hetgeen dit artikel tot gevolg zal hebben.

Ook de vereniging van de openbare verzorgingsinstellingen laat er in haar schrijven van 30 oktober 1984, gericht aan de heren senatoren en volksvertegenwoordigers, op bladzijde 2, alinea's 2 en 3, geen twijfel over bestaan dat het van plan is voor de sanering van hun ziekenhuisbegroting vooral het medisch korps te doen opdraaien al was het maar om de moedergemeente geen zwaardere lasten te doen dragen.

Ook het caritasverbond der verzorgingsinstellingen is de mening toegedaan dat de financiële regelingen haar zwaar liggen. Zij klaagt over de ontvreemding van beheersbevoegdheid doch is van oordeel dat zij nog meer zou moeten kunnen doen aan ontvreemding van honoraria.

Derhalve, intussen gebeurde reeds wat velen hadden voorspeld. De O.C.M.W.-ziekenhuizen probeerden een stuk van hun deficit af te wentelen op de geneesheren. Niet alleen brandschatten zij de medisch-technische diensten, doch ook de andere geneesheren moeten meer en meer afdragen.

Dit artikel en de centrale inning met de praktisch onafwendbare, verplichte derdebetalersregeling zullen nu alle ziekenhuizen, zowel de openbare als de vrije, de wettelijke instrumenten verschaffen om hun tekorten volledig op de geneesheren af te wentelen.

Wat zal er nog overblijven van de verdere verplichte saneringen in de openbare sector? En de vrije ziekenhuizen, die met ledige ogen de O.C.M.W.-ziekenhuizen aankijken omdat ze hun tekorten bij de gemeentebesturen konden gaan halen, zullen geen ogenblik aarzelen om mee in de geneesherenscalpendans te springen en meer dan ooit zal de jacht op de honoraria van de geneesheren worden geopend.

En welk verweer hebben de dokters tegen deze aanslag? Zouden de advocaten er misschien mee akkoord gaan dat een deel van hun honoraria worden gebruikt om de gerechtshoven in stand te houden? Gaan de journalisten er misschien mee akkoord dat hun middelen worden afgeroomd voor de instandhouding van hun dagblad? Derhalve is er een arbeiderssyndicaat dat zich nog zou durven vertonen voor zijn arbeiders indien het dergelijke ongunstige voorwaarden voor hun had bedongen?

JUSTIFICATION

Si l'on est opposé à la perception centrale des honoraires, il est impossible d'approuver l'affectation des honoraires perçus de façon centrale.

B. — En ordre subsidiaire :

1) a) En premier ordre subsidiaire :

Supprimer le § 1^{er}, 3°.

JUSTIFICATION

Comme défenseur des honoraires nets, j'estime que ces frais devraient être financés par le prix de la journée d'entretien.

b) En deuxième ordre subsidiaire :

Remplacer le § 1^{er}, 3°, par ce qui suit :

« 3° à la couverture des frais occasionnés par le fonctionnement de chaque service spécifique séparément; »

JUSTIFICATION

Si l'on accepte ce principe, il est normal que le gestionnaire mette à charge des médecins les frais qu'il fait pour leur service spécifique et qui ne sont pas financés par le prix de la journée d'entretien, tels que l'amortissement des appareils qu'il a achetés, les frais de personnel et d'entretien, les frais de fonctionnement et le loyer des locaux utilisés.

2) Supprimer le § 1^{er}, 4°.

JUSTIFICATION

Ce paragraphe constitue une autre mesure qui donnera lieu à des situations conflictuelles dans pratiquement tous les hôpitaux du pays, car il peut être comparé au projet de loi relatif au paiement des déficits des hôpitaux publics par les administrations communales. Le montant payé par celles-ci est passé, en 10 ans, de 500 millions à 8 milliards, et ce sans possibilité de recours ni concertation digne de ce nom, à tel point même que le Ministre concerné a été obligé de prendre des mesures afin d'assainir cette situation.

Lorsque l'on sait que le Ministre a déclaré, dans son exposé introductif du 8 mai 1985, que ce projet de loi donnait à la majorité le pouvoir de retenir une partie des honoraires du médecin travaillant à l'hôpital, et ce pour le financement des frais non inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation, voire pour le financement de l'hôpital et des aspects médicaux tout court, il ne peut y avoir aucun doute quant aux conséquences qu'entraînera cet article.

L'Association des établissements publics de soin, dans une lettre du 30 octobre 1984 adressée aux sénateurs et aux députés, et plus précisément à la page 2, alinéas 2 et 3, n'a également laissé planer aucun doute sur son intention de faire supporter l'assainissement de leur budget hospitalier par le corps médical, ne fût-ce que pour ne pas imposer de charges trop lourdes à la concurrence concernée.

La Fédération des institutions hospitalières Caritas Catholica est également mécontente des réglementations financières. Elle se plaint d'être privée de sa compétence en matière de gestion, mais estime qu'elle devrait pouvoir faire davantage en matière d'aliénation des honoraires.

Dès lors, ce que de nombreuses personnes avaient prédit s'est entre-temps produit. Les hôpitaux des C.P.A.S. ont tenté de faire supporter une partie de leur déficit par les médecins. Non contents de rançonner les services médico-techniques, ils mettent aussi de plus en plus les autres médecins à contribution.

Cet article ainsi que la perception centrale, associé presque inévitablement au régime du tiers payant, permettent à présent à tous les hôpitaux, tant publics que privés, de faire supporter en toute légalité, l'intégralité de leur déficit par les médecins.

Que subsistera-t-il des obligations d'assainissement dans le secteur public? Et les hôpitaux libres, qui enviaient les hôpitaux des C.P.A.S. de pouvoir faire supporter leur déficit par les communes n'hésiteront pas un instant à se joindre au mouvement et à ouvrir la chasse aux honoraires médicaux.

Et comment les médecins pourraient-ils se défendre contre cette agression? Les avocats accepteraient-ils qu'une partie de leurs honoraires soit affectée au maintien des cours et tribunaux? Les journalistes accepteraient-ils un écrêtement de leurs salaires afin d'assurer la survie de leur journal? Il y a-t-il d'ailleurs un syndicat de travailleurs qui oserait paraître devant ses adhérents après avoir accepté des conditions aussi défavorables pour le compte de ses membres?

3) a) In eerste bijkomende :
Paragraaf 3 weglaten.

VERANTWOORDING

Als verdediger van het zuiver ereloon menen wij dat deze kosten moeten vergoed worden door de verpleegdagprijs.

b) In tweede bijkomende orde :
Paragraaf 3 vervangen door wat volgt :

« § 3. De inningsdienst past daarenboven op de geïnde bedragen een inhouding toe ter dekking van de kosten veroorzaakt door de werking van elke specifieke dienst afzonderlijk die worden vastgesteld in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad zoals bepaald in artikel 20 ».

4) a) In eerste bijkomende :
Paragraaf 4 weglaten.

VERANTWOORDING

Zie *supra*.

b) In tweede bijkomende orde :
Paragraaf 4 vervangen door wat volgt :

« § 4. Over de inhoudingen die in procenten kunnen worden uitgedrukt en de aanwending ervan, wordt beslist in onderlinge overeenstemming tussen de medische raad en de beheerder. »

Art. 30.

Dit artikel weglaten.

VERANTWOORDING

Zoals hierboven reeds uiteengezet, is het wettelijk verplichtend maken van de centrale inning, alhoewel het reeds op zeer veel plaatsen wordt toegepast, voor de technische prestaties verwerpelijk omdat het zal aanleiding geven tot zeer veel conflictsituaties die nu juist door deze wettelijke bepalingen worden geïnstitutionaliseerd.

Art. 31.

1) Paragraaf 2 vervangen door wat volgt :

« § 2. In afwijking van artikel 24 kan de geneesheer die bij de inwerkingtreding van deze wettelijke bepalingen sedert ten minste 15 jaar zijn praktijk in een aan deze wet onderworpen ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honorarium volledig of gedeeltelijk in derde betalende int, deze honoraria blijven innen voor zover hij kan bewijzen door de loonstaten en de inningsformulieren, dat hij hiervoor speciaal een personeelslid in dienst heeft. Hij betekent zijn voornemen binnen de 3 maanden na de datum van inwerkingtreding van de wet aan de beheerder en de medische raad ».

VERANTWOORDING

Deze verandering wordt voorgesteld opdat de zovele medische secretaressen in dienst van oudere dokters, wat veronderstelt dat ze meestal zelf reeds een bepaalde leeftijd hebben, hun job niet zouden verliezen. Niet alleen worden ze moeilijk te plaatsen omwille van hun leeftijd, doch veelal zullen ze het ook moeilijk hebben om zich aan te passen aan de moderne werkmethode, o.m. het werken met magneetbanden.

Dus alleen reeds om sociale redenen en vooral in deze periode van hoge werkloosheid is deze maatregel geïndiceerd. Het is een verkeerde werkwijze om de instemming van de medische raad te vragen daar dit alleen ruzies gaat creëren : de jongere collega's zullen geen afwijking willen voor de ouderen, ten eerste om principiële redenen, ten tweede om financiële redenen daar ze terecht de mening zullen toegedaan zijn dat de centrale inning goedkoper wordt naargelang er meer geneesheren zijn toegetreden.

2) A. — In hoofdde :
Paragraaf 3 weglaten.

3) a) En premier ordre subsidiaire :
Supprimer le § 3.

JUSTIFICATION

Défenseur des honoraires nets, nous estimons que ces frais devraient être couverts par le prix de la journée d'hospitalisation.

b) En deuxième ordre subsidiaire :
Remplacer le § 3 par ce qui suit :

« § 3. En outre, le service de perception applique aux montants perçus une retenue pour la couverture des frais occasionnés par le fonctionnement spécifique de chaque service et fixés de commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical comme prévu à l'article 20 ».

4) a) En premier ordre subsidiaire :
Supprimer le § 4.

JUSTIFICATION

Voir plus haut.

b) En deuxième ordre subsidiaire :
Remplacer le § 4 par ce qui suit :

« § 4. Les retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et l'affectation de celles-ci font l'objet d'une décision prise de commun accord par le conseil médical et le gestionnaire. »

Art. 30.

Supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, il est inadmissible d'imposer par la loi la perception centrale des honoraires, bien que celle-ci soit appliquée en de nombreux endroits pour les prestations techniques, parce cette mesure donnera lieu à d'innombrables situations conflictuelles que ces dispositions légales contribuent précisément à institutionnaliser.

Art. 31.

1) Remplacer le § 2 par ce qui suit :

« § 2. Par dérogation à l'article 24, le praticien qui, au moment de l'entrée en vigueur des présentes dispositions légales, exerce depuis quinze ans au moins dans une institution soumise à la présente loi et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires ou une partie de ceux-ci par le système du tiers payant, peut continuer à les percevoir lui-même pour autant qu'il puisse prouver, par des fiches de salaire et des formulaires de perception, qu'il emploie spécialement à cette fin un membre du personnel. Il signifie ses intentions au gestionnaire et au Conseil médical dans les trois mois de la date d'entrée en vigueur de la présente loi ».

JUSTIFICATION

Cette modification est proposée afin d'éviter que de nombreuses secrétaires médicales au service de médecins âgés, ce qui suppose qu'elles aient déjà atteint le plus souvent aussi un certain âge, ne perdent leur emploi. Il leur sera difficile de trouver un autre emploi, non seulement à cause de leur âge, mais surtout parce qu'elles éprouveront des difficultés à s'adapter aux méthodes modernes de travail, par exemple l'usage des bandes magnétiques.

Cette mesure est indiquée ne fût-ce que pour des raisons sociales, surtout en cette période de chômage important. Demander l'assentiment du conseil médical constitue une mesure erronée, car elle ne provoquera que des disputes : les collègues plus jeunes ne voudront pas accorder de dérogation à leurs aînés, tout d'abord pour des raisons de principe, et ensuite pour des motifs financiers, car ils estimeront à juste titre que la perception centrale est d'autant meilleur marché que le nombre de médecins y adhérent est élevé.

2) A. — En ordre principal :
Supprimer le § 3.

VERANTWOORDING

Gezien in de medische raad veel andere problemen dan financiële worden besproken, zie ik niet goed in waarom een geneesheer die zelf zijn honoraria blijft innen, geen deel zou mogen uitmaken van de medische raad.

B. — In bijkomende orde:

Paragraaf 3 vervangen door wat volgt:

« § 3. In afwijking van artikel 12 is de geneesheer die zijn honoraria met toepassing van § 2 zelf blijft innen, niet verkiesbaar als bestuurslid van de medische raad ».

VERANTWOORDING

Indien men de centrale inning als noodzakelijke voorwaarde stelt voor een volledige integratie in het ziekenhuis, zou men kunnen stellen dat de geneesheren niet volledig geïntegreerd zijn en dus moeilijk mee kunnen onderhandelen.

Art. 32.

Dit artikel aanvullen met de volgende woorden: « op voorwaarde dat de geneesheren een minimumloon hebben dat beantwoordt aan het loon van de geneesheer met dezelfde graad in dienst van de Staat ».

VERANTWOORDING

Dit moet voorkomen dat, ingevolge het overaanbod aan geneesheren, jongere collega's zouden worden uitgebuit en aan het werk gesteld beneden dit minimumloon.

Art. 33.

Dit artikel vervangen door de volgende tekst:

« Art. 33. — Over alle uitvoeringsbesluiten en toepassingsmaatregelen van deze wet die niet tot de normatieve bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren, wordt het advies ingewonnen van de Vlaamse Executieve, de Executieve van de Franse Gemeenschap en de Ministers die bevoegd zijn voor de bicommunautaire aangelegenheden, ieder wat hem betreft, evenals van de Nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen ».

VERANTWOORDING

Krachtens de artikelen 59bis van de Grondwet en 5 van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de uitvoering van de in het ontwerp vervatte organieke bepalingen. Ten einde enerzijds elk bevoegdheidsconflict en anderzijds elk belangenconflict naar aanleiding van de toepassing van de wet te voorkomen, dienen de Gemeenschappen betrokken te worden bij de uitwerking van de normen en bij de keuze van de krachtens die wet te treffen maatregelen.

Art. 34.

De verwijzing naar afdeling II weglaten.

VERANTWOORDING

Ingevolge mijn principiële stellingname tegen de wettelijk verplichte centrale inning, kan ik deze beperking onmogelijk aanvaarden.

Art. 38.

In § 1, het 5° en 7° weglaten.

VERANTWOORDING

Dit amendement vloeit voort uit mijn principiële stellingname tegen de centrale inning en de vooropgestelde normen van aanwending van de centrale geïnde honoraria.

J. VALKENIERS.

JUSTIFICATION

Le conseil médical examinant de nombreux problèmes autres que financiers, je ne vois pas très bien pourquoi le médecin qui continue à percevoir lui-même ses honoraires ne pourrait pas faire partie du conseil médical.

B. — En ordre subsidiaire:

Remplacer le § 3 par ce qui suit:

« § 3. Par dérogation à l'article 12, le médecin qui, en application du § 2, continue à percevoir lui-même ses honoraires, n'est pas éligible comme membre directeur du conseil médical. »

JUSTIFICATION

Si on estime que la perception centrale constitue une condition nécessaire à l'intégration complète dans l'hôpital, on pourrait affirmer que ces médecins ne sont pas totalement intégrés, et peuvent donc difficilement participer à des négociations.

Art. 32.

Compléter cet article par ce qui suit: « à condition que les médecins bénéficient d'un salaire minimum équivalent à celui du médecin des services publics, revêtus du même grade ».

JUSTIFICATION

Cet ajout a pour but d'éviter que de jeunes collègues ne soient, en raison de l'offre excessive de médecins, exploités et engagés à un salaire inférieur à ce minimum.

Art. 33.

Remplacer cet article par la disposition suivante:

« Art. 33. — L'avis de l'Exécutif flamand, de l'Exécutif de la Communauté française et des Ministres compétents pour les matières bicommunautaires, chacun en ce qui le concerne, ainsi que de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, est demandé sur tous les arrêtés et mesures d'exécution de la présente loi qui ne relèvent pas de la compétence normative des communautés ».

JUSTIFICATION

En vertu des articles 53bis de la Constitution et 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes pour l'exécution des dispositions organiques du présent projet. Afin d'éviter d'une part tout conflit de compétence et d'autre part tout conflit d'intérêt au sujet de l'application de la présente loi, les communautés doivent être associées à l'élaboration des normes et au choix des mesures à prendre en vertu de la présente loi.

Art. 34.

Supprimer la référence à la section II.

JUSTIFICATION

Il m'est impossible d'accepter cette restriction eu égard à ma prise de position contre le principe même de l'obligation légale de la perception centrale.

Art. 38.

Supprimer, à l'alinéa 1^{er}, les 5° et 7°.

JUSTIFICATION

Cet amendement se fonde sur mon opposition au principe de la perception centrale et aux normes proposées pour l'affectation des honoraires perçus d'une façon centrale.