

BELGISCHE SENAAAT**ZITTING 1984-1985**

6 MAART 1985

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

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID EN HET LEEFMILIEU
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER **VERBIST**

INHOUDSOPGAVE

	Bladz.
I. Inleiding van de verslaggever	3
II. Inleidende uiteenzetting van de Minister van Sociale Zaken	5
III. Algemene bespreking	29
A. Bevoegdheid van het Nationaal Parlement	29
B. Inhoudelijke aspecten van het ontwerp	34
1. Het toepassingsgebied van de wet	34
2. Bedenkingen over het ontwerp als kaderwet	34
3. De integratie van de medische activiteit in de ziekenhuisactiviteit	35
4. Het belang van de patiënt	36
5. De besluitvorming in het ziekenhuis	37
6. De aanstelling van geneesheren in het ziekenhuis	38
7. Het probleem van de erelonen en de invoering van de centrale inning	39
8. De ziekenhuizen van het O.C.M.W.	41

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren Cuvelier, voorzitter; Bonmariage, Bossicart, Mevr. Coorens, de heren Coppens, De Baere, Degroeve, De Bremeaeker, de dames Hanquet, Herman-Michielsens, de heren Leclercq, Lowis, Poulain, de dames Remy-Oger, Smitt, de heren Sondag, Vandekerckhove, Vandermeulen, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze en Verbist, verslaggever.

Plaatsvervangers : de heren Claeys, Deleeck, De Seranno, Gevenois, Mevr. L. Gilliet, de heer Minet, Mevr. Panneels-Van Baelen, de heren Pouillet en Van Daele.

R. A 12972

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

653 (1983-1984) : N° 1 : Ontwerp van wet.

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1984-1985**

6 MARS 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

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE
L'ENVIRONNEMENT
PAR M. **VERBIST**

SOMMAIRE

	Pages
I. Introduction du rapporteur	3
II. Exposé introductif du Ministre des Affaires sociales	5
III. Discussion générale	29
A. Compétence du Parlement national	29
B. Contenu du projet	34
1. Le champ d'application de la loi	34
2. Considérations sur le projet en tant que loi-cadre	34
3. L'intégration de l'activité médicale à l'activité hospitalière	35
4. L'intérêt du patient	36
5. La prise de décisions à l'hôpital	37
6. Le recrutement des médecins à l'hôpital	38
7. Le problème des honoraires et l'instauration de la perception centrale	39
8. Les hôpitaux des C.P.A.S.	41

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. Cuvelier, président; Bonmariage, Bossicart, Mme Coorens, MM. Coppens, De Baere, Degroeve, De Bremeaeker, Mmes Hanquet, Herman-Michielsens, MM. Leclercq, Lowis, Poulain, Mmes Remy-Oger, Smitt, MM. Sondag, Vandekerckhove, Vandermeulen, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze et Verbist, rapporteur.

Membres suppléants : MM. Claeys, Deleeck, De Seranno, Gevenois, Mme L. Gilliet, M. Minet, Mme Panneels-Van Baelen, MM. Pouillet et Van Daele.

R. A 12972

Voir :

Document du Sénat :

653 (1983-1984) : N° 1 : Projet de loi.

	Bladz.		Pages
IV. <i>Artikelsgewijze bespreking</i>	42	IV. <i>Discussion des articles</i>	42
Tussen haakjes wordt vermeld het nummer van het artikel zoals het is opgenomen in de tekst door de Commissie goedgekeurd.		Entre parenthèses est mentionné le numéro de l'article tel qu'il figure dans le texte adopté par la Commission.	
Hoofdstuk I. — Toepassingsgebied	42	Chapitre I. — Champ d'application	42
Artikel 1 :		Article 1 ^{er} :	
Paragraaf 1 (artikel 2)	42	Paragraphe 1 ^{er} (article 2)	42
Paragraaf 2 (artikel 3)	43	Paragraphe 2 (article 3)	43
(artikel 5)	43	(article 5)	43
Hoofdstuk II. — Beleidsorganen en structurering van de medische activiteit	45	Chapitre II. — Organes de gestion et structuration de l'activité médicale	45
Afdeling I. — Beheer en directie	45	Section I. — Gestion et direction	45
Artikel 2 :		Article 2 :	
Paragraaf 1 (artikel 1)	45	Paragraphe 1 ^{er} (article 1 ^{er})	45
Paragraaf 2 (artikel 6)	50	Paragraphe 2 (article 6)	50
Paragraaf 3 (artikel 7)	50	Paragraphe 3 (article 7)	50
Afdeling II. — Structurering van het medisch werk in het ziekenhuis	53	Section II. — Structuration de l'activité médicale à l'hôpital	53
Artikel 3 (artikelen 8 en 9)	53	Article 3 (articles 8 et 9)	53
Hoofdstuk III. — Betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming	61	Chapitre III. — Association des médecins à la prise de décisions	61
Afdeling I. — De medische raad	61	Section I. — Conseil médical	61
Artikel 4 (artikel 10)	61	Article 4 (article 10)	61
Artikel 5 (artikelen 12 en 13)	62	Article 5 (articles 12 et 13)	62
Artikel 6 :		Article 6 :	
Paragraaf 1 (artikel 11)	65	Paragraphe 1 ^{er} (article 11)	65
Paragraaf 2 (artikel 14)	66	Paragraphe 2 (article 14)	66
Paragraaf 3 (artikel 15)	67	Paragraphe 3 (article 15)	67
Paragraaf 4 (artikel 16)	79	Paragraphe 4 (article 16)	79
Paragraaf 5 (artikelen 17 en 18)	80	Paragraphe 5 (articles 17 et 18)	80
Paragraaf 6 (geschrapt)	83	Paragraphe 6 (supprimé)	83
Afdeling II. — Samenspraak tussen beheerder en zie- kenhuisgeneesheren	92	Section II. — Concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers	92
Artikel 7 (artikel 19)	92	Article 7 (article 19)	92
Hoofdstuk IV. — Rechtsverhoudingen tussen het zieken- huis en de ziekenhuisgeneesheren	96	Chapitre IV. — Rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers	96
Artikel 8 (artikel 20)	96	Article 8 (article 20)	96
Artikel 9 (artikel 21)	98	Article 9 (article 21)	98
Artikel 10 (artikel 22)	99	Article 10 (article 22)	99
Hoofdstuk V. — Geldelijk statuut van de ziekenhuisge- neesheren	100	Chapitre V. — Statut pécuniaire du médecin hospitalier	100
Afdeling I. — De vergoedingsstelsels	100	Section I. — Systèmes de rémunération	100
Artikel 11 (artikel 23)	100	Article 11 (article 23)	100
Afdeling II. — Inning van de honoraria	101	Section II. — Perception des honoraires	101
Artikel 12 (artikelen 24 t/m 27)	101	Article 12 (articles 24 à 27)	101
Afdeling III. — Vaststelling van de honoraria	104	Section III. — Fixation des honoraires	104
Artikel 13 (artikel 28)	104	Article 13 (article 28)	104
Afdeling IV. — Aanwending van de centraal geïnde honoraria	108	Section IV. — Affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale	108
Artikel 14 (artikel 29)	108	Article 14 (article 29)	108
Afdeling V (nieuw). — Procedure	116	Section V (nouvelle). — Procédure	116
Artikel 14bis (nieuw) (artikel 30)	116	Article 14bis (nouveau) (article 30)	116
Hoofdstuk VI. — Overgangsbepalingen	116	Chapitre VI. — Dispositions transitoires	116
Artikel 15 (artikel 31)	116	Article 15 (article 31)	116
Artikel 16 (artikel 32)	122	Article 16 (article 32)	122
Hoofdstuk VII. — Slotbepalingen	123	Chapitre VII. — Dispositions finales	123
Artikel 17 (artikel 33)	123	Article 17 (article 33)	123
Artikel 18 (artikel 34)	124	Article 18 (article 34)	124
Artikel 19 (artikel 35)	124	Article 19 (article 35)	124
Artikel 20 (artikel 36)	125	Article 20 (article 36)	125
Artikel 21 (artikel 37)	125	Article 21 (article 37)	125
Artikel 22 (artikel 38)	125	Article 22 (article 38)	125
Artikel 23 (nieuw) (artikel 4)	125	Article 23 (nouveau) (article 4)	125
V. <i>Tekst aangenomen door de Commissie</i>	128	V. <i>Texte adopté par la Commission</i>	128
VI. <i>Concordantietabel</i>	144	VI. <i>Table de concordance</i>	144
VII. <i>Bijlagen</i>	146	VII. <i>Annexes</i>	146

I. INLEIDING VAN DE VERSLAGGEVER

Ik heb de eer hiermede verslag uit te brengen namens uw Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu.

Het komt mij voor dat ik met de grootste nauwkeurigheid en ook zo volledig mogelijk verslag moet uitbrengen nopens de besprekingen die in uw commissie werden gevoerd over het onderhavige ontwerp van wet.

Het belang van dit ontwerp zal niemand ontgaan.

1. Uw Commissie heeft 23 zittingen besteed aan de studie van dit ontwerp.

De grondigheid van de besprekingen en de bijzondere aandacht van uw Commissie aan het ontwerp besteed, moge wel blijken uit het feit dat slechts enkele artikelen ongewijzigd zijn voortgevloeid uit het debat in uw Commissie.

Vele artikelen hebben niet alleen tekstwijziging ondergaan, doch werden naar de grond gewijzigd. Bovendien werden sommige teksten herschikt en andere herverdeeld.

Het resultaat van de langdurige debatten heeft aanleiding gegeven tot het verbeteren van de overzichtelijkheid, de leesbaarheid en de coherentie van de tekst van het wetsontwerp.

2. Ik moet als zeer opmerkelijk feit aanstippen dat de Commissie in haar geheel met een positieve ingesteldheid aan de bespreking van dit belangrijk ontwerp is begonnen. De meeste leden van de Commissie hebben trouwens hun vreugde hierover geuit en bevestigd dat zij tijdens gans hun parlementaire carrière steeds hebben horen spreken over de noodzaak van een nieuwe aanpak van het ziekenhuisbeheer en vooral een wet op het statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

Het is voor niemand een onbekend feit dat de aanvaarding door het Parlement van een evenwichtig statuut voor de ziekenhuisgeneesheer een belangrijk element kan zijn in de bestendig evolutieve verhouding tussen enerzijds de overheid en anderzijds het ziekenhuisbeheer, de ziekenhuisgeneesheren en de ziekenfondsen.

Een ieder is het erover eens dat wij dringend toe zijn aan rechtszekerheid, voornamelijk wat betreft de verhouding tussen ziekenhuisbeheer en ziekenhuisgeneesheer.

Op het huidige ogenblik stelt men inderdaad een grote ondoorzichtigheid vast wat betreft deze verhouding. Het is niet langer aanvaardbaar dat de wetgever passief blijft toezien. Bij wet moet de basis gelegd worden om een oplossing te brengen aan de sinds jaren gestelde problematiek.

3. Eén van de meest fundamentele begrippen die aan de basis liggen van het huidige ontwerp is zonder enige twijfel dat de medische activiteit van de ziekenhuisgeneesheer moet beschouwd worden als een integrerende component van de activiteit van het ziekenhuis.

Het wetsontwerp wenst een einde te maken aan het voorbijgestreefd concept waarbij de opdracht van ziekenhuis en ziekenhuisgeneesheer principieel los van elkaar werden beschouwd en waarbij de taak van het ziekenhuis ten aanzien

I. INTRODUCTION DU RAPPORTEUR

J'ai l'honneur de faire rapport au nom de votre Commission de la Santé publique et de l'Environnement.

J'estime devoir faire rapport avec la plus grande précision et aussi d'une manière aussi complète que possible sur les discussions auxquelles le présent projet de loi a donné lieu en commission.

L'importance de ce projet n'échappera à personne.

1. Votre Commission a consacré 23 réunions à l'examen du projet.

Le fait que seuls quelques articles soient restés inchangés au terme du débat en commission témoigne du sérieux des discussions et de l'attention particulière que votre Commission a consacrée à ce projet.

Bien des articles ont été modifiés non seulement dans la forme mais aussi quant au fond. En outre, certains textes ont été remaniés et divisés différemment.

Les débats prolongés de la Commission ont eu pour résultat d'améliorer le texte du projet sur le plan de la structure, de la lisibilité et de la cohérence.

2. Je tiens à souligner le fait remarquable que la Commission toute entière a abordé la discussion de cet important projet dans un état d'esprit positif. La plupart de ses membres ont d'ailleurs exprimé leur satisfaction et confirmé que, tout au long de leur carrière parlementaire, ils ont toujours entendu affirmer la nécessité d'une nouvelle approche de la gestion hospitalière et surtout d'une loi sur le statut du médecin hospitalier.

Nul n'ignore que l'adoption, par le Parlement, d'un statut équilibré du médecin hospitalier peut être un élément important de l'évolution permanente des rapports entre les pouvoirs publics d'une part et la gestion de l'hôpital, les médecins hospitaliers et les mutualités d'autre part.

Chacun s'accorde à dire qu'il importe d'assurer d'urgence la sécurité juridique, surtout au niveau de la relation entre la gestion de l'hôpital et le médecin hospitalier.

A l'heure actuelle, on constate effectivement que cette relation manque absolument de transparence. On ne saurait admettre plus longtemps que le législateur s'abstienne d'intervenir. Il faut que la loi jette les bases de la solution d'une problématique qui se pose depuis des années.

3. Une des notions les plus fondamentales qui se trouve à la base du présent projet est sans aucun doute que l'activité médicale du médecin hospitalier doit être considérée comme faisant partie intégrante de l'activité de l'hôpital.

Le projet de loi entend mettre un terme au concept dépassé selon lequel la mission de l'hôpital et celle du médecin hospitalier s'envisagent en principe séparément, la tâche de l'hôpital à l'égard de l'activité médicale se résumant à fournir

van de medische activiteit werd herleid tot het ter beschikking stellen aan de geneesheer van een soort van onderdak voor het presteren van zijn geneeskundige activiteiten.

Zulk concept is in de huidige evolutie van het ziekenhuis als multidisciplinair centrum voor specialistische gezondheidszorg niet meer te handhaven.

Het is één van de fundamentele bedoelingen van het voorliggende ontwerp van wet om aan dit beginsel van integratie reële gestalte te geven.

4. Met grote zorg werd in het ontwerp gestreefd naar het juiste evenwicht inzake fundamentele beslissingen tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheer.

Daar waar het nodig was, heeft men in het ontwerp een procedure bepaald, die een einde moet maken aan een conflict tussen de beide partijen i.v.m. belangrijke beleidsopties in het ziekenhuis.

De Minister geeft er zich rekenschap van dat deze procedure aanleiding geeft tot kritische benadering en zelfs tot afkeuring. Het is nochtans zijn overtuiging dat de complexiteit van de procedure een zulkdanig afschrikwekkend effect zal hebben, dat men op deze procedure — ik denk aan artikel 6 van het ontwerp — geen beroep zal hoeven te doen maar dat men in de praktijk zal trachten tot een oplossing te komen die voortspuit uit volgehouden overleg en wederzijdse overtuiging.

Hij vergelijkt de betekenis van deze procedure met de alarmbelprocedure voor het Nationaal Parlement : de procedure is juridisch noodzakelijk maar verwacht wordt dat een conflictsituatie nooit zo ver wordt doorgedreven dat op de procedure een beroep moet worden gedaan.

5. De Minister heeft bij herhaling bevestigd dat het de bedoeling is met deze kaderwet of organieke wet een minimum aan eisen te stellen inzake ziekenhuisbeheer, wat betreft medische, juridische en financiële integratie.

De bedoeling is hoegenaamd niet ziekenhuizen, die op dat stuk reeds verder geëvolueerd zijn, af te remmen. De uitsluitende bedoeling is te eisen dat een minimum aan integratie voor alle ziekenhuizen van toepassing zou zijn. Men moet dit ontwerp van wet derhalve bekijken als een soort minimumprogramma en niet als een beknotting van de progressieve evolutie die zich reeds in verschillende ziekenhuizen in dit land heeft voorgedaan.

6. Bovendien wil de wetgever met dit ontwerp tegemoetkomen aan bepaalde feitelijke toestanden van dit ogenblik, waarover men zich deontologische zorgen zou kunnen maken.

Wij denken hierbij aan de procentgewijze vaststelling van het gedeelte van de erelonen van de ziekenhuisgeneesheren dat wordt aangewend voor het dekken van de kosten verbonden met de medische prestaties.

We denken ook aan de mogelijkheid van afhoudingen op de honoraria met het oog op een aanwending die ruimer is dan voor de eigenlijke directe kosten verbonden aan de me-

aux médecins l'hébergement nécessaire pour l'accomplissement de leurs activités médicales.

Un tel concept ne saurait être maintenu dans l'évolution actuelle qui fait de l'hôpital un centre multidisciplinaire de soins de santé spécialisés.

C'est un des objectifs fondamentaux du présent projet de loi que de concrétiser ce principe de l'intégration.

4. Le projet s'est efforcé avec beaucoup de soin de réaliser l'équilibre entre le gestionnaire de l'hôpital et le médecin hospitalier pour les décisions fondamentales.

Là où cela était nécessaire, le projet a prévu une procédure pour mettre un terme à un conflit entre les deux parties sur les options importantes concernant la conduite de l'hôpital.

Le Ministre réalise que cette procédure peut susciter la critique, voire la réprobation. Il est cependant convaincu que la complexité de la procédure aura un effet à ce point dissuasif — je pense à l'article 6 du projet — qu'il ne faudra pas y recourir et qu'on s'efforcera en pratique d'aboutir à une solution par une concertation persévérante et la persuasion réciproque.

Il compare la signification de cette procédure à la sonnette d'alarme pour le Parlement national : la procédure est indispensable juridiquement, mais on espère qu'une situation conflictuelle ne sera jamais poussée au point de devoir y recourir.

5. Le Ministre a confirmé à diverses reprises que le but de la présente loi-cadre ou loi organique est de soumettre la gestion hospitalière à un minimum d'exigences sur le plan de l'intégration médicale, juridique et financière.

Le but n'est nullement de freiner les hôpitaux qui en seraient déjà à un stade plus avancé. Le seul objectif est d'exiger qu'un minimum d'intégration s'applique à tous les hôpitaux. Ce projet de loi doit donc être considéré comme une sorte de programme minimum et non comme un coup d'arrêt à l'évolution progressive qui s'est déjà accomplie dans différents hôpitaux du pays.

6. De plus, par ce projet, le législateur apporte une réponse à certaines situations de fait actuelles, qui suscitent des inquiétudes sur le plan déontologique.

Nous pensons notamment à la fixation du pourcentage des honoraires des médecins hospitaliers qui est affecté à la couverture des frais afférents aux prestations médicales.

Nous pensons également à la possibilité d'opérer des retenues sur les honoraires en vue d'une affectation plus large que la couverture des frais en rapport direct avec

dische activiteit van de individuele arts of van de afzonderlijke dienst.

We denken tevens aan de mogelijkheid van aanwending van de honoraria voor doeleinden die verband houden met het bevorderen en instandhouden van de medische activiteit in het ziekenhuis als dusdanig.

Het lijkt ons een belangrijke stap in de goede richting dat voor de veelheid van omstandigheden en van toestanden in de veelheid van de ziekenhuizen van dit land een wettelijke basis wordt gegeven om dit probleem op te lossen.

**

Om al deze redenen en om nog veel andere redenen, die men zal vinden in het huidige verslag, was het de hoogste tijd dat men een wet zou maken op het ziekenhuisbeheer en dat men bovendien een wet zou maken over het statuut van ziekenhuisgeneesheer.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

1. De problematiek van de verhouding tussen ziekenhuisbeheer en ziekenhuisgeneesheer is sinds jaren gesteld.

In de memorie van toelichting bij het ontwerp werd vrij uitvoerig geschetst welke pogingen in het verleden werden ondernomen om een algemeen referentiekader uit te tekenen dat als basis zou kunnen dienen om op het vlak van elk ziekenhuis voor de gestelde problematiek een principieel aanvaardbare en tegelijk pragmatische oplossing te vinden.

Die pogingen hebben waardevolle bouwstenen voor een oplossing aangebracht zonder dat evenwel door de betrokken organisaties van ziekenhuizen en geneesheren in de daartoe opgerichte paritaire commissie een definitief akkoord over een globale oplossing kon worden bereikt.

Een globale oplossing wordt nog steeds wenselijk geacht; algemeen wordt evenwel aangenomen dat de basis hiertoe door de wetgever zelf zal moeten worden gelegd.

2. Het is de bedoeling van het ontwerp om bij wet de basisbepalingen vast te leggen die onontbeerlijk zijn om een structurele oplossing van de gestelde problematiek mogelijk te maken. Alvorens de onderscheiden hoofdstukken van het ontwerp toe te lichten lijkt het aangewezen vooreerst te blijven stilstaan bij de principiële uitgangspunten die aan het ontwerp ten grondslag liggen; die principiële uitgangspunten houden meer bepaald verband met het inhoudelijk geëvolueerd concept ziekenhuis en met de dienvolgens geëvolueerde opvattingen over de specifieke plaats van de ziekenhuisgeneesheer. De kern van de discussie situeert zich immers rond de vraagstelling hoe de consequenties van de geëvolueerde opvattingen over rol en functie van het ziekenhuis principieel en praktisch kunnen verenigd worden met de specifieke plaats die de ziekenhuisgeneesheer bekleedt in het geheel van het ziekenhuisgebeuren, mede gelet op zijn eigen verantwoordelijkheid inzake diagnose en therapie ingevolge de wetgeving op de uitoefening van de geneeskunst.

l'activité médicale du médecin individuel ou du service pris séparément.

Nous songeons également à la possibilité d'utiliser les honoraires à des fins en rapport avec la promotion et le maintien de l'activité médicale dans l'hôpital en tant que tel.

Cela nous paraît constituer un pas important dans la bonne direction que de créer, malgré la diversité des circonstances et des situations dans les nombreux hôpitaux de ce pays, une base légale permettant d'apporter une solution à ce problème.

**

Pour toutes ces raisons, et bien d'autres encore qu'on retrouvera dans le présent rapport, il était grand temps de légiférer sur la gestion hospitalière ainsi que sur le statut du médecin hospitalier.

II. EXPOSE INTRODUCTIF DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

1. La problématique des rapports entre la gestion de l'hôpital et le médecin hospitalier se pose depuis des années.

L'exposé des motifs du projet de loi a largement éclairé les efforts entrepris dans le passé en vue de tracer un cadre de référence général pouvant servir à trouver, au niveau de chaque hôpital, une solution à la fois pragmatique et acceptable en principe.

Ces efforts ont largement contribué à une solution sans qu'au sein de la Commission paritaire créée à cet effet les organisations des hôpitaux et médecins concernés aient toutefois pu parvenir à un accord définitif sur une solution globale.

Une solution globale est toujours jugée souhaitable; on admet toutefois en général que le législateur lui-même devra en jeter les bases.

2. Le projet tend à déterminer les dispositions de base indispensables à une solution structurelle de la problématique. Avant d'exposer les différents chapitres du projet, il paraît opportun de s'arrêter à ses principes fondamentaux. Ceux-ci concernent plus spécialement le concept de l'hôpital qui a évolué et les conceptions, qui ont évolué également, de la place spécifique du médecin hospitalier. Le fond de la discussion est en effet de savoir comment concilier en principe et en pratique les conséquences de l'évolution des conceptions relatives au rôle et à la fonction de l'hôpital et la place spécifique qu'occupe le médecin hospitalier dans l'ensemble de l'activité hospitalière, tout en tenant compte de ses propres responsabilités en matière de diagnostic et de thérapie conformément à la législation sur l'exercice de l'art de guérir.

2.1. In de loop der jaren is de rol van het ziekenhuis in de gezondheidszorg wezenlijk veranderd. Aanvankelijk had het ziekenhuis hoofdzakelijk een rol van herberging en verzorging, de medische zorgverlening was eerder marginaal; de specialistische geneeskunde van die tijd werd voornamelijk beoefend in de privé-praktijk ten huize van de arts. Het is onder invloed van de ontwikkeling van de medische technologie en de ermede gepaard gaande uitwaaiing van steeds meer op elkaar aangewezen specialismen en sub-specialismen dat het ziekenhuis is uitgegroeid tot het centrum voor specialistische gezondheidszorg waar gespecialiseerde mankracht en adequate uitrusting wordt samengebracht in functie van een globale doelstelling. De doelstellingen van het ziekenhuis zijn dus duidelijk verruimd geworden. Kenmerkend hierbij is dat de medische functie, verre van marginaal te zijn, essentieel wordt voor de realisatie van de nieuwe ziekenhuisfunctie: de medische functie in het ziekenhuis is voortaan dan ook te beschouwen als geïntegreerd in de totale maatschappelijke opdracht van het ziekenhuis als centrum voor medische, verpleegkundige en paramedische zorgverlening.

Ten aanzien van de bediende bevolking draagt het beheer de beleidsverantwoordelijkheid voor de verwezenlijking van die verruimde maatschappelijke doelstelling van het ziekenhuis

2.2. Als beoefenaar van de geneeskunst is de arts ten aanzien van de patiënt verantwoordelijk voor diagnose en behandeling. Om die verantwoordelijkheid daadwerkelijk te kunnen opnemen wordt hem krachtens de wet de vrijheid gewaarborgd zowel bij de keuze van de middelen voor onderzoek als bij de keuze van de behandelingsvorm. Bij het vastleggen van deze fundamentele principes was de wetgever er zich van bewust dat de concrete vertaling ervan noodzakelijkerwijze gedifferentieerd zou geschieden, al naargelang de context waarin de arts zijn beroep zou uitoefenen; in een solo-praktijk beslist hij in principe volledig autonoom over de plaats waar hij zijn beroep uitoefent, op welke personen hij beroept om mee te werken en welke hulpmiddelen hij zich aanschafft. De context van uitoefening verschilt evenwel grondig indien de arts zijn beroep uitoefent in een instelling zoals een ziekenhuis, met een globale doelstelling als verzorgingsinstelling, waar verschillende disciplines complementair ten aanzien van elkaar werken, waar gemeenschappelijke diensten ter beschikking worden gesteld. In een dergelijke gewijzigde context van uitoefening zal het erop aankomen de eisen voortvloeiend uit de eigen onafstaانبare individuele beroepsverantwoordelijkheid van de arts te verzoenen met de eisen voortvloeiend uit het werken in instellingsverband waar de individuele opdrachten gekenmerkt worden door het feit dat ze zich moeten inpassen in een geordend groepsstreven in functie van de globale maatschappelijke opdracht van de instelling.

2.3. De onder 2.1 en 2.2 geschetste evolutie, enerzijds in verband met de opdracht van het ziekenhuis en anderzijds met de ermede gepaard gaande wijziging in de context van beroepsuitoefening voor de arts, convergeert tot de delicate

2.1. Au fil des ans, le rôle de l'hôpital dans les soins de santé a subi une profonde mutation. A l'origine, l'hôpital s'attachait principalement à héberger et à prodiguer des soins; les prestations médicales étant plutôt marginales, la médecine spécialisée de l'époque s'exerçait principalement au cabinet privé du médecin. Sous l'influence du développement de la technologie médicale et de l'éventail des spécialités et sous-spécialités de plus en plus connexes, l'hôpital est devenu le centre de soins spécialisés, réunissant personnel spécialisé et équipement adéquat en fonction d'un objectif global. Les objectifs de l'hôpital se sont donc manifestement élargis. Il est à remarquer que la fonction médicale, loin d'être marginale, devient essentielle à la réalisation de la nouvelle fonction de l'hôpital: la fonction médicale de l'hôpital doit dorénavant être considérée comme intégrée dans la mission sociale globale de l'hôpital en tant que centre de soins médicaux, infirmiers et paramédicaux.

A l'égard de la population desservie, la gestion supporte la responsabilité de la réalisation de cet objectif social élargi de l'hôpital.

2.2. Le médecin est, en tant que praticien de la médecine, responsable du diagnostic et du traitement envers le patient. Afin de lui permettre de prendre effectivement cette responsabilité, la loi lui garantit le libre choix des moyens d'examen et de traitement. Lorsque le législateur a édicté ces principes fondamentaux, il était conscient de la mise en œuvre nécessairement différenciée de ceux-ci, en fonction du contexte professionnel du médecin. Dans une pratique individuelle, il choisit en principe en toute autonomie l'endroit où il exerce sa profession, ses collaborateurs et le matériel dont il désire s'équiper. Toutefois, ce contexte professionnel diffère fortement lorsque le médecin exerce dans un hôpital poursuivant un objectif global en tant qu'établissement de soins, où différentes disciplines sont complémentaires et où des services communs sont offerts. Dans pareil contexte professionnel modifié, il s'agit de concilier les exigences propres à la responsabilité professionnelle individuelle intangible du médecin et les exigences propres au travail en équipe au sein de l'établissement où les missions individuelles se caractérisent par leur insertion obligée dans un objectif collectif en fonction de la mission sociale de l'établissement.

2.3. L'évolution esquissée sous 2.1 et 2.2, relative d'une part à la mission de l'hôpital et, d'autre part, à la modification qu'elle entraîne dans le contexte professionnel du médecin, aboutit à la problématique délicate des relations d'auto-

probleemstelling in de machts- en bevoegdheidsrelatie tussen beheer en ziekenhuisgeneesheer.

Daar waar vroeger de beheerder zich uitsluitend verantwoordelijk wist voor hotelierie en verzorging zonder zich rechtstreeks te moeten inlaten met de medische activiteit, krijgt hij thans de maatschappelijke opdracht om een centrum van gezondheidszorg uit te bouwen dat tegemoetkomt aan de behoeften van de te bedienen bevolking; de medische dienstverlening is hierbij inherent verweven met de totale opdracht van het ziekenhuis. Voor de verwezenlijking van die totale opdracht is het beheer tegenover de gemeenschap verantwoordelijk.

Anderzijds is het zo dat de medische activiteit zo determinerend is in de globale opdracht van het ziekenhuis dat de doelstelling van het ziekenhuis slechts adequaat zal kunnen worden gerealiseerd indien de medische functie correct wordt gewaardeerd. Gelet op de eisen voortvloeiend uit een globaal georganiseerd verband zal dit niet kunnen zoals weleer, toen de individuele arts alleen kon beslissen over werkruimte, mankracht en middelen; wel moet ervoor gezorgd worden dat de arts over de noodzakelijke autonomie in de beroepsuitoefening beschikt; tevens moet een oplossing worden gevonden om de medische functie op een adequate wijze te betrekken bij de besluitvorming.

2.4. Uit de hierboven geschetste ontwikkeling in het ziekenhuiswezen blijkt overduidelijk dat er zowel ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de beheerder als ten aanzien van de wijze van functioneren van de arts, een essentiële verschuiving heeft plaatsgehad; waar vroeger onderscheid en zelfs scheiding bestond, ontstaat thans een situatie van complexe verwevenheid in de wederzijdse opdracht en bevoegdheid. De beheerder kan zijn globale beleidsverantwoordelijkheid niet waarmaken zonder terdege rekening te houden met de specifieke inbreng van de medische functie; het individueel handelen van de arts moet zich laten normeren door de eisen van een in functie van een sociaal doel georganiseerd collectief verband. Die interdependentie schept ongetwijfeld een complexe en soms conflict-genererende toestand qua relatie-uitbouw en qua besluitvorming; het besef van die onderlinge verwevenheid kan echter ook positief gezien worden als een uitdaging om gezamenlijk de sociale opdracht van het ziekenhuis zo goed mogelijk te realiseren. Wanneer dit fundamenteel uitgangspunt wordt aanvaard, kan gezocht worden naar een structurele oplossing waarbij men recht laat wedervaren zowel aan de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder als aan de specifieke plaats van de medische functie in het ziekenhuis.

Dergelijke structurele oplossing zal zich onvermijdelijk steeds situeren in een spanningsveld waarin het evenwichtspunt niet altijd gemakkelijk te vinden is, gelet op de soms ver uiteenliggende en tegenstrijdige principiële standpunten van de betrokken groepen.

Wanneer evenwel de hierboven geschetste grondgedachte van onderlinge verwevenheid wordt aanvaard, kan een structuur worden opgezet waarbij de divergerende standpunten in een constructieve dialoogstructuur aan elkaar worden getoetst.

rité et de compétence entre le gestionnaire et le médecin hospitalier.

Alors que le gestionnaire ne s'occupait auparavant que de l'hébergement et des soins, sans participer directement à l'activité médicale, il reçoit à présent comme mission sociale de développer un centre de soins de santé axé sur les besoins de la population qui fait appel à lui; le service médical est à cet égard imbriqué dans la mission globale de l'hôpital. Face à la communauté, le gestionnaire est responsable de la réalisation de cette mission globale.

Par ailleurs, l'activité médicale détermine la mission globale de l'hôpital à un point tel que l'objectif de ce dernier ne pourra être réalisé correctement que si la fonction médicale est appréciée à sa juste valeur. Compte tenu des exigences propres à un ensemble global organisé, cet objectif ne peut être atteint comme jadis, lorsque le médecin décidait individuellement du lieu du travail, du personnel et des moyens mis en œuvre; il faut cependant veiller à ce qu'il dispose de l'autonomie nécessaire lors de l'exercice de sa profession; en outre, la fonction médicale doit être associée d'une manière adéquate à la prise de décision.

2.4. L'évolution du milieu hospitalier décrite ci-dessus montre à suffisance le glissement essentiel intervenu dans la responsabilité du gestionnaire et dans l'activité du médecin; la distinction, voire le cloisonnement de jadis, ont fait place à une interaction complexe dans les missions et compétences mutuelles. Le gestionnaire ne peut assurer sa responsabilité globale sans tenir compte de l'apport spécifique de la fonction médicale; l'activité individuelle du médecin doit être soumise à des normes basées sur les exigences d'un contexte collectif organisé en fonction d'un objectif social. Cette interdépendance engendre fatalement une situation complexe et parfois conflictuelle en ce qui concerne le développement de relations et la prise de décision; cependant, la prise de conscience de cette imbrication peut être vue sous un jour positif en tant que défi, celui de réaliser au mieux, ensemble, la mission sociale de l'hôpital. Lorsque ce point de départ fondamental est accepté, on peut se mettre à la recherche d'une solution structurelle qui respecte tant la responsabilité propre du gestionnaire de l'hôpital que la place spécifique de la fonction médicale.

Pareille solution structurelle se trouvera toujours inévitablement à un carrefour de tensions où le point d'équilibre est parfois malaisé à déterminer, compte tenu des points de vue fondamentaux souvent fort contradictoires des groupes concernés.

Toutefois, lorsque l'idée de base d'imbrication mutuelle décrite ci-dessus est acceptée, on peut mettre en place une structure associant et comparant les points de vue divergents dans le cadre d'un dialogue constructif.

Het wetsontwerp vertrekt van de grondgedachte dat, eerder dan een confrontatie-model, een model van wederzijdse overtuiging moet worden uitgewerkt, niet zozeer omdat zowel beheerder als ziekenhuisartsen hierbij een wederkerig belang hebben, maar vooral omdat dit model de meest realistische waarborg lijkt te bieden dat het ziekenhuis zo adequaat mogelijk zijn dienstverlening aan de bevolking zal verstrekken.

2.5. De hierboven ontwikkelde basisgedachte geldt voor alle ziekenhuizen, zowel voor de openbare als voor de privé-ziekenhuizen. Ten einde het vooropgestelde doel van beheer in samenspraak te realiseren komt het wetsontwerp dan ook in aanvulling op de basiswetgevingen van die sectoren, meer in het bijzonder op de wet van 1921 op de verenigingen zonder winstoogmerk wat de meeste private ziekenhuizen betreft en de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wat de meeste openbare ziekenhuizen betreft.

Kenmerkend voor een openbaar bestuur is dat de overheid eenzijdig statuut en werkvoorwaarden bepaalt; dit kenmerk is principieel moeilijk te verenigen met de grondgedachte van het ontwerp. Onder dit opzicht komt het ontwerp in aanvulling op de bestaande O.C.M.W.-wet. In beginsel wordt door het ontwerp niet geraakt aan de bevoegdheden van de door of krachtens de wet voorziene beheersorganen (raad, bijzonder comité); wel wordt door het ontwerp een wijziging gebracht in de wijze waarop die bevoegdheden worden uitgeoefend.

Deze essentiële aanvulling op de bestaande basiswetten is zeker niet ingegeven door enige bedoeling om de beheersmogelijkheden van de beheerder te beknotten; het ontwerp heeft als enige bedoeling aan de bestaande problematiek in de relatie beheer-ziekenhuisarts een structurele oplossing te geven die, door een passende betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming, het beheer in staat stelt de maatschappelijke opdracht van het ziekenhuis op het vlak van medische dienstverlening aan de bevolking zo goed mogelijk te realiseren.

2.6. In wat voorafgaat is voldoende duidelijk gemaakt dat in het moderne ziekenhuis tussen beheer en ziekenhuisgeneesheer een specifieke en complexe problematiek ontstaat inzake de respectieve verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de wijze waarop deze worden waargemaakt.

Het ontwerp wil voor de problemen voortvloeiend uit deze spanningsrelatie een eigen structurele oplossing bieden. Het ontwerp beperkt zich dus tot deze specifieke beheer-geneesheer-problematiek.

Hier mag geen misverstand uit ontstaan; zeker mag hier niet worden uit afgeleid dat de ziekenhuisproblematiek zou kunnen herleid worden tot de problematiek tussen arts en beheer. Het ziekenhuis is inderdaad een veel complexer gegeven, waar samen met de medische dienstverlening andere dienstverlening op medisch en sociaal vlak verweven is : verpleegkundige en paramedische zorg, farmaceutische

Le projet de loi part de l'idée de base qu'il faut développer un modèle de persuasion mutuelle plutôt qu'un modèle de confrontation, non pas tellement parce que le gestionnaire et les médecins de l'hôpital y ont un intérêt mutuel, mais surtout parce que ce modèle est vraisemblablement la garantie la plus réaliste d'un service optimal de l'hôpital envers la population.

2.5. L'idée de base développée ci-dessus s'applique tant aux hôpitaux publics qu'aux établissements de soins privés. En vue de réaliser l'objectif fixé — la gestion concertée —, le projet de loi complète dès lors les législations de base de ces secteurs, en particulier la loi de 1921 sur les associations sans but lucratif, en ce qui concerne la plupart des établissements de soins privés, et la loi organique du 8 juillet 1976 des centres public d'aide sociale, pour la majorité des hôpitaux publics.

Un établissement public se caractérise par le fait que les autorités en fixent unilatéralement le statut et les modalités de fonctionnement; cette caractéristique est en principe difficilement conciliable avec l'idée de base du projet. A ce point de vue, le projet complète la loi existante sur les C.P.A.S. Le projet ne modifie pas les compétences des organes de gestion prévus par ou en vertu de la loi (conseil, comité spécial) mais bien les modalités d'exercice de ces compétences.

Ce complément essentiel des lois de base existantes ne s'inspire certainement pas de la volonté de réduire les compétences du gestionnaire; le projet a comme unique objectif de donner une solution structurelle à la problématique actuelle de la relation gestionnaire-médecin hospitalier, laquelle associe d'une manière appropriée les médecins à la prise de décision, de sorte que la gestion puisse réaliser au mieux la mission sociale de l'hôpital au niveau de la dispensation des soins à la population desservie.

2.6. Les propos qui précèdent montrent clairement que l'hôpital moderne connaît une problématique spécifique et complexe relative aux responsabilités et compétences respectives du gestionnaire et des médecins hospitaliers.

Le projet veut offrir une solution structurelle spécifique aux problèmes résultant de cette relation d'affrontement. Le projet se limite donc à cette problématique gestionnaire-médecin.

Cet objectif ne peut prêter à confusion : on ne peut certainement pas en déduire que la problématique de l'hôpital pourrait se réduire à celle des rapports entre le médecin et le gestionnaire. En effet, l'hôpital est un ensemble beaucoup plus complexe où les soins médicaux s'accompagnent d'autres objectifs; soins infirmiers et paramédicaux, soins pharmaceutiques, guidance sociale, guidance sur le

zorg, maatschappelijke begeleiding, begeleiding op het vlak van de levensopvatting enz. Al deze functies moeten in het geheel volwaardig aan bod komen. Het ontwerp is dus beperkt in zijn opzet. Dit betekent geenszins dat men de ogen sluit voor de problemen die rijzen m.b.t. andere essentiële functies in het ziekenhuis. Wat meer bepaald de verpleegkundigen betreft, zal moeten worden nagegaan of de bestaande vormen van betrokkenheid via ondernemingsraden of syndicale raden voor advies voldoende zijn om de eigen inbreng van de verpleegkundige functie als dusdanig adequaat aan bod te laten komen. De vraag kan gesteld of in parallel met de Medische Raad ook in een Verpleegkundige Raad moet worden voorzien, dan wel of eventueel andere structuren meer geschikt zijn om aan de specifiek verpleegkundige inbreng een gepaste vorm te geven.

Sinds de wet van 1974 op de uitoefening van de verpleegkunde, werd de verpleegkunde immers in haar eigenheid erkend als een gezondheidsberoep met eigen werkveld, eigen beroepsautonomie en eigen beroepsverantwoordelijkheid. Het spreekt anderzijds vanzelf dat het verpleegkundig beroep, zeker in het ziekenhuismidden, noodzakelijkerwijze nauw in functie van de diagnose en behandeling wordt uitgeoefend. Het is dan ook met het oog op het bewerken van een optimaal samenwerkingsverband dat door het ontwerp aan de Medische Raad een adviesbevoegdheid wordt gegeven m.b.t. de verpleging in het ziekenhuis. Maar het voorzien van deze adviesbevoegdheid mag geenszins een band van onderwerping doen veronderstellen; de wijze waarop het medisch en het verpleegkundig beroep zich tot elkaar verbinden op het vlak van de respectieve bevoegdheden werd principieel uitgetekend in de wetgeving op de uitoefening van de gezondheidsberoepen; het huidige ontwerp komt dus zeker niet terug op de eigen bevoegdheden die in die wetgeving aan de verpleegkundige worden toegewezen.

2.7. Ik meen dat door wat voorafgaat voldoende het algemeen kader werd geschetst waarbinnen het ontwerp moet gesitueerd worden evenals de grondgedachte van waaruit een oplossing voor de specifieke problematiek beheerziekenhuisarts wordt nagestreefd. Ik zal nu de verschillende hoofdstukken van het ontwerp toelichten.

Vooraf wil ik nog laten opmerken dat de Raad van State geen enkele fundamentele bemerking heeft gemaakt inzake de bevoegdheid van de nationale overheid om in deze aan gelegenheid te legiferen. Het betreft hier inderdaad een ontwerp van wet dat de kern zelf van het ziekenhuiswezen raakt en dat als dusdanig te beschouwen is als organieke wetgeving die ingevolge de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de hervorming der instellingen tot de bevoegdheid van de nationale overheid behoort.

3. Het ontwerp vertrekt van een nieuw ziekenhuisconcept, nl. het ziekenhuis als centrum voor gespecialiseerde gezondheidszorg waarin de medische dienstverlening integrerend deel uitmaakt van de totale dienstverlening van het ziekenhuis. Het ziekenhuis richt zich in feite zowel tot opgenomen als tot ambulante patiënten.

plan des convictions philosophiques, etc. Toutes ces fonctions doivent pouvoir être réalisées pleinement. L'économie du projet est donc limitée. Les problèmes relatifs à d'autres fonctions essentielles de l'hôpital n'en sont pas négligées pour autant. En ce qui concerne plus précisément le personnel infirmier, il faudra déterminer si les formes existantes de participation par le biais des conseils d'entreprise ou des comités de consultation syndicale suffisent à valoriser d'une manière adéquate la fonction infirmière en tant que telle. On peut se demander si, parallèlement au Conseil médical, il faut instaurer un Conseil infirmier ou si d'autres structures pourraient mieux encadrer l'apport spécifique de la fonction infirmière.

Depuis la loi de 1974 sur l'exercice de l'art infirmier, cette profession a d'ailleurs été reconnue dans sa spécificité en tant que profession sanitaire avec son champ d'action, son autonomie et ses responsabilités professionnelles propres. Par ailleurs, il est évident que l'art infirmier, certainement dans le milieu hospitalier, doit nécessairement être exercé en relation étroite avec le diagnostic et le traitement. Aussi, en vue de la mise en œuvre d'une collaboration optimale, le projet confère au Conseil médical une compétence consultative en ce qui concerne les soins infirmiers. Cette compétence consultative ne peut en aucun cas laisser supposer un lien de subordination; l'interaction entre l'art de guérir et l'art infirmier, du point de vue des compétences respectives, a été fixée dans ses principes par la législation relative à l'exercice des professions sanitaires; le présent projet ne renie certainement pas les compétences spécifiques attribuées à l'art infirmier dans cette législation.

2.7. Je pense que les considérations qui précèdent délimitent à suffisance le cadre du projet, ainsi que l'idée de base sur laquelle doit reposer une solution à la problématique spécifique de gestionnaire face au médecin hospitalier. A présent, je vais développer les différents chapitres du projet.

Avant toute chose, je voudrais signaler que le Conseil d'Etat n'a formulé aucune remarque fondamentale au sujet de la compétence de l'autorité nationale à légiférer dans cette matière. Il s'agit en effet d'un projet de loi qui concerne l'essence même du système hospitalier et qui doit, en tant que tel, être considéré comme législation organique qui, suite à la loi du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, ressortit à l'autorité nationale.

3. Le projet est basé sur un nouveau concept de l'hôpital : l'hôpital centre de soins de santé spécialisés où l'aide médicale fait partie intégrante de la totalité de l'aide hospitalière. En fait, l'hôpital s'adresse tant aux malades hospitalisés qu'ambulatoires.

Het ontwerp legt dit vernieuwd ziekenhuisconcept nu wettelijk vast. Alvorens de eigenlijke problematiek van de relatie beheer-ziekenhuisgeneesheer structureel aan te pakken trekt het ontwerp vooraf een aantal consequenties die voortvloeien uit het vernieuwd ziekenhuisconcept. Consequenties vooreerst naar het beheer toe en vooral naar het management dat absoluut noodzakelijk is geworden, wil men de complexe taakstelling van het ziekenhuis volgens hedendaagse opvattingen en mogelijkheden opnemen.

Consequenties vervolgens naar de noodzakelijke structurering van de medische activiteit in het ziekenhuis. Uit de evaluatie van 20 jaar ziekenhuiswetgeving is het duidelijk geworden dat naast een noodzakelijke aanpassing van de financiering, het op deze beide domeinen van ziekenhuismanagement en organisatie van de medische functie is dat beslissende stappen naar kwalitatieve verbetering moeten worden gezet. Het ontwerp wil op beide vlakken de ziekenhuizen tot een kwalitatief belangrijke evolutie dwingen.

Dit is dus een eerste belangrijk objectief van het ontwerp : de huidige visie op de functie van het ziekenhuis operationaliseren via het opleggen van nieuwe basisvereisten op het vlak van beheer en management en op het vlak van structurering en kwalitatieve verbetering van de medische dienstverlening. Dit zijn basisvereisten die aan het ziekenhuis als dusdanig worden gesteld. Hieruit blijkt duidelijk dat het ontwerp een ruimere doelstelling heeft dan enkel het opruimen van obstakels die een verstandhouding tussen beheer en ziekenhuisgeneesheren bemoeilijken.

Het tweede hoofdobjectief is het uitwerken van structurele oplossingen voor de problematiek m.b.t. de plaats van de ziekenhuisgeneesheer in het ziekenhuis en meer speciaal zijn relatie tot het beheer en zijn betrokkenheid bij de besluitvorming. Onder dit oogpunt streeft het ontwerp een globale aanpak na en werkt het basis-regelen uit m.b.t. :

- de structurering van betrokkenheid van de geneesheren als groep bij de besluitvorming (door adviesvorming via Medische Raad of door rechtstreekse samenspraak in een overlegorgaan ad hoc);

- het algemeen kader voor de rechtsverhoudingen tussen ziekenhuis en ziekenhuisgeneesheer;

- de specifiek financiële uitzichten van het medisch functioneren in het ziekenhuis, waarbij achtereenvolgens aan bod komen : de wijze van vergoeding van de medische activiteit, de wijze van inning van de inkomsten verbonden aan de medische activiteit, de vaststelling van de gevraagde tarieven, de aanwending van de aan de medische activiteit verbonden inkomsten.

4. Het toepassingsgebied van het ontwerp

De wet is van toepassing op de ziekenhuizen zoals gedefinieerd in de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen. Volgens de ziekenhuiswet worden als ziekenhuizen beschouwd « inrichtingen met één of meer diensten voor onderzoek en verzorging, waarin personen worden opgenomen om

Le projet légalise la nouvelle notion de l'hôpital. Avant de s'attaquer à la structure de la problématique proprement dite des relations entre la gestion et le médecin-hospitalier, le projet tire préalablement un nombre de conséquences qui résultent du nouveau concept de l'hôpital. D'abord, les conséquences pour la gestion et surtout pour la direction deviennent absolument indispensables si l'on veut assumer les tâches complexes de l'hôpital selon les conceptions et les possibilités actuelles.

Ensuite les conséquences pour la structuration indispensable de l'activité médicale à l'hôpital. Une évaluation de 20 années de législation hospitalière a révélé qu'outre une adaptation du financement, ce sont dans les domaines de la gestion hospitalière et de l'organisation de la fonction médicale qu'une amélioration qualitative doit être apportée. Le projet entend forcer les hôpitaux à réaliser dans ces deux domaines une importante évolution qualitative.

Un premier objectif important du projet est donc de rendre opérationnelles les vues actuelles sur la fonction hospitalière en imposant de nouvelles exigences de base en matière de gestion et de direction et quant à la structuration et à l'amélioration qualitative de l'aide médicale. Ce sont des exigences de base imposées à l'hôpital en tant que tel. Il en ressort clairement que le but du projet est bien plus vaste que l'élimination d'obstacles qui entravent la compréhension entre la gestion et les médecins hospitaliers.

Le deuxième grand objectif est l'élaboration de solutions structurelles pour les problèmes relatifs à la place du médecin hospitalier dans l'hôpital et plus spécialement ses rapports avec la gestion et son association à la prise de décision. A ce point de vue, le projet vise une approche globale et il élabore des règles de base concernant :

- la structuration de l'association des médecins en tant que groupe à la prise de décision (par consultation par le biais du Conseil médical ou par concertation directe au sein d'un organe de concertation ad hoc);

- le cadre général pour les liens juridiques entre hôpital et médecin hospitalier;

- les aspects financiers spécifiques de la fonction médicale à l'hôpital, qui concernent successivement le mode de rémunération de l'activité médicale, le mode de perception des recettes afférentes à l'activité médicale, la fixation des tarifs demandés, l'utilisation des recettes liées à l'activité médicale.

4. Champ d'application du projet

La loi est d'application aux hôpitaux définis dans la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. La loi sur les hôpitaux considère comme hôpitaux « les établissements comportant un ou plusieurs services d'examen et de traitement et dans lesquels les personnes sont admises à séjourner aux fins d'y subir

er te verblijven ten einde er een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of een genees-, heel- of verloskundige behandeling te ondergaan ».

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

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

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

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

Het ontwerp voorziet in de mogelijkheid om de toepassing van de bepalingen van de wet geheel of gedeeltelijk uit te breiden tot andere instellingen of diensten.

5. Beheer en management

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

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

un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical ».

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

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

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

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

Le projet prévoit la possibilité d'étendre l'application des dispositions de la loi partiellement ou entièrement à d'autres établissements ou services.

5. Gestion et direction

5.1. Pour permettre une gestion rationnelle des hôpitaux, une structure doit être mise sur pied, qui délimite suffisamment les compétences de gestion et la fonction de direction. C'est surtout à la nécessité de la mission de « management » incombant à la direction, face à la complexité accrue des activités hospitalières, qu'il convient de donner un éclairage tout particulier.

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

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

Het moet dan ook duidelijk zijn dat de door de wet gewaarborgde inbreng van de Medische Raad in de besluitvorming van het ziekenhuis geen ander doel heeft dan bij te dragen tot een adequaat beheer met het oog op het optimaal verwezenlijken van de sociale functie van het ziekenhuis.

5.4. Het algemeen beleid moet concreet vertaald worden in de dagelijkse werking van het ziekenhuis. De verantwoordelijkheid hiervoor berust bij de directie (directeur of eventueel directiecollege) die voor het doelmatig vervullen van haar opdracht over een voldoende beslissingsautonomie moet kunnen beschikken. De verantwoordelijkheid voor de dagelijkse werking van het ziekenhuis berust bij de directeur. Het spreekt vanzelf dat de directeur bij het vervullen van zijn opdracht minstens de verantwoordelijke moet betrekken van de belangrijkste facetten van het ziekenhuisgebeuren, nl. de verantwoordelijke van het medisch departement (hoofdgeneesheer), van het verplegend departement (hoofd van de nursing), van het administratief-financiële en van het technisch departement.

6. Structurering van het medisch werk als element tot kwaliteitsverbetering

6.1. Ook op het vlak van de medische dienstverlening wil het ontwerp de consequenties trekken van het nieuw ziekenhuisconcept, door aan het ziekenhuis als dusdanig basisvereisten te stellen op het vlak van de medisch-organisatorische structuur en door het opleggen van een aantal essentiële voorwaarden inzake kwaliteitsbevordering van het medisch handelen. Dit betekent een fundamentele aanvulling van de bestaande ziekenhuiswet krachtens welke tot nog toe aan de ziekenhuizen slechts enkele summier geformuleerde eisen worden gesteld met betrekking tot de medische activiteit in het ziekenhuis.

6.2. Krachtens het ontwerp zullen voortaan aan het ziekenhuis als dusdanig eisen kunnen worden gesteld met betrekking tot een gestructureerde medische dienstverlening. In het ontwerp zelf wordt de essentie van de medische organisatie en structuur uitgetekend; de concretisering ervan zal bij uitvoeringsbesluit moeten geschieden.

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

Il faut donc qu'il soit tout à fait clair que, par l'apport du Conseil médical garanti par la loi dans la prise de décision à l'hôpital, aucun autre but n'est poursuivi que celui de contribuer à une gestion appropriée, visant à réaliser de façon optimale la fonction sociale de l'hôpital.

5.4. La politique générale de l'hôpital doit se traduire concrètement dans le fonctionnement journalier de l'hôpital. La responsabilité en incombe à la direction (le directeur ou, le cas échéant, le collège directeur) qui doit pouvoir disposer d'une autonomie de décision suffisante pour remplir efficacement sa mission. Le directeur assume la responsabilité du fonctionnement journalier de l'hôpital. Il est évident que pour l'accomplissement de sa mission, le directeur doit associer au moins le responsable des principaux aspects des activités hospitalières, à savoir le responsable du département médical (médecin en chef), du département infirmier (chef du nursing), du département administratif et financier, et du département technique.

6. Structuration de l'activité médicale en tant qu'élément d'amélioration de la qualité

6.1. Sur le plan de l'activité médicale également, le projet veut tirer les conclusions du nouveau concept de l'hôpital, en imposant à l'hôpital en tant que tel des exigences de base au niveau de la structure médico-organisationnelle, et en imposant certaines conditions essentielles en ce qui concerne la promotion de la qualité de l'aide médicale. Il s'agit d'un complément fondamental à la législation existante sur les hôpitaux en vertu de laquelle les hôpitaux se voyaient imposer quelques exigences sommairement formulées, relatives à l'activité médicale au sein de l'hôpital.

6.2. En vertu du projet, l'hôpital en tant que tel se verra imposer des exigences au niveau d'un service médical structuré. Le projet définit l'essence de la structure médicale et organisationnelle; sa concrétisation fera l'objet d'un arrêté d'exécution.

Het ontwerp voorziet in een structurering op drie niveaus :

6.2.1. een hoofdgeneesheer wordt de medisch-organisatorisch verantwoordelijke voor het geheel van het medisch departement.

6.2.2. op het niveau van de onderscheiden medische diensten moet een geneesheer-diensthooft worden aangesteld als medisch-organisatorisch verantwoordelijke.

6.2.3. op het niveau van het geheel van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren is een georganiseerde medische stafwerking vereist vooral als praktische hefboomen voor een kwaliteitsbevorderende werking. De hoofdgeneesheer zal de nodige initiatieven moeten nemen om de medische stafwerking concreet gestalte te geven.

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

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

- de nodige organisatorische en structurele maatregelen worden genomen die bijdragen tot een bevordering van de kwaliteit van de medische dienstverlening (o.a. medisch dossier, medisch archief, onderlinge toetsing door medical audit);
- de equipe-geest onder de geneesheren bevordert wordt;
- de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid de verpleegkundigen en paramedici, bevordert wordt.

Bij het vervullen van zijn opdracht zal de hoofdgeneesheer steeds een delikaat evenwicht moeten betrachten : enerzijds het realiseren van de medisch-organisatorische eisen die aan het ziekenhuis gesteld worden en anderzijds het respecteren van de autonomie van de geneesheren inzake diagnose- en behandeling. Vandaar dat hij zijn functie slechts adequaat zal kunnen vervullen indien hij ook het vertrouwen geniet van de aan het ziekenhuis verbonden artsen en indien hij zijn functie uitoefent in nauwe samenwerking met de Medische Raad en met de Medische Staf.

In het vernieuwd ziekenhuisconcept is de taak van de hoofdgeneesheer zeer belangrijk; de inhoudelijke functieomschrijving zal evenwel nog nader moeten uitgewerkt worden teneinde zijn positie concreet te situeren zowel naar het beheer toe als naar de geneesheren toe. Het is slechts wanneer de opdracht van de hoofdgeneesheer concreet zal omschreven zijn dat hij zijn delikate maar essentiële opdracht met vrucht en in goede verstandhouding zal kunnen volbrengen.

Le projet instaure une structuration à trois niveaux :

6.2.1. un médecin en chef sera le responsable de l'organisation médicale de l'ensemble du département médical.

6.2.2. au niveau des différents services médicaux, un médecin-chef de service sera nommé en tant que responsable de l'organisation médicale.

6.2.3. au niveau de l'ensemble des médecins attachés à l'hôpital, un fonctionnement organisé du staff médical s'impose surtout en tant que moyen pratique permettant une amélioration qualitative des soins médicaux. Le médecin en chef devra prendre les initiatives concrètes qui s'imposent pour concrétiser l'organisation des activités du staff.

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

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

- les mesures organisationnelles et structurelles nécessaires soient prises pour contribuer à promouvoir la qualité des soins médicaux (entre autres, dossier médical, archives médicales, évaluation mutuelle par l'audit médical);
- l'esprit d'équipe soit stimulé entre les médecins;
- la collaboration soit encouragée avec les autres membres du personnel infirmier et paramédical.

Dans l'exercice de sa fonction, le médecin en chef devra toujours avoir à l'esprit la réalisation d'un délicat équilibre entre la satisfaction des exigences d'organisation médicale, qui sont posées à l'hôpital, et le respect de l'autonomie diagnostique et thérapeutique du médecin. Aussi ne pourra-t-il remplir adéquatement sa fonction que s'il jouit de la confiance des médecins attachés à l'hôpital et s'il exerce sa fonction dans un contexte d'étroite collaboration avec le Conseil médical et le staff.

Dans le nouveau concept de l'hôpital, le médecin en chef assume une fonction importante; la définition de cette tâche devra cependant encore être précisée afin de déterminer correctement sa position face au gestionnaire et aux médecins. Le médecin en chef ne pourra remplir cette tâche délicate mais essentielle, avec résultat et dans un bon esprit d'équipe, que lorsque sa mission aura été définie concrètement.

6.3. Een betere structurering van de medische activiteit vormt ook een noodzakelijkheidsvoorwaarde om beter te beantwoorden aan algemeen medisch-organisatorische eisen die kwaliteitsverbetering op het oog hebben. De door het ontwerp opgelegde integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit vormt op zich reeds een element van kwaliteitsverhoging.

Bovendien legt het ontwerp de verplichting op om de medische dienstverlening van het ziekenhuis op een systematische wijze te evalueren; als instrumenten hiertoe wordt onder meer het bijhouden van een medisch dossier en een medisch archief voorgeschreven.

Deze principiële bepalingen zijn van doorslaggevend belang voor de ontwikkeling van ons ziekenhuiswezen. De concretisering van het ontwerp zal bij uitvoeringsbesluiten moeten kunnen geschieden omdat de inhoudelijke opvulling van deze beginselbepalingen door de betrokken adviesorganen moet worden voorbereid. In elk geval zal het duidelijk zijn dat aan de eisen die aan het ziekenhuis worden gesteld op het vlak van structurering en optimalisering van de medische dienstverlening slechts in samenwerking met de geneesheren kan worden voldaan; het zal in het bijzonder de taak van de hoofdgeneesheer zijn ter zake de noodzakelijke medisch-organisatorische samenwerking te organiseren en te stimuleren.

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

7.1. Uit de besprekingen destijds in de paritaire commissie is duidelijk naar voor gekomen dat de geneesherenorganisaties de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis niet wensten te situeren op het individuele vlak geneesheer-beheerder; zij opteerden voor een betrokkenheid op collectieve basis via een vertegenwoordigend orgaan gekozen door de aan het ziekenhuis verbonden artsen. Met die optie werd van de zijde der ziekenhuisorganisaties instemming betuigd.

In de paritaire commissie werd aldus een consensus bereikt om in elk ziekenhuis een Medische Raad op te richten als permanente gesprekspartner van de beheerder; omtrent de domeinen waarop de adviesbevoegdheid van de Medische Raad zich diende te situeren werd eveneens een ruime consensus bereikt; een knelpunt waaromtrent geen consensus werd bereikt betrof de vraag hoe sterk de adviesvorming van de Medische Raad op de uiteindelijke besluitvorming van de beheerder kon of moest doorwegen en hoe een blijvend en essentieel meningsverschil tussen beheerder en Medische Raad kon of moest opgelost worden.

7.2. Het ontwerp handhaaft de optie van destijds om in elk ziekenhuis de oprichting van een Medische Raad verplichtend te stellen. De Medische Raad wordt betrokken bij de besluitvorming via het geven van adviezen omtrent voorgenomen beheersbeslissingen. Naast dit sinds lang aanvaard model suggereert het ontwerp ook een alternatief model dat,

6.3. Une meilleure structuration de l'activité médicale constitue aussi une condition nécessaire à une meilleure organisation médicale générale, en vue d'une amélioration de la qualité. L'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière, imposée par le projet, constitue déjà en soi un élément permettant une amélioration de la qualité.

En outre, le projet impose une évaluation systématique du service médical de l'hôpital; le dossier médical et les archives médicales pourront servir à cet effet.

Ces dispositions de principe sont d'une importance déterminante pour le développement de notre système hospitalier. Le projet devra être complété par des arrêtés d'exécution, car la concrétisation de ses principes de base devra être préparée par des organes consultatifs concernés. En tout cas, il sera clair que les exigences posées à l'hôpital au niveau de la structuration et de l'optimisation de l'aide médicale, ne pourront être satisfaites qu'en collaboration avec les médecins; le médecin en chef devra tout particulièrement organiser et stimuler la collaboration médico-organisationnelle nécessaire.

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

7.1. Les discussions au sein de la commission paritaire ont révélé que les associations de médecins ne désirent pas situer l'association des médecins à la prise de décisions au plan individuel médecin-gestionnaire; elles préférèrent une association sur une base collective, par un organe représentatif choisi par les médecins attachés à l'hôpital. Les organisations d'hôpitaux ont accepté cette option.

Un consensus a dès lors été atteint au sein de la commission paritaire afin d'instaurer un Conseil médical dans chaque hôpital en tant qu'interlocuteur permanent du gestionnaire; un large accord a également été atteint au sujet des domaines dans lesquels devait se situer la compétence consultative du conseil médical, un point de désaccord s'est révélé entre l'impact de l'avis du conseil médical sur la prise de décision finale du gestionnaire ainsi que sur le point de savoir comment une divergence essentielle et persistante entre le gestionnaire et le conseil médical peut être résolue.

7.2. Le projet maintient l'option d'autefois, à savoir l'instauration obligatoire d'un Conseil médical dans chaque hôpital. Ce Conseil médical est associé à la prise de décision, par le biais d'avis au sujet de décisions de gestion envisagées. A côté de ce modèle accepté depuis longtemps, le projet propose également un modèle alternatif qui préfère à la

in plaats van betrokkenheid via adviezen, op een meer rechtstreekse samenspraak in een orgaan *ad hoc* is gericht. Beide modellen worden hierna nader toegelicht.

7.3. De Medische Raad

Met betrekking tot de Medische Raad omvat het ontwerp volgende beginselbepalingen :

7.3.1. Verplichte oprichting in principe in elk ziekenhuis. Dit algemeen principe zal allicht moeten genuanceerd worden wat de toepassing betreft, meer speciaal wat sommige kleinere ziekenhuizen betreft.

7.3.2. De Medische Raad is een verkozen orgaan. De wijze van samenstelling kan evenwel niet uniform voor elk ziekenhuis geregeld worden; ook om de onder 7.3.1. reeds aangegeven reden zullen de nodige nuanceringen bij uitvoeringsmaatregel moeten aangebracht worden na advies van de paritaire commissie.

7.3.3. De Medische Raad is een vertegenwoordigend orgaan samengesteld met het oog op de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming.

In het licht van wat in het begin van deze inleidende uiteenzetting werd gezegd over de essentiële uitgangspunten van dit ontwerp mag hier worden beklemtoond dat de oprichting van de Medische Raad niet tot bedoeling heeft de besluitvorming als dusdanig in het ziekenhuis te bemoeilijken. Integendeel de oprichting ervan moet gezien worden in functie van de in het ontwerp uitdrukkelijk omschreven doelstelling, nl. « de geneeskundige hulpverlening in het ziekenhuis in optimale voorwaarden voor de patiënten te verstrekken ». De betrokkenheid van de Medische Raad bij de besluitvorming moet dus duidelijk in het licht van die basisdoelstelling van het ziekenhuis worden gezien en beoordeeld. De Medische Raad heeft derhalve slechts bestaansreden indien hij overeenkomstig deze in de wet geformuleerde doelstelling functioneert.

7.3.4. Het ontwerp verwacht van de Medische Raad een constructieve bijdrage tot de te nemen bestuursbeslissingen. De punten waarop aan de Raad adviesbevoegdheid wordt toegekend zijn dan ook breed opgevat en hebben betrekking op alle domeinen van de ziekenhuiswerking die een weerslag kunnen hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis. Bij de formulering van de adviesbevoegdheden is het ontwerp niet innoverend te werk gegaan; de formulering van de adviesbevoegdheden werd grotendeels overgenomen van de voorstellen die destijds in de paritaire commissie werden uitgewerkt en die in het voorontwerp van Minister De Saeger werden overgenomen.

Wel werd de formulering hier en daar wat verduidelijkt en beter genuanceerd, vooral wat betreft de formulering van de punten waarvoor de Raad een versterkte adviesbevoegdheid heeft.

consultation, une concertation plus directe au sein d'un organe *ad hoc*. Ces deux modèles sont explicités ci-dessous.

7.3. Le Conseil médical

Au sujet du Conseil médical, le projet contient les principes de base suivants :

7.3.1. Création obligatoire, en principe dans chaque hôpital. Le principe général devra probablement être nuancé quant à son application, plus spécialement pour ce qui concerne certains petits hôpitaux.

7.3.2. Le Conseil médical est un organe élu. Le mode de composition ne peut cependant pas être réglé de manière uniforme pour tous les hôpitaux; pour les raisons déjà invoquées au point précédent, les nuances nécessaires devront y être apportées par des mesures d'exécution, après avis de la commission paritaire.

7.3.3. Le Conseil médical est un organe représentatif créé en vue d'associer les médecins à la prise de décision.

A la lumière de ce qui a été dit au début de cet exposé introductif sur les bases essentielles du projet, il faut souligner ici que la création du Conseil médical n'a pas pour but d'entraver la prise de décision à l'hôpital en tant que telle. Bien au contraire. La création doit être vue en fonction du but explicitement décrit dans le projet : « d'assurer à l'hôpital l'aide médicale dans des conditions optimales pour les patients ». L'association du Conseil médical à la prise de décision doit donc être vue clairement et appréciée à la lumière de ce but fondamental de l'hôpital. Le Conseil médical n'a donc de raison d'être que s'il fonctionne conformément au but formulé dans la loi.

7.3.4. Le projet attend du Conseil médical un apport constructif à la prise des décisions de gestion. Les points au sujet desquels une compétence consultative est attribuée au conseil sont donc compris dans un sens large et ils concernent tous les domaines de l'activité hospitalière qui pourraient avoir une répercussion sur l'activité médicale à l'hôpital. Le projet n'a pas innové en formulant les compétences consultatives. Cette formulation a été puisée dans les propositions élaborées à l'époque au sein de la commission paritaire et reprises dans l'avant-projet du Ministre De Saeger.

Cette formulation a bien été explicitée et mieux nuancée ci et là surtout en ce qui concerne les points pour lesquels le conseil a une compétence consultative renforcée.

Grosso modo kunnen de adviesbevoegdheden in volgende grote categorieën worden verdeeld :

7.3.4.1. Het algemeen kader inzake de organisatie van medische diensten en wat de algemene regeling van de rechtsverhoudingen en werkvoorwaarden betreft.

7.3.4.2. Concrete aangelegenheden die het functioneren van de geneesheren als dusdanig betreffen :

- medische personeelsformatie;
- benoeming, bevordering;
- afzetting en sancties;
- benoeming hoofdgeneesheer.

7.3.4.3. Aangelegenheden die betrekking hebben op de andere personeelsleden van het ziekenhuis waarmede de geneesheren moeten samenwerken :

- kwalificatie en personeelsformatie van verplegend en paramedisch personeel;
- betwistingen omtrent toewijzing en verplaatsing van verplegend en paramedisch personeel;
- vaststelling en wijziging van kader van personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd.

7.3.4.4. Aangelegenheden die betrekking hebben op de middelen (financiële middelen en medische uitrusting) die nodig zijn voor het instandhouden en bevorderen van de medische activiteit van het ziekenhuis :

- vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting;
- aanschaf en vernieuwing van medische uitrusting;
- jaarlijkse budgettaire raming van de kosten van de medische activiteit;
- aanwending van de saldi van de medische honoraria.

7.3.4.5. Aangelegenheden die de aard, de structuur en organisatievorm van het ziekenhuis betreffen en die een weerslag hebben op de medische activiteit :

- oprichting, splitsing, afschaffing van diensten;
- nieuwbouw of ombouw van het ziekenhuis;
- overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de werkvoorwaarden van de artsen.

7.3.4.6. Aangelegenheden die de kwaliteit van de medische dienstverlening betreffen :

- onderzoek van klachten m.b.t. de werking van de medische diensten van het ziekenhuis.

In principe heeft de Raad omtrent al deze aangelegenheden een gewone advies-bevoegdheid en kan de beheerder, juridisch gezien, een beslissing nemen die afwijkt van het advies van de Medische Raad. Wel is het zo dat het ontwerp uitdrukkelijk de voorkeur geeft aan beslissingen die in overeenstemming genomen worden.

Voor een aantal aangelegenheden geeft de Medische Raad een versterkt advies, d.w.z. dat de beheerder juridisch gezien

Ces compétences consultatives peuvent, grosso modo, être subdivisées dans les grandes catégories suivantes :

7.3.4.1. Le cadre général en matière d'organisation des services médicaux et en ce qui concerne les règles générales régissant les rapports juridiques et les conditions de travail.

7.3.4.2. Les questions concrètes concernant les activités des médecins en tant que tels :

- le cadre du personnel médical;
- nomination, promotion;
- révocation et sanctions;
- nomination du médecin en chef.

7.3.4.3. Questions concernant les autres membres du personnel de l'hôpital avec lesquels les médecins doivent collaborer :

- qualification et cadre du personnel infirmier et paramédical;
- litiges concernant l'affectation et la mutation du personnel infirmier et paramédical;
- fixation et modification du cadre du personnel financé par les honoraires.

7.3.4.4. Questions relatives aux moyens (moyens financiers et équipement médical) nécessaires au maintien et à la promotion de l'activité médicale à l'hôpital;

- détermination des besoins en équipement médical;
- achat et renouvellement de l'équipement médical;
- estimation budgétaire annuelle du coût de l'activité médicale;
- affectation du solde des honoraires médicaux.

7.3.4.5. Questions relatives à la nature, à la structure et à la forme d'organisation de l'hôpital et qui ont une répercussion sur l'activité médicale :

- création, scission et suppression de services;
- construction et transformation de l'hôpital;
- accords avec des tiers, ayant une répercussion sur les conditions de travail des médecins.

7.3.4.6. Questions relatives à la qualité de l'aide médicale :

- examen des plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux de l'hôpital.

Le Conseil a, au sujet de toutes ces questions une compétence consultative simple et, juridiquement, le gestionnaire peut prendre une décision qui s'écarte de l'avis du conseil médical. Il est vrai pourtant que le projet donne explicitement la préférence aux décisions prises en consensus.

Dans un certain nombre de domaines, le Conseil médical donne un avis renforcé c'est-à-dire que, juridiquement, le

niet zomaar van het advies kan afwijken; de procedure die hij in dit geval moet volgen wordt straks nader uiteengezet.

De domeinen waarop de Medische Raad versterkt advies geeft kunnen als volgt worden samengevat :

— het algemeen raam waarbinnen de geneesheren in het ziekenhuis zullen functioneren : algemene organisatie van de medische diensten, algemene regeling inzake rechtsverhoudingen en werkvoorwaarden. In de optiek van het ontwerp is het van zeer groot belang dat omtrent dit algemeen kader geen essentiële tegenstellingen tussen beheer en medisch korps zouden bestaan daar hieromtrent versterkt advies wordt gegeven. Dit heeft evenwel niet tot gevolg dat de eigen doelstellingen van het ziekenhuis hierdoor mogen in het gedrang gebracht worden (*cf. infra*);

— de beslissingen omtrent bepaalde aangelegenheden die met de honoraria gefinancierd worden;

— de benoeming van de hoofdgeneesheer : de aard van zijn functie vergt dat hij bij de geneesheren van het ziekenhuis de gewenste aanvaarding vindt.

De opsomming van de domeinen waarop aan de Medische Raad versterkte adviesbevoegdheid wordt toegekend, is in essentie overgenomen uit het voorontwerp van Minister De Saeger. Voor sommige geneesherengroepen is de opsomming niet ruim genoeg. Van de zijde van de ziekenhuisorganisaties wordt de voorgestelde regeling als te verregaand beschouwd; alhoewel zij voor bepaalde punten kunnen instemmen met een versterkte adviesbevoegdheid, hebben ze fundamentele bezwaren ten aanzien van de wijze waarop het ontwerp een oplossing wil brengen in geval van blijvend meningsverschil tussen Medische Raad en beheerder.

Meer bepaald wordt gesteld dat door de voorgestelde regeling het beslissingsrecht van de beheerder wordt uitgehouden en dat aan de geneesheren een dusdanig blokkeringsrecht wordt gegeven dat de beheerder zijn beheersverantwoordelijkheid niet volwaardig meer kan opnemen.

Ik meen dat deze kritiek onterecht is, tenzij er een misverstand zou ontstaan zijn omtrent het fundamenteel uitgangspunt van het ontwerp.

Alvorens de voorgestelde procedure te motiveren is het dus aangewezen vooraf te herinneren aan een der basisuitgangspunten van het ontwerp nl. dat het wenselijk is dat in een ziekenhuis de grootst mogelijke overeenstemming wordt bereikt tussen beheerder en geneesheren (via de Medische Raad) en dit met het oog op een welbegrepen wederzijds belang. Een nauwe betrokkenheid van de Medische Raad bij de besluitvorming moet inhoudelijk betere beheersbeslissingen bevorderen waardoor het ziekenhuis adekwater zijn sociale functie op het vlak van de medische dienstverlening zal kunnen waarmaken; anderzijds is een goed beheerd en medisch goed gestructureerd ziekenhuis bevorderlijk voor het goed functioneren van de arts en voor het optimaliseren van zijn werkingsmogelijkheden in een georganiseerd verband.

Om dit streven naar een overeenstemming m.b.t. de te bereiken objectieve structureel te bevorderen wordt aan de

gestionnaire ne peut déroger sans plus à cet avis; la procédure qu'il doit suivre dans ce cas est précisée plus loin.

Les domaines dans lesquels le Conseil médical donne un avis renforcé sont les suivants :

— le cadre général dans lequel les médecins exerceront leurs activités à l'hôpital : organisation générale des services médicaux, règles générales en ce qui concerne les rapports juridiques et conditions de travail. Dans l'optique du projet, il est capital que ce cadre général ne soit pas l'objet d'oppositions essentielles entre la gestion et le corps médical; c'est la raison pour laquelle le Conseil médical pourra donner des avis renforcés à ce sujet. Toutefois, les objectifs propres de l'hôpital ne peuvent être menacés (*cf. infra*);

— les décisions relatives à des matières pour lesquelles le financement se fait au moyen des honoraires;

— la nomination du médecin en chef : la nature de sa fonction requiert son acceptation par les médecins de l'hôpital.

L'énumération des domaines dans lesquels s'exerce la compétence d'avis renforcé du Conseil médical est reprise essentiellement de l'avant-projet du Ministre De Saeger. L'énumération n'est pas suffisamment large pour certains groupements de médecins. Les organisations d'hôpitaux jugent le régime proposé trop radical; bien qu'elles approuvent sur certains points une compétence d'avis renforcé, elles forment des objections fondamentales au sujet de la manière selon laquelle le projet tâche de résoudre une divergence persistante entre le Conseil médical et le gestionnaire.

Elles affirment plus précisément que le régime proposé vide de sa substance le droit de décision du gestionnaire et que les médecins disposent d'un droit de blocage en raison duquel le gestionnaire ne peut assurer pleinement sa responsabilité de gestion.

Je considère cette critique non fondée, à moins qu'il ne s'agisse d'un malentendu au sujet du point de départ fondamental du projet.

Avant de présenter les motifs de la procédure proposée, il s'indique de rappeler au préalable un des points de départ du projet, à savoir qu'il est souhaitable d'atteindre, au sein de l'hôpital, une harmonie optimale entre le gestionnaire et les médecins (par le biais du Conseil médical) en vue d'un intérêt réciproque bien compris. Une association étroite du Conseil médical à la prise de décision doit promouvoir de meilleures décisions de gestion de sorte que l'hôpital remplisse d'une manière plus adéquate sa fonction sociale au niveau du service médical; par ailleurs, un hôpital bien géré et bien structuré sur le plan médical favorise le bon fonctionnement des services médicaux et optimise les possibilités d'activité dans un cadre organisé.

Afin de promouvoir structurellement la recherche de cette concordance dans les objectifs poursuivis, le Conseil médical

Medische Raad adviesbevoegdheid gegeven omtrent de in het ontwerp opgesomde aangelegenheden.

M.b.t. bepaalde in de wet opgesomde materies wordt onder bepaalde voorwaarden (tweederdemeerderheid van de Medische Raad, gemotiveerd en schriftelijk advies) aan het advies van de Medische Raad omtrent een voorstel van de beheerder een dergelijk doorslaggevend belang gehecht dat de beheerder niet dadelijk een hiervan afwijkende beslissing kan nemen.

Hij moet eerst trachten door rechtstreeks overleg met de Medische Raad de verschilpunten uit te klaren en tot overeenstemming te komen.

Indien dit niet lukt kan hij een gemotiveerd voorstel, over het hoofd van de Medische Raad heen, voorleggen aan alle geneesheren van het ziekenhuis en uittesten of het door hen kan worden aanvaard.

Indien dit niet het gewenste resultaat oplevert zit men dus met een voortdurend meningsverschil.

De vraag is nu : hoe kan deze situatie worden aangepakt om toch tot een beslissing te komen ?

De grondvraag is dus : hoe moet een oplossing gevonden worden voor een aanhoudend meningsverschil dat op het niveau van het ziekenhuis niet in overeenstemming tussen beheerder en geneesheren kan worden opgelost ?

Laat ons vooreerst herinneren aan de principiële standpunten ter zake van de geneesheren-organisaties en de ziekenhuisorganisaties.

De geneesheren-organisaties zijn van oordeel dat in de beschreven situatie slechts één afdoende oplossing aanvaardbaar is, nl. het beroep op een vorm van arbitrage die de beide partijen bindt.

De ziekenhuisorganisaties willen onder geen beding dat vanuit een externe instantie een beheersbeslissing dwingend kan worden opgelegd; ze zijn wel bereid verregaande procedures van overleg, van uitstel van beslissing, van verzoening in acht te nemen; ze willen in elk geval dat de beheerder zelf de eindbeslissing neemt zij het ook dat hij deze beslissing ten aanzien van de geneesheren motiveert indien ze — wat de hypothese is — blijft afwijken van het standpunt van de geneesheren.

Principieel staan de uitgangspunten m.b.t. het uiteindelijk beslechten van een voortdurend conflict dus diametraal tegenover elkaar. Hoe kan een juridisch aanvaardbare uitweg worden gevonden die een oplossing mogelijk maakt ?

Ik ben van oordeel dat in het ontwerp een werkzame juridische formule werd uitgewerkt voor dit op het eerste gezicht onoplosbare dilemma.

Zoals in de meeste gevallen, ligt de kracht van deze stelling in de referentiesterkte van haar uitgangspunt.

Welnu de uitgangsgedachte van het ontwerp is dat het oppositiemodel niet de nodige waarborgen biedt voor een evenwichtige besluitvorming maar dat eerder moet gezocht

reçoit une compétence consultative pour les matières énumérées dans le projet.

Au sujet de certaines de ces matières, et dans certaines conditions (majorité des deux tiers du Conseil médical, avis motivé et écrit), l'avis du Conseil médical sur une proposition du gestionnaire peut revêtir une importance telle que le gestionnaire ne peut prendre immédiatement une décision y dérogeant.

Il doit d'abord tenter d'aplanir les divergences par une concertation directe avec le Conseil médical, afin d'arriver à un accord.

En cas d'échec, il peut contourner le Conseil médical et soumettre une proposition motivée à l'ensemble des médecins de l'hôpital et voir ainsi si elle peut être acceptée.

Si le résultat escompté n'est pas atteint, on se trouve en présence d'une divergence persistante.

La question est donc de savoir comment remédier à cette situation afin d'arriver tout de même à une décision.

Le problème fondamental est donc de trouver une solution à une divergence persistante qui, au niveau de l'hôpital, ne peut être résolue par un accord entre le gestionnaire et les médecins.

Rappelons tout d'abord les positions de principe des organisations des médecins et des organisations hospitalières.

Les organisations des médecins sont d'avis que, dans la situation décrite, une seule solution adéquate est acceptable, c'est-à-dire, le recours à une forme d'arbitrage liant les deux parties.

Les organisations hospitalières ne veulent en aucune façon qu'une instance externe puisse imposer une décision de gestion : elles sont toutefois disposées à observer des procédures extrêmes de concertation, de remise de décision et de conciliation; elles veulent en tout état de cause que le gestionnaire prenne lui-même la décision finale, fût-ce qu'il la motive vis-à-vis des médecins si elle continue à s'écarter de la position des médecins.

En principe donc, les points de départ quant au règlement définitif d'un conflit permanent sont diamétralement opposés. Comment trouver une issue juridiquement acceptable permettant une solution ?

J'estime qu'une formule juridique efficace a été élaborée dans ce projet, pour un dilemme à première vue insoluble.

Comme dans la plupart des cas, la force de cette thèse réside dans la force de référence de ses assises.

Or, l'idée de départ du projet est que le modèle d'opposition ne donne pas les garanties suffisantes pour une prise de décision équilibrée mais qu'il faut plutôt rechercher un

worden naar een model waar de uiteindelijke besluitvorming de resultante is van wederzijdse overtuiging.

Deze grondgedachte van het ontwerp wordt vastgehouden ook in de gevallen waar de overeenstemming moeilijk bereikt wordt en waar zich een meningsverschil zo sterk en blijvend manifesteert dat beroep op een externe instantie nodig is.

Het ontwerp heeft niet geopteerd voor de formule van de arbitrage, maar wel voor de figuur van de externe bemiddelaar gekozen uit een lijst die door de Minister is vastgesteld op voordracht van de paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen.

Van de personen die op de lijst van de bemiddelaars voorkomen mag dus gezegd worden dat de betrokken partijen van oordeel zijn dat ze de nodige eigenschappen hebben om in een conflictsituatie een objectieve en positieve rol te spelen.

In de eerste fase van zijn opdracht tracht de bemiddelaar de standpunten nader tot elkaar te brengen. Men mag verwachten dat een persoon die bij hypothese vreemd is aan het conflict voldoende afstand kan nemen van het geschil om de partijen te helpen de elementen van het conflict te objectiveren, de ingenomen standpunten dienvolgens te relativeren en alzo wellicht tot bijlegging van de meningsverschillen te komen.

De geneesheren zullen ongetwijfeld in deze fase betrachten een redelijke houding aan te nemen om tot een oplossing te komen waarover overeenstemming mogelijk is, zoniet lopen ze het risico dat in de tweede fase door de bemiddelaar een voorstel wordt gedaan waarbij ze niet betrokken zijn en dat hen toch bindt indien de beheerder dit voorstel overneemt.

Het spreekt vanzelf dat bij deze poging tot uitklaren van de situatie de respectieve standpunten en de motivering ervan uitvoerig zullen kunnen aan bod komen; de bemiddelaar zal zich dus ook een objectief oordeel kunnen vormen omtrent de overtuigingskracht van de naar voor gebrachte standpunten en hun verantwoording.

Dit beoordelingsaspect is zeer belangrijk voor het goed begrip van de opdracht die aan de bemiddelaar wordt toevertrouwd indien hij na twee maanden bemiddeling geen positief resultaat heeft behaald. Inderdaad, indien na twee maanden bemiddeling geen resultaat wordt bereikt, komt er een verschuiving in de opdracht van de bemiddelaar. In deze tweede fase van zijn opdracht krijgt hij tot taak een persoonlijk voorstel tot oplossing uit te werken.

Dit voorstel tot oplossing legt hij voor aan de beheerder.

Indien deze het voorstel in een eigen beheersbeslissing omzet dan bindt deze beslissing ook de geneesheren, ook al zijn ze niet betrokken geweest bij de formulering van het voorstel.

Toch is die formule in hunnen hoofde niet onaanvaardbaar omdat ze in hun principieel uitgangspunt arbitrage hebben vooropgezet hetgeen, indien het als formule aanvaard was geworden, ook tot een voor hen bindende arbitrage-beslissing zou hebben geleid.

modèle où la prise de décision définitive est la résultante d'une persuasion réciproque.

Cette idée fondamentale du projet est maintenue aussi dans les cas où l'accord est rendu plus difficile et où une divergence de vue se manifeste si nettement et continuellement que le recours à une instance externe est nécessaire.

Le projet n'a pas choisi la formule d'arbitrage mais bien pour un conciliateur externe choisi sur une liste dressée par le Ministre sur proposition de la commission paritaire médecins-hôpitaux.

On peut donc dire des personnes figurant sur la liste des conciliateurs que les parties concernées estiment qu'elles possèdent les qualités requises pour jouer un rôle objectif et positif dans une situation conflictuelle.

Dans la première phase, le conciliateur tente de rapprocher les points de vue. On peut attendre qu'une personne, par définition étrangère au conflit, puisse se distancer suffisamment du litige pour aider les parties à objectiver les éléments du conflit, pour relativiser ensuite les positions adoptées et parvenir ainsi probablement à concilier les divergences de vue.

Dans cette phase, les médecins tenteront sans doute d'adopter une attitude raisonnable afin de parvenir à une solution permettant d'atteindre un consensus; sinon ils courent le risque que le conciliateur fasse, dans une deuxième phase, une proposition par laquelle ils ne sont pas concernés mais qui les liera tout de même si le questionnaire la reprend.

Il va de soi que, lors de cette tentative de clarifier la situation, les points de vue respectifs et leur motivation pourront être exposés largement; le conciliateur pourra donc se faire une idée objective de la force persuasive des positions présentées et de leur justification.

Cet aspect de l'appréciation est très important pour la bonne compréhension de la mission confiée au conciliateur s'il n'a pas obtenu de résultat positif après deux mois de conciliation. En effet, s'il n'y a aucun résultat après deux mois de conciliation, il y a un changement dans la mission du conciliateur. Dans cette deuxième phase de sa mission, il a pour tâche d'élaborer une proposition personnelle de solution.

Il la soumet au gestionnaire.

Si celui-ci en fait une décision de gestion, elle lie aussi les médecins bien qu'ils n'aient pas été associés à la formulation de la proposition.

Cette formule n'est cependant pas inacceptable dans leur chef parce qu'ils ont soutenu l'arbitrage comme solution de principe, qui, s'il avait été accepté, aurait également donné lieu à une décision arbitrale contraignante.

Alhoewel het voorstel van de bemiddelaar naar de beheerder toe formeel-juridisch niet dezelfde bindende kracht heeft, toch heeft het een sterke aansprekende kracht naar de beheerder toe.

Ofwel heeft de beheerder in de eerste fase de bemiddelaar kunnen overtuigen van de doorslaggevende waarde van zijn argumenten (b.v. het veilig stellen van de sociale doelstelling in het ziekenhuis); in deze hypothese zal de bemiddelaar in alle objectiviteit in zijn voorstel ongetwijfeld aanleunen bij het standpunt van de beheerder; waarom zou de beheerder dan het voorstel van de bemiddelaar niet omzetten in een eigen beslissing?

Ofwel heeft de beheerder de bemiddelaar niet kunnen overtuigen; in dit geval zal de bemiddelaar ongetwijfeld een voorstel doen dat hem in alle objectiviteit het beste lijkt. Kan een beheerder redelijkerwijze zijn oorspronkelijk standpunt absoluut willen doorzetten indien hij tijdens een twee maanden durende uitwisseling van standpunten de neutrale bemiddelaar niet van de gegrondheid van zijn stellingname heeft kunnen overtuigen?

Kan men redelijkerwijze volhouden dat het een aantasting is van de beheersbevoegdheid indien het wetsontwerp stelt dat hij in die hypothese in zijn beslissing van het voorstel van de bemiddelaar niet mag afwijken?

Of gaat het recht van de beheerder om hoe dan ook een beslissing te nemen zover dat men hem het recht moet gunnen om een beslissing te nemen waarvan hij de redelijkheid niet door de externe bemiddelaar kan doen aanvaarden? Zou het in die hypothese niet wijzer zijn het voorstel van de bemiddelaar over te nemen? De beheerder is evenwel niet verplicht het voorstel over te nemen.

Hij kan zelf een nieuw voorstel doen, maar dit moet dan de instemming hebben van de Medische Raad, wat logisch is, indien hij een alternatief wil bieden voor het voorstel van de bemiddelaar dat bedoeld was om het initieel geschil met de geneesheren op te lossen.

Indien de beheerder noch kan instemmen met het voorstel van de bemiddelaar noch een voorstel formuleert waarmee de Medische Raad kan instemmen is hij toch niet verplicht het voorstel van de bemiddelaar te volgen; hij mag wel geen ervan afwijkende beslissing nemen; in dit geval zal de beheerder zich dan van een beslissing moeten onthouden. Indien die hypothese zich voordoet, kan men zich wel de vraag stellen of men hier te doen heeft met een beheerder die zijn ziekenhuis als een goed huisvader beheert dan wel met een beheerder die *per fas et nefas* aan zijn standpunt wil vasthouden ook indien dit standpunt niet de objectieve toets van een externe bemiddelaar heeft kunnen doorstaan.

Ik meen dus als conclusie te mogen stellen dat de voorgestelde formule van relatie tussen adviesbevoegdheid en beheersbevoegdheid aan beide polen recht laat wedervaren door de uitwisseling van de argumenten die aan de standpunten ten grondslag liggen prioritair te stellen ten aanzien van het gewoon tegenover elkaar stellen van uiteenlopende

Bien que la proposition du conciliateur n'ait pas la même force impérative d'un point de vue formel et juridique, pour le gestionnaire, elle n'en a pas moins d'influence pour lui.

Ou bien le gestionnaire a pu convaincre dans une première phase le conciliateur de la valeur déterminante de ses arguments (p. ex. la protection de l'objectif social de l'hôpital); dans cette hypothèse, le conciliateur se rapprochera en toute objectivité dans sa position du point de vue du gestionnaire; pourquoi le gestionnaire ne ferait-il pas, dans ce cas, de la proposition du conciliateur sa propre décision?

Ou bien le gestionnaire n'a pu convaincre le conciliateur; dans ce cas, celui-ci formulera une proposition qui lui semblera la meilleure en toute objectivité. Un gestionnaire peut-il raisonnablement vouloir absolument imposer son point de vue original s'il n'a pas pu, au cours de deux mois d'échanges de point de vue, convaincre le conciliateur neutre du bien-fondé de son opinion?

Peut-on raisonnablement continuer à affirmer qu'il y a atteinte à la compétence de gestion si le projet de loi stipule que, dans cette hypothèse, le gestionnaire ne peut déroger dans sa décision à la proposition du conciliateur?

Le droit du gestionnaire de prendre une décision en tout état de cause est-il tellement étendu qu'il faut lui permettre de prendre une décision dont il ne peut faire admettre le fondement par le conciliateur externe? Ne vaudrait-il pas mieux dans pareille hypothèse reprendre la proposition du conciliateur? Le gestionnaire n'est cependant pas obligé de reprendre la proposition.

Il peut lui-même faire une proposition; mais celle-ci doit recevoir l'accord du Conseil médical, ce qui est logique parce que la proposition alternative du gestionnaire doit réaliser le même but que la proposition du médiateur, c'est-à-dire apporter une solution au différend qui existe entre le gestionnaire et les médecins.

Si le gestionnaire ne peut approuver la proposition du conciliateur ou s'il ne formule pas de proposition qui reçoit l'accord du Conseil médical, il n'est cependant pas tenu de se conformer à la proposition du conciliateur; toutefois il ne peut prendre une décision qui y dérogerait; dans ce cas, le gestionnaire devra donc s'abstenir de prendre une décision. Si cette hypothèse se réalise, on peut se demander si l'on se trouve en présence d'un gestionnaire qui administre son hôpital en bon père de famille ou d'un gestionnaire qui tient à son point de vue contre vents et marées, même si son point de vue n'a pu soutenir l'analyse objective d'un médiateur externe.

En conclusion, j'estime pouvoir affirmer que la formule proposée de relation entre la compétence consultative et la compétence gestionnaire rallie les deux pôles, en préférant l'échange d'arguments sur lesquels se basent les points de vue, à la confrontation d'opinions divergentes auxquelles aucune dérogation n'est possible. Cette procédure me semble

standpunten waarvan niet meer wordt afgeweken. Die regeling lijkt mij dan ook van aard om het fundamenteel uitgangspunt van het ontwerp doeltreffend te realiseren.

Wel ben ik ervan overtuigd dat het model van de Medische Raad niet het enig mogelijke model is en dat het zelfs in bepaalde gevallen nuttig kan vervangen worden door een meer ingrijpend consensus-model. Dit is het alternatief model dat door het ontwerp uitdrukkelijk wordt voorzien en dat onder het volgende punt nader zal worden toegelicht.

7.4. Rechtstreeks overleg in een orgaan ad hoc

Het is in het belang van het ziekenhuis en de medische dienstverlening dat er zoveel mogelijk overeenstemming zou bestaan tussen beheerder en geneesheren omtrent de te nemen beslissingen over aangelegenheden die de medische activiteit betreffen; vandaar dat dit wetsontwerp een regeling voorziet om de ziekenhuisgeneesheren bij de besluitvorming hieromtrent te betrekken. Onder 7.3 werd het model beschreven waarbij de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming geschiedt via door de Medische Raad uitgebrachte adviezen, hetzij op vraag van de beheerder hetzij op eigen initiatief. In bepaalde ziekenhuizen werd de stap gezet naar een model van betrokkenheid via rechtstreekse samenspraak tussen een gemandateerde delegatie van het beheer en een gemandateerde delegatie van de ziekenhuisgeneesheren in een overlegcomité ad hoc. Uit het concept zelf van dit model volgt dat de directie aanwezig is in de beheersdelegatie.

Dit model biedt vanzelfsprekend meer mogelijkheden om de respectieve opvattingen rechtstreeks ten aanzien van de gesprekspartners toe te lichten en te motiveren; aldus worden ongetwijfeld de kansen verhoogd om tot overeenstemming te komen omtrent te nemen beheersbeslissingen. Het wetsontwerp wil dan ook uitdrukkelijk dit samenwerkingsmodel wettelijk mogelijk maken als facultatief alternatief voor het vooropgezette model van betrokkenheid via adviezen.

Alhoewel het model zeer aantrekkelijk is, was het toch niet aangewezen het als verplicht model aan alle ziekenhuizen op te leggen. Het model kan immers slechts zijn gunstige effecten opleveren indien de toepassing van het model kan steunen op een vooraf gegeven grondhouding waaruit de wil blijkt van de gesprekspartners om hoe dan ook tot overeenstemming te komen. Dergelijke ingesteldheid die een wilsdaad veronderstelt kan niet bij wet opgelegd worden.

Wel wil het ontwerp de totstandkoming van dit model uitdrukkelijk bevorderen. Het voorgestelde model berust op een vrij gekozen optie; eens gekozen komt die werkwijze in vervanging van de normale regeling van de Medische Raad; de Medische Raad zelf blijft echter bestaan.

Het ontwerp bepaalt immers dat in geval van onoverkomelijke moeilijkheden binnen het overlegcomité of bij één van de mandaatgevende partijen, het algemeen stelsel van adviesvorming via de Medische Raad terug in werking treedt.

Het constructief functioneren van het overlegcomité zal tot de grootst mogelijke overeenstemming in de besluitvorming leiden; dit model van betrokkenheid is dus ten zeerste

dès lors susceptible de réaliser le point de départ fondamental du projet.

Cependant je suis convaincu que le modèle du Conseil médical n'est pas le seul et qu'il peut même être remplacé utilement dans certains cas par un modèle de consensus plus profond. Il s'agit là du modèle alternatif expressément prévu par le projet et développé dans le point ci-après.

7.4. Concertation directe au sein d'un organe ad hoc

Dans l'intérêt de l'hôpital et des services médicaux, une concordance de vue aussi large que possible devrait exister entre le gestionnaire et les médecins sur les décisions à prendre sur des matières intéressant l'activité médicale; c'est pourquoi le présent projet de loi prévoit une réglementation tendant à associer les médecins hospitaliers à la prise de décision. Le 7.3 évoquait le modèle dans lequel l'association des médecins à la prise de décision se fait par le biais d'avis émis par le Conseil médical, soit à la demande du gestionnaire soit d'initiative. Certains hôpitaux se sont orientés vers un modèle d'association par le biais d'une concertation directe entre une délégation mandatée par le gestionnaire et une délégation mandatée par les médecins hospitaliers au sein d'un comité de concertation ad hoc. Il découle du concept même de ce modèle que la direction doit être présente dans la délégation mandatée par le gestionnaire.

Ce modèle offre bien entendu davantage de possibilités d'informer et de convaincre directement le partenaire sur les conceptions respectives; ainsi on augmente indubitablement les chances d'arriver à un consensus sur les mesures de gestion à prendre. Le projet de loi veut dès lors expressément rendre ce modèle de collaboration légalement possible comme alternative facultative au modèle d'association par avis.

Pour attrayant qu'il soit, il n'était cependant pas indiqué de l'imposer comme modèle obligatoire pour tous les hôpitaux. En effet, le modèle ne peut avoir d'effet favorable que si son application repose sur une attitude fondamentale préalable qui témoigne de la volonté des partenaires d'arriver coûte que coûte à un consensus. Une telle disposition d'esprit, qui suppose un acte de volonté, ne peut être imposée par la loi.

Certes, le projet veut favoriser expressément la concrétisation de ce modèle. Le modèle proposé repose sur un choix librement décidé; une fois choisie, cette méthode se substitue à la réglementation normale du Conseil médical, sans toutefois en supprimer l'existence.

En effet, le projet prévoit qu'en cas de difficulté insurmontable au sein du comité de concertation ou d'une des parties mandantes, le système général d'avis par l'intermédiaire du Conseil médical est à nouveau d'application.

Le fonctionnement constructif du comité de concertation débouchera sur un consensus le plus large possible dans la prise de décision; ce modèle de participation convient dès

geschikt om tot adequate en realistische beheersbeslissingen te leiden.

8. Rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren

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

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

8.3. De algemene regeling geldt als algemeen kader en als richtsnoer voor de individuele regelingen met elke geneesheer afzonderlijk. Het ontwerp legt de verplichting op die individuele regeling en de eventuele wijzigingen ervan schriftelijk vast te leggen en somt de aangelegenheden op die verplicht in de schriftelijke regeling worden behandeld.

Duidelijkheid omtrent al deze punten zal inderdaad een basis bieden om eventuele betwistingen te voorkomen of op te lossen. Er zij nogmaals benadrukt dat het niet de bedoeling van de overheid is rechtstreeks de inhoud zelf van de regelingen op te leggen. Vanzelfsprekend moeten de regelingen wel in overeenstemming zijn met de minimumverplichtingen die krachtens andere bepalingen van deze wet zijn opgelegd, zoals b.v. de verplichting tot inschakeling in de

lors on ne peut mieux à des décisions de gestion appropriées et réalistes.

8. Rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

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

8.2. Chaque hôpital doit élaborer une réglementation générale régissant les éléments qui déterminent le bon fonctionnement des médecins dans l'hôpital. La réalisation de cette réglementation générale est tellement importante et décisive pour le déroulement de l'activité médicale hospitalière que la procédure de consultation doit être suivie. Le projet énumère les matières devant figurer en tout cas dans la réglementation générale. Ce sont les matières qui doivent nécessairement être réglées entre l'hôpital et les médecins hospitaliers : conditions de nomination ou de démission, conditions générales de travail, règlement financier, permanence des soins etc.

8.3. La réglementation générale vaut comme un cadre général et comme directive pour la réglementation individuelle de chaque médecin. Le projet oblige à fixer par écrit cette réglementation individuelle et ses modifications éventuelles et énumère les questions qui doivent obligatoirement être traitées dans cette réglementation écrite.

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

medische organisatiestructuur of b.v. de noodzaak om het systeem van centrale inning der honoraria te aanvaarden.

8.4. Het ontwerp bevat ook de wettelijke basis om bij in Ministerraad overlegd besluit de bestaande wetgeving op de sociale zekerheid te wijzigen wat de ziekenhuisgeneesheren betreft.

De bepaling heeft niet tot doel een fundamentele ommekeer teweeg te brengen in de bestaande rechtsverhoudingen tussen de ziekenhuizen en de eraan verbonden artsen. De bestaande regeling inzake onderwerping heeft wel het nadeel dat ze impliciet er toe aanspoort dat de ziekenhuisgeneesheer een activiteit buiten het ziekenhuis zou uitoefenen als zelfstandige, met als bedoeling de zekerheid te hebben dat de arts voor zijn activiteit binnen het ziekenhuis niet aan de sociale zekerheid der werknemers zou onderworpen zijn. De bestaande wet leidt dus tot een neveneffect dat uitdrukkelijk ingaat tegen een basisdoelstelling van het huidige ontwerp, nl. de integratie van de geneesheer in het ziekenhuis. Het moet mogelijk zijn de regelen inzake onderwerping dusdanig te wijzigen dat dit ongunstig neveneffect wordt vermeden; dit zou kunnen door de wijze van vergoeding van de arts als criterium van onderwerping te nemen en onderwerping aan de sociale zekerheid der werknemers enkel te voorzien indien de arts uitsluitend met een vaste forfaitaire som wordt vergoed; indien dit niet het geval is zou hij onderworpen zijn aan de sociale zekerheidsregeling voor zelfstandigen. Dergelijke regeling zou de bestaande toestand niet fundamenteel wijzigen maar zou wel de nadelige effecten van de bestaande regeling op het stuk van integratie wegwerken.

9. Het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheren

In het kader van een globale regeling van de problemen die zich voordoen met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisgeneesheer moet ook het geldelijk statuut ter sprake komen. Ter zake behandelt het ontwerp de punten waaromtrent reeds teksten werden uitgewerkt zowel in het voorontwerp van collectieve overeenkomst dat als discussiebasis werd voorgelegd door de toenmalige voorzitter van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen (zgn. document Halter) als in het voorontwerp van Minister De Saeger. Volgende materies komen aan bod : de vergoedingsstelsels, de inning der honoraria, de vaststelling der honoraria, de aanwending van de sommen der centraal geïnde honoraria.

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

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

de 3 ou encore la nécessité d'accepter le système de perception centrale des honoraires imposé par l'article 12.

8.4. Le projet contient aussi la base légale pour modifier, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, la législation sur la sécurité sociale en ce qui concerne les médecins hospitaliers.

La disposition ne vise pas à modifier fondamentalement les rapports juridiques existant entre les hôpitaux et les médecins qui y sont attachés. La réglementation en matière d'assujettissement a cependant le désavantage d'inciter implicitement le médecin hospitalier à exercer hors de l'hôpital une activité comme indépendant, dans le but d'avoir la certitude que pour son action au sein de l'hôpital le médecin ne soit pas assujéti au régime de la sécurité sociale des travailleurs. La législation en vigueur est donc la cause d'un effet secondaire explicitement contraire au principe de base du présent projet, c'est-à-dire à l'intégration du médecin à l'hôpital. Il doit être possible de modifier les règles relatives à l'assujettissement de manière à éviter cet effet secondaire; ceci pourrait se faire en prenant le mode d'indemnisation du médecin comme critère d'assujettissement et en prévoyant uniquement l'assujettissement du médecin à la sécurité sociale comme travailleur si le médecin est uniquement indemnisé au forfait; si tel n'est pas le cas, il sera assujéti à la sécurité sociale des indépendants. Une telle réglementation ne modifierait pas fondamentalement la situation existante mais elle éliminerait les désavantages de la réglementation actuelle en matière d'intégration.

9. Le statut pécuniaire du médecin hospitalier

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

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

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

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

Het is voldoende bekend dat in het algemeen gezien, de terugbetaling van de Z.I.V. voor een medische activiteit geschiedt op basis van de attestatie van een individuele geneesheer dat hij aan de sociaal verzekerde een in de Z.I.V.-nomenclatuur voorziene geneeskundige verstrekking heeft verstrekt. De terugbetaling per prestatie is dus de algemene regel die ook naar de ziekenhuizen toe wordt toegepast, ook in de gevallen dat bijvoorbeeld het ziekenhuis de in het ziekenhuis werkzame geneesheer met een wedde betaalt. Het is ook voldoende bekend dat — enkele uitzonderingen van zgn. zuiver ereloon niet te na gesproken — het door de Z.I.V. bepaalde terugbetalingsbedrag bestemd is om alle kosten te dekken die verbonden zijn aan de geneeskundige prestatie en dus niet enkel de vergoeding voor de eigenlijke medische kosten omvat, maar bijvoorbeeld ook de kosten van personeel dat voor de uitvoering van de prestatie noodzakelijk is evenals de werkingskosten en afschrijvingen van de benodigde apparatuur.

Dit systeem geldt ook ten aanzien van de medische activiteit in het ziekenhuis, ook indien al het personeel in dienst is van het ziekenhuis en ook indien al de apparatuur eigendom is van het ziekenhuis. Dit systeem brengt mee dat op het niveau van het ziekenhuis een ganse problematiek moet worden opgelost inzake aanrekening van kosten die enerzijds ten laste vallen van de verpleegdagprijs en anderzijds vanuit de inkomsten uit honoraria moeten worden gedragen.

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

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

On n'ignore pas que le remboursement par l'A.M.I. d'une activité médicale se fait généralement sur base de l'attestation du médecin selon laquelle il a accordé à l'assuré social des soins repris dans la nomenclature A.M.I. Le remboursement par prestation est donc la règle générale qui est appliquée aussi aux hôpitaux même dans les cas où l'hôpital, par exemple, paie un traitement aux médecins qu'il emploie. On sait aussi que, à l'exception de quelques honoraires dits purs, le montant du remboursement fixé par l'A.M.I. est destiné à couvrir tous les frais liés à la prestation médicale et ne comprend donc pas uniquement la rémunération de l'acte médical proprement dit mais, par exemple, aussi les frais de personnel nécessaire à l'exécution de la prestation ainsi que les frais de location et d'amortissement de l'appareillage utilisé.

Ce système s'applique aussi à l'activité médicale à l'hôpital, même si tout le personnel est au service de l'hôpital et si tout l'appareillage lui appartient. Ce système a pour conséquence qu'au niveau de l'hôpital, doit être résolue toute la problématique relative à l'imputation et la ventilation des frais qui sont à charge du prix de la journée et ceux qui doivent être pris en charge par les honoraires.

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

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

9.1. De vergoedingsstelsels

Het ontwerp somt de volgende mogelijke vergoedingsstelsels op :

9.1.1. Vergoeding per prestatie.

9.1.2. Vergoeding gebaseerd op een verdeling van een zgn. pool der honoraria; de pooling van de honoraria kan betrekking hebben op het gehele ziekenhuis of kan per dienst worden ingericht.

9.1.3. Forfaitair vastgestelde vergoeding : wedde of een vaste vergoeding (eventueel vermeerderd met een aandeel in de pool der honoraria).

In principe geldt per ziekenhuis slechts één van deze mogelijke vergoedingsstelsels. Dit principe kan evenwel niet in alle gevallen strak worden gehandhaafd. Het ontwerp onderwerpt de uitzonderingen op de regel aan bepaalde beperkende voorwaarden : schriftelijke overeenkomst, informatie aan de Medische Raad.

9.2. Inning der honoraria

9.2.1. In de overgrote meerderheid der ziekenhuizen bestaan reeds vormen van centrale inning, hetzij voor het geheel van de medische activiteit van het ziekenhuis hetzij voor een gedeelte ervan.

9.2.2. Het ontwerp heeft tot doel de centrale inning der honoraria verplicht te stellen voor alle ziekenhuizen en voor het geheel van de medische activiteiten. Dus daar waar de centrale inning nog niet bestaat moet ze worden ingevoerd; waar ze slechts gedeeltelijk bestaat moet ze worden uitgebreid tot het geheel van de medische activiteiten.

9.2.3. De verplicht veralgemeende invoering van de centrale inning is één van de essentiële doelstellingen van het ontwerp.

9.2.3.1. De veralgemeende centrale inning is vooreerst van belang op het vlak van het ziekenhuis zelf : het is het meest aangewezen technisch instrument om een aantal doelstellingen te realiseren :

a) Transparantie van de inkomsten uit medische activiteiten waardoor een betrouwbare basis wordt gelegd voor het berekenen en bewerken zowel van een rechtmatige vergoeding van de ziekenhuisartsen als van een correcte financiering van de op de honoraria aanrekenbare ziekenhuisactiviteiten.

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

9.1. Les systèmes de rémunérations

Le projet énumère les systèmes de rémunérations suivants :

9.1.1. Rémunération à l'acte.

9.1.2. Rémunération fondée sur la répartition d'un pool des honoraires établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service.

9.1.3. Rémunération forfaitaire : salaire ou indemnité fixe (éventuellement majorée par une fraction du pool des honoraires).

L'hôpital ne peut en principe appliquer qu'un seul de ces systèmes de rémunération. Ce principe ne peut toutefois être maintenu strictement dans tous les cas. Le projet impose aux exceptions à la règle certaines conditions restrictives : convention écrite, communication au Conseil médical.

9.2. Perception des honoraires

9.2.1. Dans la grande majorité des hôpitaux, il existe déjà des systèmes de perception centrale soit pour l'ensemble de l'activité médicale de l'hôpital, soit pour une partie de celle-ci.

9.2.2. Le projet a pour but d'imposer la perception centrale à l'ensemble des hôpitaux et des activités médicales. Aussi, la perception centrale doit être instaurée là où elle n'existait pas encore; là où elle existait partiellement, elle doit être étendue à l'ensemble des activités médicales.

9.2.3. L'instauration générale obligatoire de la perception centrale constitue un des objectifs essentiels du projet.

9.2.3.1. La perception centrale généralisée est tout d'abord importante au niveau de l'hôpital lui-même : il s'agit de l'instrument technique le plus adéquat pour réaliser certains objectifs.

a) Transparence des ressources des activités médicales permettant d'établir une base fiable pour le calcul et la mise en œuvre d'une rémunération équitable des médecins hospitaliers et d'un financement correct des activités hospitalières imputables aux honoraires.

b) Bijkomende waarborg m.b.t. de naleving van de verbintenistarieven ten aanzien van de patiënten van het ziekenhuis.

9.2.3.2. De algemene verplichte centrale inning zal ook een geschikt instrument vormen van waaruit een correct inzicht kan worden bekomen inzake de aard en de omvang van de in het ziekenhuis verstrekte medische dienstverlening; de informatie hieromtrent zal een nuttig gegeven zijn voor het concreet toepassen van de variabele elementen waarmee in een nieuw prijssysteem voor de ziekenhuizen zal worden rekening gehouden.

Onder voorbehoud van restrictief geformuleerde en individu-gerichte uitzonderingen, zal in elk ziekenhuis de inning der honoraria voortaan centraal moeten geschieden. Dus geen enkel ziekenhuis zal op deze regel een uitzondering kunnen maken.

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

Het ontwerp gaat er van uit dat doorgaans de centrale inning door het ziekenhuis geschiedt. De wet levert evenwel geen grondslag om in de ziekenhuizen waar de centrale inning thans door de geneesheren geschiedt, tot een wijziging van het bestaand systeem te verplichten.

Artikel 12 voorziet in de mogelijkheid dat de Medische Raad beslist de honoraria zelf te innen. In feite is de mogelijke toepassing van deze optie beperkt tot de diensten van de ziekenhuizen waar op 31 december 1983 nog geen centrale inning bestaat. Het ontwerp levert inderdaad geen grondslag om in de ziekenhuizen waar de centrale inning thans door het ziekenhuis geschiedt tot een wijziging van het bestaande systeem te verplichten. Het is evident dat in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad het op 31 december 1983 in het ziekenhuis bestaande systeem van centrale inning kan worden gewijzigd.

Het correct functioneren van het systeem van centrale inning is van zulk groot belang zowel voor de geneesheren (in groep en individueel) als voor het ziekenhuis dat het reglement omtrent de werking ervan in elk geval in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad moet worden vastgesteld; de wet biedt de mogelijkheid om de nodige garanties in te bouwen met betrekking tot de naleving van de wederzijdse verplichtingen; tevens moeten de noodzakelijke waarborgen worden gegeven met betrekking tot het wederzijds toezicht; naar de betrokken individuele geneesheren toe moeten bovendien de nodige informatie en de nodige verantwoordingsstukken ter beschikking worden gesteld.

b) Garantie supplémentaire en ce qui concerne le respect des tarifs d'engagement face aux patients de l'hôpital.

9.2.3.2. La perception centrale obligatoire sera aussi un instrument approprié pour se faire une idée précise de la nature et du volume des prestations médicales dispensées à l'hôpital; l'information, à cet égard, sera une donnée utile à l'application concrète des variables dont il faudra tenir compte dans un nouveau système de prix pour les hôpitaux.

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

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

Le projet part de l'idée que la perception centrale est généralement effectuée par l'hôpital (§ 2). Toutefois la loi ne fournit aucune base pour imposer une modification des systèmes existants aux hôpitaux où la perception centrale est actuellement effectuée par les médecins (cf. article 15, § 1^{er}).

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

Le fonctionnement correct du système de perception centrale est d'une telle importance, et pour les médecins (groupés et individuels), et pour l'hôpital (cf. supra), que le règlement en la matière doit en tout cas être fixé d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical (§§ 2 et 3); le projet prévoit les garanties nécessaires au respect réciproque des obligations; de même les garanties indispensables doivent être données en ce qui concerne l'information mutuelle; chaque médecin doit en outre être informé et avoir à sa disposition les justificatifs nécessaires.

9.3. Vaststelling van de honoraria

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

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

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

9.4. Aanwending van de sommen der centraal geïnde honoraria

Dit punt van het ontwerp tracht een basis te leggen voor één van de nijpende problemen in de relatie beheer-ziekenhuisarts, nl. enerzijds de technisch ingewikkelde problematiek van de kostenregeling en anderzijds het algemeen probleem van de aanwending der inkomsten uit honoraria, waarbij meer in het bijzonder de vraag naar de respectieve zeggenschap en beslissingsrecht van beheer en geneesheer (c.q. Medische Raad) in het geding is. De problematiek is onder bepaalde opzichten overigens verschillend al naargelang het vergoedingsstelsel waaronder de arts valt. Indien de geneesheer in een zuiver kostenregelingssysteem werkt, wordt zijn inkomen gevormd door de totaliteit van de vergoedingen voor de geleverde prestaties verminderd met de sommen die de aan de medische activiteit gebonden kostenfactoren moeten vergoeden. In dergelijk systeem is het duidelijk dat het uiteindelijk inkomen van de arts mede functie is van de kosten die aan de inkomsten uit honoraria worden ten laste gelegd. Het zal dan ook duidelijk zijn dat in de praktijk de kostenregeling tot betwistingen aanleiding kan geven en dat een behoorlijke regeling van kostenaanrekening van direct belang is.

Indien de arts bij wedde of forfaitair wordt vergoed is de directe band tussen inkomen en kostenaanrekening vanzelfsprekend ofwel onbestaande ofwel in elk geval minder groot. Toch rijst ook in deze hypothese het probleem van de aanwending van de uit honoraria voortkomende sommen, meer bepaald omtrent de wijze van betrokkenheid van de

9.3. Fixation des honoraires

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

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

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

9.4. Affectation des sommes des honoraires perçus de façon centrale

Ce point du projet tente de jeter une base de solution à l'un des problèmes cruciaux des rapports gestionnaire-médecins hospitaliers, à savoir la problématique techniquement complexe du règlement des coûts et du problème général de l'utilisation des recettes des honoraires, où plus spécialement la question du droit de décision respectivement du gestionnaire et du médecin (le Conseil médical) est en jeu. Sous certains aspects, les problèmes se posent d'ailleurs différemment selon le régime de rémunération du médecin. Si le médecin travaille sous un régime de simple règlement des frais, ses revenus sont constitués par la totalité des indemnités pour les prestations accomplies mais diminués des sommes qui doivent indemniser les facteurs « coût » afférents à l'activité médicale. Il est clair que dans un tel système, le revenu final du médecin est notamment fonction des frais mis à charge des revenus provenant d'honoraires. Il est donc évident que le règlement des frais peut en pratique donner lieu à des contestations et qu'un règlement convenable de l'imputation des frais est d'importance immédiate.

Si le médecin est payé en traitement ou forfaitairement, le lien entre revenu et imputation des frais est beaucoup moins direct. Dans cette hypothèse se pose cependant le problème de l'affectation des sommes provenant des honoraires, plus spécialement celui de la manière d'associer les médecins à la décision sur l'affectation des honoraires. Le projet pré-

artsen bij de beslissing over de aanwending der honoraria. Het ontwerp bepaalt dat hieromtrent de beheerder beslist doch in het raam van de procedure van versterkt advies. Zoals hoger uiteengezet wordt hierdoor het beslissingsrecht van de beheerder niet aangetast maar wordt wel de waarborg gegeven dat omtrent de aanwending van de inkomsten uit honoraria de Medische Raad zijn inbreng kan hebben. Veeleer dan op het innemen van tegenstrijdige standpunten, is ook hier weer geopteerd voor een formule waarbij de beslissingen zoveel mogelijk in onderlinge overeenstemming worden genomen, zonder dat de beheerder hierbij afstand hoeft te doen van zijn uiteindelijke financiële verantwoordelijkheid noch van het recht om voor de naleving van de doelstellingen van het ziekenhuis garant te staan.

10. Overgangsbepalingen m.b.t. centrale inning

Een eerste overgangsregeling betreft de centrale inning.

10.1. Op het beginsel zelf van de centrale op het vlak van het ziekenhuis als dusdanig wordt in geen afwijking voorzien.

De bestaande systemen van centrale inning (hetzij door beheerder, hetzij door de geneesheer) blijven bestaan, tenzij in gemeenschappelijk akkoord beslist wordt dat bijvoorbeeld de beheerder centraal zal innen waar dit thans door de geneesheren geschiedt en vice versa.

10.2. Ofschoon in elk ziekenhuis de centrale inning moet worden doorgevoerd, voorziet het ontwerp wel in een uitzonderingsmogelijkheid in hoofde van de individuele arts. Indien de arts 15 jaar in het ziekenhuis werkzaam is en zijn honoraria zelf int, kan hij die honoraria zelf blijven innen, op voorwaarde dat hij zijn voornemen bekendmaakt en hieromtrent het akkoord van de Medische Raad behoudt.

11. Overgangsbepaling i.v.m. bestaande structuren van integratie en inspraak

De bestaande situaties op het vlak van integratie en inspraak zijn zeer divers. Het ontwerp wil goed functionerende modellen niet per se wijzigen, op voorwaarde dat aan de essentiële minimale verplichtingen van het ontwerp wordt voldaan.

Het wetsontwerp wil nl. ten aanzien van het geheel van de ziekenhuizen een vooruitgang bewerken met betrekking tot een betere werking van de ziekenhuizen, met name door een meer geïntegreerde werking van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit en door een passende betrokkenheid van de Medische Raad bij de besluitvorming in het ziekenhuis. De wet wil dan ook geen afbreuk doen aan reeds bestaande modellen die verdergaande vormen van integratie en/of betrokkenheid bij de besluitvorming inhouden.

In de praktijk zal het misschien niet altijd makkelijk zijn om de bestaande vormen correct te evalueren op hun conformiteit met het ontwerp. Vandaar dat in het ontwerp enerzijds een meldingsplicht bij het secretariaat van de Pari-

voit que le gestionnaire en décide mais dans le cadre de la procédure d'avis renforcé, comme exposé ci-dessus, le droit de décision du gestionnaire n'est pas diminué, mais la garantie est donnée que le Conseil médical peut avoir son mot au sujet de l'affectation des revenus provenant d'honoraires. A la prise de positions contradictoires, on a préféré ici aussi une formule où les décisions sont prises autant que possible en accord sans que le gestionnaire doive abandonner sa responsabilité financière finale ni le droit d'être garant de la poursuite des buts de l'hôpital.

10. Dispositions transitoires quant à la perception centrale

Une première mesure transitoire concerne la perception centrale.

10.1. Aucune dérogation au principe même de la perception centrale au niveau de l'hôpital n'est prévue.

Les systèmes actuels de perception centrale (par le gestionnaire ou par le médecin) demeurent d'application, à moins qu'on ne décide de commun accord que le gestionnaire, par exemple, assurera la perception là où elle se fait par les médecins ou vice versa.

10.2. Bien que la perception centrale doive être instaurée dans chaque hôpital, le projet prévoit une exception pour le médecin individuel. Si celui-ci travaille à l'hôpital depuis quinze ans et perçoit lui-même ses honoraires, il peut poursuivre cette perception à la condition qu'il fasse connaître son option et recueille à ce sujet l'accord du Conseil médical.

11. Disposition transitoire concernant les structures existantes d'intégration et de participation

Les situations actuelles en matière d'intégration et de participation sont très différentes. Le projet ne veut pas modifier *per se* des modèles fonctionnant bien, à condition qu'il soit satisfait aux obligations minimales essentielles qu'il prévoit.

Par rapport à l'ensemble des hôpitaux, le projet veut notamment réaliser des progrès dans le fonctionnement des hôpitaux par un fonctionnement plus intégré de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière et par une association adéquate du Conseil médical à la prise de décision à l'hôpital. La loi ne veut donc pas mettre en cause les modèles où existent déjà des formes d'intégration plus avancée et/ou d'association à la prise de décision.

En pratique, il ne sera peut être pas toujours aisé d'évaluer correctement la conformité au projet des formes existantes. Le projet prévoit dès lors l'obligation de déclaration au secrétariat de la Commission nationale paritaire et une

taire Commissie wordt voorzien en anderzijds een procedure is uitgewerkt om de bestaande situaties juridisch correct te ontleden.

12. De paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen

Hoger werd uiteengezet dat met het ontwerp van overheidswege eigen doelstellingen worden nagestreefd; deze hebben voornamelijk betrekking op de verbetering van de beheers- en managementsstructuren en op de betere structurering en optimalisering van de medische dienstverlening alsmede op de veralgemeende doorvoering van de centrale inning.

Daarnaast wil het ontwerp ook de vroegere doelstelling van het overheidsoptreden realiseren, nl. langs wetgevende weg de basis leggen waarop de betrokken partijen tot overeenstemming onder de vorm van paritaire overeenkomsten kunnen komen. Hiertoe zal de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen opnieuw worden samengesteld voor de vervulling van de taken die haar reeds in het kader van het bestaande organiek besluit nr. 47 van 1967 zijn toegewezen en voor de opdrachten die haar krachtens het ontwerp zijn toegewezen, meer bepaald als orgaan dat moet adviseren over de uitvoeringsbesluiten van het ontwerp. Het ontwerp vergt immers op vele punten nadere uitvoering. Het lijkt aangewezen in eerste instantie de direct betrokken partijen hierbij te betrekken.

Ik ben er mij van bewust dat dit een werk van lange adem wordt; de goedkeuring door het Parlement is evenwel een voorafgaande vereiste opdat de nodige grondslagen zouden zijn gelegd om de verdere uitvoering mogelijk te maken.

Het is de eerste keer in de naoorlogse geschiedenis dat de delicate en controversiële problematiek van de relatie ziekenhuisbeheerder-ziekenhuisgeneesheer onder de vorm van een regeringsontwerp in het Parlement ter bespreking wordt ingediend. Ik verwacht dat deze beslissende stap zal gevolgd worden door een vruchtbare bespreking die het zal mogelijk maken de essentiële doelstellingen die in het ontwerp zijn neergelegd door het Parlement te laten aannemen, zodat eindelijk een structurele oplossing kan worden gegeven aan een fundamenteel probleem in onze ziekenhuiszorg.

III. ALGEMENE BESPREKING

A. De bevoegdheid van het Nationaal Parlement

Enkele leden van de commissie hebben aan de Minister gevraagd of de materie van dit wetsontwerp wel degelijk behoort tot de bevoegdheid van het Nationaal Parlement.

a) Een lid van de commissie heeft de Minister ondervraagd, ook in zijn hoedanigheid van Minister belast met de institutionele hervormingen. Dit lid verwijst naar de memorie van toelichting waar op verschillende plaatsen duidelijk sprake is van materies die zijns inziens tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren. Dit lid verwijst onder meer naar

procédure a été instaurée en vue d'analyser correctement au point de vue juridique les situations existantes.

12. La commission paritaire médecins-hôpitaux

Il a déjà été dit que les autorités visent par ce projet des buts qui leur sont propres; ceux-ci concernent surtout l'amélioration des structures de gestion et de direction et une meilleure structuration de l'aide médicale ainsi que la généralisation de la perception centrale.

Le projet veut aussi réaliser le but poursuivi dans le passé par les pouvoirs publics, c'est-à-dire jeter par voie législative les bases sur lesquelles les parties concernées peuvent parvenir à un accord sous forme de conventions paritaires. A cet effet, la Commission paritaire médecins-hôpitaux sera reconstituée pour accomplir les tâches qui lui étaient déjà assignées dans le cadre de l'arrêté organique n° 47 de 1967 et en vue des missions qui lui sont confiées en vertu du projet, et, particulièrement, en tant qu'organe consultatif pour les arrêtés d'exécution du projet. Le projet exige, en effet, des mesures d'exécution sur de nombreux points. Il convient d'y intéresser en premier lieu les parties directement concernées.

Je suis conscient du fait que ce sera un travail de longue haleine; l'approbation du Parlement est une condition préalable devant permettre l'exécution ultérieure des dispositions de base prévues dans le projet.

C'est la première fois dans l'histoire de l'après-guerre que la problématique délicate et controversée des relations entre gestionnaire et médecin hospitalier est soumise à l'examen du Parlement sous la forme d'un projet gouvernemental. J'espère que ce pas décisif sera suivi d'une discussion fructueuse qui permettra l'adoption par le Parlement des objectifs essentiels du projet afin de pouvoir donner enfin une solution structurelle à un problème fondamental de notre système de soins hospitaliers.

III. DISCUSSION GENERALE

A. La compétence du Parlement national

Plusieurs membres ont demandé au Ministre si la matière traitée par le projet à l'examen relève bien de la compétence du Parlement national.

a) Un membre a interrogé le Ministre, également en sa qualité de Ministre chargé des réformes institutionnelles. L'intervenant se réfère à l'exposé des motifs où il est clairement question, à plusieurs endroits, de matières qui relèvent de la compétence des Communautés. Il cite notamment la page 11, 4.2.3; la page 17 (l'optimisation des soins mé-

blz. 11 4.2.3; blz. 17 (optimalisering van de medische dienstverlening); blz. 20, eerste alinea (de Minister aanvaardt de opmerkingen van de Raad van State en past zijn ontwerp aan).

Bovendien verwijst dit lid naar artikel 15 van het ontwerp, dat voorziet in de erkenningsprocedure.

De vraag wordt gesteld of de Minister de gemeenschappen heeft geraadpleegd. Deze vraag lijkt gegrond omdat zelfs de Raad van State van oordeel is dat bepaalde materies behoren tot de Gemeenschappen. Desbetreffend lijkt voorzichtigheid geboden ten einde te voorkomen dat artikel 32 van de wet van 9 augustus 1980 zou worden ingeroepen bij gebreke aan overleg.

Hetzelfde lid geeft toe dat de afbakening van de bevoegdheden in de wet van 1980 niet bepaald nauwkeurig is. Hij is evenwel van mening dat, zo de wet van 1980 niet voorziet in concurrerende bevoegdheden, dit wel het geval is voor artikel 59bis van de Grondwet.

Dit lid is van mening dat de Minister alsnog — vooraleer de grond van deze materie aan te vatten — best de Gemeenschappen zou raadplegen.

b) Een ander lid van de commissie geeft als zijn mening te kennen dat de nationale wetgever ongetwijfeld bevoegd is voor de organieke wetgeving. De vraag is echter te weten wat precies een organieke wet is. Bij het beantwoorden van deze vraag moet men wel voorzichtig zijn ten einde te voorkomen dat de bevoegdheden, toegewezen aan de gemeenschappen, niet te zeer worden uitgehouden.

Dit lid wijst op het sterk evolutief karakter van deze materie, waarin men vlug moet kunnen handelen. Dit betekent dat in een wet als deze men niet teveel mag regelen. Zo is het voor dit lid duidelijk dat al de bepalingen van hoofdstuk III geen materie zijn voor een organieke wet. Het zou volstaan dat men in deze organieke wet de grote lijnen van overleg zou aangeven. De uitvoering ervan dient te worden toegewezen aan de Gemeenschappen.

c) Een lid van de Commissie ziet een zekere tegenspraak in de houding van de Minister. Enerzijds wordt door de Minister zelf verklaard dat de Gemeenschappen een belangrijke rol moeten spelen in de toepassing van deze wet; anderzijds weigert de Minister een voorafgaand, zij het zuiver informeel, overleg met de Gemeenschappen.

Volgens dit lid is er geen enkel bezwaar tegen het vragen van adviezen. Men kan toch niet ontkomen aan de noodzakelijke vaststelling dat de aanstelling van « de bemiddelaar » in de procedure, voorzien in artikel 6 van het ontwerp, behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.

**

Het antwoord van de Minister

a) De Minister verklaart niet te ontkennen dat deze materie, wat betreft de respectieve bevoegdheden van het Natio-

dicaux); la page 20, alinéa 1^{er} (le Ministre accepte les observations du Conseil d'Etat et y adapte son projet).

De plus, l'intervenant se réfère à l'article 18 du projet qui règle la procédure d'agrément.

La question est posée de savoir si le Ministre a consulté les Communautés. Cette question paraît fondée puisque même le Conseil d'Etat estime que certaines matières relèvent des Communautés. A ce propos, la prudence semble être de mise si on veut éviter que l'article 32 de la loi du 9 août 1980 soit invoquée en l'absence de concertation.

L'intervenant reconnaît que les compétences n'ont pas été délimitées avec grande précision dans la loi de 1980. Il estime toutefois que si cette loi ne prévoit pas de compétences concurrentes, il en est par contre ainsi pour l'article 59bis de la Constitution.

L'intervenant est d'avis que le Ministre ferait bien de consulter les Communautés, avant d'aborder cette matière quant au fond.

b) Un autre commissaire considère que le législateur national est sans nul doute compétent pour la législation organique. La question est toutefois de savoir ce qu'on entend exactement par loi organique. Il convient d'y répondre avec prudence afin d'éviter que les compétences attribuées aux Communautés ne soient pas trop vidées de leur substance.

L'intervenant attire l'attention sur le caractère fortement évolutif de cette matière dans laquelle il faut être capable d'agir rapidement. Cela signifie qu'une loi telle que celle à l'examen ne peut être trop normative. Ainsi, il estime que toutes les dispositions du chapitre III ne peuvent de toute évidence pas être considérées comme une matière à insérer dans une loi organique. Il suffirait en effet qu'on définisse les grandes lignes de la concertation. Leur mise en œuvre devrait être confiée aux Communautés.

c) Un commissaire croit déceler une certaine contradiction dans l'attitude du Ministre. D'une part, celui-ci déclare lui-même que les Communautés doivent jouer un rôle important dans l'application de la loi en projet; d'autre part, il refuse une concertation préalable, fût-elle purement informelle, avec les Communautés.

Selon l'intervenant, rien ne s'oppose à ce que les avis soient recueillis. On ne peut tout de même ignorer le fait que c'est aux Communautés qu'il revient de désigner « le médiateur » dans le cadre de la procédure prévue à l'article 6.

**

Réponse du Ministre

a) Le Ministre ne nie pas que cette matière constitue un cas limite en ce qui concerne les compétences dévolues res-

naal Parlement en van de gewesten en de gemeenschappen, op de grens ligt. Het is trouwens om deze reden dat in de memorie van toelichting van het ontwerp bijzonder veel aandacht wordt besteed aan dit probleem.

De Minister herinnert er vooreerst aan dat de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de hervorming der instellingen inzake toewijzing van bevoegdheden het begrip « concurrerende bevoegdheden » niet kent; de aan de Staat, Gemeenschappen en Gewesten toegewezen bevoegdheden zijn « exclusieve bevoegdheden ». Dit is een juridische notie die voor bepaalde materies niet altijd zo gemakkelijk te hanteren is. Vandaar het groot belang van de adviezen van de Raad van State.

De Minister laat nog opmerken dat, zelfs in een ideale Staatshervorming, het nooit mogelijk zal zijn eens en voor goed de bevoegdheden af te bakenen, zeker niet als men een dynamische visie heeft op de Staatshervorming. Wellicht zal men in de toekomst moeten trachten om meer homogene bevoegdheidspakketten te omschrijven.

b) Om latere betwistingen te voorkomen werd het probleem van de bevoegdheid uitdrukkelijk onder de aandacht van de Raad van State gebracht op het moment dat over het ontwerp advies werd gevraagd.

In verband met het probleem van de bevoegdheid heeft het kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen een nota opgesteld ten behoeve van de Raad van State, waarin de argumenten worden ontwikkeld om de stelling te staven dat de inhoud van het wetsontwerp tot de nationale bevoegdheid behoort. De Raad van State is blijkbaar overtuigd geworden door de ontwikkelde gedachtengang, want de Raad heeft geen preliminaire bemerkingen gemaakt m.b.t. de bevoegdheid.

Slechts op een paar beperkte punten van de ontwerptekst werd een bemerking m.b.t. de bevoegdheid gemaakt. In de eindredactie van het ontwerp werd hiermede rekening gehouden.

De Minister kondigt aan dat hij de leden van de Commissie kennis zal geven van deze nota.

c) De Raad van State die de geëigende instantie is om de bevoegdheidsproblematiek m.b.t. wetsontwerpen te beoordelen heeft dus in alle duidelijkheid de bevoegdheid van de nationale wetgever m.b.t. het wetsontwerp aanvaard.

d) De Minister laat bovendien opmerken dat het niet enkel wegens zijn karakter van organieke wetgeving is dat het ontwerp valt onder de bevoegdheid van de nationale wetgeving. Er is ook — en niet in het minst — de binding van de materie met de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en met de wetgeving op de uitoefening van de geneeskunde, die onbetwistbaar tot de nationale bevoegdheid zijn blijven behoren.

e) Eens dat de Raad van State m.b.t. het wetsontwerp de bevoegdheid van het Nationaal Parlement had erkend was

pectivement au Parlement national et aux Régions et Communautés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'exposé des motifs est particulièrement attentif à ce problème.

Le Ministre rappelle tout d'abord qu'en ce qui concerne l'attribution des compétences, la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles ne connaît pas la notion de « compétences concurrentes »; les compétences attribuées à l'Etat, aux Communautés et aux Régions sont des « compétences exclusives ». C'est une notion juridique qu'il n'est pas toujours aisé de cerner pour certaines matières. D'où le grand intérêt des avis du Conseil d'Etat.

Le Ministre fait encore observer que, même dans le cadre d'une réforme idéale de l'Etat, il ne sera jamais possible de délimiter les compétences une fois pour toutes, surtout pas si l'on a une vision dynamique de cette réforme. Sans doute faudra-t-il s'efforcer à l'avenir de définir des blocs de compétences plus homogènes.

b) Pour éviter des contestations ultérieures, l'attention du Conseil d'Etat a été expressément attirée sur le problème de la compétence au moment où son avis a été demandé sur le projet.

En ce qui concerne ce problème, le cabinet du Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles a rédigé une note à l'intention du Conseil d'Etat, dans laquelle sont développés les arguments destinés à étayer la thèse selon laquelle le contenu du projet relèverait de la compétence nationale. Le Conseil d'Etat a apparemment été convaincu par cette argumentation, puisqu'il n'a pas émis de remarques préliminaires à propos de la compétence.

Il n'y a eu d'observations relatives à la compétence qu'au sujet de quelques points limités du texte en projet. Il en a été tenu compte lors de la rédaction définitive du projet.

Le Ministre annonce qu'il portera cette note à la connaissance des membres de la Commission.

c) Le Conseil d'Etat, qui est l'instance *ad hoc* pour apprécier les problèmes de compétence soulevés par des projets de loi, a donc clairement établi que pour lui, c'est le législateur national qui a compétence en ce qui concerne le projet de loi.

d) Le Ministre fait observer, en outre, que si la loi en projet relève de la compétence du législateur national, ce n'est pas uniquement en raison de son caractère organique, mais aussi — et le motif n'est pas négligeable — parce qu'il y a un lien entre la matière en question et les législations, d'une part sur l'assurance maladie-invalidité et, d'autre part sur l'exercice de la médecine qui relèvent indiscutablement toujours de la compétence nationale.

e) Dès lors que le Conseil d'Etat avait reconnu la compétence du Parlement national, pour ce qui est de la matière

het, gelet op de exclusieve bevoegdheid, niet nodig formeel advies te vragen van de Gemeenschappen.

De Minister kan niet ingaan op de suggestie om reeds nu tot raadpleging van de Gemeenschappen over te gaan. Men moet in deze aangelegenheid duidelijke lijnen trekken. De Minister wenst geen precedent te scheppen. Zulke manier van werken kan niet bevorderlijk zijn voor de administratieve jurisprudentie inzake afbakening van bevoegdheid.

f) De Minister ziet niet in hoe men ter zake toepassing zou kunnen vorderen van artikel 32 van de wet van 9 augustus 1980.

g) De Minister gaat akkoord met de stelling van verschillende leden van de Commissie, die voorhouden dat de Gemeenschappen een belangrijke rol zullen moeten vervullen in de toepassing van deze wet. Van zodra het wetgevend werk is verricht door het Nationaal Parlement zal overleg met de Gemeenschappen niet alleen wenselijk en bevorderlijk zijn, doch onontbeerlijk. De Minister herinnert er terloops aan dat met betrekking tot het ziekenhuisbeleid geregeld overleg met de Gemeenschappen plaatsvindt; met betrekking tot de beheersing en heroriëntering van het aantal ziekenhuisbedden heeft dit overleg zelfs geleid tot een protocol dat op initiatief van de Minister met de Gemeenschappen werd uitgewerkt.

**

Tijdens de volgende vergadering van de Commissie wordt het debat voortgezet, nadat de leden van de Commissie kennis hebben genomen van de nota van het kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen van 30 januari 1984 (waarvan de tekst in bijlage I van dit verslag is opgenomen).

a) Een lid van de Commissie verklaart zich niet akkoord met de argumenten in de nota die wijzen op de bevoegdheid van de nationale wetgever. Bovendien is dit lid van mening dat in het ontwerp niet — of niet voldoende — rekening wordt gehouden met de inhoud van de nota die aan de Raad van State werd overlegd.

Volgens dit lid houdt de Minister er een te simplistische redenering op na. Het komt ongeveer hierop neer :

— Wij staan voor een organieke wetgeving; derhalve is het Nationaal Parlement bevoegd.

— Dit ontwerp heeft betrekking op het bepalen van de verpleegdagprijs en van de financiering van de ziekenhuizen; derhalve is de materie nationaal.

Volgens dit lid kan men natuurlijk alles reduceren tot de verpleegdagprijs en de financiering van het ziekenhuis.

Nochtans is het voorwerp van dit wetsontwerp : het beheer van het ziekenhuis en het statuut van ziekenhuisgeneesheer.

visée par le projet de loi, il n'était plus nécessaire de solliciter l'avis formel des Communautés, étant donné qu'il s'agit d'une compétence exclusive.

Le Ministre ne peut pas accéder à la suggestion de consulter dès à présent les Communautés. Il faut tracer de nettes lignes de démarcation en la matière. Le Ministre ne souhaite pas créer de précédent. Une telle procédure n'est pas de nature à influencer positivement la jurisprudence administrative relative à la délimitation des compétences.

f) Le Ministre ne voit pas comment on pourrait exiger en la matière l'application de l'article 32 de la loi du 9 août 1980.

g) Le Ministre approuve le point de vue de plusieurs commissaires selon lesquels les Communautés devront jouer un rôle important dans l'application de cette loi. Dès que le Parlement national aura accompli son travail législatif, une concertation avec les Communautés sera non seulement souhaitable et utile mais aussi indispensable. Le Ministre rappelle en passant que, pour ce qui est de la politique en matière hospitalière, il y a régulièrement concertation avec les Communautés; en ce qui concerne le contrôle du nombre de lits d'hôpitaux et la réorientation de la politique en la matière, cette concertation a même donné lieu à la rédaction d'un protocole, mis au point à l'initiative du Ministre, avec les Communautés.

**

Le débat sur la compétence s'est poursuivi au cours de la deuxième réunion, après que les commissaires eurent pris connaissance de la note du cabinet du Ministre des Affaires sociale et des Réformes institutionnelles du 30 janvier 1984 (dont le texte figure à l'annexe I au présent rapport).

a) Un commissaire déclare qu'il rejette les arguments cités dans la note en faveur de l'attribution de la compétence en question au législateur national. Il estime, en outre, que le projet ne tient pas compte — ou insuffisamment compte — du contenu de la note soumise au Conseil d'Etat.

Selon le même intervenant, le raisonnement du Ministre est trop simpliste. Ce raisonnement est à peu près le suivant :

— Nous avons affaire à une législation organique; par conséquent, elle relève de la compétence du Parlement national.

— Ce projet concerne la fixation du prix de la journée d'entretien et du mode de financement des hôpitaux; par conséquent, il vise une matière nationale.

L'intervenant déclare qu'on peut évidemment tout ramener à la question du prix de la journée d'entretien et du financement des hôpitaux.

Toutefois, le projet de loi à l'examen concerne la gestion des hôpitaux et le statut des médecins hospitaliers. Or on

Deze twee dingen kan men moeilijk herleiden tot het vaststellen van normen voor het bepalen van de verpleegdagprijs en tot het bepalen van de criteria voor de financiering van het ziekenhuis.

Bij wijze van voorbeeld verwijst dit lid naar de juridische verhouding tussen het ziekenhuisbeheer en de ziekenhuis-geneesheer. Waar zit in deze problematiek de nationale bevoegdheid ?

Hetzelfde lid verwijst naar de punten 5.3 en 5.4 van de nota. Op deze beide plaatsen wordt *expressis verbis* de rol van de Gemeenschappen aanvaard.

Tenslotte citeert dit lid een toespraak van de Minister van Sociale Zaken in verband met de toepassing van de wet van 9 augustus 1980 inzake volksgezondheidsbeleid.

b) Een lid van de commissie vreest dat men inzake volksgezondheid geleidelijk evolueert, zoals dit het geval was inzake onderwijs, naar een toestand waarin haast alles nationaal geregeld wordt.

**

Antwoord van de Minister

a) De Minister antwoordt vooreerst dat het al te eenvoudig is te beweren dat in de nota een cirkelredenering zou worden gevolgd. Uit punt 5.1 van de nota blijkt duidelijk dat wel degelijk geargumenteed wordt waarom de inhoud van het wetsontwerp een organiek karakter vertoont.

De Minister verklaart niet te ontkennen dat omtrent bepaalde punten discussie mogelijk is. Nochtans is het zijn mening dat de meervermelde nota van het kabinet overtuigend is. In het debat over de bevoegdheid heeft de nota evenwel slechts een documentair karakter. Van essentieel belang is dat de Raad van State wier rol het is bevoegdheidsconflicten te voorkomen geen fundamentele bemerkingen heeft gemaakt over de bevoegdheid van de nationale wetgever m.b.t. de inhoud van het ontwerp.

b) De Minister bevestigt zijn verklaring dat in de toepassing van deze wet alleszins een ruim overleg noodzakelijk zal zijn met de Gemeenschappen. De Minister laat nogmaals opmerken dat hij met de Gemeenschappen vrij systematische contacten heeft omtrent materies uit de gezondheidszorg die formeel-juridisch weliswaar exclusief hetzij tot de nationale hetzij tot de Gemeenschapsbevoegdheid behoren maar die in de feiten een grote onderlinge verwevenheid vertonen. De Minister is van oordeel dat in de toekomst allicht langdurige en soms steriele discussies zullen kunnen voorkomen worden door de toewijzing van meer homogene bevoegdheidspakketten aan respectievelijk de Staat en de Gemeenschappen.

peut difficilement considérer qu'il ne s'agit là que de l'établissement de normes en vue de fixer le prix de la journée d'entretien et de critères de financement des hôpitaux.

A titre d'exemple, l'intervenant cite le lien juridique existant entre la gestion de l'hôpital et le médecin hospitalier. Où se situe, dans cette matière, la compétence nationale ?

Le même membre se réfère aux points 5.3 et 5.4 de la note. Le rôle des Communautés y est reconnu *expressis verbis*.

L'intervenant cite enfin une allocution du Ministre des Affaires sociales concernant l'application de la loi du 9 août 1980 dans le domaine de la santé publique.

b) Un commissaire craint, qu'en matière de santé publique, on n'évolue progressivement, comme ce fut le cas en matière d'enseignement, vers une situation où pratiquement tout serait réglé au niveau national.

**

Réponse du Ministre

a) Le Ministre répond tout d'abord qu'il est trop simple de prétendre que la note tombe dans un cercle vicieux. Le point 5.1 de la note contient bel et bien des arguments qui montrent pourquoi le contenu du projet de loi a un caractère organique.

Le Ministre déclare qu'il ne nie pas que certains points puissent donner lieu à discussion. Il estime toutefois que la note du cabinet, déjà mentionnée à plusieurs reprises, est convaincante. Toutefois, cette note n'a qu'un caractère documentaire dans le débat sur la compétence. La constatation essentielle, c'est que le Conseil d'Etat, dont le rôle est de prévenir les conflits de compétence, n'a pas fait d'observations fondamentales à propos de la compétence du législateur national dans la matière visée par le projet.

b) Le Ministre confirme ce qu'il a déjà dit, à savoir que, pour l'application de la loi en projet, il faudra de toute manière procéder à une large concertation avec les Communautés. Il fait observer une nouvelle fois qu'il entretient des contacts assez systématiques avec les Communautés sur les matières du secteur des soins de santé qui relèvent, certes, d'un point de vue purement juridique, exclusivement soit de la compétence nationale soit de la compétence des Communautés, mais qui n'en présentent pas moins une interdépendance étroite dans les faits. Le Ministre estime qu'il sera probablement possible d'éviter des discussions longues et stériles à l'avenir, en attribuant des ensembles de compétences plus homogènes respectivement à l'Etat et aux Communautés.

B. Inhoudelijke aspecten van het ontwerp

Bij de algemene bespreking kwamen een belangrijk aantal vraagstukken aan de orde. Het is mijn bedoeling een synthese te maken van het debat en tegelijkertijd volledig te zijn.

1. Het toepassingsgebied van de wet

Een lid van de Commissie stelt vragen aan de Minister over het toepassingsgebied. Is het wetsontwerp van toepassing op alle ziekenhuizen, ook op de universitaire? Is het ontwerp van toepassing op de poliklinieken? Een ander lid vraagt of het ontwerp ook van toepassing is voor de militaire ziekenhuizen.

Het antwoord van de Minister luidt als volgt :

1. Het wetsontwerp is van toepassing op de ziekenhuizen die vallen onder het toepassingsgebied van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen; de universitaire ziekenhuizen vallen derhalve onder het toepassingsgebied van het ontwerp.

2. De militaire ziekenhuizen die uitgesloten zijn van het toepassingsgebied van de ziekenhuiswet vallen dus ook niet onder de toepassing van het ontwerp.

3. Wat de poliklinieken betreft is het antwoord drievoudig :

a) wanneer de polikliniek en het ziekenhuis onder eenzelfde raad van beheer vallen, is deze wet van toepassing;

b) het ontwerp voorziet in de mogelijkheid om bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit het toepassingsgebied uit te breiden tot andere dan onder a bedoelde poliklinieken die met het ziekenhuis een functionele binding hebben;

c) Poliklinieken zonder functionele binding met het ziekenhuis blijven buiten het toepassingsgebied.

4. Het ontwerp voorziet ook in de mogelijkheid om het toepassingsgebied uit te breiden tot andere diensten die, buiten het ziekenhuis, ziekenhuisactiviteiten uitoefenen (b.v. laboratoria).

5. Tijdens de discussie zal ook nog een antwoord moeten worden gezocht op de vraag of het ontwerp onverkort toepassing kan of moet vinden voor alle ziekenhuizen dan wel een specifieke regeling nodig zal zijn voor b.v. kleine ziekenhuizen of voor ziekenhuizen met een klein aantal geneesheren.

Het is belangrijk in dit verband te verwijzen naar bladzijde 119 van dit verslag [artikel 23 (nieuw)].

2. Bedenkingen over het ontwerp als kaderwet

Verschillende leden van de Commissie hebben hun zorg uitgedrukt over de buitengewoon belangrijke bevoegdheid

B. Aspects concernant le fond du projet

Un grand nombre de problèmes ont été abordés lors de la discussion générale. Votre rapporteur a l'intention de faire une synthèse du débat, mais en veillant à être complet.

1. Le champ d'application de la loi

Un commissaire pose au Ministre des questions concernant le champ d'application. Le projet de loi est-il applicable à tous les hôpitaux, même aux hôpitaux universitaires? Le projet s'applique-t-il aux polycliniques? Un autre membre demande si le projet s'applique également aux hôpitaux militaires.

Le Ministre répond comme suit :

1. Le projet est applicable aux hôpitaux visés par la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux; il concerne dès lors également les hôpitaux universitaires.

2. Les hôpitaux militaires, qui sont exclus du champ d'application de la loi sur les hôpitaux, ne sont donc pas visés par le projet.

3. Pour ce qui est des polycliniques, la réponse est triple :

a) lorsque la polyclinique et l'hôpital relèvent d'un même conseil d'administration, la loi sera d'application;

b) le projet prévoit la possibilité d'étendre le champ d'application — et ce, par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres — à d'autres polycliniques liées fonctionnellement à un hôpital que celles qui sont visées au littéra a;

c) les polycliniques ne présentant aucun lien fonctionnel avec un hôpital n'entrent pas dans le champ d'application de cette loi.

4. Le projet prévoit également la possibilité d'étendre le champ d'application à d'autres services exerçant des activités hospitalières en dehors de l'hôpital (p.ex. des laboratoires).

5. Au cours de la discussion, il faudra aussi répondre à la question de savoir si le projet peut ou doit s'appliquer sans restriction à tous les hôpitaux ou s'il faudra prévoir une réglementation spécifique, par exemple pour les petits hôpitaux ou pour les hôpitaux n'occupant qu'un petit nombre de médecins.

Il est important à cet égard de se référer à la page 119 du présent rapport [article 23 (nouveau)].

2. Réflexions sur le caractère de loi-cadre du projet

Plusieurs commissaires ont fait état de leurs préoccupations au sujet de l'importance exceptionnelle des compétences attri-

voor de uitvoerende macht. In een niet onaanzienlijk aantal artikelen wordt verwezen naar de uitvoerende macht voor de uitvoering van de wet.

Op zichzelf is dit niet zo angstwekkend, doch het wordt bedenkelijk indien de greep van de uitvoerende macht zover zou reiken dat de bevoegde Minister op een bepaald ogenblik initiatieven tot uitvoering kan nemen die niet meer stroken met de objectieven, in het huidige ontwerp nagestreefd.

Bij wijze van voorbeeld wordt verwezen naar de zeer ruime reglementerende bevoegdheid die aan de Koning wordt toevertrouwd in artikel 3 i.v.m. de structurering en toetsing van het medisch werk en naar artikel 5 i.v.m. de samenstelling van de Medische Raad.

Antwoord van de Minister

De Minister antwoordt vooreerst dat hij in het algemeen van oordeel is dat het parlementair wetgevend werk zich best zou toespitsen op het scheppen van het algemeen wetgevend kader.

De in het ontwerp behandelde materie komt volgens hem bij uitstek in aanmerking om bij kaderwet te worden geregeld. Niet alleen de complexiteit van de stof, doch ook het sterk evolutief karakter ervan maakt dat het aangewezen is dat de wetgever een zekere bevoegdheid zou overlaten aan de uitvoerende macht, die snel moet kunnen handelen in functie van een bepaalde toestand. Dit natuurlijk in het kader van de duidelijk omschreven objectieven van de kaderwet. Het moet ook worden vermeld dat een aantal beperkingen in de kaderwet zijn ingebouwd: omtrent alle uitvoeringsbesluiten moet het advies van de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen worden gevraagd en een aantal uitvoeringsbesluiten moeten bij de Ministerraad overlegd koninklijk besluit genomen worden.

3. Integratie van de medische activiteit in de ziekenhuisactiviteit

Door verschillende leden van de Commissie werd de Minister ondervraagd over de precieze betekenis van één van de meest fundamentele beginselen die de filosofie uitmaken van het onderhavige ontwerp.

De verslaggever kan niet anders dan met klem benadrukken het belang dat aan het beginsel van de integratie wordt gehecht. Daar waar vroeger — en op vele plaatsen tot op heden — de geneesheer slechts een ruimte ter beschikking kreeg in het ziekenhuis om zijn medische activiteit uit te oefenen, krijgt hij in het ontwerp een rol die niet meer naast de opdracht van het ziekenhuisbeheer loopt, doch daarmee innig verbonden is. Het is duidelijk gebleken uit de debatten dat de Regering van oordeel is dat de beide entiteiten samen — en als het ware onverdeeld — de gang van zaken in het ziekenhuis moeten bepalen.

De Minister stelt een nota betreffende het begrip « integratie » ter beschikking van de Commissie (zie bijlage 2).

buées au pouvoir exécutif. Un grand nombre d'articles renvoient au pouvoir exécutif pour l'exécution de la loi.

Ce n'est en soi pas tellement angoissant, mais il y aurait lieu de se poser des questions, si la mainmise de l'Exécutif devenait telle que le Ministre compétent puisse, à un moment donné, prendre des mesures d'exécution ne correspondant plus aux objectifs du projet.

A titre d'exemple, il est fait référence à la compétence réglementaire attribuée au Roi par l'article 3 en matière de structuration et d'évaluation de l'activité médicale et par l'article 5 pour la composition du Conseil médical.

Réponse du Ministre

Le Ministre répond tout d'abord qu'il estime, d'une manière générale, qu'il conviendrait que le Parlement consacre essentiellement son travail législatif à la création d'un cadre législatif général.

Selon lui, la matière traitée par le projet convient parfaitement pour être réglée par une loi-cadre. Etant donné la complexité du sujet et son caractère très évolutif, il convient que le législateur laisse une certaine compétence à l'Exécutif qui doit pouvoir intervenir rapidement en fonction d'une situation donnée et, bien entendu, dans la limite des objectifs précis de la loi-cadre. Il faut également noter que la loi-cadre prévoit une série de limitations: l'avis de la Commission paritaire médecins-hôpitaux doit être sollicité pour tous les arrêtés d'exécution et, un certain nombre de mesures d'exécution doivent faire l'objet d'un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.

3. Intégration de l'activité médicale dans l'activité hospitalière

Plusieurs commissaires interrogent le Ministre sur la signification précise de l'un des principes les plus fondamentaux de la philosophie du projet.

Le rapporteur ne peut que souligner avec force l'importance accordée au principe de l'intégration. Si, dans le passé — et aujourd'hui encore dans bien des cas — le médecin ne disposait, à l'hôpital, que d'un espace pour exercer son activité médicale, l'actuel projet lui attribue un rôle qui n'est plus parallèle à la gestion de l'hôpital, mais qui lui est étroitement lié. Il ressort clairement des débats qui ont eu lieu, que, pour le Gouvernement, les deux entités doivent déterminer ensemble — et en quelque sorte unanimement — la manière dont les choses doivent se dérouler au sein de l'hôpital.

Le Ministre met à la disposition de la Commission une note relative à la notion d'« intégration » (cf. annexe 2).

Bij het onderzoek naar de juiste betekenis van het begrip « integratie » komt ook het probleem van de collectieve en individuele verantwoordelijkheid van de geneesheer ter sprake.

Een lid van de Commissie acht het volstrekt noodzakelijk dat de verantwoordelijkheid van de geneesheer, zowel in collectief als in individueel verband, duidelijk wordt geformuleerd. Het mag niet zijn dat de verantwoordelijkheid in geval van teamwerk verflauwt en dit uiteraard ten nadele van diegenen die aan de zorg van de geneesheren worden toevertrouwd.

Hetzelfde lid vestigt er de aandacht op dat de punten 2.2, 2.3 en 2.4 van de desbetreffende nota geen antwoord geven op de gestelde vragen.

Antwoord van de Minister

De Minister laat opmerken dat met dit ontwerp niet de minste verandering wordt gebracht in het beginsel van de persoonlijke beroepsverantwoordelijkheid van de geneesheer.

De Minister sluit zich aan bij de stelling van een lid van de Commissie die voorhoudt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de medisch-ethische en/of juridische verantwoordelijkheid en anderzijds de medische werkzaamheid (organisatie) die van een andere orde is, maar die wel invloed heeft op eerstgenoemde. Hierbij wordt het voorbeeld aangehaald van de medici die meer personeel vorderen vanwege het beheer, beheer dat weigert. Wanneer er iets gebeurt... zal de vraag zijn: wie is verantwoordelijk in dit geval?

De Minister bevestigt dat aan het beginsel van de verantwoordelijkheid van de individuele geneesheer niets verandert.

4. Het belang van de patiënt

Een lid van de Commissie herinnert aan de voorstellen van de Minister tot hervorming van de sociale zekerheid, waarin te lezen staat dat de uitwerking van een statuut voor de ziekenhuisgeneesheer aan de zieken een grotere waarborg zal bieden.

Het lid stelt zich de vraag waar — in het huidige ontwerp — de bijkomende waarborg voor de patiënt te vinden is. Dit lid heeft de neiging te geloven dat men er van uitgaat dat: « Kinderen zich beter zullen voelen wanneer de ouders geen ruzie maken... » Dit lid legt er de nadruk op dat de eerste prioriteit in ieder geval moet zijn « Het belang van de patiënt. » Het komt dit lid voor dat aan de geneesheer een « place de choix » wordt geboden. Er wordt in dit verband verwezen naar de nummers van de *bulletin syndical* (artikelen van Dr. Wynen).

Hetzelfde lid vraagt zich af of wij hier niet staan voor een soort van ruilhandel. Wat is de politieke prijs die de Minister heeft moeten betalen voor wat hij wenst te doen? Heeft de Minister voldoende overleg gehad met de vertegenwoordigers van de beheerders?

Lors de l'examen de la signification exacte de la notion d'« intégration », fut aussi soulevé le problème de la responsabilité collective et de la responsabilité individuelle du médecin.

Un commissaire estime qu'il est absolument nécessaire que la responsabilité du médecin, tant de celui qui travaille dans un cadre collectif que de celui qui travaille d'une manière individuelle, soit clairement définie. Il est inadmissible que la responsabilité du médecin diminue, aux dépens bien sûr du patient, lorsqu'il travaille en équipe.

Le même intervenant attire l'attention sur le fait que les points 2.2, 2.3 et 2.4 de la note précitée ne répondent pas aux questions soulevées.

Réponse du Ministre

Le Ministre fait observer que le présent projet ne modifie absolument en rien le principe de la responsabilité professionnelle personnelle du médecin.

Le Ministre déclare partager le point de vue d'un membre selon lequel il faut faire la distinction entre la responsabilité médico-éthique et/ou juridique d'une part et l'activité médicale (organisation) d'autre part, qui est d'un autre ordre mais exerce une influence sur la première. A ce propos, on cite l'exemple des médecins qui réclament davantage de personnel au gestionnaire qui refuse. S'il arrive quelque chose, la question sera de savoir qui est responsable en pareil cas.

Le Ministre confirme que le principe de la responsabilité du médecin individuel demeure inchangé.

4. L'intérêt du patient

Un membre rappelle les propositions du Ministre en matière de réforme de la sécurité sociale dans lesquelles on peut lire que l'élaboration d'un statut du médecin hospitalier offrira une garantie plus grande aux malades.

L'intervenant se demande où se trouve dans le projet actuel la garantie supplémentaire du patient. Il incline à croire qu'on part du principe que les « enfants s'en trouveront mieux si les parents ne se disputent pas ». L'intervenant insiste sur le fait que la première priorité doit être en tout cas l'intérêt du patient. Il lui semble que le médecin se voit offrir une place de choix. Il se réfère à ce propos aux numéros du bulletin syndical (articles du Dr. Wynen).

Le même intervenant se demande s'il ne s'agit pas en l'espèce d'une sorte de troc. Quel prix politique le Ministre a-t-il dû payer pour ce qu'il entend faire? A-t-il suffisamment consulté les représentants des gestionnaires?

Antwoord van de Minister

1. Het spreekt voor zichzelf dat het belang van de patiënt prioritair is. Welnu, een goed beheer en een goed gestructureerde medische zorg — wat met dit ontwerp wordt nagestreefd — is in de eerste plaats in het belang van de patiënt. Een goede verstandhouding tussen beheerder en geneesheren is op zich reeds een factor voor betere dienstverlening.

2. In het tweede gedeelte van het ontwerp zijn bovendien een aantal bepalingen opgenomen die uitdrukkelijk het belang van de patiënt op het oog hebben en hem grotere waarborgen bieden dan thans het geval is. Zo onder meer het artikel 13 i.v.m. de hoogte van de erelonen en waarbij o.m. gesteld wordt dat de verbonden artsen gehouden zijn de R.I.Z.I.V.-tarieven na te leven voor het geheel van hun activiteit ten aanzien van in meerpersoonskamers opgenomen patiënten. Het artikel bepaalt eveneens dat de waarborg moet worden gegeven dat iedere patiënt in een meerpersoonskamer tegen verbintnistarieven moeten kunnen verzorgd worden.

Bovendien zal de veralgemeende centrale inning zonder enige twijfel een grotere openheid meebrengen en een belangrijke bijkomende waarborg voor de patiënt vormen m.b.t. het naleven van de R.I.Z.I.V.-tarieven.

3. De Minister bevestigt dat hij bij het uitwerken van de ontwerp tekst met alle betrokken milieus contacten heeft gehad. Hij beklemt toont dat hij hierbij een specifieke consultatie-procedure heeft gevolgd. Hij heeft geen eigenlijke onderhandelingen tussen de betrokken partners georganiseerd. Voortbouwend op vroegere teksten heeft hij zijn ontwerp teksten in individuele en vertrouwelijke contacten uitgetest bij personen die wegens hun functie in de betrokken organisaties waardevolle aanwijzingen konden verstrekken omtrent de standpunten van die organisaties. Zo kon belangrijke informatie worden ingewonnen over de soms sterk uiteenlopende standpunten en de motivering ervan.

De aldus ingewonnen informatie-elementen werden inhoudelijk nauwgezet onderzocht en geëvalueerd. Na een globale afweging heeft de Minister de eigen politieke verantwoordelijkheid genomen om aan de Ministerraad een wetsontwerp voor te leggen dat een evenwicht betracht tussen alle relevante elementen van de complexe problematiek.

5. De besluitvorming in het ziekenhuis

Het kan niemand verwonderen dat de Commissie met grote aandacht een debat heeft gevoerd over de inhoud van hoofdstuk III (structurering van de betrokkenheid der ziekenhuis-geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis).

Verschillende leden van de Commissie hebben ernstige bezwaren tegen de procedure van het zogenaamd verzaamd advies, voorzien in het ontwerp onder artikel 6, paragraaf 5.

Vele leden van de Commissie zijn inderdaad van oordeel dat het laatste woord toekomt aan de beheerder. Het is onaanvaardbaar — zo zeggen verschillende leden — dat de beheerder van het ziekenhuis, die alle financiële en andere verantwoordelijkheid draagt, niet het laatste woord heeft.

Réponse du Ministre

1. Il va sans dire que l'intérêt du patient est prioritaire. Or une bonne gestion et des soins médicaux bien structurés — objectifs visés par le projet — sont en premier lieu dans l'intérêt du patient. Une bonne entente entre le gestionnaire et les médecins est déjà en soi un facteur d'amélioration des soins.

2. En outre, la deuxième partie du projet renferme un certain nombre de dispositions qui visent expressément l'intérêt du patient et lui offrent de plus grandes garanties qu'actuellement. C'est notamment le cas de l'article 13 en ce qui concerne le montant des honoraires et l'obligation faite aux médecins engagés de respecter les tarifs de l'I.N.A.M.I. pour l'ensemble de leurs activités à l'égard des patients admis en salle commune. L'article prévoit également que la garantie doit être donnée que tout patient admis en salle commune doit pouvoir être soigné au tarif de l'engagement.

En outre, la perception centrale généralisée contribuera incontestablement à une plus grande ouverture et constituera pour le patient une garantie supplémentaire importante du respect des tarifs de l'I.N.A.M.I.

3. Le Ministre confirme avoir eu des contacts avec tous les milieux intéressés pendant l'élaboration du texte du projet. Il souligne qu'il a suivi une procédure de consultation spécifique. Il n'a pas organisé de véritables négociations entre les partenaires concernés. Sur la base de textes antérieurs, il a testé ses projets de textes lors de contacts individuels et confidentiels avec des personnes qui, en raison de leurs fonctions dans les organisations concernées, pouvaient lui apporter de précieuses indications concernant les points de vue de ces organisations. Une information importante a ainsi pu être recueillie au sujet de points de vue parfois très divergents et de leur motivation.

Le contenu des éléments d'information ainsi recueillis a été soigneusement étudié et évalué. Après une évaluation globale, le Ministre a pris ses responsabilités politiques et présenté au Conseil des ministres un projet de loi qui s'efforce de réaliser l'équilibre de tous les éléments significatifs de cette problématique complexe.

5. La prise de décision à l'hôpital

Nul ne s'étonnera d'apprendre que la Commission a débattu très attentivement du contenu du chapitre III (structuration de l'association des médecins hospitaliers à la prise de décision).

Plusieurs membres opposent de sérieuses objections à la procédure dite de l'avis renforcé prévu à l'article 6, § 5, du projet.

Beaucoup de commissaires estiment en effet que le dernier mot revient au gestionnaire. Plusieurs membres déclarent qu'il est inacceptable que le gestionnaire de l'hôpital, qui assume toutes les responsabilités financières et autres, n'ait pas le dernier mot.

Antwoord van de Minister

De Minister verklaart desbetreffend dat hij naar een moeilijk te vinden evenwicht heeft gezocht. Hij is van oordeel dat met het ontwerp in maximale mate dit evenwicht werd bereikt. Dit heeft uiteraard tot gevolg dat — gelet op de soms principieel uiteenlopende uitgangspunten — noch de ziekenhuisorganisaties noch de doktersorganisaties volledig tevreden zijn met het ontwerp.

De regeling van de betrokkenheid van de artsen bij de besluitvorming in het ziekenhuis is inderdaad een der centrale punten van het ontwerp.

Het ontwerp stelt uitdrukkelijk dat de beheerder de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt en het laatste woord heeft in de beslissing. Het ontwerp brengt dit principe niet in het gedrang.

Anderzijds kan men niet ontkennen dat op bepaalde punten de artsen doorslaggevend inspraak moeten kunnen hebben. Voor die punten acht de Minister een versterkt advies verantwoord. Zo is hij van oordeel dat met betrekking tot beslissingen omtrent precies geformuleerde aangelegenheden die met de honoraria worden gefinancierd de procedure van versterkt advies verantwoord is. Overigens is de versterkte inspraak van de geneesheren op dit vlak op zichzelf niet noodzakelijk een factor die goed beheer zou bemoeilijken; in bepaalde gevallen kan de inspraak van de geneesheren op dit stuk naar de beheerder toe een aansporing bevatten voor meer rationeel beheer.

De fundamentele vraag bestaat er volgens de Minister in of de beslissingsmacht van de beheerder door artikel 6, § 5, in het gedrang wordt gebracht. De Minister is van oordeel dat dit niet het geval is. Hij herinnert bij deze gelegenheid aan de basis-filosofie van het ontwerp dat er van uitgaat dat de dienstverlening van het ziekenhuis geoptimaliseerd wordt indien er op basis van wederzijdse overtuiging een fundamentele consensus bestaat tussen beheer en geneesheren.

Anderzijds verklaart de Minister zeker niet ongevoelig te zijn voor het argument dat de beheerder zijn verantwoordelijkheid moeten kunnen nemen. Hij staat open voor de discussie. Hij verwacht dat uit de bespreking zal blijken dat het compromis dat in het ontwerp is, neergelegd redelijk en verantwoord is.

6. De aanstelling van de geneesheren in het ziekenhuis

Enkele leden van de Commissie hebben vragen over de aanstelling en/of benoeming van ziekenhuisgeneesheren en hoofdgeneesheren.

Niet iedereen is gelukkig met de in het ontwerp voorziene regeling. Sommigen menen dat in geen versterkt advies mag worden voorzien voor de benoeming van de hoofdgeneesheer. Anderen daarentegen zijn van oordeel dat niet alleen voor de hoofdgeneesheer maar voor de benoeming van elke geneesheer de Medische Raad versterkt advies moet hebben.

Réponse du Ministre

Le Ministre déclare qu'à ce sujet, il s'est efforcé de réaliser un équilibre difficile à trouver. Il estime que le projet réalise cet équilibre dans une mesure maximale. Il s'ensuit évidemment que, les positions de départ divergeant parfois sur le plan des principes, le projet ne donne entière satisfaction ni aux organisations hospitalières ni aux organisations médicales.

Le règlement de la participation des médecins à la prise de décision à l'hôpital est en effet un des points centraux du projet.

Le projet prévoit expressément que le gestionnaire porte la responsabilité finale et a le dernier mot dans la décision. Il ne remet pas ce principe en cause.

Par ailleurs, on ne peut nier que sur certains points les médecins doivent pouvoir émettre un avis déterminant. Pour ces points, le Ministre estime qu'un avis renforcé se justifie. Ainsi, il considère qu'en ce qui concerne les décisions relatives à des secteurs bien précis financés au moyen des honoraires, la procédure d'avis renforcé se justifie. D'ailleurs, la participation accrue des médecins dans ce domaine ne constitue pas nécessairement en soi un facteur susceptible d'entraver une saine gestion; dans certains cas, cette participation pourra inciter le gestionnaire à pratiquer une gestion plus rationnelle.

Selon le Ministre, la question essentielle est de savoir si l'article 6, § 5, porte atteinte au pouvoir de décision du gestionnaire. Le Ministre estime que ce n'est pas le cas. Il rappelle à cette occasion la philosophie de base du projet qui part de l'idée que les services de l'hôpital pourront être optimisés à la condition qu'il y ait, entre le gestionnaire et les médecins, un consensus fondamental basé sur une conviction réciproque.

En outre, le Ministre déclare qu'il n'est assurément pas insensible à l'argument selon lequel le gestionnaire doit pouvoir prendre ses responsabilités. Il reste ouvert à la discussion. Il espère que celle-ci montrera que le compromis proposé par le projet est raisonnable et justifié.

6. La désignation des médecins hospitaliers

Certains commissaires posent des questions sur la désignation et/ou la nomination des médecins hospitaliers et des médecins en chef.

Le système prévu par le projet ne satisfait pas tout le monde. D'aucuns estiment qu'il ne faut pas prévoir d'avis renforcé pour la nomination du médecin en chef. D'autres, par contre, considèrent que le Conseil médical doit émettre un tel avis, non seulement pour le médecin en chef mais encore pour la nomination de chaque médecin.

Antwoord van de Minister

Desbetreffend geeft de Minister toe dat dit één van de belangrijkste discussiepunten is geweest bij de voorbereiding van het ontwerp.

De Minister bevestigt dat hij het standpunt van de beheerders heeft gevolgd wat betreft de aanstelling van geneesheren; daarentegen heeft hij het standpunt van de medici aanvaard wat betreft de aanstelling van de hoofd-geneesheer.

In het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren wordt gepleit voor het versterkt advies van de Medische Raad m.b.t. elke benoeming van een arts. Als hoofdargument wordt ingeroepen de collegialiteit en de goede verstandhouding die moet bestaan tussen artsen die moeten samenwerken. Alhoewel de Minister de algemene strekking van het advies van de Nationale Raad met betrekking tot het geheel van het ontwerp ten zeerste apprecieert, is hij het op dit punt oneens met de Raad (de integrale tekst van het advies van de Nationale Raad van de Orde d.d. 18 april 1984 is opgenomen in bijlage 3 van dit verslag).

Voor de geneesheren speelde dus vooral het argument van de bevordering van collegialiteit. De beheerders daarentegen vrezen voor de institutionalisering van een soort corporatisme. De Minister meent dat het argument van de beheerders zwaarder weegt, wetende dat de Medische Raad advies over de aanstelling van een geneesheer zal uitbrengen zodat de beheerder het standpunt van de geneesheren kent. Aan de andere kant vindt de Minister het niet goed dat een aanstelling zou kunnen worden geblokkeerd.

De Minister heeft het standpunt van het medisch corps aanvaard, zij het niet volledig, wat betreft de aanstelling van de hoofdgeneesheer. Gelet op de specifieke taak van de hoofdgeneesheer moet over zijn aanstelling — volgens de mening van de Minister — een zekere consensus bestaan tussen beheerder en Medische Raad. Evenwel mag de hoofd-geneesheer, eens dat hij aangesteld is, niet onder de permanente druk blijven van de Medische Raad. Dus, eens aangesteld, kan hij niet op initiatief van de Medische Raad tot ontslag uit zijn functie als hoofdgeneesheer worden gedwongen.

**

Volledigheidshalve moet ik laten opmerken dat er door verschillende leden van de Commissie opmerkingen werden gemaakt over de samenstelling van de Medische Raad.

De Minister heeft hierop geantwoord dat deze aangelegenheid voor bespreking vatbaar is. Dit zal later blijken bij de behandeling van de desbetreffende artikelen.

**

7. Het probleem van de erelonen en de invoering van de centrale inning

De Commissie is unaniem van oordeel dat de centrale inning van de erelonen moet worden ingevoerd. Wel bleven er

Réponse du Ministre

Le Ministre reconnaît que cela a constitué un des gros points de discussion lors de la préparation du projet.

Il confirme qu'il a suivi le point de vue des gestionnaires pour la désignation des médecins; par contre, il a accepté le point de vue des médecins pour la désignation du médecin en chef.

L'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins plaide en faveur d'un avis renforcé du Conseil médical pour chaque nomination de médecin. Comme argument principal, il invoque la collégialité et la bonne entente qui doit exister entre les médecins appelés à travailler ensemble. Bien que le Ministre soit très favorable à la position défendue dans l'avis du Conseil national concernant l'ensemble du projet, il ne peut partager le point de vue du Conseil sur ce point (le texte intégral de l'avis du Conseil national de l'Ordre du 18 avril 1984 est joint en annexe : annexe 3).

Les médecins ont donc surtout attaché de l'importance à la nécessité d'encourager la collégialité. Par contre, les gestionnaires craignent l'institutionnalisation d'une espèce de corporatisme. Le Ministre estime que l'argument des gestionnaires a plus de poids, étant donné que le Conseil médical émettra son avis sur la désignation d'un médecin, de sorte que le gestionnaire connaîtra le point de vue des médecins. Par ailleurs, le Ministre ne juge pas opportun qu'une désignation puisse être bloquée.

Il a accepté le point de vue du corps médical, fût-ce en partie seulement, pour la désignation du médecin en chef. Eu égard à la tâche spécifique de celui-ci, le Ministre estime qu'il doit exister un certain consensus entre le gestionnaire et le Conseil médical au sujet de sa désignation. Toutefois, après avoir été désigné, le médecin en chef ne doit pas rester en permanence sous la pression du Conseil médical. Il en résulte qu'une fois désigné, il ne peut être contraint de démissionner de ses fonctions de médecin en chef à l'initiative du Conseil médical.

**

Il convient d'ajouter, pour être complet, que plusieurs membres ont émis des observations au sujet de la composition du Conseil médical.

Le Ministre a répondu que cette question pouvait être discutée. C'est ce qui ressortira de l'examen des articles qui traitent de cette question.

**

7. Le problème des honoraires et l'introduction de la perception centrale

La Commission est unanime à considérer qu'il faut introduire la perception centrale des honoraires. Certes, il subsiste

kritische vragen over : de aanwending van de erelonen en de uitzondering op het beginsel van de centrale inning.

a) *Aanwending van de erelonen*

Een lid van de Commissie stelt het delicaat probleem van de positie van het ereloon in het geheel van het statuut. Vooreerst kan volgens hem niet worden getornd aan het beginsel van het eigendomsrecht van de geneesheer op zijn ereloon. Bovendien kan men zich vragen stellen over de toelaatbaarheid van het aanwenden van een deel van het ereloon voor het financieren van andere diensten in hetzelfde ziekenhuis. Dit lijkt — althans op het eerste gezicht — in strijd met de beginselen van de deontologie; het kan namelijk beschouwd worden als een soort dichotomie.

Het probleem van het ereloon is ook gesteld voor de geneesheer die als bediende wordt aangeworven. Hoe beoordeelt men de situatie van de geneesheer die zijn werkzaamheden staakt, zij het tijdens een operatie, wanneer het einduur van de werkzaamheden volgens het arbeidsreglement is bereikt ?

Antwoord van de Minister

1° In de eerste plaats verwijst de Minister naar het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, hogervermeld, die zich niet negatief heeft uitgelaten over de regeling in het ontwerp voorgesteld.

2° De Minister is bovendien van oordeel dat de code van medische plichtenleer niet tegengesteld kan zijn aan wat in de wet geregeld is. De wet primeert inderdaad boven de code.

Het moet worden beklemtoond dat het huidige ontwerp ook dit voordeel biedt dat bepaalde feitelijke regelingen worden gelegaliseerd, regelingen waarover men zich wel mogelijk deontologische vragen kan stellen op dit ogenblik. Welnu, indien de wet een overheveling van erelonen of een deel daarvan naar andere diensten in hetzelfde ziekenhuis toelaat, rijst er geen deontologisch probleem meer.

3° De Minister merkt ook op dat tegenover de traditionele stelling dat de geneesheer heer en meester is van de honoraria het ontwerp een zekere middenweg aangeeft. In bepaalde ziekenhuizen (bijvoorbeeld universitaire ziekenhuizen) staat men op dit punt verder dan in de meeste ziekenhuizen. De Minister vraagt zich af of het haalbaar en/of wenselijk is dit te veralgemenen; anderzijds moet men dit niet onmogelijk maken.

Het ontwerp regelt i.v.m. de erelonen een aantal zaken die in een aantal ziekenhuizen nog niet behoorlijk geregeld zijn. De problematiek van de honoraria ten aanzien van de financiering van het ziekenhuis in het algemeen stelt zich verschillend al naargelang van de basisverhouding tussen de geneesheer en het ziekenhuis. Indien de geneesheer tegen een wedde werkt en derhalve aanvaardt zijn erelonen af te staan aan het ziekenhuis, is de situatie anders dan indien de geneesheer volledig zelfstandig werkt met zuivere kostenregeling; daarnaast is er dan nog de tussenformule van de percentsgewijze bepaalde afhouding op de honoraria. Het financieren van het ziekenhuis ruimer dan de strikt medische activiteit stelt zich dus anders al naargelang van het basiscontract.

des points critiques : l'affectation des honoraires et l'exception au principe de la perception centrale.

a) *Affectation des honoraires*

Un membre pose le délicat problème de la position des honoraires dans l'ensemble du statut. Tout d'abord, on ne peut, à son avis, toucher au principe du droit de propriété du médecin sur ses honoraires. D'autre part, on peut se demander s'il est admissible d'affecter une partie des honoraires au financement d'autres services du même hôpital. Cela paraît être — du moins de prime abord — une forme de dichotomie en contradiction avec les principes de la déontologie.

Le problème des honoraires se pose également pour le médecin qui est engagé sous contrat d'emploi. Comment juge-t-on la situation du médecin qui cesse son travail, même en cours d'opération, lorsque sonne l'heure de fin de service fixée par le règlement de travail ?

Réponse du Ministre

1° Le Ministre se réfère tout d'abord à l'avis précité du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui n'a pas apprécié négativement la réglementation proposée dans le projet.

2° Le Ministre considère par ailleurs que le code de déontologie médicale ne peut être en contradiction avec la réglementation légale. En effet, la loi prime le code.

Il importe de souligner que le présent projet offre également l'avantage de légaliser certaines réglementations de fait dont on peut se demander si elles sont actuellement conformes à la déontologie. Donc, si la loi permet le transfert des honoraires ou d'une partie de ceux-ci à d'autres services du même hôpital, il n'y a plus de problème déontologique.

3° Le Ministre fait également remarquer que par rapport à la thèse traditionnelle selon laquelle le médecin est maître de ses honoraires, le projet emprunte une sorte de voie moyenne. Dans certains hôpitaux (universitaires, par exemple) on est déjà beaucoup plus loin à cet égard que dans la plupart des hôpitaux. Le Ministre se demande s'il est possible et/ou souhaitable de généraliser le procédé; d'autre part, il ne faut pas le rendre impossible.

Au sujet des honoraires, le projet règle un certain nombre de choses qui ne le sont pas encore comme il convient dans un certain nombre d'hôpitaux. Le problème des honoraires face au financement de l'hôpital en général se pose différemment selon la relation de base qui lie le médecin à l'hôpital. Si le médecin travaille contre rémunération et accepte donc de céder ses honoraires à l'hôpital, la situation n'est pas la même que si le médecin travaille de manière tout à fait indépendante en réglant simplement les frais; à côté de cela, il existe encore la formule intermédiaire qui consiste à retenir un pourcentage des honoraires. Le financement de l'hôpital au-delà de la stricte activité médicale se pose donc différemment selon le contrat de base.

b) *Centrale inning*

Verschillende leden van de commissie hebben zich nogal sterk afgezet tegen de uitzondering die wordt toegestaan aan geneesheren die een aantal jaren praktijk hebben in het ziekenhuis. Er wordt verwezen naar het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, waarin deze uitzondering wordt afgewezen als zijnde een soort discriminatie.

Antwoord van de Minister

Het voorstel om deze uitzondering toe te laten komt van de artsensyndicaten. Voor hen was het principeel aanvaarden van de centrale inning slechts redelijk te verantwoorden indien met bepaalde bestaande situaties zou worden rekening gehouden. Deze uitzondering kan uiteraard slechts worden toegestaan *intuitu personae*. De Minister laat evenwel uitschijnen dat de modaliteiten voor deze uitzondering bespreekbaar zijn.

8. *De ziekenhuizen van het O.C.M.W.*

Enkele leden van de commissie stellen zich vragen over de toepassing van deze wet op de ziekenhuizen die toebehoren aan de O.C.M.W.'s. Hoe is de rol van de geneesheer te verzoenen met de bepalingen van de organieke wet op het O.C.M.W.? Quid in geval het O.C.M.W. verschillende ziekenhuizen beheert?

Een lid van de commissie merkt op dat de secretaris van het O.C.M.W., ingevolge de bepalingen van de desbetreffende wet, hoofd is van het personeel. Hoe kan men dit verenigen met de bevoegdheid die in het voorliggend ontwerp wordt gegeven aan de beheerder?

Hetzelfde lid vestigt er de aandacht op dat zijn bezorgdheid vooral gaat naar de O.C.M.W.'s met meer dan één ziekenhuis, gelet op het belangrijk gewicht van de personeelskosten. Dit lid bevestigt dat over meer dan 50 p.c. van de personeelskosten het beheerscomité geen zeggenschap heeft.

De Minister antwoordt :

a) Er moet grondig worden nagegaan hoe de bepalingen van het voorliggend ontwerp kunnen worden geënt op de O.C.M.W.-wet. Men moet hierbij rekening houden met een grotere strakheid in de beslissingsprocedure.

b) Voor de ziekenhuizen van het O.C.M.W. zal men voor elk ziekenhuis de toestand van het beheer moeten onderzoeken. Deze verschilt van gemeente tot gemeente.

c) De Minister wil een grotere zelfstandigheid in het beheer van de ziekenhuizen in het kader van het O.C.M.W. Het is evident dat nog belangrijke uitvoeringsbesluiten moeten worden genomen. Wel heeft de Minister ter zake reeds bevestigd dat naar zijn mening de Medische Raad veeleer het ziekenhuisbeheer als gesprekspartner heeft, dan wel het O.C.M.W. zelf. Een andere visie leidt in de praktijk tot moeilijkheden.

d) In verband met de personeelskosten, antwoordt de Minister dat er problemen kunnen rijzen wanneer een te sterk gecentraliseerd beleid wordt gevoerd. Het probleem lijkt

b) *Perception centrale*

Plusieurs membres se sont résolument opposés à l'exception qui est admise pour les médecins comptant un certain nombre d'années de pratique à l'hôpital. Ils se réfèrent à l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui repousse cette exception comme discriminatoire.

Réponse du Ministre

Ce sont les syndicats de médecins qui ont proposé d'autoriser cette exception. Selon eux, l'acceptation du principe de la perception centrale ne pouvait raisonnablement se justifier que s'il était prévu de tenir compte de certaines situations existantes. Cette exception ne peut évidemment être accordée que *intuitu personae*. Le Ministre laisse cependant entendre que les modalités de cette exception sont susceptibles d'être discutées.

8. *Les hôpitaux de C.P.A.S.*

Plusieurs membres s'interrogent sur l'application de la loi en projet aux hôpitaux relevant des C.P.A.S. Comment le rôle du médecin peut-il se concilier avec les dispositions de la loi organique sur les C.P.A.S.? Qu'en est-il lorsqu'un C.P.A.S. gère différents hôpitaux?

Un commissaire relève qu'aux termes des dispositions de la loi sur les C.P.A.S., le secrétaire du C.P.A.S. est le chef du personnel. Comment concilier cette disposition avec la compétence que le présent projet confère au gestionnaire?

Le même intervenant souligne que sa préoccupation concerne surtout les C.P.A.S. gérant plusieurs hôpitaux, étant donné le poids considérable des frais de personnel. Il confirme que le comité de gestion n'a aucun droit de regard sur plus de 50 p.c. des frais de personnel.

Le Ministre donne la réponse suivante :

a) Il faut examiner soigneusement de quelle manière les dispositions du projet à l'examen peuvent se greffer sur la loi organique des C.P.A.S., en tenant compte d'une plus grande rigueur dans la procédure de décision.

b) Pour les hôpitaux de C.P.A.S., la situation de la gestion devra être examinée pour chaque hôpital. Elle diffère d'une commune à l'autre.

c) Le Ministre souhaite une plus grande autonomie de la gestion des hôpitaux dans le cadre du C.P.A.S. Il est évident que d'importants arrêtés d'exécution doivent encore être pris. Mais le Ministre a déjà confirmé qu'à son avis, l'interlocuteur du Conseil médical est plutôt le gestionnaire de l'hôpital que le C.P.A.S. lui-même. Une autre vision des choses susciterait des difficultés pratiques.

d) En ce qui concerne les frais de personnel, le Ministre répond qu'il peut y avoir des problèmes lorsque la politique en la matière est trop centralisée. L'ampleur du problème

minder afmetingen aan te nemen, indien een personeelsbeleid per ziekenhuis wordt gevoerd, wat wenselijk lijkt.

IV. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

HOOFDSTUK I

Voorafgaande opmerkingen

In de inleiding bij dit verslag werd er reeds op gewezen dat de ontwerptekst in de Commissie zeer grondig werd besproken en op een aantal punten gewijzigd en aangevuld.

Mede gelet op die wijzigingen en aanvullingen leek het uw verslaggever noodzakelijk, in de mate van het mogelijke, te zorgen voor een overzichtelijke tekst en voor eenheid in de gebruikte terminologie.

Derhalve werden een aantal artikelen gesplitst en werden zowel in de Nederlandse als in de Franse tekst van de artikelen een aantal formele wijzigingen aangebracht die evenwel niets aan de inhoud veranderen.

Voor de duidelijkheid wordt hierna, op het einde van de bespreking van elk artikel vermeld tot welk(e) artikel(en) de aangenomen tekst werd vernummerd.

Tenslotte zij nog opgemerkt dat de Nederlandse tekst van het opschrift in overeenstemming werd gebracht met de Franse versie.

Toepassingsgebied

Artikel 1

Paragraaf 1

Een lid vraagt of het in § 1 omschreven toepassingsgebied verschilt van het toepassingsgebied van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

De Minister antwoordt dat de wet van toepassing is op de ziekenhuizen zoals bedoeld door de ziekenhuiswet maar dat wordt verduidelijkt dat, voor de toepassing van dit ontwerp, de medische activiteit wordt beschouwd als deel uitmakend van de ziekenhuisactiviteit; bovendien wordt ook uitdrukkelijk gesteld dat de bepalingen van het ontwerp eveneens gelden ten aanzien van de poliklinische activiteit van het ziekenhuis indien het ziekenhuis en de eraan verbonden polikliniek ressorteren onder de beheersbevoegdheid van een zelfde beheerder. Onder dit opzicht wordt in het ontwerp een ruimer begrip van ziekenhuis gebruikt dan in de ziekenhuiswet waarin het ziekenhuis juridisch-technisch beperkt is tot het zogenaamde beddenhuis. In het ontwerp wordt het begrip ziekenhuis verruimd tot die elementen waarvan men organisatorisch aanvaardt dat ze tot het ziekenhuis behoren (b.v. de ambulante verzorging van patiënten).

Een ander lid vraagt zich af of het niet beter ware te schrijven « poliklinische activiteit in het ziekenhuis » in plaats van « ... van het ziekenhuis ». Hij verwijst naar het opschrift

paraît moindre lorsqu'est menée une politique de personnel hôpital par hôpital, ce qui paraît souhaitable.

IV. DISCUSSION DES ARTICLES

CHAPITRE I

Observations préliminaires

Dans l'introduction du présent rapport, il a déjà été souligné que le projet de texte a été examiné de manière approfondie par la Commission et qu'il a été modifié et complété sur un certain nombre de points.

Compte tenu notamment de ces modifications et de ces ajouts, il a paru nécessaire à votre rapporteur de veiller, dans la mesure du possible, à fournir un texte clair et à uniformiser la terminologie.

C'est la raison pour laquelle plusieurs articles ont été scindés et qu'ont été apportées tant au texte français que néerlandais des articles un certain nombre de modifications formelles qui n'ont cependant aucune incidence sur le contenu.

Pour la clarté, à la fin de la discussion de chaque article, est mentionné le numéro d'article(s) attribué au texte adopté.

Enfin, il convient encore de faire observer que la version néerlandaise de l'intitulé a été mise en concordance avec la version française.

Champ d'application

Article 1^{er}

Paragraphe 1^{er}

Un membre demande si le champ d'application défini au § 1^{er} diffère de celui de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

Le Ministre répond que la loi en projet s'adresse aux hôpitaux visés par la loi de 1963, mais qu'il y est précisé que, pour son application, il y a lieu de considérer les activités médicales comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière; il y est, en outre, stipulé explicitement que ses dispositions sont également applicables aux activités polycliniques de l'hôpital, si l'hôpital et la polyclinique qui y est rattachée relèvent de la compétence de gestion d'un même gestionnaire. Dans cette optique, le projet se réfère à une notion d'hôpital plus large que celle visée par la loi sur les hôpitaux et qui est juridiquement et techniquement limité au bloc hospitalier. Le projet élargit la notion d'hôpital de manière à y englober les éléments dont il est admis, d'un point de vue organisationnel, qu'ils font partie de l'hôpital (par exemple les soins ambulatoires dispensés aux patients).

Un autre membre se demande s'il ne serait pas préférable de remplacer les mots « activités polycliniques de l'hôpital » par les mots « activités polycliniques exercées à l'hôpital ».

van hoofdstuk II en het opschrift van afdeling 2 van hetzelfde hoofdstuk waar er sprake is van « medische activiteit in het ziekenhuis ».

De Minister merkt op dat de uitdrukking « in het ziekenhuis » een ruimtelijk begrip is dat tot discussie aanleiding zou kunnen geven. De organisatorische band prevaleert, vandaar dat in het derde lid van § 1 gezegd wordt dat de polikliniek onder dezelfde beheerder moet ressorteren.

Paragraaf 2

Paragraaf 2 van artikel 1 voorziet in de mogelijkheid om het toepassingsgebied bij koninklijk besluit te verruimen.

Verschillende leden stellen de vraag of die verruimingsmogelijkheid niet al te ruim geformuleerd is.

De Minister antwoordt dat § 2 tot doel heeft het mogelijk te maken het toepassingsgebied van de wet uit te breiden tot poliklinieken of andere diensten die met het ziekenhuis een functionele eenheid vormen. Voorwaarde is wel dat zij met het ziekenhuis een functionele binding hebben. De Minister geeft toe dat de formulering van § 2 voor verbetering vatbaar is.

Door een lid wordt een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 2 van dit artikel de woorden « en op andere instellingen of diensten die in § 1 bedoelde activiteiten buiten ziekenhuisverband uitoefenen » te doen vervallen.

De verantwoording hiervan luidt :

« Het wetsontwerp handelt over het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheren. De uitbreiding naar andere instellingen buiten ziekenhuisverband is dan ook niet logisch in het kader van deze wet onder te brengen en verruimt aldus het toepassingsgebied van de wet op een onbeperkte wijze. »

Andere leden stellen bij amendement voor paragraaf 2 van dit artikel te vervangen als volgt :

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

Zij geven hiervoor de volgende verantwoording :

« Het ontwerp heeft de ziekenhuizen als toepassingsgebied.

Het moet mogelijk zijn bij koninklijk besluit de toepassing van de wet uit te breiden tot andere instellingen of diensten waarvan de activiteit duidelijk afgestemd is op de activiteit van het ziekenhuis; anderzijds lijkt het niet aangewezen de bevoegdheid van de Koning zo ruim te stellen dat de wet zou kunnen uitgebreid worden tot instellingen of diensten die geen functionele band hebben met het ziekenhuis. Het amendement heeft tot doel dit criterium uitdrukkelijk in de wettekst zelf in te schrijven. »

Il se réfère, à cet égard, à l'intitulé du chapitre II, où il est question de « l'activité médicale à l'hôpital » et à celui de la section 2 du même chapitre, où il est question de « travail médical à l'hôpital ».

Le Ministre fait observer que les mots « à l'hôpital » constituent une notion spatiale qui risque d'engendrer des discussions. Le lien organisationnel prévaut et c'est pourquoi il est précisé, au troisième alinéa du § 1^{er}, que la polyclinique et l'hôpital doivent relever de la compétence de gestion d'un même gestionnaire.

Paragraphe 2

Le paragraphe 2 de l'article 1^{er} prévoit la possibilité d'étendre, par arrêté royal, le champ d'application de la loi en projet.

Plusieurs membres se demandent si cette possibilité n'est pas formulée de manière trop large.

Le Ministre répond que le § 2 vise à permettre l'application de la loi en projet aux polycliniques ou à d'autres services fonctionnellement rattachés à l'hôpital. Le Ministre concède que le texte du § 2 est améliorable.

Un membre dépose un amendement visant à supprimer, au § 2 de cet article, les mots « et à d'autres établissements ou services exerçant, hors de l'hôpital, les activités visées au § 1^{er} ».

Il le justifie comme suit :

« Le projet de loi traite de la gestion des hôpitaux et du statut des médecins hospitaliers. Aussi n'est-il pas logique d'inscrire, dans le cadre de cette loi, l'extension à d'autres établissements hors de l'hôpital, car cela élargit son champ d'application d'une façon illimitée. »

D'autres membres proposent, par voie d'amendement, de remplacer le texte du § 2 de l'article 1^{er} par la disposition suivante :

« § 2. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et dans les conditions définies par Lui, peut déclarer les dispositions de cette loi partiellement ou entièrement applicables aux polycliniques autres que celles visées au paragraphe précédent et à d'autres services, pour autant qu'ils soient fonctionnellement rattachés à un hôpital. »

Ils en donnent la justification suivante :

« Le projet est applicable aux hôpitaux.

Il doit être possible d'élargir par arrêté royal l'application de la loi à d'autres institutions ou services dont l'activité est manifestement liée à celle de l'hôpital; d'autre part, il ne s'indique pas que la délégation donnée au Roi permette d'élargir l'application de la loi à des institutions ou services n'ayant pas de lien fonctionnel avec l'hôpital. L'amendement a comme but d'inscrire ce critère dans le dispositif du projet de loi. »

Ter verduidelijking wordt nog gesteld dat het niet de bedoeling is privé-praktijken gesitueerd buiten het ziekenhuis te beschouwen als diensten van het ziekenhuis.

De indiener van het eerste amendement zegt te kunnen instemmen met de nieuwe redactie van paragraaf 2, maar vraagt nadere uitleg over de woorden « functioneel verbonden ».

Een lid vraagt of de Minister een onderscheid maakt tussen « functioneel » en « organisatorisch » verbonden... en zo ja, welk.

Een ander lid wenst te weten of er naast de functionele ook een juridische band moet zijn. Zo ja, dan kan hij met het amendement instemmen.

Een volgende spreker merkt op dat door het tweede amendement grotendeels aan zijn bezwaren wordt tegemoetgekomen. Hij vindt evenwel dat een grote macht aan de Koning wordt gegeven. Van de andere kant is de inhoud van het begrip « functioneel verbonden zijn » voor hem niet duidelijk. Dient het feit dat een polikliniek gebruikt maakt van het laboratorium van een ziekenhuis beschouwd te worden als een functionele verbinding?

Een lid haalt het voorbeeld aan van een specialist die in een ziekenhuis werkt en daarnaast ook nog een privé-praktijk heeft. Die privé-praktijk valt zijns inziens niet onder de wet.

De Minister antwoordt dat het niet de bedoeling is van § 2 om de privé-praktijken van artsen onder de toepassing van het ontwerp te brengen. § 2 van de ontwerp-tekst wil voorkomen dat via afzonderlijke juridische contracten op artificiële wijze afsplitsingen zouden gemaakt worden om de toepassing van de wet te ontwijken. Het is de bedoeling om diensten die functioneel met het ziekenhuis verbonden zijn, onder toepassing van de wet te kunnen brengen. De ingediende amendementen zijn van aard om de mogelijke bezwaren te ondervangen i.v.m. een al te ruime uitbreidingsmogelijkheid vervat in de laatste zinsnede van § 2.

Het gaat vooral om een uitbreiding tot diensten die bij het ziekenhuis horen, maar die er ook los van zouden kunnen staan (bijvoorbeeld een laboratorium).

De functionele binding zal vooral uit feitelijke elementen worden afgeleid. Een juridische band is geen onontbeerlijke vereiste, ook al zal die juridische band dikwijls wel uit bepaalde overeenkomsten kunnen blijken. Voor de Minister zijn « functioneel » en « organisatorisch » twee begrippen die op één lijn liggen. Eventueel zou men de tekst kunnen verduidelijken door te schrijven : « voor zover ze functioneel en organisatorisch verbonden zijn met... ».

Een ander lid vraagt of een ziekenhuis dat zelf al een laboratorium heeft van de wet zou kunnen gebruik maken om een ander laboratorium, dat op zichzelf niet kan blijven bestaan, organisatorisch aan te hechten (b.v. om sluiting te vermijden).

A titre de précision, il est encore dit que l'intention n'est pas de considérer les cabinets privés situés en dehors de l'hôpital comme des services hospitaliers.

L'auteur du premier amendement déclare pouvoir se rallier à la nouvelle rédaction du § 2, mais il demande un complément d'explications au sujet des mots « fonctionnellement rattachés ».

Un membre demande au Ministre s'il fait une distinction entre les mots « fonctionnellement rattachés » et les mots « rattachés sur le plan organisationnel » et, dans l'affirmative, laquelle.

Un autre membre demande si, parallèlement au lien fonctionnel, il faut également un lien juridique. Dans l'affirmative, il peut approuver l'amendement.

Un autre intervenant note que le deuxième amendement rencontre dans une large mesure ses objections. Il estime toutefois qu'on attribue au Roi un pouvoir important. D'autre part, le contenu de la notion « fonctionnellement rattachés » ne lui apparaît pas clairement. Faut-il considérer que le fait, pour une polyclinique, d'utiliser le laboratoire d'un hôpital constitue un lien fonctionnel?

Un membre cite l'exemple d'un spécialiste travaillant dans un hôpital et ayant parallèlement un cabinet privé. A son avis, le cabinet privé ne tombe pas sous l'application de la loi.

Le Ministre répond que le but du § 2 n'est pas de faire tomber les cabinets privés des médecins sous l'application de la loi en projet. Ce paragraphe vise à prévenir toute « séparation » artificielle qui serait opérée, par le biais de contrats juridiques distincts, en vue de contourner la loi. L'objectif est de pouvoir rendre la loi applicable aux services fonctionnellement rattachés à l'hôpital. Les amendements déposés sont de nature à répondre à d'éventuelles objections concernant la possibilité d'élargissement, qui peut être jugée trop large, prévue dans le dernier membre de phrase du § 2.

Cette possibilité concerne surtout les services qui relèvent de l'hôpital, mais qui pourraient en être indépendants (par exemple un laboratoire).

Le lien fonctionnel résultera avant tout d'éléments de faits. Le lien juridique n'est pas indispensable, même si, dans bien des cas, il se dégagera de certaines conventions. Pour le Ministre, les mots « fonctionnels » et « organisationnels » correspondent à des notions parallèles. On pourrait éventuellement rendre le texte plus clair en écrivant : « pour autant qu'ils soient fonctionnellement et organisationnellement rattachés à... ».

Un autre membre demande si un hôpital qui dispose déjà lui-même d'un laboratoire pourrait utiliser la loi pour annexer, d'un point de vue organisationnel, un autre laboratoire qui ne peut pas subsister de manière autonome (par exemple pour éviter sa fermeture).

De Minister antwoordt dat § 2 niet direct dergelijke situatie beoogt. Door § 2 wordt zulk een overname ook niet verboden. In dit geval zal § 2 tot gevolg hebben dat de bepalingen van het ontwerp op dat laboratorium zullen toepasselijk zijn.

Een van de indieners van het tweede amendement preciseert nog dat een apart juridisch bestaan geen basis mag vormen om zich aan de bepalingen van deze wet te onttrekken.

De Minister beaamt dit.

Een lid meent hieruit te moeten concluderen dat onafhankelijke poliklinieken die beroep doen op een labo van een ziekenhuis, onder de wet zullen vallen.

De Minister ontkent zulks. Uit het feit op zichzelf dat een autonome polikliniek op het labo van het ziekenhuis beroep doet, kan niet worden besloten dat deze polikliniek in haar geheel beschouwd moet worden als hebbende een functionele binding met het ziekenhuis. Indien de door de intervenant gevolgde redenering juist zou zijn zou dit betekenen dat privé-geneesheren — die laboratoriumonderzoeken in een ziekenhuis laten uitvoeren — onder de toepassing van de wet zouden kunnen vallen.

Ter verduidelijking van de juiste draagwijdte van het toepassingsgebied en van de in § 2 voorziene mogelijkheid om het uit te breiden, stelt de Minister aan de leden van de Commissie een afzonderlijke nota ter beschikking (zie bijlage IV).

Het eerste amendement wordt teruggenomen.

De Commissie beslist de stemming over het tweede amendement en over het artikel aan te houden tot na de bespreking van de artikelen 2 en 3 van het ontwerp.

HOOFDSTUK II

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

AFDELING I

Beheer en directie

Artikel 2

Paragraaf 1

Op deze paragraaf worden verschillende amendementen ingediend.

Een eerste amendement beoogt aan § 1, 4°, van dit artikel de volgende volzin toe te voegen :

« Worden gelijkgesteld met ziekenhuisgeneesheren, de apothekers biologen, gemachtigd om een tak van de geneeskunde uit te oefenen en de tandartsen verbonden aan het ziekenhuis. »

Le Ministre répond que le § 2 ne vise pas directement une telle situation. Il n'interdit pas non plus une telle reprise. Dans pareil cas, il en résultera que les dispositions du projet seront applicables à ce laboratoire.

Un des auteurs du deuxième amendement précise encore que le fait d'avoir une existence juridique distincte ne peut être invoqué pour se soustraire aux dispositions de la loi en projet.

Le Ministre approuve ce point de vue.

Un membre estime devoir déduire de cette assertion que les polycliniques indépendantes faisant appel au laboratoire d'un hôpital tomberont sous le coup de la loi.

Le Ministre réfute cette interprétation. On ne peut en effet déduire du fait qu'une polyclinique autonome fasse appel au laboratoire de l'hôpital que cette polyclinique doive être considérée dans son ensemble comme ayant un lien fonctionnel avec l'hôpital en question. Si le raisonnement suivi par l'intervenant était exact, cela signifierait que les médecins privés — qui font effectuer des analyses de laboratoire dans un hôpital — pourraient être inclus dans le champ d'application de la loi.

Pour préciser la portée exacte de ce champ d'application et de la possibilité, prévue au § 2, de l'étendre, le Ministre communique aux membres de la Commission une note sur la question (voir annexe IV).

Le premier amendement est retiré par son auteur.

La Commission décide de réserver le vote sur le deuxième amendement ainsi que sur l'article jusqu'après l'examen des articles 2 et 3 du projet.

CHAPITRE II

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

SECTION I

Gestion et direction

Article 2

Paragraphe 1^{er}

Plusieurs amendements sont déposés à ce paragraphe.

Un premier amendement vise à compléter le § 1^{er}, 4°, de cet article, par la phrase suivante :

« Sont assimilés aux médecins hospitaliers, les pharmaciens biologistes habilités à exercer une branche de l'art médical, ainsi que les dentistes attachés à l'hôpital. »

De verantwoording luidt :

« Gezien de aard van hun werkzaamheden zijn beide groepen gelijk te stellen aan de ziekenhuisgeneesheren. »

Een tweede amendement, aanvankelijk ingediend bij artikel 1 van het ontwerp, strekt tot toevoeging van een soortgelijke bepaling als vervat in het voorgaande amendement.

De tekst en de verantwoording ervan luiden :

« Paragraaf 1, 4°, van dit artikel aan te vullen met de volgende volzin :

« Met de ziekenhuisgeneesheren worden gelijkgesteld de apothekers-specialisten in de klinische biologie die gemachtigd zijn om geneeskundige verstrekkingen in ziekenhuizen te verlenen. »

Verantwoording

« Van de apothekers-specialisten in de klinische biologie is in voornoemd ontwerp van wet nergens sprake. Dit lijkt des te merkwaardiger daar :

a) hun beroep behoort tot de geneeskunst, zoals vermeld in de volgende ambtelijke teksten :

I. 1. Artikel 2, g, van de wet van 9 augustus 1963 (de wet-Leburton) bepaalt dat wordt verstaan onder « beoefenaar van de geneeskunst », de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, weuelijk gemachtigd om hun kunst uit te oefenen.

2. Artikel 23, 3°, omschrijft het begrip « medische verstrekkingen » die verleend kunnen worden, als « verstrekkingen welke een bijzondere bekwaaming vereisen, erkend overeenkomstig artikel 153, §§ 4 en 5, van geneesheer-specialist, apotheker of licentiaat in de wetenschappen ».

3. Artikel 153, § 4, bepaalt : « De Koning bepaalt de modaliteiten volgens welke de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin de lijst aanlegt van de geneesheren die erkend zijn om als specialist de in artikel 23 bedoelde verstrekkingen te verlenen. »

Paragraaf 5 bepaalt : « De Koning bepaalt de modaliteiten volgens welke de Minister van Volksgezondheid en van het Gezin de lijst aanlegt van de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die erkend zijn om in artikel 23, 3°, bedoelde diagnoseverstrekkingen te verlenen. »

II. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 (Belgisch Staatsblad van 14 november 1967, erratum Belgisch Staatsblad van 12 juni 1968) betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies (gewijzigd door de wet van 17 december 1973, Belgisch Staatsblad van 23 januari 1974, door de wet van 20 december 1974, Belgisch Staatsblad van 29 april 1975 en Belgisch Staatsblad van 3 juni 1975, en door de wet van 13 december 1976, Belgisch Staatsblad van 5 maart 1977, en door de wet van 30 december 1977, Belgisch Staatsblad van 25 januari 1978) bepaalt in artikel 1 : « De geneeskunst omvat de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend ten aanzien van menselijke wezens, en de artsenijsbereidkunde, onder hun curatief of preventief voorkomen. »

La justification est la suivante :

« En raison de la nature de leurs activités, ces deux groupes doivent être assimilés aux médecins hospitaliers. »

Un deuxième amendement, déposé initialement à l'article 1^{er} du projet, tend à compléter le texte par une disposition analogue à celle figurant dans l'amendement précédent.

Le texte et la justification sont libellés comme suit :

« Compléter le 4° de cet article par la phrase suivante :

« Sont assimilés aux médecins hospitaliers, les pharmaciens spécialistes en biologie clinique, habilités à effectuer des prestations médicales en milieu hospitalier. »

Justification

« Les pharmaciens spécialistes en biologie clinique ne sont en aucune manière cités dans le projet de loi susmentionné. Cela semble d'autant plus étonnant que :

a) leur profession appartient à l'art de guérir, ainsi que le précisent les textes officiels suivants :

I. 1. L'article 2, g, de la loi du 9 août 1963 (loi Leburton) précise : « on entend par praticien de l'art de guérir les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses légalement habilitées à exercer leur art.

2. L'article 23, 3°, définit le concept de « prestations médicales » qui peuvent être exécutées comme les « prestations requérant une qualification particulière, reconnues conformément à l'article 153, § 4 et § 5, de médecin spécialiste, de pharmacien ou de licencié en sciences ».

3. L'article 153, § 4, stipule : « Le Roi fixe les modalités selon lesquelles le Ministre de la Santé publique et de la Famille établit la liste des médecins agréés à l'effet de fournir, au titre de spécialiste, les prestations visées à l'article 23. »

Le § 5 stipule : Le Roi fixe les modalités selon lesquelles le Ministre de la Santé publique et de la Famille établit la liste des pharmaciens et licenciés en sciences, agréés à l'effet de fournir des prestations visées à l'article 23, 3°. »

II. L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 (Moniteur belge du 14 novembre 1967, erratum Moniteur belge du 12 juin 1968) relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales (modifié par la loi du 17 décembre 1973, Moniteur belge du 23 janvier 1974, par la loi du 20 décembre 1974, Moniteur belge du 29 avril 1975 et Moniteur belge du 3 juin 1975, par la loi du 13 décembre 1976, Moniteur belge du 5 mars 1977, et par la loi du 30 décembre 1977, Moniteur belge du 25 janvier 1978) précise en son article 1^{er} : « L'art de guérir couvre l'art médical, en ce compris l'art dentaire, exercé à l'égard d'êtres humains, et l'art pharmaceutique, sous leurs aspects curatifs ou préventifs. »

Artikel 5, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit van 10 november 1967 bepaalt : « De houders van het wettelijk diploma van apotheker of van licentiaat in de scheikundige wetenschappen zijn ertoe gemachtigd de analyses van klinische biologie te verrichten, welke de Koning bepaalt overeenkomstig de bepalingen van artikel 46 en waarvan Hij in dezelfde voorwaarden, de uitvoeringsmodaliteiten vaststelt. »

Op te merken valt dat de geneesheren en apothekers, specialisten in de klinische biologie, tot dezelfde nomenclatuur toegang hebben.

b) de apothekers-specialisten in de klinische biologie een groot gedeelte vormen van de specialisten in de klinische biologie (apothekers en geneesheren), zoals blijkt uit de volgende gegevens :

I. Apothekers-biologen

1. Volgens de lijst van het R.I.Z.I.V., bijgewerkt tot september 1983 :

— apothekers-specialisten in de klinische biologie met volledige erkenning	396
— apothekers met gedeeltelijke erkenning voor de klinische biologie	356
Totaal	752

2. Volgens de statistieken van het Instituut voor hygiëne, opgemaakt in juli 1983, bedraagt het totaal aantal apothekers-specialisten in de klinische biologie, werkzaam in de laboratoria als diensthoofd of als kaderlid : 310.

II. Geneesheren-biologen

1. Volgens de lijst van het R.I.Z.I.V., bijgewerkt tot september 1983 :

— geneesheren-specialisten in de klinische biologie	637
— geneesheren-specialisten in een andere medische specialiteit met erkenning in de klinische biologie	15
Totaal	652

2. Volgens de statistieken van het Instituut voor hygiëne, opgemaakt in juli 1983, bedraagt het totaal aantal geneesheren-biologen, werkzaam in de laboratoria als diensthoofd of als kaderlid : 489. »

Vervolgens wordt een amendement ter tafel gelegd dat het begrip « ziekenhuisgeneesheer » nader wil omschrijven.

Het amendement luidt :

« In § 1 van dit artikel het 4^o te vervangen als volgt :

« 4^o ziekenhuisgeneesheer : de beoefenaar van de geneeskunde die zich door een arbeidsovereenkomst of een aannemingscontract heeft verbonden met de beheerder, om door zijn activiteit een beleid van volksgezondheid te bevorderen

L'article 5, § 2, de ce même arrêté royal du 10 novembre 1967 stipule : « Les porteurs du diplôme légal de pharmacien ou de licencié en sciences chimiques sont habilités à effectuer les analyses de biologie clinique que le Roi détermine conformément aux dispositions de l'article 46 et dont il fixe les modalités d'exécution dans les mêmes conditions. »

Il importe de faire remarquer que les médecins et les pharmaciens, spécialistes en biologie clinique, ont accès à la même nomenclature.

b) les pharmaciens spécialistes en biologie clinique représentent une fraction importante du total des spécialistes en biologie clinique (pharmaciens + médecins) comme il ressort des données ci-après :

I. Pharmaciens biologistes

1. D'après la liste établie par l'I.N.A.M.I. et mise à jour en septembre 1983 :

— pharmaciens spécialistes en biologie clinique avec reconnaissance complète	396
— pharmaciens avec reconnaissance partielle pour la biologie clinique	356
Total	752

2. D'après les statistiques de l'Institut d'hygiène établies en juillet 1983, le nombre total de pharmaciens spécialistes en biologie clinique présents dans les laboratoires comme chefs de service ou comme personnel de cadre s'élève à : 310.

II. Médecins biologistes

1. D'après la liste établie par l'I.N.A.M.I. et mise à jour en septembre 1983 :

— médecins spécialistes en biologie clinique	637
— médecins spécialistes dans une autre spécialité médicale avec reconnaissance en biologie clinique	15
Total	652

2. D'après les statistiques de l'Institut d'hygiène établies en juillet 1983, le nombre total de médecins biologistes présents dans les laboratoires comme chefs de service ou comme personnel de cadre s'élève à : 489. »

Un membre dépose ensuite un amendement visant à définir avec plus de précision la notion de « médecin hospitalier ».

L'amendement est rédigé comme suit :

« Au § 1^{er} de cet article, remplacer le 4^o par la disposition suivante :

« 4^o médecin hospitalier : le praticien de l'art médical qui s'est engagé par contrat d'emploi ou d'entreprise avec le gestionnaire, à promouvoir, par son activité, une politique de santé publique (optimalisation des soins hospitaliers par une

(optimalisering van de ziekenhuisverzorging door een betere structurering van de geneeskundige verzorging) gericht op de sociale rol van het ziekenhuis : (mogelijkheid tot verkrijging van ziekenhuisverzorging, blijvende en onafgebroken geneeskundige verzorging). »

De verantwoording is de volgende :

« a) Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de zeer uiteenlopende rollen van de privé-geneesheer en de ziekenhuisgeneesheer.

De ziekenhuisgeneesheer werkt in ploegverband en is afhankelijk van allerlei personeel dat hem omringt, leidt, oriënteert, inlicht, vervangt, bijstaat, of al te gespecialiseerde of tijdrovende taken uit zijn handen neemt.

b) Ook moet worden onderscheiden :

De verantwoordelijkheid die rust op de ziekenhuisgeneesheer in het beleid van gezondheid en van beheer van zijn ziekenhuis. »

Naast de indiener van bovenstaand amendement is er nog een ander lid dat kritiek heeft op de definitie van « ziekenhuisgeneesheer » zoals die in het ontwerp voorkomt. Naar zijn oordeel is die begripsomschrijving te bondig. Vallen alle geneesheren, of ze nu voltijds dan wel één uur per week in het ziekenhuis werken onder deze definitie zo vraagt hij nog.

De Minister is van oordeel dat het begrip « aan het ziekenhuis verbonden » ruim mag opgevat worden. De Minister vreest dat het moeilijk doenbaar is in de wet zelf het begrip « ziekenhuisgeneesheer » nog nader te preciseren. Ofwel loopt men het risico in een overloze casuïstiek te vervallen ofwel bestaat het gevaar het begrip zo te verengen dat al te zeer wordt afgeweken van de diversiteit van bestaande toestanden.

Volgens de Minister houdt het begrip « verbonden aan het ziekenhuis » wel een juridisch element in, in die zin dat het begrip « verbonden aan... » inhoudt dat er een aanstelling of benoeming is geweest door het beheersorgaan. In die zin zouden huisartsen die hun patiënten bijstaan bij de bevalling in het ziekenhuis, niet als ziekenhuisgeneesheer te beschouwen zijn.

Alhoewel de Minister van oordeel is dat het begrip ziekenhuisgeneesheer vrij ruim te interpreteren is, toch sluit dit niet uit dat voor bepaalde onderdelen van het ontwerp er een diversificatie kan zijn tussen de ziekenhuisgeneesheren. Hij verwijst hier bijvoorbeeld naar artikel 5 waar gesteld wordt dat de Koning het minimum-activiteitsniveau bepaalt waaraan de geneesheren moeten voldoen om eensdeels stemgerechtigd en om anderdeels verkiesbaar te zijn voor de Medische Raad.

Met een derde amendement wordt voorgesteld paragraaf 1 van dit artikel aan te vullen als volgt :

« Voor de toepassing van deze wet wordt beschouwd als beoefenaar van de geneeskunde de arts bedoeld in artikel 2, § 1 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies.

meilleure structuration des soins médicaux) centrée sur le rôle social de l'hôpital : (accessibilité des soins hospitaliers, permanence et continuité des soins médicaux). »

La justification est la suivante :

« a) Il importe de bien distinguer les rôles très différents du médecin privé du médecin hospitalier.

Le médecin hospitalier travaille en équipe et dépend de personnels variés qui l'entourent, le dirigent, l'orientent, l'éclairent, le remplacent, l'assistent ou le déchargent de tâches trop spécialisées ou absorbantes.

b) Il faut également distinguer :

La responsabilité qui engage le médecin hospitalier dans la politique de santé et de gestion de son hôpital. »

Outre l'auteur de l'amendement précité, un autre membre encore a des critiques à formuler au sujet de la définition de « médecin hospitalier » telle qu'elle figure dans le projet. A son avis, cette définition est trop succincte. Il aimerait savoir si elle englobe tous les médecins, qu'ils travaillent à temps plein ou une heure par semaine à l'hôpital.

Le Ministre estime que la notion « attaché à l'hôpital » peut être interprétée de manière extensive. Il craint qu'il soit malaisé d'encore préciser davantage la notion de « médecin hospitalier » dans la loi elle-même. On court le risque ou bien de se perdre dans une casuistique sans limites ou bien de restreindre la notion au point de ne plus suffisamment tenir compte de la diversité des situations existantes.

Selon le Ministre, la notion « attaché à l'hôpital » présente un élément juridique, en ce sens qu'elle implique qu'il y a eu une désignation ou une nomination par l'organe de gestion. Dans cette optique, les médecins de famille assistant leurs patientes lors d'un accouchement à l'hôpital ne devraient pas être considérés comme des médecins hospitaliers.

Bien que le Ministre estime que la notion de médecin hospitalier puisse être interprétée de manière assez large, cela n'exclut pas pour autant qu'il puisse y avoir une diversification entre ces médecins pour certaines parties du projet. Il se réfère ainsi à l'article 5 qui prévoit que le Roi fixe le niveau minimum d'activité que les médecins doivent remplir pour avoir droit de vote d'une part et pour être éligibles au Conseil médical d'autre part.

Un troisième amendement propose de compléter le § 1^{er} de cet article comme suit :

« Pour l'application de la présente loi, on entend par praticien de l'art médical, le médecin visé à l'article 2, § 1^{er} de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.

De bepalingen van deze wet die op de ziekenhuisgeneesheer van toepassing zijn, gelden eveneens ten aanzien van de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, § 1, van het in vorig lid genoemde koninklijk besluit evenals ten aanzien van de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van genoemd besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten. »

De indieners geven hiervoor de volgende verantwoording :

« Het is ongetwijfeld de bedoeling dat de bepalingen van het ontwerp die op de artsen van toepassing zijn, ook zouden gelden voor de andere beoefenaars wier activiteit in het ziekenhuis tot de uitoefening van de geneeskunde behoort, nl. de tandartsen, de apothekers en licentiaten in de scheikunde die gemachtigd zijn om analyses van klinische biologie te verrichten. Het amendement heeft tot doel dit uitdrukkelijk in de wettekst zelf in te schrijven. »

Tenslotte is er nog een vierde amendement dat artikel 2 wil beperken tot de begripsomschrijving van beheerder, directeur en directiecomité (§ 1, 1°, 2° en 3°, van de ontwerp-wettekst).

Het amendement en de verantwoording luiden :

Dit artikel te vervangen als volgt :

« Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1° beheerder : het orgaan waarbij de algemene verantwoordelijkheid voor de organisatie van de activiteiten in het ziekenhuis berust. Hij draagt de uiteindelijke financiële verantwoordelijkheid en neemt de algemene beheersbeslissingen;

2° directeur : de persoon 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;

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

Het is onder meer samengesteld uit de directeur, de verantwoordelijke van de medische, de verpleegkundige, de administratief-financiële en de technische diensten van het ziekenhuis. Het draagt op gepaste wijze bij tot de voorbereiding van de werkzaamheden van de beheerder. »

Verantwoording

« Deze bepalingen zijn iets precieser dan de voorgestelde bepalingen en specificeren op een ruimere wijze de verantwoordelijkheden van beheerder, directeur en directiecomité.

De bepaling van ziekenhuisgeneesheer wordt verschoven naar artikel 3 waar het beter gesitueerd is.

Les dispositions de la présente loi qui sont d'application au médecin hospitalier sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, § 1^{er} de l'arrêté royal visé à l'article précédant, exerçant à l'hôpital l'art dentaire et aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer des analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité. »

Les auteurs de l'amendement le justifient comme suit :

« Il semble évident que les dispositions du projet qui sont applicables aux médecins soient d'application à d'autres praticiens travaillant à l'hôpital dont l'activité fait partie de l'art médical, notamment les dentistes, les pharmaciens et licenciés en sciences chimiques habilités à effectuer les analyses de biologie chimique. L'amendement a comme but d'apporter cette précision dans le dispositif du projet. »

Enfin, un membre dépose un quatrième amendement visant à limiter la définition de la notion de gestionnaire, de directeur et de comité de direction (§ 1^{er}, 1°, 2° et 3°, du texte du projet).

L'amendement et la justification sont libellés comme suit :

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Pour l'application de la présente loi, on entend par :

1° gestionnaire : l'organe qui assume la responsabilité générale de l'organisation des activités de l'hôpital. Il porte la responsabilité financière finale et prend les décisions générales de gestion;

2° directeur : la personne chargée de l'activité journalière de l'hôpital en étroite collaboration avec les responsables des divers aspects de l'activité hospitalière. Le directeur est directement responsable devant le gestionnaire;

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

Il comprend notamment le directeur, le responsable des services médicaux, des services infirmiers, des services administratifs et financiers et des services techniques de l'hôpital. Il participe de manière adéquate à la préparation des tâches du gestionnaire. »

Justification

« Ces dispositions sont un peu plus précises que celles proposées dans le projet; elles spécifient plus largement les responsabilités du gestionnaire, du directeur et du comité de direction.

La définition du médecin hospitalier est reportée à l'article 3, où elle sera mieux à sa place.

Indien de ziekenhuisgeneesheer rechtstreeks vermeld wordt bij beheer en directie, is er geen enkele reden om hier bijvoorbeeld de verpleging en de paramedici niet bij te vermelden. »

De Minister is het grotendeels eens met dit amendement waarvan de strekking overeenstemt met die van het ontwerp.

Hij vindt evenwel dat de voorgestelde bepalingen veeleer thuishoren in een memorie van toelichting.

Wat de definitie van « ziekenhuisgeneesheer » betreft preciseert de Minister dat deze in het ontwerp is opgenomen na een opmerking dienaangaande van de Raad van State. Hij geeft toe dat de begripsbepaling beter op een andere plaats in het ontwerp wordt opgenomen.

De indiener neemt akte van deze verklaring van de Minister en neemt zijn amendement terug.

Paragraaf 2

Over deze bepaling worden geen opmerkingen gemaakt.

Paragraaf 3

Er ontstaat een vrij lange gedachtenwisseling over de verhouding tussen het directiecomité waarvan in het ontwerp sprake is, en « het bijzonder comité ziekenhuis », waarin de O.C.M.W.-wet voorziet.

Een lid meent dat de voorgestelde tekst problemen zal doen rijzen in de openbare ziekenhuizen waar er, ingevolge die O.C.M.W.-wet een « bijzonder comité ziekenhuis » werkzaam is.

De samenstelling van dat comité stemt niet overeen met die van het directiecomité. Spreker vreest dat de oprichting van een directiecomité, dat niet zo zeer voor de financiële aspecten bevoegd zal zijn, spanningen in het leven zal roepen met het bijzonder comité dat wel financiële verantwoordelijkheid draagt.

Een ander lid spreekt in dezelfde zin. Het ontwerp brengt geen klaarheid voor de O.C.M.W.-ziekenhuizen. Wie zal voorrang hebben op wie? Overigens worden ook de bevoegdheden van het directiecomité zelf niet nauwkeurig omschreven.

Volgens een derde spreker is er geen overlapping van bevoegdheden. Het is een kwestie van echelons. Bovenaan staat de beheerder. In de openbare ziekenhuizen komt daar de directeur van de instelling bij die, in overleg met het directiecomité, het dagelijks bestuur waarneemt.

De Minister is het eens met de laatste intervenant. In § 1, 1^o, wordt gezegd wie als beheerder wordt beschouwd. Ter zake wijzigt het ontwerp niets aan de bevoegdheden van de beheersorganen (raad en/of bijzonder comité) van het O.C.M.W. Wat in § 1, 3^o, wordt gezegd over het beheerscomité, formaliseert wat in de openbare ziekenhuizen reeds *de facto* bestaat.

De eerste intervenant merkt op dat in de bijzondere comités van de O.C.M.W.-ziekenhuizen ook leden van de oppositie

S'il est fait mention du médecin hospitalier en même temps que du gestionnaire et de la direction, il n'y a aucune raison de ne pas en faire autant pour le personnel soignant et les paramédicaux. »

Le Ministre est en grande partie d'accord sur cet amendement dont la finalité correspond à celle du projet.

Il estime néanmoins que les dispositions proposées ont plutôt leur place dans un exposé des motifs.

En ce qui concerne la définition du médecin hospitalier, le Ministre précise que celle-ci a été insérée dans le projet à la suite d'une observation formulée à ce propos par le Conseil d'Etat. Il reconnaît qu'il eût été préférable d'insérer cette définition à un autre endroit.

L'auteur de l'amendement prend acte de cette déclaration du Ministre et retire son amendement.

Paragraphe 2

Cette disposition ne fait l'objet d'aucun commentaire.

Paragraphe 3

Un assez long échange de vues s'est engagé à propos de la relation entre le comité de direction visé dans le projet et le comité spécial « hôpital » prévu par la loi organique des C.P.A.S.

Un membre estime que le texte proposé créera des problèmes dans les hôpitaux publics où un comité spécial « hôpital » fonctionne en application de la loi organique des C.P.A.S.

La composition de ce comité ne correspond pas à celle du comité de direction. L'intervenant craint que la création d'un comité de direction, dont les compétences ne se situeraient pas tellement au niveau financier, ne suscite des tensions entre celui-ci et le comité spécial qui a, lui, une responsabilité financière.

Un autre commissaire s'exprime dans le même sens. Le projet n'apporte aucune clarté en ce qui concerne les hôpitaux de C.P.A.S. Qui aura la priorité? D'ailleurs les compétences du comité de direction ne sont pas définies de manière précise.

Un troisième intervenant estime qu'il n'y a pas de chevauchements de compétences. Tout est une question d'échelon. Au sommet, il y a le gestionnaire. Dans les hôpitaux publics, il y a, en plus, le directeur de l'institution qui assume la gestion journalière en concertation avec le comité de direction.

Le Ministre partage l'avis du dernier intervenant. Le § 1^{er}, 1^o, précise qui est considéré comme gestionnaire. Le projet ne modifie rien aux compétences en la matière des organes de gestion (conseil et/ou comité spécial) des C.P.A.S. Le § 1^{er}, 3^o, ne fait que traduire de manière formelle ce qui existe déjà *de facto* dans les hôpitaux publics.

Le premier intervenant fait observer qu'au sein des comités spéciaux des hôpitaux de C.P.A.S. siègent également des

zitting hebben. De samenstelling van die comités is wettelijk geregeld. Dit ontwerp bepaalt niets i.v.m. de samenstelling van het directiecomité.

De Minister repliceert dat het bijzonder comité bedoeld door het commissielid valt onder het 1^o van § 1. In § 3 wordt gehandeld over het dagelijks bestuur. In het directiecomité bedoeld in deze paragraaf zijn de managementfuncties vertegenwoordigd.

Het commissielid verklaart hierop dat het bijzonder comité, in veel O.C.M.W.-ziekenhuizen, taken van dagelijks bestuur vervult.

Volgens de Minister moet een voorzitter van een O.C.M.W. niet op het niveau van het directiecomité functioneren. Het is hem evenwel niet verboden. Het directiecomité heeft tot taak de beslissingen van « het beheer » uit te voeren.

Een lid doet vervolgens voorlezing van de artikelen 4 en 5 van het koninklijk besluit van 27 juli 1961 waarin de bevoegdheden van « het bijzonder comité » worden omschreven.

De Minister merkt in dit verband op dat het directiecomité ten dele samenvalt met het niet-politiek gedeelte van het bijzonder comité. Het bijzonder comité is volgens genoemd koninklijk besluit bevoegd voor alle daden van dagelijks beheer, terwijl het in het ontwerp bedoelde directiecomité belast wordt met de uitvoering van de beheersbeslissingen.

Nog een ander lid is eveneens de mening toegedaan dat er tussen het bijzonder comité en het directiecomité geschillen zullen ontstaan.

Hij stelt voor het 3^o van § 1 als volgt te doen luiden : « 3^o Het directiecomité en het bijzonder comité van het O.C.M.W. : ... »

Ter verantwoording daarvan stelt hij dat de beheerder van een O.C.M.W.-ziekenhuis nog steeds wordt aangewezen door het O.C.M.W. zelf. In het bijzonder comité hebben naast de O.C.M.W.-voorzitter en -secretaris ook leden van de oppositie zitting. Spreker kan zich moeilijk indenken dat het directiecomité en het bijzonder comité — indien verschillend samengesteld — het op alle punten steeds met mekaar eens zullen zijn.

De Minister repliceert dat het directiecomité geen politiek orgaan is. Het comité, samengesteld uit de directeur en diens diensthoofden, zorgt voor de dagelijkse leiding van het ziekenhuis zonder inmenging van politieke personen. Op het vlak van het beheer blijven de regels volgens welke aan de oppositie inspraak wordt verleend, gehandhaafd.

Door een lid wordt geconstateerd dat het advies van de Raad van State met betrekking tot de redactie van paragraaf 3 niet werd gevolgd. Wat is daarvan de reden ?

De Minister antwoordt dat over de samenstelling van het directiecomité wordt beslist door de beheerder. In de wet dient een zekere ruimte te worden gelaten, vandaar het woord « ondermeer ». Door de invoeging van dat woord, wordt de volzin voorgesteld door de Raad van State, overbodig.

membres de l'opposition. La composition de ces comités est réglée par la loi. Le projet à l'examen ne dit rien de la composition du comité de direction.

Le Ministre réplique que le comité spécial visé par le commissaire correspond au 1^o du § 1^{er}. Le § 3 concerne la gestion journalière. Les fonctions de direction sont représentées au comité de direction visé à ce paragraphe.

Le commissaire déclare que, dans de nombreux hôpitaux de C.P.A.S., le comité spécial accomplit des tâches de gestion journalière.

Selon le Ministre, le président d'un C.P.A.S. ne doit pas fonctionner au niveau du comité de direction, mais il ne lui est pas interdit de le faire. Le comité de direction est chargé d'exécuter les décisions de la « gestion ».

Un commissaire procède ensuite à la lecture des articles 4 et 5 de l'arrêté royal du 27 juillet 1961 qui définit les compétences du comité spécial.

Le Ministre signale, à cet égard, que le comité de direction correspond partiellement à la partie apolitique du comité spécial. En vertu de l'arrêté royal du 27 juillet 1961, le comité spécial a compétence pour tous les actes de gestion journalière, tandis que le comité de direction visé par le projet a pour mission d'exécuter les décisions de gestion.

Un autre commissaire estime également que des conflits surgiront entre le comité spécial et le comité de direction.

Il propose de rédiger le 3^o du § 1^{er} comme suit : « 3^o Le comité de direction et le comité spécial du C.P.A.S. : ... »

Il déclare, à titre de justification, que le gestionnaire d'un hôpital de C.P.A.S. est toujours désigné par le C.P.A.S. lui-même. Le comité spécial comprend, outre le président et le secrétaire du C.P.A.S., des membres de l'opposition. L'intervenant imagine mal que le comité de direction et le comité spécial puissent être composés différemment et être, malgré tout, toujours d'accord entre eux sur tous les points.

Le Ministre réplique que le comité de direction n'est pas un organe politique. Le comité, composé du directeur et des chefs de service, assure la direction journalière de l'hôpital sans qu'il y ait d'ingérence de la part de personnalités politiques. En matière de gestion, les règles concernant la participation de l'opposition à la prise de décisions sont maintenues.

Un membre constate que l'avis du Conseil d'Etat au sujet de la rédaction du § 3 n'a pas été suivi. Quelle en est la raison ?

Le Ministre répond que c'est le gestionnaire qui décide de la composition du comité de direction. Il faut prévoir une certaine marge de manœuvre dans la loi, ce qui explique l'utilisation du mot « notamment ». L'insertion de celui-ci rend superflue la phrase proposée par le Conseil d'Etat.

Een commissielid stelt nog de volgende vragen die een meer algemene draagwijdte hebben :

— Wat is de situatie van een geneesheer-specialist (voorbeeld gynaecoloog) die in twee of drie ziekenhuizen werkzaam is ?

— Is het wel nodig geneesheren, apothekers, biologen en tandartsen op gelijke voet te plaatsen en op te nemen in de medische staf ? Waarom in dat geval het hoofd van de dienst nursing niet ?

— Zijn er nog openbare ziekenhuizen met, bijvoorbeeld, 100 bedden ? Zijn zulke ziekenhuizen (financiële) in staat een structuur zoals in het ontwerp voorzien uit te bouwen ?

Moet in een zelfde structuur worden voorzien in sanatoria afhankelijk van O.C.M.W.'s ?

De Minister antwoordt als volgt :

— Met de woorden « ... verbonden aan het ziekenhuis » (art. 2, § 1, 4^o) worden ook bedoeld de gynaecologen die bijstand verlenen bij bevallingen in verschillende ziekenhuizen op voorwaarde dat ze hiertoe een aanstelling hebben bekomen vanwege de ziekenhuisbeheerder.

— De wet zal toepasselijk zijn op alle ziekenhuizen die onder de ziekenhuiswet vallen. Het is wellicht aangewezen bepaalde kleine ziekenhuizen van het toepassingsgebied uit te sluiten. Een afzonderlijke bepaling zal hierover in het ontwerp worden ingevoegd.

— Het is verantwoord de juridische situatie te regelen zowel voor de klinische biologen als voor de tandartsen.

De uitsluiting van bepaalde activiteiten op grond van het diploma zou tot een zekere vorm van corporatisme kunnen leiden.

Op een bijkomende vraag van een ander lid in verband met de geneesheren die aan meer dan één ziekenhuis verbonden zijn, antwoordt de Minister nogmaals dat dezen als ziekenhuisgeneesheer moeten worden aangemerkt maar dat hun betrokkenheid in de medische raad kan verschillen van die van andere geneesheren.

Een laatste intervenant tenslotte wenst dat ook de paramedici zouden worden vermeld in § 3 van dit artikel.

De Minister merkt op dat zij niet worden uitgesloten. Het diensthoofd revalidatie kan (zie het woord ondermeer) in het comité worden opgenomen.

Los van de inhoudelijke discussie over § 3 van het artikel wordt nog een amendement voorgesteld ertoe strekkend de ontwerp-tekst te vervangen als volgt :

« § 3. In ieder ziekenhuis is er een directeur en een directiecomité. Het directiecomité is ondermeer samengesteld uit de directeur, de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleging, van de administratief-financiële en van de technische diensten van het ziekenhuis. »

Un commissaire pose encore les questions suivantes, qui ont une portée plus générale :

— Quelle est la situation du médecin spécialiste (par exemple un gynécologue travaillant dans deux ou trois hôpitaux) ?

— Est-il vraiment nécessaire de mettre les médecins, les pharmaciens, les biologistes et les dentistes sur le même pied et faut-il les intégrer dans le staff médical ? Dans l'affirmative, pourquoi ne faut-il pas y intégrer aussi le chef du service de nursing ?

— Y a-t-il encore des hôpitaux publics comptant par exemple 100 lits ? Ces hôpitaux sont-ils (financièrement) capables de se doter d'une structure telle que celle visée par le projet ?

Faut-il prévoir une même structure pour ce qui est des sanatoriums dépendant des CPAS ?

Le Ministre répond comme suit :

— Les mots « ... attaché à l'hôpital » (art. 2, § 1^{er}, 4^o) visent également les gynécologues qui prêtent leur assistance lors d'accouchements et ce, dans plusieurs hôpitaux, à la condition qu'ils aient obtenu, du gestionnaire de l'hôpital, une désignation à cet effet.

— La loi sera applicable à tous les hôpitaux visés par la loi sur les hôpitaux. Il convient peut être d'exclure certains petits hôpitaux de son champ d'application. Une disposition spéciale concernant ce point sera insérée dans le projet.

— Il est tout à fait justifié de régler la situation juridique tant des biologistes cliniciens que des dentistes.

L'exclusion de certaines activités, sur la base du diplôme, pourrait entraîner une certaine forme de corporatisme.

En réponse à une question supplémentaire d'un membre concernant les médecins attachés à plus d'un hôpital, le Ministre déclare, une nouvelle fois, qu'ils doivent être considérés également comme des médecins hospitaliers, mais que la manière dont ils peuvent être associés au Conseil médical peut être différente de la manière dont le sont d'autres médecins.

Un dernier intervenant voudrait que le personnel paramédical soit également mentionné au § 3 de cet article.

Le Ministre fait observer que ce personnel n'est pas exclu. Le chef du service de rééducation (cf. l'utilisation du mot « notamment ») peut faire partie du comité.

Indépendamment de la discussion quant au fond du § 3 de l'article 2, plusieurs membres déposent un amendement visant à remplacer ce paragraphe par la disposition suivante :

« § 3. Dans chaque hôpital, il y a un directeur et un comité de direction. 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 de l'hôpital. »

Volgens de indieners lijkt het terminologisch beter de verder in artikel 3 gebruikte term « hoofdgeneesheer » ook hier reeds te gebruiken. Hierdoor voorkomt men bovendien een verwarring tussen medische dienst en medisch departement. Vandaar ook de specifieke aanduiding van het « hoofd van de verpleging » ter onderscheiding van de verantwoordelijken van de verpleegkundige diensten die de diensthoofden zijn.

AFDELING II

Structurering van het medisch werk in het ziekenhuis

Artikel 3

Bij dit artikel worden drie amendementen ingediend.

Een eerste amendement stelt voor § 2, eerste lid, van dit artikel te vervangen als volgt :

« De medische activiteit moet dusdanig georganiseerd worden dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit, met dien verstande dat het ziekenhuis dusdanig moet georganiseerd worden dat de medische activiteit er in optimale voorwaarden kan verwezenlijkt worden. »

De verantwoording hiervan luidt :

« In de geest van het ontwerp is de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit geen doel op zich, maar heeft een optimalisering van de medische activiteit op het oog, in het belang van de patiënt en van de door het ziekenhuis bediende bevolking. »

Het amendement wil die band in de wettekst zelf expliciteren : de eis tot integratie van de medische activiteit impliceert dat het ziekenhuis dusdanig georganiseerd wordt dat de medische activiteit er zich in optimale voorwaarden kan ontplooiën.

Het begrip « optimale voorwaarden » is hier vanzelfsprekend niet als een absoluut begrip te beschouwen, maar moet telkens concreet beoordeeld worden in functie van de aard en de mogelijkheden van het ziekenhuis, meer bepaald in functie van zijn plaats en taak in het geheel van de ziekenhuisvoorzieningen. »

Een tweede amendement beoogt de vervanging van paragraaf 2, tweede lid, van dit artikel door de volgende bepaling :

« De structuur van de medische dienstverlening in het ziekenhuis moet gericht zijn op een kwalitatief betere verzorging van de patiënten om een rationele beheersstructuur mogelijk te maken. »

Volgens de indiener komt deze tekst tegemoet aan de voorwaarden gesteld in de Memorie van Toelichting, Hoofdstuk III, Houding van de Regering, blz. 8, alinea 5.

Selon les auteurs, il semble préférable, du point de vue terminologique, d'utiliser ici aussi le terme « médecin en chef » qui figure à l'article 3. Cela permet, notamment, d'éviter toute confusion entre le service médical et le département médical. C'est pourquoi il y a lieu aussi de désigner spécifiquement le « chef des services infirmiers » pour établir une distinction par rapport aux responsables des services infirmiers qui sont, eux, des chefs de service.

SECTION II

Structuration de l'activité médicale à l'hôpital

Article 3

Cet article fait l'objet de trois amendements.

Le premier prévoit le remplacement du premier alinéa du § 2 de cet article par la disposition suivante :

« L'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité médicale y peut être effectuée dans des conditions optimales. »

Il est justifié comme suit :

« Dans l'esprit du projet, l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière n'est pas un but en soi, mais vise une optimisation de l'activité médicale, dans l'intérêt du patient et de la population desservie par l'hôpital. »

L'amendement a pour but d'explicitier ce lien dans le dispositif du projet : l'exigence d'intégrer l'activité médicale implique que l'hôpital soit organisé de manière telle que l'activité médicale puisse s'y exercer dans des conditions optimales.

La notion « conditions optimales » ne doit évidemment pas être considérée comme une notion absolue, mais elle devra être vue d'une façon concrète en fonction de la nature et des possibilités de l'hôpital, et plus particulièrement en fonction du rôle et de la mission de chaque hôpital dans l'ensemble des équipements hospitaliers. »

Un deuxième amendement vise à remplacer le deuxième alinéa du § 2 de cet article par la disposition suivante :

« La structure des services médicaux offerts par l'hôpital doit être axée sur une meilleure qualité des soins aux patients et sur une structure de gestion plus rationnelle. »

Selon son auteur, ce texte tient compte des critères énoncés dans l'exposé des motifs, au chapitre III, Attitude du Gouvernement, p. 8, alinea 5.

Met het derde amendement wordt voorgesteld dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. In ieder ziekenhuis is er :

1. Een hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement.

Hij wordt benoemd of aangeduid door de beheerder.

Hij is verantwoordelijk voor de organisatie, de coördinatie en de permanentie van de medische activiteiten en van de evaluatie ervan. Hij oefent zijn taak uit in nauwe samenwerking met de geneesheren-diensthooften en alle gezondheidswerkers werkzaam in het ziekenhuis.

2. Een geneesheer-diensthooft voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement.

Hij wordt benoemd door de beheerder.

De geneesheer-diensthooft draagt de verantwoordelijkheid van de organisatie, de goede werking en de evaluatie van de medische activiteit in zijn dienst en dit in samenwerking met de andere organen van het ziekenhuis en met de stafleden van zijn dienst.

3. De ziekenhuisgeneesheer, de beoefenaar van de geneeskunde in het ziekenhuis.

De ziekenhuisgeneesheren vormen samen de medische staf.

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

Op regelmatige tijdstippen moet de kwaliteit van de behandeling en de verzorging in het ziekenhuis getoetst worden.

Voor elke patiënt wordt een medisch dossier aangelegd. Het medisch dossier wordt bewaard in het ziekenhuis in het medisch archief.

De gegevens dienen ter beschikking gesteld van de door de patiënt aangewezen huisarts.

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 regelen betreffende de toegang tot het medisch dossier en de regelen betreffende de overbrenging van het medisch dossier buiten het ziekenhuis. »

De verantwoording luidt :

« Deze bepalingen zijn iets nauwer omlijnd dan die welke voorgesteld worden. Ook worden de wijze van benoeming en de verantwoordelijkheid precieser omschreven.

Ook lijkt het ons wenselijk dat bij de bepaling van ziekenhuisgeneesheer de geneeskunde wordt beoefend in het ziekenhuis en dat de uitdrukking « verbonden aan » verdwijnt.

Le troisième amendement vise à remplacer cet article par les dispositions suivantes :

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

1. Un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical.

Il est nommé ou désigné par le gestionnaire.

Il est responsable de l'organisation, de la coordination et de la permanence des activités médicales ainsi que de leur évaluation. Il exerce sa mission en étroite collaboration avec les médecins-chefs de services et l'ensemble du personnel sanitaire de l'hôpital.

2. Un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical.

Il est nommé par le gestionnaire.

Le médecin-chef de service assume la responsabilité de l'organisation, du bon fonctionnement et de l'évaluation de l'activité médicale de son service, en collaboration avec les autres organes de l'hôpital et le staff de son service.

3. Des médecins hospitaliers, qui exercent l'art médical à l'hôpital.

L'ensemble des médecins hospitaliers constitue le staff médical.

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

La qualité des traitements et des soins dispensés à l'hôpital doit être évaluée à intervalles réguliers.

Un dossier médical est constitué pour chaque patient. Le dossier médical est conservé à l'hôpital, aux archives médicales.

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

Le Roi détermine, sur l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section agrégation, la nature des données à réunir dans le dossier médical, les conditions d'utilisation de ces données ainsi que les règles relatives à l'accès au dossier médical et celles pour sa transmission à l'extérieur de l'hôpital. »

L'amendement est justifié comme suit :

« Ces dispositions sont formulées de manière plus précise que celles du projet, notamment en ce qui concerne les modalités de nomination et la responsabilité.

Il nous paraît également souhaitable que la définition du médecin hospitalier mentionne l'exercice de l'art médical à l'hôpital et que l'expression « attaché à l'hôpital » soit supprimée.

Tevens achten wij het verkieslijk in het kader van het medisch dossier en het medisch archief een verband te leggen met de huisarts. »

In een volgende Commissievergadering legt de Minister nieuwe teksten ter tafel voor de hoofdstukken I en II (art. 1 tot en met 3).

Hij preciseert daarbij dat in de nieuwe teksten alle amendementen van de Commissieleden zijn verwerkt, met uitzondering van het amendement dat een nieuwe omschrijving voorstelt van het begrip ziekenhuisgeneesheer (zie blz. 47).

De door de Minister voorgestelde teksten luiden :

« Hoofdstuk 1

Begripsomschrijvingen en toepassingsgebied

Artikel 1

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

1° ziekenhuis : de inrichting bedoeld in artikel 1 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen;

2° beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de exploitatie van het ziekenhuis;

3° directeur : de persoon of het college belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

4° het directiecomité : het comité dat tot taak heeft de tenuitvoerlegging van de beheersbeslissingen, de behartiging van de dagelijkse werking van het ziekenhuis en het bewaken van de coördinatie in de ziekenhuisactiviteiten;

5° beoefenaar van de geneeskunde : de arts bedoeld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies;

6° ziekenhuisgeneesheer : de beoefenaar van de geneeskunde verbonden aan het ziekenhuis.

§ 2. Deze wet is van toepassing op de ziekenhuizen.

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

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

§ 3. De Koning kan bij in Ministerraad overlegd besluit en onder door Hem bepaalde voorwaarden, bepalingen van

Il nous paraît également préférable de faire le lien avec le médecin généraliste dans le cadre du dossier médical et des archives médicales. »

Au cours d'une réunion suivante de la Commission, le Ministre propose des nouveaux textes pour les chapitres I et II (art. 1^{er} à 3).

Il précise que les nouveaux textes tiennent compte de tous les amendements déposés par les commissaires, à l'exception de celui qui prévoyait une nouvelle définition de la notion de « médecin hospitalier » (cf. p. 47).

Les textes proposés par le Ministre sont rédigés comme suit :

« Chapitre 1^{er}

Définitions et champ d'application

Article 1^{er}

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

1° hôpital : l'établissement visé à l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux;

2° gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé d'en gérer l'exploitation;

3° directeur : la personne ou le collège chargé de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital;

4° le comité de direction : le comité qui a pour mission d'exécuter les décisions de gestion, d'assurer la bonne marche de l'activité journalière de l'hôpital et de coordonner les activités hospitalières;

5° praticien de l'art médical : le médecin visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales;

6° médecin hospitalier : le praticien de l'art médical attaché à l'hôpital.

§ 2. La présente loi est applicable aux hôpitaux.

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

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

§ 3. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil de Ministres et dans les conditions définies par Lui, peut déclarer les

deze wet geheel of gedeeltelijk van toepassing verklaren op andere dan de in vorige paragraaf bedoelde poliklinieken of op andere diensten voor zover ze functioneel met een ziekenhuis verbonden zijn.

§ 4. De bepalingen van deze wet die op de ziekenhuis-geneesheer van toepassing zijn gelden eveneens ten aanzien van de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, § 1, van het in § 1, 5°, genoemde koninklijk besluit evenals ten aanzien van de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van genoemd besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten.

Hoofdstuk II

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

Afdeling I. Beheer en directie

Artikel 2

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

§ 2. In ieder ziekenhuis is er een directeur en een directiecomité. Het directiecomité is ondermeer samengesteld uit de directeur, de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleegkundige, administratief-financiële en de technische diensten van het ziekenhuis.

Afdeling II. Structurering van het medisch werk in het ziekenhuis

Artikel 3

§ 1. In ieder ziekenhuis is er :

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

2° een geneesheer-diensthoud voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement;

3° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren.

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

§ 2. De medische activiteit moet dusdanig georganiseerd worden dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit, met dien verstande dat het ziekenhuis dusdanig moet georganiseerd worden dat de medische activiteit er in optimale voorwaarden kan verwezenlijkt worden.

dispositions de cette loi partiellement ou entièrement applicables aux polycliniques autres que celles visées au paragraphe précédent et à d'autres services, pour autant qu'ils soient fonctionnellement rattachés à un hôpital.

§ 4. Les dispositions de la présente loi qui sont d'application au médecin hospitalier sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté royal visé au § 1^{er}, 5°, exerçant à l'hôpital l'art dentaire et aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité.

Chapitre II

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

Section I. Gestion et direction

Article 2

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

§ 2. Dans chaque hôpital il y a un directeur et un comité de direction. 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 de l'hôpital.

Section II. Structuration du travail à l'hôpital

Article 3

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

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

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

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

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

§ 2. L'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité médicale y peut être effectuée dans les conditions optimales.

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

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

Door een lid wordt een amendement op het Regerings-amendement ingediend ertoe strekkend. In § 1 van artikel 1 het 6° te vervangen als volgt :

« 6° ziekenhuisgeneesheer : de beoefenaar van de geneeskunde die statutair benoemd is of in dienst genomen bij arbeidsovereenkomst en die zijn geneeskundige activiteit uitoefent in een enkele ziekenhuisinrichting.

De Koning bepaalt de uitzonderingen op die regel. »

Dit laatste amendement wordt verworpen met 13 stemmen bij 8 onthoudingen.

De Commissie spreekt zich vervolgens, bij afzonderlijke stemming, uit over paragraaf 3 van artikel 1 van het regeringsamendement.

Deze paragraaf wordt aangenomen met 12 tegen 8 stemmen, bij 1 onthouding.

Het geheel van artikel 1 wordt aangenomen met 13 stemmen, bij 8 onthoudingen.

Artikel 2 wordt aangenomen bij eenparigheid van de 21 aanwezige leden.

De paragrafen 1, 2, 3 en 4 van artikel 1 worden respectievelijk vernummerd tot artikelen 1, 2, 3 en 5 en de paragrafen 1 en 2 van artikel 2 worden respectievelijk vernummerd tot artikelen 6 en 7 van de tekst aangenomen door de Commissie.

De nieuwe tekst van artikel 3 geeft nog aanleiding tot een uitvoerige bespreking.

Paragraaf 1

Een lid stipt aan dat het tot nog toe gebruikelijk is de chirurgische dienst en de internistische dienst als diensten van het ziekenhuis te beschouwen. De vraag rijst of zulks nog wel zinvol is. Meer bepaald in grote ziekenhuizen zijn er verschillende chirurgische diensten die naast mekaar functioneren. Zou het derhalve niet beter zijn bepaalde specialisaties als diensten te beschouwen ?

De Minister wenst dat de omschrijving van het begrip « dienst » zo ruim mogelijk zou zijn. Het is niet de bedoeling in alle gevallen de klassieke diensten van het ziekenhuis als uitgangspunt te nemen voor de aanwijzing van diensthoofden. Eventueel kan de Koning, op grond van § 1, lid 2, nadere regels vastleggen.

Verscheidene leden maken de opmerking dat de begrips-omschrijving van hoofdgeneesheer in dit ontwerp niet over-

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

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

Un membre propose, par voie d'amendement à l'amendement gouvernemental, de remplacer, au § 1^{er} de l'article 1^{er}, le 6° par la disposition suivante :

« 6° médecin hospitalier : le praticien de l'art de guérir qui est nommé statutairement ou engagé sous contrat d'emploi et qui exerce toute son activité médicale dans un seul institut hospitalier.

Le Roi détermine les exceptions à cet règle. »

Cet amendement est rejeté par 13 voix et 8 abstentions.

La Commission se prononce ensuite par un vote séparé, sur le § 3 de l'article 1^{er} de l'amendement gouvernemental.

Ce paragraphe est adopté par 12 voix contre 8 et 1 abstention.

L'ensemble de l'article 1^{er} est adopté par 13 voix et 8 abstentions.

L'article 2 est adopté à l'unanimité des 21 membres présents.

Les paragraphes 1, 2, 3 et 4 de l'article 1^{er} deviennent respectivement articles 1, 2, 3 et 5 et les paragraphes 1 et 2 de l'article 2 deviennent les articles 6 et 7 du texte adopté par la Commission.

Une large discussion s'engage ensuite à propos du nouveau texte de l'article 3.

Paragraphe 1^{er}

Un membre souligne que jusqu'à présent, il était d'usage de considérer les services de chirurgie et de médecine interne comme des services de l'hôpital. On peut se demander si cette conception se justifie encore. En effet, on rencontre, en particulier dans les grands hôpitaux, plusieurs services de chirurgie fonctionnant parallèlement. Ne serait-il dès lors pas préférable de considérer les spécialisations comme des services ?

Le Ministre souhaite que la notion de « service » soit interprétée aussi largement que possible. Le but n'est pas de prendre dans tous les cas les services traditionnels de l'hôpital comme point de départ pour désigner les chefs de service. Le Roi pourra éventuellement, en vertu du § 1^{er}, alinéa 2, définir des modalités plus précises.

Plusieurs membres font observer que la définition de la notion de médecin en chef donnée par le projet ne correspond

eenstemt met die waarvan in de wet op de psychiatrische ziekenhuizen sprake is.

Zal dat niet tot verwarring leiden ?

Voorts wordt nog gevraagd, of een ziekenhuisdirecteur tegelijk hoofdgeneesheer kan zijn en/of een hoofdgeneesheer voorzitter van de Medische Raad kan worden.

Van de andere kant wordt de vraag gesteld of een huisarts hoofdgeneesheer kan zijn.

De Minister antwoordt op de eerste vraag dat, ofschoon dezelfde terminologie wordt gebruikt, de functie van hoofdgeneesheer bedoeld in het ontwerp niet noodzakelijk samenvalt met die van hoofdgeneesheer in een psychiatrisch ziekenhuis.

De Minister verklaart vervolgens dat de hoofdgeneesheer zich aan de zijde van het beheer bevindt; hij kan dus bijvoorbeeld niet voorzitter worden van de Medische Raad. Indien de twee functies bestaan (directeur en hoofdgeneesheer) is het mogelijk dat de directeur een geneesheer is. De twee functies kunnen, ofschoon zulks niet wenselijk is, worden gecombineerd.

De huisarts kan vallen onder de definitie van ziekenhuis-geneesheer (art. 1, § 1, 6°). Zoals vroeger gezegd volstaat het hiertoe niet dat hij als huisarts bijvoorbeeld toegang heeft tot de kraaminrichting. Hij moet juridisch verbonden zijn aan het ziekenhuis. Strikt juridisch is het in die hypothese ook niet uitgesloten dat een huisarts hoofdgeneesheer zou zijn; maar de Minister ziet dit in de praktijk toch niet goed zitten.

De Minister preciseert nog op vragen dienaangaande dat de hoofdgeneesheer wel lid kan zijn van de Medische Raad. Hij kan naast zijn functie van hoofdgeneesheer ook nog een eigen praktijk hebben. Dit hangt onder meer af van de belangrijkheid van de instelling. Volgens de Minister dient men ter zake een zekere ruimte te laten.

Naar het oordeel van de Minister zal de functie van hoofdgeneesheer, in de grote ziekenhuizen, een directiefunctie zijn.

In kleinere instellingen kan hij ook een praktijk in het ziekenhuis hebben. In dat geval is hij stemgerechtigd en kan hij zich eventueel kandidaat stellen voor de Medische Raad. Een hoofdgeneesheer die zijn functie correct wil uitoefenen, zal dat evenwel niet doen.

Volgens een lid zal de hoofdgeneesheer zijn functie moeilijk kunnen uitoefenen wanneer hij de vergaderingen van de Medische Raad niet mag bijwonen.

De Minister onderstreept het grote belang van de relatie hoofdgeneesheer-Medische Raad. Het is noodzakelijk een vertrouwensband te scheppen, vandaar de bepalingen m.b.t. het versterkt advies voor de benoeming van de hoofdgeneesheer.

pas à celle dont il est question dans la loi sur les hôpitaux psychiatriques.

Cela ne risque-t-il pas de créer une certaine confusion ?

Par ailleurs, un membre demande si le directeur d'un hôpital peut, en même temps, être médecin en chef et si un médecin en chef peut devenir président du Conseil médical.

En outre, la question est posée de savoir si un médecin généraliste peut être médecin en chef.

Le Ministre répond à la première question que s'il est fait usage de la même terminologie, la fonction de médecin en chef visée dans le projet ne coïncide pas nécessairement avec celle de médecin en chef d'un hôpital psychiatrique.

Le Ministre déclare ensuite que le médecin en chef se situe du côté de la gestion; il ne peut donc pas par exemple devenir président du Conseil médical. Si les deux fonctions existent (directeur et médecin en chef), il est possible que le directeur soit un médecin. Les deux fonctions peuvent être combinées, bien que cela ne soit pas souhaitable.

Le médecin généraliste peut être rangé sous la définition de médecin hospitalier (art. 1^{er}, § 1^{er}, 6°). Comme il a été dit plus haut, il ne suffit pas à cet égard qu'il ait par exemple accès à la maternité en sa qualité de médecin de famille. Il doit être juridiquement attaché à l'hôpital. D'un point de vue strictement juridique, il n'est pas non plus exclu dans cette hypothèse qu'un médecin généraliste soit médecin en chef; mais le Ministre ne voit tout de même pas bien comment une telle hypothèse pourrait se concrétiser dans la pratique.

En réponse à d'autres questions à ce sujet, le Ministre précise que le médecin en chef peut faire partie du Conseil médical. En plus de sa fonction de médecin en chef, il peut également avoir un cabinet privé. Cela dépend notamment de l'importance de l'institution.

Selon le Ministre, il faut laisser une certaine liberté au médecin en cette matière. A son avis, la fonction de médecin en chef sera une fonction de direction dans les grands hôpitaux.

Dans les institutions de moindre importance, le médecin pourra également avoir une pratique à l'hôpital. Dans ce cas, il aura droit de vote et pourra également poser sa candidature au Conseil médical. Un médecin en chef qui entend exercer sa fonction correctement ne se portera toutefois pas candidat.

Selon un membre, le médecin en chef éprouvera des difficultés à exercer sa fonction s'il ne peut assister aux réunions du Conseil médical.

Le Ministre souligne la grande importance de la relation médecin en chef-conseil médical. Il est nécessaire de créer un climat de confiance, ce qui explique l'insertion des dispositions relatives à l'avis renforcé requis pour la nomination du médecin en chef.

Het zou evenwel te ver gaan indien men zou stellen dat de hoofdgeneesheer de vergaderingen van de Medische Raad moet bijwonen. De toegang tot de Medische Raad (b.v. om er te worden gehoord) kan worden overwogen. Nadere regels daarvoor kunnen worden gesteld.

Een ander lid vraagt zich af hoe de Minister de functie van hoofdgeneesheer opvat. In kleinere ziekenhuizen zal de hoofdgeneesheer, deeltijds, een eigen praktijk hebben. Een hoofdgeneesheer zonder eigen praktijk zal volgens het lid in een zeer ambivalente positie geraken. Het is dus belangrijk dat de functie van hoofdgeneesheer nauwkeurig wordt bepaald om alle betwistingen daarover uit te sluiten. Spreker meent dat de hoofdgeneesheer die eveneens een praktijk heeft, een soort brugfunctie dient te vervullen, zo niet zal de voorgestelde regeling moeilijk toepasbaar zijn.

De Minister merkt op dat hetgeen de vorige intervenant wenst, door het ontwerp niet wordt verhinderd. Hij verwijst naar de memorie van toelichting (waarin de functie van hoofdgeneesheer wordt omschreven) en naar de amendementen waarvan gezegd werd dat ze met de strekking van het ontwerp overeenstemmen.

De hoofdgeneesheer, alhoewel aan de zijde van het beheer staande, zal een belangrijke brugfunctie vervullen tussen het geneesherenkorps en de directie.

Al naargelang van de grootte van de instelling zal die functie voltijds of deeltijds (in combinatie met eigen praktijk) worden uitgeoefend.

Verscheidene leden wensen dat in dit artikel nader zou worden aangegeven dat de tandartsen, de apothekers en de biologen deel zouden kunnen uitmaken van de medische staf.

Zij stellen voor § 1, eerste lid, 3°, als volgt te doen luiden :

« 3° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren, onverminderd de bepalingen van artikel 1, § 4. »

De Minister vindt die toevoeging overbodig. Hij verwijst naar § 4 van artikel 1 waarin gesteld wordt dat de bepalingen van de wet die op de ziekenhuisgeneesheer van toepassing zijn, ook gelden voor de apothekers, de klinische biologen en de tandartsen. Dank zij die algemene bepaling is het niet nodig in elk afzonderlijk artikel waar sprake is van de ziekenhuisgeneesheer die uitbreiding te herhalen.

Een lid verwijst nogmaals naar de definitie die hij bij amendement heeft voorgesteld voor de begrippen hoofdgeneesheer en geneesheer-diensthooft. Hij wenst dat in de tekst duidelijk zou worden aangegeven dat zij door de beheerder moeten worden benoemd. Bovendien zou moeten worden bepaald dat de activiteit van de ziekenhuisgeneesheer zich situeert in het ziekenhuis en dat er samenwerking moet zijn met de huisarts.

Volgens de Minister kan er geen misverstand bestaan over het feit dat de hoofdgeneesheer en de geneesheer-diensthooft door de beheerder worden benoemd. De Minister verwijst

Ce serait néanmoins aller trop loin que d'exiger que le médecin en chef assiste aux réunions du Conseil médical. L'accès à ce conseil (par exemple pour y être entendu) peut être envisagé. On pourrait définir les modalités de cet accès.

Un autre membre se demande comment le Ministre conçoit la fonction de médecin en chef. Dans les hôpitaux de moindre importance, le médecin en chef aura sa propre pratique à temps partiel. Un intervenant estime qu'un médecin en chef n'ayant pas de propre pratique se trouvera dans une position très ambivalente. Il est donc important que la fonction de médecin en chef soit définie avec précision pour exclure toute contestation à ce sujet. L'intervenant est d'avis que le médecin en chef qui a également une pratique doit assurer une espèce de transition, sans quoi le système proposé sera difficilement applicable.

Le Ministre fait observer que le projet ne fait pas obstacle au vœu exprimé par le préopinant. Il se réfère à l'exposé des motifs (qui définit la fonction de médecin en chef) et aux amendements dont il a été dit qu'ils ont la même finalité que le projet.

Le médecin en chef, tout en se situant du côté de la gestion, aura une importante fonction de liaison à assurer entre le corps médical et la direction.

Selon l'importance de l'institution, cette fonction sera exercée à temps plein ou à temps partiel (en combinaison avec une pratique privée).

Plusieurs membres souhaitent qu'il soit précisé dans cet article que les dentistes, les pharmaciens et les biologistes puissent faire partie du staff médical.

Ils proposent de formuler comme suit le § 1^{er}, premier alinéa, 3° :

« 3° un staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital, sans préjudice des dispositions de l'article 1^{er}, § 4. »

Le Ministre considère que cet ajout est superflu. Il se réfère au § 4 de l'article 1^{er} qui prévoit que les dispositions de la loi applicable aux médecins hospitaliers le sont également aux pharmaciens, aux biologistes cliniques et aux dentistes. Grâce à cette disposition générale, il n'est pas nécessaire de prévoir cette extension pour chaque article distinct où il est question du médecin hospitalier.

Un membre renvoie une nouvelle fois à la définition qu'il a proposée par voie d'amendement pour les notions de médecin en chef et de médecin-chef de service. Il souhaite que le texte indique clairement qu'ils doivent être nommés par le gestionnaire. De plus, il faudrait prévoir que l'activité du médecin hospitalier se situe à l'hôpital et qu'il doit coopérer avec le médecin de famille.

Selon le Ministre, il ne peut y avoir de malentendu sur le fait que le médecin en chef et le médecin-chef de service sont nommés par le gestionnaire. Le Ministre renvoie à l'article 6

naar artikel 6 van het ontwerp waarin bepaald wordt dat de Medische Raad advies moet uitbrengen over een beslissing dienaangaande van de beheerder.

De andere inhoudelijke bepalingen die worden voorgesteld, zijn nadere specificeringen van het laatste lid van § 1 van het regeringsamendement.

Het lid herhaalt dat de door hem voorgestelde tekst duidelijker is wat de aanstelling van hoofdgeneesheer en geneesheer-diensthoofd betreft.

Wat artikel 6 betreft, heeft hij de indruk dat de Minister de bevoegdheid van de beheerder veel eerder wil inperken aangezien hij stelt dat de Medische Raad advies moet uitbrengen over een aantal materies.

Tenslotte wordt in de regeringstekst geen verband gelegd met de huisarts wat nochtans wenselijk is voor de goede werking van het ziekenhuis.

De Minister stemt ermee in om in § 1, na het 1^o en het 2^o telkens toe te voegen, de woorden: « hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder ».

Het commissielid neemt zijn amendement terug.

Tenslotte ontspint zich nog een gedachtenwisseling over de vraag of de verwijzing naar het 3^o, in het tweede lid van § 1, wel zinvol is.

De Minister erkent dat de verwijzing naar het 3^o juridisch niet strikt noodzakelijk is. In het 1^o en het 2^o gaat het om personen; het 3^o handelt over de organisatie van de medische staf, hetgeen van een andere orde is.

De Minister is het eens met de schrapping van het 3^o in het tweede lid van § 1, maar legt er de nadruk op dat de medische staf een belangrijke taak te vervullen heeft in de organisatie en de controle van de medische activiteit (§ 2 van artikel 3).

De Minister verwijst ook nog naar hetgeen te lezen staat in de commentaar bij artikel 3 (zie blz. 17, § 1, c, van het ontwerp).

Paragraaf 2

Volgens een lid zou er een grens moeten zijn beneden welke de ziekenhuizen niet verplicht zijn een infrastructuur te bezitten zoals bepaald door het ontwerp.

Spreker verwijst meer bepaald naar het tweede en het derde lid van deze paragraaf. De daarin opgenomen bepalingen hebben betrekking op de evaluatie van de medische activiteit (archief, boekhouding). Een goede evaluatie is nodig, doch daarvoor dient er een goede infrastructuur te zijn. Kan die wel worden opgezet in de huidige omstandigheden? Overigens, is bedoelde bepaling wel in overeenstemming met de richtlijnen aan het beheerscomité van het R.I.Z.I.V. d.d. 13 april 1984?

De Minister herhaalt dat alle regels van het ontwerp niet op alle (kleine) ziekenhuizen van toepassing zullen zijn. Hij zal een amendement ter zake indienen.

du projet qui prévoit que le Conseil médical doit donner son avis sur une décision prise à ce sujet par le gestionnaire.

Les autres dispositions proposées sont uniquement destinées à spécifier le dernier alinéa du § 1^{er} de l'amendement gouvernemental.

L'intervenant répète que le texte qu'il propose est plus clair pour ce qui est de la désignation du médecin en chef et du médecin-chef de service.

En ce qui concerne l'article 6, il a l'impression que le Ministre entend plutôt restreindre la compétence du gestionnaire, étant donné que cet article dispose que le Conseil médical doit donner son avis sur un certain nombre de matières.

Enfin, le texte gouvernemental n'établit aucun lien avec le médecin de famille, ce qui est pourtant souhaitable si l'on veut assurer le fonctionnement efficace de l'hôpital.

Le Ministre est d'accord d'ajouter chaque fois au § 1^{er}, après le 1^o et le 2^o, les mots « il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire ».

Le commissaire retire son amendement.

Enfin, un échange de vues s'engage sur la question de savoir si la référence au 3^o, dans le deuxième alinéa du § 1^{er}, est justifiée.

Le Ministre reconnaît que la référence au 3^o n'est pas absolument nécessaire du point de vue juridique. Au 1^o et au 2^o, il s'agit de personnes alors que le 3^o traite de l'organisation du staff médical, ce qui est d'un autre ordre.

Le Ministre marque son accord sur la suppression du 3^o au deuxième alinéa du § 1^{er}, mais met l'accent sur le fait que le staff médical a une tâche importante à remplir dans l'organisation et le contrôle de l'activité médicale (§ 2 de l'art. 3).

Le Ministre renvoie également à ce sujet au commentaire de l'article 3 (voir p. 17, § 1^{er}, c, du projet).

Paragraphe 2

Selon un membre, il devrait y avoir une limite au-dessous de laquelle les hôpitaux ne seraient pas tenus de disposer d'une infrastructure telle que celle prévue dans le projet.

L'intervenant se réfère plus particulièrement aux deuxième et troisième alinéas de ce paragraphe. Les dispositions qu'ils contiennent ont trait à l'évaluation de l'activité médicale (archives, comptabilité). Une bonne évaluation est nécessaire mais, pour cela, il faut une bonne infrastructure. Et peut-on vraiment mettre une telle infrastructure en place dans les circonstances actuelles? Par ailleurs, cette disposition est-elle bien en accord avec les directives du 13 avril 1984 au comité de gestion de l'I.N.A.M.I.?

Le Ministre répète que toutes les règles du projet ne seront pas d'application à tous les (petits) hôpitaux. Il déposera un amendement à ce sujet.

Hij geeft toe dat het beginsel van de evaluatie, gesteld in het ontwerp, delikate problemen kan doen rijzen. Er is enerzijds het probleem van de bescherming van het privéleven — ofschoon dit geen alibi mag zijn — en anderzijds de kosten verbonden aan de infrastructuur.

Er wordt evenwel overwogen die kosten mede te verrekenen in de verpleegdagprijs. Bovendien is de Minister bereid ter zake een planning toe te passen. Het is evenwel noodzakelijk dat de Regering op de hoogte is van wat er in de ziekenhuizen gebeurt (profiles) om niet verplicht te zijn lineaire maatregelen te nemen.

Op de vraag van een ander lid antwoordt de Minister dat de « medische activiteit » moet begrepen zijn in de ziekenhuisactiviteit; van de andere kant moet het ziekenhuis ervoor zorgen dat die activiteit in optimale omstandigheden kan plaatsvinden. Tussen beide elementen moet er een evenwicht zijn.

Nog een ander lid stelt voor in het tweede lid van § 2 te spreken van eenvormig medisch dossier en centraal medisch archief.

Volgens de Minister is zulks wel de bedoeling. Hij vreest evenwel dat de draagwijdte van de tekst wordt beperkt door die toevoeging. Hij merkt op dat de Koning in die zin regelend moet optreden.

Een lid vindt dat het bijhouden van een dossier en een archief niet volstaat voor een kwalitatieve toetsing.

De Minister repliceert dat de tekst niet als beperkend mag worden opgevat. Men zou het woord « ondermeer » kunnen toevoegen in het tweede lid van § 2, na de woorden « hiertoe moet ».

Meerdere leden zijn het eens met de suggestie van de Minister. Zij vinden dat het beter is een minimum aantal gegevens te bepalen die in het dossier moeten worden opgenomen en verder aan de instellingen de vrijheid te laten. Te veel uniformiseren zou ondoeltreffend kunnen zijn.

De tekst van artikel 3, zoals bij amendement voorgesteld door de Regering, en met de hierboven vermelde toevoegingen, wordt ter stemming gelegd en aangenomen bij eenparigheid van de 15 aanwezige leden.

Paragraaf 1 van dit artikel wordt vernummerd tot artikel 8 terwijl paragraaf 2, artikel 9 wordt van de tekst aangenomen door de Commissie.

♦♦

HOOFDSTUK III

Betrokkenheid der ziekenhuisgeneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis

AFDELING I

De Medische Raad

Artikel 4

Bij amendement wordt voorgesteld dit artikel te vervangen als volgt :

« Onverminderd de bepalingen waarin voorzien wordt door de wetten op de ondernemingsraad en op de overleg-

Il reconnaît que le principe de l'évaluation inscrit dans le projet peut soulever des problèmes délicats. Il y a d'une part le problème de la protection de la vie privée — qui ne doit cependant pas être un alibi — et, d'autre part, les coûts afférents à l'infrastructure.

Cependant, on envisage d'inclure ces coûts dans le prix de la journée d'entretien. De plus, le Ministre est disposé à appliquer une planification en la matière. Néanmoins, il est nécessaire que le Gouvernement soit au courant de ce qui se passe dans les hôpitaux (profiles) pour ne pas être contraint de prendre des mesures linéaires.

En réponse à la question d'un autre membre, le Ministre déclare que l'activité médicale doit être comprise dans l'activité de l'hôpital; d'autre part, l'hôpital doit veiller à ce que cette activité puisse se dérouler dans des conditions optimales. Il doit y avoir un équilibre entre ces deux éléments.

Un autre membre encore propose de parler, dans le deuxième alinéa du § 2, d'un dossier médical uniforme et d'archives médicales centrales.

Le Ministre déclare que telle est bien l'intention, mais il craint que cet ajout ne vienne limiter la portée du texte. Il ajoute que le Roi devra réglementer dans ce sens.

Un membre considère que la tenue d'un dossier et d'archives ne suffit pas pour une évaluation qualitative.

Le Ministre réplique que le texte ne doit pas être pris dans un sens restrictif. Le mot « notamment » pourrait être inséré au deuxième alinéa du § 2 après les mots « il faut tenir à jour ».

Plusieurs membres approuvent la suggestion du Ministre. Ils trouvent qu'il est préférable de déterminer un nombre minimum de données à faire figurer au dossier et, pour le reste, de laisser la liberté aux établissements. Une uniformisation excessive pourrait s'avérer inefficace.

Le texte de l'article 3 tel que le Gouvernement l'a présenté par voie d'amendement, et moyennant les ajouts précités, est mis aux voix et adopté à l'unanimité des 15 membres présents.

Le paragraphe 1^{er} de cet article devient l'article 8 et le paragraphe 2, l'article 9 du texte adopté par la Commission.

♦♦

CHAPITRE III

Association des médecins hospitaliers à la prise de décisions à l'hôpital

SECTION I

Le Conseil médical

Article 4

Il est proposé par voie d'amendement de remplacer cet article comme suit :

« Sans préjudice des dispositions prévues par la législation sur le conseil d'entreprise et sur les organes de concer-

organen in de openbare instellingen, wordt in elk ziekenhuis een Medische Raad opgericht. »

De verantwoording luidt :

« De oprichting van een Medische Raad mag de werkzaamheden van de wettelijke overlegorganen niet verstoren. »

De Minister is het ten gronde eens met de strekking van dit amendement maar vindt de voorgestelde toevoeging overbodig. Het laat zich immers verstaan dat alle overlegorganen de hun door de andere wetten toegewezen bevoegdheden behouden.

Het amendement wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 stemmen, bij 5 onthoudingen.

Dit artikel wordt artikel 10 van de tekst aangenomen door de Commissie.

Artikel 5

Er wordt een amendement ingediend ertoe strekkende paragraaf 1 van dit artikel aan te vullen met een tweede lid, luidende :

« De geneesheren die sedert ten minste 15 jaar hun praktijk uitoefenen in een instelling onderworpen aan deze wet en die op 31 december 1983 zelf hun honoraria innen, zijn niet stemgerechtigd en zijn niet verkiesbaar. »

De verantwoording luidt als volgt :

« — Er moet worden voorkomen dat de beoefenaars van de geneeskunst, die duidelijk hun wil hebben te kennen gegeven zich niet te integreren in de instelling, zouden kunnen deelnemen aan de stemming voor de Medische Raad of daarvoor verkiesbaar zouden kunnen zijn. »

— Zoals de Orde der geneesheren onderstreept, zijn de meesten van die geneesheren werkzaam in verscheidene instellingen en bestaat er dus gevaar dat aan die personen verscheidene stemmen worden toegekend. »

Alvorens in te gaan op het voorgestelde amendement verwijst de Minister naar een brief die de Orde van Geneesheren aan de commissieleden heeft bezorgd (zie bijlage III van het verslag) en waarin gesteld wordt dat de verkiezing van de leden van de Medische Raad bij geheime stemming dient te geschieden. Dit moet volgens de Minister niet uitdrukkelijk in de wet worden vermeld, maar het is duidelijk dat de geheime stemming één van de regelen is die de Koning nader moet bepalen.

De Minister verklaart voorts dat hij het eens is met de strekking van het amendement, maar vindt de invoeging ervan op deze plaats in de wet niet aangewezen. De Koning moet immers bepalen wat de minimum-activiteit moet zijn om stemgerechtigd en verkiesbaar te zijn. Dit amendement moet worden bekeken in samenhang met artikel 15 dat bij de overgangsbepalingen hoort.

tation dans les institutions publiques, un Conseil médical est institué dans chaque hôpital. »

L'amendement est ainsi justifié :

« La création d'un Conseil médical ne peut perturber les travaux des organes légaux de concertation. »

Le Ministre marque son accord sur la portée de cet amendement mais qualifie l'ajout proposé de superflu. En effet, il va de soi que tous les organes de concertation conservent les compétences qui leur sont attribuées par d'autres lois.

L'amendement est rejeté par 10 voix contre 5.

L'article est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Cet article devient l'article 10 du texte adopté par la Commission.

Article 5

Cet article fait l'objet d'un amendement tendant à ajouter au § 1^{er} un deuxième alinéa libellé comme suit :

« Les praticiens qui exercent depuis 15 ans au minimum dans une institution soumise à la présente loi et qui, à la date du 31 décembre 1983, perçoivent leurs honoraires ne bénéficient pas du droit de vote et ne peuvent être éligibles. »

La justification en est ainsi rédigée :

« — Il convient de faire en sorte que les praticiens de l'art de guérir qui ont clairement manifesté leur volonté de ne pas s'intégrer dans l'établissement ne puissent intervenir dans le vote pour le Conseil médical ou y être éligible. »

— Comme le souligne l'Ordre des médecins, la plupart de ces praticiens se retrouvent dans plusieurs établissements, il y a donc un risque de donner à ces personnes plusieurs voix. »

Avant de se prononcer sur l'amendement proposé, le Ministre se réfère à une lettre que l'Ordre des médecins a fait tenir aux membres de la commission et dans laquelle il est dit que l'élection des membres du Conseil médical doit se faire au scrutin secret (cf. annexe III au présent rapport). Selon le Ministre, il ne faut pas le mentionner expressément dans la loi, mais il est clair que le scrutin secret est une des règles qu'il appartient au Roi de préciser.

Le Ministre déclare ensuite qu'il est d'accord sur la portée de l'amendement mais qu'il ne trouve pas indiqué de l'insérer à cet endroit. Il appartient en effet au Roi de déterminer quelle doit être l'activité minimale pour pouvoir voter et être élu. Cet amendement doit être envisagé en relation avec l'article 15, qui relève des dispositions transitoires.

Het niet stemgerechtigd en het niet verkiesbaar zijn, zijn mogelijke consequenties van de weigering van de geneesheer om zich in het systeem in te schakelen.

Volgens een lid van de commissie kan men zich afvragen in hoeverre het begrip integratie van de werkzaamheid in het ziekenhuis afhankelijk kan zijn van de vorm van honorering. Mag men zo ver gaan te stellen dat iemand die een andere vorm van honorering kiest niet geïntegreerd is in het ziekenhuis?

De Minister brengt in herinnering wat de Orde van Geneesheren hierover heeft gezegd. De Orde beschouwt de centrale inning als een element van de integratie. Het is derhalve niet onlogisch dat iemand die zich daaraan wil onttrekken, geen medezeggenschap kan hebben. Inspraak van de geneesheer in het ziekenhuis heeft als tegengewicht integratie in het ziekenhuis met daaraan verbonden de centrale inning.

Het lid vreest dat er van de integratie weinig zal in huis komen wanneer men twee groepen van geneesheren in het leven roept. Een aantal geneesheren, waarvoor geen centrale inning geldt, zullen niet vertegenwoordigd zijn maar toch in het ziekenhuis blijven werken.

Hierop repliceert de Minister dat de uitzondering waarin artikel 15 voorziet, zodanig is dat het om een minderheidsgroep zal gaan. Uit de voorbereidende gesprekken is gebleken dat de geneesheren zelf de binding tussen de twee elementen beschouwen als zijnde conform aan de geest van het ontwerp.

De Minister haalt nog een bijkomend argument aan ter staving van zijn reeds eerder ingenomen standpunt ten aanzien van het amendement: ingevolge artikel 15 doet de medische raad mede uitspraak over de uitzondering op de centrale inning. Het gaat niet op dat degenen die niet wensen geïntegreerd te worden, zelf uitspraak doen over de uitzondering. Het amendement is volgens de Minister derhalve logisch maar overbodig aangezien de Koning deze aangelegenheid kan regelen.

Enkele leden zijn het niet eens met deze stelling van de Minister. Zij wijzen er op dat artikel 5 handelt over de samenstelling van het kiescollege voor de Medische Raad. Om stemgerechtigd te zijn is een minimum-activiteit in het ziekenhuis vereist. Naar de mening van die commissieleden is het strijdig met de ontwerpakte zoals hij nu luidt, dat de Koning nog andere voorwaarden zou bepalen.

De Minister stelt voor het amendement, aangezien het betrekking heeft op personen die kunnen gebruik maken van de uitdovende uitzonderingsmaatregel opgenomen in artikel 15, § 2, ook in laatstgenoemd artikel te integreren.

Hiermee wordt ingestemd.

Wat de grond van de zaak betreft, meent een lid evenwel dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen stemrecht en verkiesbaarheid voor de niet-geïntegreerde geneesheren. Hij meent dat het niet goed zou zijn aan bepaalde geneesheren het stemrecht te ontnemen.

Le fait de ne pouvoir voter et de ne pas être éligible sont des conséquences possibles du refus du médecin de s'intégrer au système.

Selon un membre, on peut se demander dans quelle mesure la notion d'intégration des activités à l'hôpital peut dépendre des modalités de perception des honoraires. Peut-on aller jusqu'à dire que quelqu'un qui choisit une forme de perception d'honoraires différente n'est pas intégré à l'hôpital?

Le Ministre rappelle ce que l'Ordre des médecins a déclaré à ce sujet. L'Ordre considère la perception centrale comme un élément de l'intégration. Il n'est donc pas illogique que celui qui entend s'y soustraire se voit refuser la participation à la gestion, au sens large de l'hôpital. Cette participation du médecin a comme contrepartie son intégration à l'hôpital, avec la perception centrale qui s'y rattache.

L'intervenant craint que l'intégration ne signifie pas grand-chose si l'on crée deux catégories de médecins. Un certain nombre de médecins, auxquels la perception centrale ne s'appliquera pas, ne seront pas représentés mais continueront quand même à travailler à l'hôpital.

Le Ministre réplique que l'exception prévue à l'article 15 est ainsi conçue qu'il s'agira d'un groupe minoritaire. Les discussions préparatoires ont montré que les médecins eux-mêmes considèrent la liaison des deux éléments comme conforme à l'esprit du projet.

Le Ministre invoque encore un argument supplémentaire à l'appui de la position qu'il a adoptée à propos de l'amendement: en vertu de l'article 15, le Conseil médical se prononce également sur l'exception à la règle de la perception centrale. On ne saurait admettre que ceux qui ne veulent pas être intégrés se prononcent eux-mêmes sur l'exception. Dès lors, selon le Ministre, l'amendement est logique mais superflu, puisque le Roi peut régler cette matière.

Plusieurs membres ne partagent pas le point de vue du Ministre. Ils font remarquer que l'article 5 traite de la composition du collège électoral pour l'élection du Conseil médical. Pour avoir droit de vote, il faut exercer un minimum d'activités à l'hôpital. Selon ces membres, il serait contraire au texte actuel du projet que le Roi fixe encore d'autres conditions.

Etant donné que l'amendement concerne des personnes qui peuvent faire usage de la mesure transitoire d'exception prévue à l'article 15, § 2, le Ministre propose de l'intégrer également à ce dernier article.

La Commission marque son accord à ce sujet.

Sur le fond de l'affaire, un membre considère toutefois qu'il y a lieu de faire la distinction entre le droit de vote et l'éligibilité pour les médecins non intégrés. Il estime qu'il ne serait pas bon de priver certains médecins du droit de vote.

In dit stadium van het debat wordt het amendement teruggenomen, maar de indiener behoudt zich het recht voor het bij artikel 15 opnieuw in te dienen.

Vervolgens wordt een tweede amendement ter discussie gelegd waarbij wordt voorgesteld in § 1 van dit artikel, de tweede volzin te vervangen als volgt :

« De Koning bepaalt de criteria waaraan moeten voldoen de stemgerechtigde en verkiesbare ziekenhuisgeneesheren, wat betreft :

- a) de graad van activiteit in en buiten het ziekenhuis;*
- b) de aard van de juridische banden met het ziekenhuis;*
- c) de wijze van inning van de honoraria;*
- d) de naleving van de overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen. »*

Het amendement wordt verantwoord als volgt :

« Om stemgerechtigd te zijn enerzijds en verkiesbaar te zijn anderzijds, moeten andere criteria dan de graad van activiteit in het ziekenhuis worden gehanteerd.

Op die wijze dreigt men slechts beslissingsbevoegdheid toe te kennen aan die geneesheren die het meest renderen voor de instelling. »

De Minister verklaart dat de verschillende punten die in het amendement worden opgesomd, op andere plaatsen in het ontwerp voorkomen, namelijk :

punt a) : de Koning bepaalt het activiteitsniveau (art. 5, § 1);

punt b) : zie de bespreking over de begripsomschrijving van ziekenhuisgeneesheer;

punt c) : zie de bespreking van het eerste amendement op dit artikel;

punt d) : zie artikel 13.

Het is volgens de Minister overbodig deze bepalingen in dit artikel te herhalen.

Het amendement wordt ingetrokken.

Een lid van de commissie vraagt zich af of in de wet niet moet worden bepaald dat de geneesheren, om aan de verkiezing van de Medische Raad te mogen deelnemen, geconventioneerd moeten zijn.

De Minister vindt dat dergelijke bepaling te ver gaat. Zij zou tot gevolg hebben dat het huidige verbintenisstelsel wordt gewijzigd.

Het artikel wordt hierna ter stemming gelegd en aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

De Commissie heeft eveneens aandacht besteed aan de problemen die kunnen rijzen binnen een O.C.M.W. dat meer dan één ziekenhuis beheert.

Nagegaan werd of een specifieke bepaling in het ontwerp moest worden opgenomen om de oprichting van een overkoepelende Medische Raad mogelijk te maken.

A ce stade de la discussion l'amendement est retiré par son auteur et réservé jusqu'à l'examen de l'article 15.

La commission passe ensuite à la discussion d'un deuxième amendement proposant de remplacer au § 1^{er} de cet article la deuxième phrase par la disposition suivante :

« Le Roi fixe les critères auxquels doivent répondre les médecins hospitaliers ayant droit de vote et éligibles, en ce qui concerne :

- a) le degré d'activité dans et à l'extérieur de l'hôpital;*
- b) le caractère des liens juridiques avec l'hôpital;*
- c) le mode de perception des honoraires;*
- d) le respect de la convention médico-mutualiste. »*

L'amendement est justifié comme suit :

« Pour avoir droit de vote d'une part et pour être éligible d'autre part, d'autres critères que le degré d'activité dans l'hôpital doivent intervenir.

On risquerait de la sorte de ne donner un pouvoir de décision qu'aux médecins les plus rentables pour l'institution. »

Le Ministre déclare que les différents points énumérés dans l'amendement figurent à d'autres endroits dans le projet, à savoir :

point a) : le Roi détermine le niveau d'activité (art. 5, § 1^{er});

point b) : voir la discussion relative à la définition du médecin hospitalier;

point c) : voir la discussion du premier amendement à cet article;

point d) : voir l'article 13.

Il est superflu, selon le Ministre, de répéter ces dispositions dans cet article.

L'amendement est dès lors retiré par son auteur.

Un membre se demande s'il ne faut pas inscrire dans la loi que pour pouvoir prendre part à l'élection du Conseil médical, les médecins doivent être conventionnés.

Le Ministre estime qu'une telle disposition irait trop loin. Elle aurait pour effet de modifier le régime conventionnel actuel.

Mis aux voix, l'article est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

La Commission s'est également penchée sur les problèmes qui peuvent se poser dans les C.P.A.S. qui gèrent plus d'un hôpital.

On s'est demandé s'il ne fallait pas prévoir dans le projet une disposition spécifique en vue de permettre la création d'un Conseil médical général.

Uit de bespreking is gebleken dat de Medische Raad beter op het niveau van elk ziekenhuis zou functioneren.

De oprichting van een overkoepelende raad wordt niet verhinderd; deze raad mag evenwel geen afbreuk doen aan de bevoegdheden van de verschillende Medische Raden en mag alleen een coördinerende functie hebben.

**

De paragrafen 1 en 2 van dit artikel worden respectievelijk vernummerd tot artikel 12 en 13.

Artikel 6

Paragraaf 1

Bij deze paragraaf worden twee amendementen ingediend.

Het eerste wil paragraaf 1 van dit artikel vervangen als volgt :

« De Medische Raad is het vertegenwoordigend orgaan dat de geneesheren, de apothekers, de klinische biologen en de tandartsen, werkzaam in het ziekenhuis, vertegenwoordigt. »

Verantwoording

« Het lijkt de indieners wenselijk inzake de bepaling van Medische Raad precieser te zijn dan alleen gewag te maken van « ziekenhuisgeneesheer ». Om elk misverstand uit de weg te helpen verdient het de voorkeur de voor de goede werking van een ziekenhuis belangrijke apothekers, klinische biologen en tandartsen erbij te betrekken als beoefenaars van de geneeskunde. »

De Minister vindt de voorgestelde bepaling overbodig. In artikel 1, § 4, zoals door de commissie aangenomen, wordt gesteld dat deze wet ook geldt t.a.v. de tandartsen, apothekers, ... Dat hoeft niet telkens te worden herhaald.

Het amendement wordt teruggenomen.

Met een tweede amendement wordt voorgesteld paragraaf 1 van dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. De Medische Raad.

Dit orgaan vertegenwoordigt :

- a) de ziekenhuisgeneesheren;*
 - b) de tandartsen, apothekers, biologen, psychologen, verplegers en sociale assistenten, in dienst genomen op grond van een arbeidsovereenkomst of aannemingscontract door de beheerder van het ziekenhuis;*
 - c) de behandelende geneesheren waarvan ten minste een huisarts, die geen ziekenhuisactiviteiten uitvoeren en die hun patiënten naar het ziekenhuis zenden;*
 - d) de vertegenwoordigers van de zieken;*
- door welk orgaan allen een rol spelen in het beheer en het gezondheidsbeleid dat door het ziekenhuis wordt gevoerd. »*

La discussion a fait apparaître qu'il était préférable que le Conseil médical fonctionne au niveau de chaque hôpital.

La création d'un conseil général n'est pas interdite; cependant, ce conseil ne peut porter atteinte aux compétences des différents Conseils médicaux et ne peut avoir qu'une fonction de coordination.

**

Les paragraphes 1^{er} et 2 de l'article deviennent les articles 12 et 13 du texte adopté par la Commission.

Article 6

Paragraphe 1^{er}

Deux amendements sont déposés à ce paragraphe.

Le premier propose de remplacer le § 1^{er} de cet article par ce qui suit :

« Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens, les biologistes cliniques et les dentistes qui exercent à l'hôpital. »

Justification

« Il paraît souhaitable aux auteurs de l'amendement d'être plus précis dans la définition du Conseil médical et de ne pas se borner à mentionner le médecin hospitalier. Afin d'écartier tout malentendu, il est préférable de mentionner comme praticiens de l'art médical, les pharmaciens, biologistes cliniques et dentistes, dont la contribution au bon fonctionnement de l'hôpital est importante. »

Le Ministre trouve la disposition proposée superflue. Il est dit à l'article 1^{er}, § 4, tel qu'il a été adopté par la Commission, que la présente loi s'applique également aux dentistes, pharmaciens, ... Il n'est pas nécessaire de le répéter à toute occasion.

L'amendement est retiré par son auteur.

Un second amendement propose de remplacer le § 1^{er} de cet article par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Le Conseil médical.

C'est l'organe représentant :

- a) les médecins hospitaliers;*
 - b) les dentistes, pharmaciens, biologistes, psychologues, infirmiers et assistants sociaux, engagés sur base d'un contrat d'emploi ou d'entreprise par le gestionnaire de l'hôpital;*
 - c) les médecins traitants dont au moins, un généraliste, qui n'ont pas d'activités hospitalières et qui envoient leurs patients à l'hôpital;*
 - d) les représentants des malades;*
- organe par lequel tous se trouvent jouer un rôle dans la gestion et la politique de santé menée par l'hôpital. »*

De indiener geeft hiervoor de volgende verantwoording :

« a) Het is van kapitaal belang dat in de Medische Raad vertegenwoordigers worden opgenomen van al diegenen die van ver of van dichtbij zijn betrokken bij het door het ziekenhuis gevoerde beleid.

Aldus zal de ziekenhuisgeneesheer in staat zijn zich te ontplooiën in een kader waarin hij alle mogelijkheden heeft om te handelen in overeenstemming met de doeleinden van een samenhangend beleid inzake gezondheidsbevordering.

b) Krachtens het beginsel dat de deelneming aan de besluitvorming moet steunen op de functie en niet op de financiële inbreng.

c) Ten einde afstand te nemen van het louter technisch karakter van de medische handelingen, om de diensten meer te humaniseren.

Opmerking : Het gaat er niet om de medische bevoegdheid af te remmen, aangezien dezelfde raad zal worden verkozen door het kiescollege (zie artikel 5). »

De Minister merkt op dat de opname van paramedici en huisartsen tot gevolg zou hebben dat een ziekenhuisraad i.p.v. een Medische Raad zou worden opgericht. In dat geval zou heel het ontwerp moeten worden herschreven. De Minister vraagt dit amendement niet te aanvaarden.

Het amendement wordt eenparig (15 stemmen) verworpen.

Paragraaf 2

Door een lid van de Commissie wordt bij amendement voorgesteld in § 2, eerste lid, van dit artikel, de woorden « onverminderd de in artikel 3 bedoelde taken van de hoofdgeneesheer » te doen vervallen.

In zijn verantwoording verwijst de indiener naar de opmerking van de Raad van State luidens welke de reikwijdte van een wetsbepaling wordt beperkt door een bepaling vastgesteld door de Uitvoerende Macht, gezien de opdrachten van de hoofdgeneesheer door de Koning worden bepaald.

De indiener verduidelijkt nog dat, door toevoeging van bevoegdheden aan de hoofdgeneesheer, bij koninklijk besluit, de wettelijke bevoegdheden van de Medische Raad kunnen worden uitgehold (bijvoorbeeld op het gebied van de coördinatie : § 2, 1°).

De Minister antwoordt dat het bezwaar van de Raad van State ten dele werd opgevangen : in de oorspronkelijke tekst werd immers niet verwezen naar artikel 3 dat een beperking inhoudt van de taken van de hoofdgeneesheer. Het blijft weliswaar zo dat de taken van de hoofdgeneesheer nader kunnen worden omschreven bij koninklijk besluit. Indien men dat niet doet, creëert men een spanningsveld.

Aan de hoofdgeneesheer die aan de kant van de directie van het ziekenhuis staat, worden een aantal opdrachten toegewezen waarop de medische raad moet inspelen. Het ziekenhuis kan slechts goed functioneren wanneer er samenwerking is tussen de Medische Raad en de hoofdgeneesheer. De aanvaarding van het amendement zou tot gevolg hebben

L'auteur en donne la justification suivante :

« a) Il est capital de faire entrer au Conseil médical des représentants de tous ceux qui sont concernés de près ou de loin par la politique menée par leur hôpital.

On permettrait ainsi au médecin hospitalier de s'épanouir dans un cadre où il ait toutes les chances de fonctionner en synergie avec les objectifs d'une politique cohérente de promotion de la santé.

b) En vertu du principe que la participation à la prise de décision doit se fonder sur la fonction et non sur l'apport financier.

c) Dans le but de se distancier de la seule technicité des actes médicaux, afin de promouvoir une plus grande humanisation des services.

Remarque : il ne s'agit pas de freiner le pouvoir médical, puisque ce même conseil sera élu par le collège électoral (voir article 5). »

Le Ministre fait remarquer que l'adjonction de paramédicaux et de généralistes au Conseil médical ferait de celui-ci un conseil de l'hôpital et que, dans ce cas, il faudrait remanier tout le projet. Le Ministre demande que cet amendement ne soit pas adopté.

L'amendement est rejeté à l'unanimité des 15 membres présents.

Paragraphe 2

Un membre propose par voie d'amendement de supprimer au premier alinéa du § 2 de cet article, les mots « et sans préjudice des tâches du médecin en chef visées à l'article 3 ».

Dans sa justification, l'auteur se réfère à l'observation du Conseil d'Etat selon laquelle la portée d'une disposition légale est limitée par une disposition prise par le pouvoir exécutif, étant donné que les tâches du médecin en chef sont déterminées par le Roi.

L'auteur ajoute qu'en attribuant des pouvoirs au médecin en chef, on peut, par arrêté royal, vider de leur substance les compétences légales dévolues au Conseil médical (par exemple en matière de coordination : § 2, 1°).

Le Ministre répond qu'il a été partiellement répondu à l'objection du Conseil d'Etat : le texte initial ne faisait en effet pas référence à l'article 3 qui comporte une limitation des tâches du médecin en chef. Certes, ces tâches pourront continuer à être définies par arrêté royal. Si l'on n'opte pas pour cette solution, on crée un climat de tension.

Le médecin en chef qui se trouve du côté de la direction de l'hôpital se voit assigner un certain nombre de missions dans l'accomplissement desquelles le conseil médical doit intervenir. L'hôpital ne peut fonctionner efficacement que s'il existe une collaboration entre le Conseil médical et le médecin en chef. L'adoption de l'amendement aurait pour

dat de hoofdgeneesheer ondergeschikt wordt aan de Medische Raad, meer bepaald wat betreft de punten 1 tot 5 van § 3 van artikel 6. Dat is niet de bedoeling.

Een commissielid vraagt hierop of beide dan, voor bepaalde materies, een concurrerende bevoegdheid hebben.

De Minister antwoordt dat de hoofdgeneesheer de hoofdverantwoordelijke is voor de organisatie. De Medische Raad moet ervoor zorgen dat de geneesheren die werkzaam zijn in het ziekenhuis, « hun medewerking verlenen aan maatregelen die ertoe strekken ... » (zie § 2, 1° t/m 5°).

Het lid concludeert hieruit dat de bevoegdheid van de Medische Raad aanvullend is en dus niet gelijklopend met die van de hoofdgeneesheer.

Volgens de indiener van het amendement betekent dit een uitholling van wat in de §§ 3 en 5 staat.

De Minister ontkent dit; men moet een onderscheid maken tussen de algemene opdracht van de Medische Raad (§ 2) en de specifieke opdrachten (§ 3). Er is dus geen verband tussen § 2 en § 3.

De indiener vraagt zich af of men bij de toekenning van bevoegdheden aan de hoofdgeneesheer geen rekening moet houden met de binding die deze laatste heeft met het beheer.

De Minister wijst erop dat in artikel 3 duidelijk is bepaald dat de hoofdgeneesheer wordt aangesteld door de beheerder. De Medische Raad dient voor die aanstelling advies te verlenen. Eenmaal benoemd kan de positie van de hoofdgeneesheer niet meer door de Medische Raad worden aangevochten. De hoofdgeneesheer moet zijn taak kunnen uitvoeren, eventueel ondanks meningsverschillen met de Medische Raad.

Het amendement wordt teruggenomen.

Op een vraag naar de betekenis van § 2, 1°, antwoordt de Minister dat hij tracht te bereiken dat, zonder normen op te leggen, de beschikbare elementen voor een goede evaluatie zouden kunnen worden geobjectiveerd. Een min of meer ver doorgevoerde normalisatie van die elementen bevordert de evaluatie zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Paragraaf 3

Bij deze paragraaf, die de opsomming bevat van de gelegenheden waarover de Medische Raad advies moet verstrekken, worden drie amendementen ingediend.

Twee amendementen stellen in hoofdzaak voor een aantal punten van de opsomming die in deze paragraaf wordt gegeven te doen vervallen.

Het derde amendement stelt een andere redactie voor.

Uw verslaggever acht het verkieslijk eerst de amendementen te bespreken die strekken tot het schrappen van sommige bepalingen.

conséquence que celui-ci se trouverait dans un lien de subordination par rapport au Conseil médical, plus particulièrement en ce qui concerne les points 1 à 5 du § 3 de l'article 6. Or, tel n'est pas le but poursuivi.

Dans cet ordre d'idées, un commissaire aimerait savoir si, pour certaines matières, les deux parties auront une compétence concurrente.

Le Ministre répond que le médecin en chef est le responsable en chef de l'organisation. Le Conseil médical doit veiller à ce que les médecins hospitaliers « collaborent à des mesures propres à ... » (voir § 2, 1° à 5°).

L'intervenant en conclut que la compétence du Conseil médical est complémentaire et non concurrente de celle du médecin en chef.

Selon l'auteur de l'amendement, cela a pour effet de vider les §§ 3 et 5 de leur substance.

Le Ministre réfute cette déclaration; il faut faire une distinction entre la mission générale du Conseil médical (§ 2) et ses missions spécifiques (§ 3). Il n'y a donc pas de lien entre le § 2 et le § 3.

L'auteur de l'amendement se demande si, lors de l'attribution de compétences au médecin en chef, il ne faudrait pas tenir compte du lien que celui-ci a avec l'organe de gestion.

Le Ministre souligne que l'article 3 prévoit clairement que le médecin en chef est désigné par le gestionnaire. Le conseil médical doit donner son avis sur cette désignation. Dès que cette désignation a eu lieu, la position du médecin en chef ne peut plus être contestée par le Conseil médical. Le médecin en chef doit pouvoir remplir sa tâche, le cas échéant, en dépit des divergences avec le Conseil médical.

L'amendement est retiré par son auteur.

Un membre ayant demandé quelle était la signification du § 2, 1°, le Ministre répond que le but est d'arriver à objectiver les éléments disponibles pour procéder à une évaluation efficace sans imposer de normes. La normalisation plus ou moins poussée de ces éléments permettra d'améliorer l'évaluation tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital.

Paragraphe 3

Ce paragraphe, qui contient l'énumération des matières sur lesquelles le Conseil médical doit donner son avis, fait l'objet de trois amendements.

Deux amendements proposent de supprimer un certain nombre de points de cette énumération.

Le troisième amendement propose une autre rédaction.

Votre rapporteur juge préférable d'examiner en premier lieu les amendements visant à supprimer certaines dispositions.

Het eerste amendement luidt als volgt :

« A. In § 3 van dit artikel de nummers 4^o, 6^o en 7^o te doen vervallen. »

Verantwoording

« Het is geboden de Medische Raad geen blokkeringsbevoegdheid inzake die aangelegenheden toe te kennen. »

« B) In dezelfde § 3 het 10^o te doen vervallen. »

Verantwoording

« Dit amendement strekt om het advies van de Medische Raad te doen vervallen in geval van betwisting omtrent de aanwijzing van het verplegend en het paramedisch personeel, want doordat het de kwalificaties, het kader en de verplichtingen van dat personeel bepaalt, heeft het betrekking op die problemen. »

« C) Het 11^o van dezelfde § 3 aan te vullen met de woorden :

« Na advies van de ondernemingsraad en/of van de vakbondsafvaardiging. »

Verantwoording

« Dergelijke beslissingen houden een bespreking in van het financieel beleid van de instelling. Het is dus normaal dat alle partijen bij een dergelijke bespreking worden betrokken. »

« D) In dezelfde § 3 het 12^o te doen vervallen. »

Verantwoording

« Dezelfde verantwoording als voor de opheffing van de nummers 4^o, 6^o en 7^o. »

De Minister merkt op dat de bepalingen van deze paragraaf vanuit twee gezichtspunten moeten worden bekeken. De vraag is enerzijds of kan aanvaard worden dat de Medische Raad adviesbevoegdheid heeft over de inhoud van de verschillende opgesomde punten; van de andere kant moet een antwoord worden gegeven op de vraag welk gewicht er dient te worden gegeven aan het advies over die punten (de kwestie van het eventueel verzuimd advies is een aangelegenheid die in § 5 aan de orde is).

De Minister vindt het logisch dat de Medische Raad advies verstrekt — zelfs versterkt advies — over 4^o om te vermijden dat er te veel benoemingen geschieden door het beheer (van personeel te bezoldigen met de honoraria).

De motivering van het amendement slaat volgens de Minister eigenlijk op § 5 van het artikel.

De indiener neemt zijn amendement A terug en zegt het eventueel in te dienen bij § 5 van artikel 6.

Wat het amendement B betreft, verklaart de Minister dat er twee mogelijkheden zijn :

— ofwel bepalen dat « de betwistingen... door de beheerder bij de Medische Raad aanhangig worden gemaakt »;

Le premier amendement est rédigé comme suit :

« A. Au § 3 de cet article, supprimer les 4^o, 6^o et 7^o. »

Justification

« Il s'indique de ne pas confier au Conseil médical un pouvoir de blocage sur ces questions. »

« B) Au même § 3, supprimer le 10^o. »

Justification

« Cet amendement vise à supprimer l'avis du Conseil médical en cas de contestation sur l'affectation du personnel infirmier et paramédical car en définissant les qualifications, le cadre et les obligations de ce personnel, il concerne ces problèmes. »

« C) Ajouter au 11^o du même § 3, les mots :

« Après avis du conseil d'entreprise et/ou de la délégation syndicale. »

Justification

« De telles décisions impliquent une discussion de la politique financière de l'établissement. Il est donc normal que l'ensemble des parties soient associées à pareille discussion. »

« D) Au même § 3, supprimer le 12^o. »

Justification

« Même justification que pour la suppression des numéros 4^o, 6^o et 7^o. »

Le Ministre fait observer que les dispositions de ce paragraphe doivent être considérées d'un double point de vue. D'une part, la question est de savoir si l'on peut admettre que le Conseil médical ait une compétence consultative pour ce qui est du contenu des différents points énumérés; d'autre part, il faut répondre à la question de savoir quelle importance il convient d'attacher à l'avis relatif à ces points (la question de l'avis renforcé est traitée au § 5).

Le Ministre trouve logique que le Conseil médical donne son avis — fût-il renforcé — sur le 4^o, pour éviter que l'organe de gestion ne procède à de trop nombreuses nominations (de personnel à rémunérer au moyen des honoraires).

Selon le Ministre, la justification de l'amendement concerne en fait le § 5 de l'article.

L'auteur retire son amendement A et ajoute qu'il déposera éventuellement cet amendement au § 5 de l'article 6.

En ce qui concerne l'amendement B, le Ministre déclare qu'il y a deux possibilités :

— soit prévoir que « les contestations... sont soumises par le gestionnaire au Conseil médical »;

— ofwel het 10° schrappen aangezien de beheerder om het even welk probleem aan de Medische Raad kan voorleggen.

Wat het amendement C betreft, verwijst de Minister naar het antwoord dat hij gegeven heeft over de adviesbevoegdheden van andere bij wet opgerichte overleg-organen. Het amendement D strekkend tot schrapping van 12° houdt allicht verband met het feit dat dit punt 12° ook vermeld wordt in § 5 als punt voor verzwaaard advies. De Minister stelt voor in deze fase van de discussie de vraag te onderzoeken of een advies omtrent 12° door de Medische Raad verantwoord is en dit los van de vraag over een eventueel verzwaaard advies.

Het tweede amendement stelt voor in § 3 van dit artikel, het 9° en 10° te doen vervallen.

De verantwoording hiervan luidt :

« Deze punten hebben meer betrekking op de uitoefening van de verpleegkunde dan op de uitoefening van de geneeskunde. Het is bijgevolg meer aangewezen om dienaangaande de beslissing aan de beheerder over te laten, beslissing die kan genomen worden op advies van de directie van het verpleegkundig departement. »

De Minister is het ten dele eens met deze verantwoording maar hij vindt het niet onlogisch dat de Medische Raad advies verstrekt over het bepaalde in 9°.

De Minister herhaalt geen bezwaar te hebben tegen de schrapping van het 10°.

Een lid van de Commissie vraagt of in het 9° met « kader » van het verplegend personeel bedoeld wordt de « hiërarchie », want de door de Minister vastgelegde normen zijn bepalend voor de kwalificaties van het personeel dat wordt aangenomen.

De Minister antwoordt dat er een onderscheid is tussen « kader » en de « normen » waarmee rekening moet worden gehouden hetzij voor erkenning, hetzij voor subsidiëring. « Kader » heeft hier veeleer een kwantitatieve dan een hiërarchische betekenis, m.a.w. het gaat om het kader in de administratieve betekenis van het woord. De Minister wijst er nog op dat in sommige O.C.M.W.-ziekenhuizen het in de normen vastgelegde kader wordt overschreden.

De Commissie beslist het 10° van § 3 te doen vervallen.

Het derde amendement stelt voor paragraaf 3 de hiernavolgende nieuwe redactie voor :

« Tevens verstrekt de Medische Raad aan de beheerder een gemotiveerd advies over de volgende aangelegenheden :

1. de algemene richtlijnen inzake de organisatie en de coördinatie van de medische diensten en de samenwerking met de andere diensten van het ziekenhuis;

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

— soit supprimer le 10°, étant donné que le gestionnaire peut soumettre n'importe quel problème au Conseil médical.

En ce qui concerne l'amendement C, le Ministre se réfère à la réponse qu'il a donnée sur les compétences consultatives d'organes de concertation autres que ceux créés par une loi. L'amendement D visant à supprimer le 12° a sans doute un rapport avec le fait que ce point 12° est également mentionné au § 5 où il est question d'avis renforcé. Le Ministre propose à ce stade de la discussion d'examiner la question de savoir s'il est justifié que le Conseil médical émette un avis sur le 12° et ce, abstraction faite de l'éventualité d'un avis renforcé.

Le deuxième amendement propose de supprimer les points 9° et 10° du § 3 de cet article.

L'auteur en donne la justification suivante :

« Ces points concernent davantage l'exercice de l'art infirmier que celui de la médecine. Il est par conséquent indiqué de laisser au gestionnaire le soin de prendre la décision qui pourra intervenir sur avis de la direction du service d'infirmierie. »

Le Ministre est partiellement d'accord sur cette justification, mais il ne trouve pas illogique que le Conseil médical donne son avis sur les matières visées au 9°.

Le Ministre répète n'avoir aucune objection à la suppression du 10°.

Un commissaire aimerait savoir si au 9°, on entend par « cadre du personnel infirmier » la « hiérarchie », étant donné que les normes fixées par le Ministre sont déterminantes pour les qualifications du personnel accepté.

Le Ministre répond qu'il y a une différence entre le « cadre » et les « normes » dont il faut tenir compte soit en vue de l'agrément, soit en vue du subventionnement. Le « cadre » a ici une signification quantitative plutôt que hiérarchique; autrement dit, il s'agit du cadre au sens administratif du terme. Le Ministre ajoute que dans certains hôpitaux dépendant des C.P.A.S., le cadre prévu dans les normes est dépassé.

La Commission décide de supprimer le 10° du § 3.

Le troisième amendement propose une nouvelle rédaction pour le § 3 :

« En outre, le Conseil médical donne au gestionnaire un avis motivé sur les matières suivantes :

1. les directives générales concernant l'organisation et la coordination des services médicaux ainsi que la collaboration avec les autres services de l'hôpital;

2. la création de nouveaux services médicaux et la modification, le dédoublement ou la suppression de services médicaux existants;

3. de vaststelling en de wijziging van het medisch personeelskader;

4. de overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de arbeidsvoorwaarden van de geneesheren in het ziekenhuis;

5. de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de opstelling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;

6. de aanschaf en de vernieuwing van medische uitrusting alsmede de belangrijke herstellingen;

7. het beleid van het ziekenhuis met betrekking tot de geneesheren met toelatingscontracten;

8. de nieuwbouw en de ombouw van het ziekenhuis of de wijziging van de lokalen voor zover deze een weerslag heeft op de geneeskundige praktijk. »

Met betrekking tot de individueel opgesomde adviezen — en alle andere niet nader gespecificeerde — lijkt het de indieners belangrijk dat de Medische Raad een gemotiveerd advies verstrekt aan de beheerder ten einde hem toe te laten een gefundeerde beslissing te treffen.

De vervanging van de 17 opgesomde aangelegenheden door andere is toe te schrijven aan hun opvatting dat de Medische Raad zich moet beperken tot medische problemen en wat er rechtstreeks betrekking mee heeft, en niet de taak van beheerder en directie moet overnemen.

Naar aanleiding van dit amendement verklaart de Minister dat in deze paragraaf wordt bepaald over welke punten de Medische Raad advies uitbrengt. Men dient er voor te waken dat :

— de Medische Raad advies kan uitbrengen over zaken waarbij geneesheren rechtstreeks betrokken zijn;

— de juridische formulering zo duidelijk mogelijk is om betwistingen te vermijden.

De Minister herinnert er overigens aan dat hij reeds heeft ingestemd met de schrapping van punt 10, omdat die tekst onduidelijk is.

De Commissie beslist § 3 punt per punt te bespreken en na te gaan in hoeverre er overeenstemming is met de tekst van het amendement.

§ 3, 1°

Een lid wenst dat het begrip « medische diensten » nader wordt omschreven. Gaat het om ziekenhuisdiensten in de klassieke betekenis (heelkunde-, interne dienst...) of gaat het om een ruimer begrip ?

De Minister stelt voor de term « medische dienst » die een bepaalde technische betekenis heeft, te vervangen door « medische activiteit » om aan te geven dat de algemene medische activiteit in het ziekenhuis wordt bedoeld.

In dit stadium van de bespreking, vraagt een lid zich af of de Commissie haar werkzaamheden kan voortzetten nu de Kamer van Volksvertegenwoordigers een voorstel van

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

4. les conventions passées avec des tiers, ayant une incidence sur les conditions de travail des médecins de l'hôpital;

5. la détermination des besoins en équipement médical et l'établissement des priorités dans les limites des possibilités budgétaires fixées par le gestionnaire;

6. l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical;

7. la politique de l'hôpital en ce qui concerne les médecins titulaires d'un contrat d'accès;

8. la construction et la transformation de l'hôpital ou la modification de locaux, pour autant qu'elles aient une répercussion sur la pratique médicale. »

En ce qui concerne les avis énumérés individuellement — ainsi d'ailleurs que tous les autres non spécifiés — il paraît important aux auteurs que le Conseil médical donne un avis motivé au gestionnaire afin que celui-ci soit en mesure de prendre une décision en connaissance de cause.

Les auteurs proposent de remplacer par d'autres les 17 matières énumérées, car ils considèrent que le Conseil médical doit se limiter aux problèmes médicaux et à ce qui s'y rattache directement, sans empiéter sur la tâche du gestionnaire et de la direction.

A la suite du dépôt de cet amendement, le Ministre déclare que ce paragraphe précise sur quels points le Conseil médical doit donner son avis. Il faut veiller à ce que :

— le Conseil médical puisse donner son avis sur des matières intéressant directement les médecins;

— la formulation juridique soit aussi claire que possible pour éviter des contestations.

Le Ministre rappelle d'ailleurs qu'il a déjà marqué son accord sur la suppression du point 10; étant donné que ce texte manque de clarté.

La Commission décide d'examiner le § 3 point par point et de voir dans quelle mesure il correspond au texte de l'amendement.

§ 3, 1°

Un membre souhaite que la notion de « services médicaux » soit définie avec plus de précision. S'agit-il de services hospitaliers au sens traditionnel (service chirurgical, service interne...) ou la notion est-elle plus vaste ?

Le Ministre propose de remplacer les termes « services médicaux », qui ont une signification technique précise, par les mots « activité médicale », pour indiquer qu'on vise l'activité médicale générale à l'hôpital.

A ce stade de la discussion, un commissaire demande si la Commission peut poursuivre ses travaux, compte tenu du fait que la Chambre des Représentants vient d'adopter une

wet heeft aangenomen tot wijziging van artikel 1 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

Is het begrip ziekenhuis zoals de Kamer het nu heeft gedefinieerd niet strijdig met dit ontwerp? Kan de Minister uitleg verstrekken over de besprekingen die in de Kamer hebben plaatsgehad?

De Minister antwoordt dat de tekst aangenomen in de Kamer geen onmiddellijke gevolgen heeft voor dit ontwerp. Hij ligt trouwens in de lijn van wat in deze Commissie wordt besproken. De Kamertekst bevat twee elementen waarvan ook in dit ontwerp wordt uitgegaan nl., de uitbreiding van het begrip ziekenhuis tot de poliklinische activiteit en de integratie van de geneesheer in de ziekenhuisstructuur.

Het commissielid is van oordeel dat het antwoord van de Minister strijdig is met het Kamerverslag (zie Gedr. St. Kamer 288 (1981-1982) - nr. 5, blz. 2) waarin te lezen staat dat volgens de Minister het begrip « dienst » in de definitie moet behouden blijven. Nu stelt de Minister voor in het ter bespreking zijnde ontwerp het woord « dienst » te vervangen door « activiteit ».

Bovendien verwijst de Minister in hetzelfde Kamerverslag (blz. 3) naar artikel 2 van het in de Senaat besproken ontwerp, wat betreft de definitie van ziekenhuis.

Is het niet aangewezen de definitie die de Kamer heeft aangenomen eerst te onderzoeken alvorens met deze bespreking voort te gaan? Bestaat het gevaar niet dat er binnenkort twee definities zullen zijn?

De Minister antwoordt als volgt :

— in de definitie van ziekenhuis dient het woord « dienst » te worden behouden;

— in dit ontwerp (art. 6, § 3, 1^o) gaat het veeleer om de organisatie van de geneeskundige activiteit. In het 2^o van dezelfde paragraaf daarentegen gaat het om diensten;

— slechts het gedeelte van het wetsvoorstel dat niet het voorwerp uitmaakt van dit ontwerp, werd door de Kamer aanvaard.

Met betrekking tot het amendement merkt de Minister vervolgens op dat de woorden « en de samenwerking met de andere diensten van het ziekenhuis » vallen onder 9^o van de ontwerp-tekst.

De indiener is het hiermee eens en neemt zijn tekst (punt 1) terug.

§ 3, 2^o

Op een vraag van de voorsteller van het amendement antwoordt de Minister dat hier bedoeld worden de medische diensten in de ruime betekenis van het woord (bevat onder meer de medisch-technische diensten).

Een lid van de Commissie komt terug op het begrip « medische dienst ». De betekenis die aan dit begrip moet worden gehecht, is niet dezelfde voor alle ziekenhuizen. Zo

propositie de loi modifiant l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

La définition de la notion d'hôpital adoptée par la Chambre n'est-elle pas contraire à la définition qui figure dans le projet? Le Ministre peut-il fournir des explications au sujet des discussions qui ont eu lieu à la Chambre?

Le Ministre répond que le texte adopté par la Chambre n'a aucune incidence directe sur le projet. Il s'inscrit d'ailleurs dans la ligne des textes discutés par la Commission. Le texte de la Chambre contient deux éléments qui constituent également des éléments de base du projet à l'examen, à savoir l'extension de la notion d'hôpital à l'activité polyclinique et l'intégration du médecin à la structure hospitalière.

Le commissaire estime que la réponse du Ministre est contraire au rapport de la Chambre (cf. Doc. Chambre 288 (1981-1982) — n^o 5, p. 2) où il est dit que, selon le Ministre, la notion de « service » doit être maintenue dans la définition. Or le Ministre propose maintenant de remplacer, dans le projet à l'examen, le mot « service » par le mot « activité ».

Le Ministre se réfère, en outre, dans le même rapport de la Chambre (p. 3), à l'article 2 du projet examiné par le Sénat, en ce qui concerne la définition de la notion d'hôpital.

Ne convient-il pas d'examiner la définition adoptée par la Chambre avant de poursuivre la présente discussion? Ne risque-t-on pas d'avoir bientôt deux définitions?

Le Ministre répond comme suit :

— le mot « service » doit être maintenu dans la définition de l'hôpital;

— le présent projet (art. 6, § 3, 1^o) concerne plutôt l'organisation de l'activité médicale. Le 2^o du même paragraphe concerne, au contraire, des services;

— la Chambre n'a adopté que la partie de la proposition de loi qui ne fait pas l'objet du présent projet.

En ce qui concerne l'amendement, le Ministre note ensuite que les mots « la coopération avec les autres membres du personnel hospitalier » doivent trouver leur place au 9^o du texte du projet.

L'auteur partage ce point de vue et retire son texte (point 1).

§ 3, 2^o

En réponse à une question de l'auteur de l'amendement, le Ministre déclare qu'on vise ici les services médicaux au sens large du terme (ils comprennent notamment les services médico-techniques).

Un commissaire en revient à la notion de « service médical ». La signification qui doit être donnée à cette notion n'est pas la même pour tous les hôpitaux. C'est ainsi que,

kan in een groot ziekenhuis de dienst cardiologie nevenschikt zijn aan de interne dienst; in een klein ziekenhuis zal men alleen een interne dienst hebben waarvan de dienst cardiologie een onderdeel (ondergeschikt) is.

De Minister zegt dat de oprichting van nieuwe diensten meestal gepaard zal gaan met een wijziging van het medisch kader. Het probleem van de hiërarchie kan niet via het 2^o worden geregeld. Over die aangelegenheid, welke van ziekenhuis tot ziekenhuis kan verschillen, moet binnen de Medische Raad overleg worden gepleegd.

Hetzelfde lid vraagt vervolgens of het woord « dienst » moet worden begrepen in de zin die er aan gegeven wordt door de ziekenhuiswet of niet.

De Minister antwoordt dat de ziekenhuiswet alleen over diensten spreekt in relatie tot de bedden. Hier worden diensten in een ruimere betekenis bedoeld.

Een ander lid vraagt zich af of het probleem niet kan worden opgelost door « wijziging » te vervangen door « structurering ».

De Minister geeft de voorkeur aan de ontwerp-tekst maar wijst er op dat structurering mede in het 2^o van de ontwerp-tekst begrepen is. De Minister heeft geen bezwaar tegen de toevoeging van het woord « medische » voor « diensten », zoals in het amendement wordt voorgesteld.

§ 3, 3^o

De tekst van het ontwerp en die van het amendement zijn gelijklopend.

De Minister preciseert dat hier wel degelijk het personeelskader van de medici wordt bedoeld.

Onder dit punt wordt een adviesbevoegdheid gegeven aan de Medische Raad m.b.t. « de vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd ».

De Minister pleit voor de adviesbevoegdheid van de Medische Raad voor deze aangelegenheden, om tot een goede relatie te komen tussen geneesheren en directie.

De indiener van het amendement is het hiermee eens, maar dat advies mag zijns inziens geen versterkt advies zijn.

Omwille van het parallelisme met de tekst door de Commissie aangenomen m.b.t. de aanschaf van apparatuur ten laste van de honoraria wordt het 4^o als volgt geformuleerd : « de vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd ».

In antwoord op een vraag preciseert de Minister dat de woorden « geheel of gedeeltelijk » niet enkel refereren naar het « geheel of gedeeltelijk betalen »; aan deze woorden moet ook de betekenis gegeven worden : « geheel of gedeeltelijk werken voor... ».

dans un grand hôpital, le service de cardiologie peut être annexé au service interne; dans un petit hôpital, il n'y aura qu'un service interne dont le service de cardiologie sera partie intégrante (et dont il dépendra).

Le Ministre déclare que la création de nouveaux services s'accompagne le plus souvent d'une modification du cadre médical. Le problème de la hiérarchie ne peut être réglé par le biais du 2^o. Cette question, qui peut varier d'un hôpital à l'autre, doit faire l'objet d'une concertation au sein du Conseil médical.

Le même membre demande ensuite s'il faut ou non interpréter le mot « service » au sens que lui donne la loi sur les hôpitaux.

Le Ministre répond que la loi sur les hôpitaux ne parle de services qu'en relation avec des lits. La notion de service utilisée ici a un sens plus large.

Un autre membre se demande si l'on ne peut pas résoudre le problème en remplaçant le mot « modification » par le mot « structuration ».

Le Ministre donne la préférence au texte du projet, mais il souligne qu'il est aussi implicitement question de la structuration au 2^o du texte du projet. Il n'a pas d'objection contre l'insertion, entre les mots « services » et « existants », du mot « médicaux », comme le propose l'amendement.

§ 3, 3^o

Le texte du projet et celui de l'amendement vont dans le même sens.

Le Ministre précise qu'en l'espèce, c'est bien le cadre du personnel médical qui est visé.

Ce point confère au Conseil médical une compétence d'avis à propos de « la fixation et la modification du cadre du personnel financé à charge des honoraires ».

Le Ministre plaide pour l'attribution en la matière d'une compétence d'avis au Conseil médical en vue d'établir de bonnes relations entre les médecins et la direction.

L'auteur de l'amendement marque son accord, mais il ne peut s'agir selon lui d'un avis renforcé.

Dans un souci de parallélisme avec le texte adopté par la Commission concernant l'acquisition d'appareillages à charge des honoraires, le 4^o est formulé comme suit : « la fixation et la modification du cadre du personnel financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ».

En réponse à une question, le Ministre précise que les mots « en tout ou en partie » ne se réfèrent pas seulement au fait de « payer en tout ou en partie »; il faut aussi y ajouter le sens de « travailler en tout ou en partie pour... ».

§ 3, 5°, 6° et 7°

Op de vraag van een lid antwoordt de Minister dat in artikel 8 nader wordt bepaald wat onder een rechtsverhouding moet worden begrepen.

Een ander lid vraagt of het nodig is in 6° te spreken van andere sancties.

Nog andere leden wijzen op de verstrekende gevolgen van deze bepaling. Van de ene kant zijn zij het erover eens dat de Medische Raad, indien hij geroepen wordt advies over een aangelegenheid uit te brengen, het volledige dossier moet kennen. Maar van de andere kant mag niet worden vergeten dat het soms om delicate problemen kan gaan. De vraag kan worden gesteld of, bijvoorbeeld, het onderzoek van klachten niet door een « orgaan ad hoc » dient te geschieden.

Volgens de Minister is het duidelijk dat de Medische Raad advies verstrekt op basis van een dossier, maar wanneer er van sancties sprake is, dient men ook rekening te houden met de rechten van de verdediging.

De vraag kan derhalve worden gesteld of het 6° wel zonder meer kan worden gehandhaafd dan wel of een specifieke regeling moet worden getroffen (b.v. in geval van een voorgenomen sanctie kan de geneesheer zich laten bijstaan door de voorzitter van de Medische Raad).

De Minister geeft ook in overweging het 6° van het ontwerp te splitsen in :

— afzetting, waarvoor een verstrekt advies en

— andere sancties, waarvoor geen verstrekt advies nodig is.

Bovendien zou, voor de andere sancties, het advies van de Medische Raad kunnen worden vervangen door dat van de voorzitter van de Raad, tenminste wanneer de betrokken arts hierom verzoekt.

§ 3, 8°

Deze tekst stemt overeen met punt 4 van het amendement. Dit onderdeel van het amendement wordt ingetrokken.

De Minister preciseert hierbij nog dat met deze bepaling ondermeer overeenkomsten met laboratoria buiten het ziekenhuis worden bedoeld.

§ 3, 9°

Een lid is het eens met het eerste gedeelte van het 9° maar vraagt zich af of het tweede zinsdeel wel in overeenstemming is met het statuut dat in 1974 aan de verplegenden werd verleend. Volgens spreker dreigt die zinsnede de goede samenwerking tussen geneesheren en verplegenden in gevaar te brengen.

Het lid dringt ook nog aan op de publicatie van de uitvoeringsbesluiten van de wet op het statuut van het verplegend personeel.

§ 3, 5°, 6° et 7°

Répondant à un membre, le Ministre déclare que l'article 8 précise ce qu'on entend par « rapports juridiques ».

Un autre membre demande s'il est nécessaire de parler d'« autres sanctions » au 6°.

D'autres membres attirent l'attention sur les diverses conséquences de cette disposition. Ils estiment, d'une part, que le Conseil médical doit effectivement connaître l'ensemble du dossier s'il est appelé à émettre un avis sur une question. Ils déclarent par ailleurs, qu'il ne faut pas oublier qu'il s'agit parfois de problèmes délicats. Il est permis de se demander si l'examen de plaintes, par exemple, ne devrait pas être confié à un « organe ad hoc ».

Selon le Ministre, il est évident que le Conseil médical émet un avis sur la base d'un dossier, mais, dès qu'il est question de sanctions, il y a lieu de tenir compte aussi des droits de la défense.

Il est dès lors permis de se demander si le 6° peut être maintenu sans plus ou s'il faut prévoir un système spécifique (le médecin contre lequel une sanction est envisagée peut, par exemple, se faire assister par le président du Conseil médical).

Le Ministre suggère également d'établir une nette distinction, au 6°, entre :

— la révocation, pour laquelle un avis renforcé serait requis et

— les autres sanctions, pour lesquelles il ne faudrait pas d'avis renforcé.

Pour ce qui est des autres sanctions, l'avis du Conseil médical pourrait, en outre, être remplacé par celui du président du Conseil, du moins lorsque le médecin concerné le demande.

§ 3, 8°

Ce texte correspond au point 4 de l'amendement. Ce point de l'amendement est retiré.

Le Ministre précise encore, à cet égard, que cette disposition vise notamment des conventions passées avec des laboratoires extérieurs à l'hôpital.

§ 3, 9°

Un commissaire approuve la première partie du 9°, mais se demande si le deuxième membre de phrase est bien conforme au statut octroyé en 1974 au personnel infirmier. Il estime que ce membre de phrase peut mettre en danger la bonne collaboration entre les médecins et le personnel infirmier.

Il insiste également pour qu'on publie les arrêtés d'exécution de la loi relative au statut du personnel infirmier.

De Minister

— is het eens met de schrapping van de woorden « evenals de verplichtingen van dit personeel met betrekking tot de geneeskundige activiteit » en

— stelt voor de tekst te doen luiden als volgt : « het kader en vereiste kwalificaties van het verplegend en van het paramedisch personeel ».

De inversie heeft tot doel te benadrukken dat het gaat om de kwalificaties binnen het kader en dat men zich dient te houden aan de verplichtingen opgelegd door de ziekenhuiswet.

Aan een lid dat het niet eens is met de schrapping van bovenstaande zinsnede, meer bepaald wat de paramedici betreft, antwoordt de Minister dat de formulering van het ontwerp tot conflicten kan leiden. Het geringste geschil tussen verpleger en geneesheer zou aanhangig kunnen worden gemaakt bij de Medische Raad. Dat is niet de bedoeling.

§ 3, 10°

Geen opmerkingen.

§ 3, 11°

Op voorstel van de Minister wordt de ontwerp tekst vervangen door de daarmee overeenkomstige bepaling van het amendement (punt 5).

§ 3, 12°

Punt 6 van het amendement wordt teruggenomen.

Volgens een lid van de Commissie zou uit deze tekst kunnen worden afgeleid dat niet alleen de instrumentaria maar ook de algemene noden van het ziekenhuis met een gedeelte van de honoraria kunnen worden gefinancierd.

De Minister preciseert dat het 12° in de lijn ligt van de werkwijze die in de meeste ziekenhuizen wordt toegepast, nl. er wordt een investeringsfonds gevormd over de aanwending waarvan gezamenlijk wordt beslist.

De Minister is het eens met een suggestie van de vorige spreker om, voor de duidelijkheid, het woord « rechtstreeks » toe te voegen vóór de woorden « ten laste van de honoraria ».

§ 3, 13°

Met deze bepaling wordt aan de Medische Raad een algemene bevoegdheid gegeven i.v.m. de uitgaven die betrekking hebben op de medische activiteit. Ten einde een genuanceerd advies te kunnen uitbrengen dat mede rekening houdt met een evenwicht in de bestedingen van het ziekenhuis ware het nuttig dat de raad mededeling zou krijgen van de relevante gegevens van de begroting in haar geheel.

Enkele leden stellen dat het nuttig is naast de kosten, ook de ontvangsten van de medische activiteit te kennen. Zij stellen voor te schrijven « ... raming van de kosten en van de ontvangsten van de medische activiteit... ».

Le Ministre

— approuve la suppression des mots « ainsi que les obligations de ce personnel dans le cadre des activités médicales »;

— propose de rédiger le texte du 9° comme suit : « le cadre du personnel infirmier et paramédical et les qualifications requises de celui-ci ».

L'inversion vise à souligner qu'il s'agit de qualifications à l'intérieur du cadre et qu'il faut respecter les obligations imposées par la loi sur les hôpitaux.

En réponse à un commissaire qui désapprouve la suppression du membre de phrase précité et, plus spécialement, en ce qui concerne le personnel paramédical, le Ministre déclare que le texte du projet peut donner lieu à des conflits. Le Conseil médical pourrait être saisi de tout conflit, si minime soit-il, entre un membre du personnel infirmier et un médecin. Telle n'est pas l'intention.

§ 3, 10°

Pas d'observation.

§ 3, 11°

Sur proposition du Ministre, le texte du projet est remplacé par la disposition correspondante de l'amendement (point 5).

§ 3, 12°

Le point 6 de l'amendement est retiré.

Selon un commissaire, on pourrait déduire de ce texte que peuvent être financés, à charge d'une partie des honoraires, non seulement les appareillages mais aussi les besoins généraux de l'hôpital.

Le Ministre précise que le 12° s'inscrit dans la ligne de ce qui se fait dans la plupart des hôpitaux : création d'un fonds d'investissement dont l'affectation est décidée en commun.

Le Ministre approuve la suggestion du précédent intervenant d'insérer, avant les mots « à charge des honoraires » le mot « directement ».

§ 3, 13°

Cette disposition accorde au Conseil médical une compétence générale en matière de dépenses relatives à l'activité médicale. Pour qu'il puisse émettre un avis nuancé, qui tienne compte notamment d'un certain équilibre nécessaire des dépenses de l'hôpital, il serait utile de lui communiquer les données significatives de l'ensemble du budget.

Quelques membres estiment qu'il est utile de connaître, outre les frais, les recettes provenant de l'activité médicale. Ils proposent d'insérer, entre les mots « dépenses » et « résultant » les mots « et aux recettes ».

De Minister is het hier ten gronde mee eens maar stelt voor het 13° als volgt te doen luiden : « de jaarlijkse budgettaire raming van de medische activiteit in het ziekenhuis ».

Een commissielid stelt vast dat het in § 3 van dit artikel haast uitsluitend gaat over eenmalige aangelegenheden. Alleen het 13° heeft betrekking op een jaarlijks terugkomende gebeurtenis. Hij merkt voorts op dat, wil men dit punt toepassen, de begroting wel zeer vroeg in het jaar moet worden opgemaakt. Hij verwijst daarbij nog naar termijnbepalingen verder in het ontwerp.

Volgens de Minister maakt deze bepaling een wederzijdse discipline noodzakelijk. Hij geeft toe dat bepaalde termijnen waarin het ontwerp voorziet, moeten worden ingekort. Bovendien moet worden bepaald dat wanneer het advies binnen een bepaalde termijn niet wordt verstrekt, dit geacht wordt gunstig te zijn.

De begroting, aldus nog de Minister, moet de werkelijkheid zo dicht mogelijk benaderen. Van de andere kant mag de adviesfunctie het beheer niet onmogelijk maken. Wie inspraak wil moet zich dusdanig organiseren dat tijdig advies wordt uitgebracht.

Het lid betwijfelt of zulk een adviesfunctie wel werkzaam is. Kan er wel advies worden verstrekt over een globale begroting ?

De Minister antwoordt dat hier alleen het advies over de medische activiteit wordt bedoeld. In bepaalde ziekenhuizen zijn er deelbegrotingen daarover.

§ 3, 14°

De indiener van het amendement meent dat zijn tekst hetzelfde bedoelt als het ontwerp, namelijk de toegang tot het ziekenhuis te beperken tot de geneesheren die een overeenkomst hebben afgesloten. In die overeenkomst zou met name moeten worden bepaald dat de geneesheren delen in de ruimtelijke kosten.

De Minister merkt op dat deze aangelegenheid onder het 7° van de ontwerp tekst wordt behandeld. Wat in 14° van het ontwerp staat heeft een ruimere betekenis dan toegang op basis van een overeenkomst (b.v. toegang van huisartsen tot kraaminrichting).

De Minister preciseert nog dat in het 14° de omvorming van het stelsel (open of gesloten) wordt gevisieerd. Wanneer het basisstelsel wordt gewijzigd, moet de Medische Raad advies verlenen. Voor de duidelijkheid stelt de Minister voor het woord « beleid » te vervangen door « stelsel », het woord « vrije » te schrappen en het einde van het 14° te doen luiden als volgt : « ... tot de medische activiteit in het ziekenhuis ».

Het amendement (punt 7) wordt teruggedenomen.

§ 3, 15°

Het amendement (punt 8) wordt teruggedenomen.

Le Ministre approuve l'amendement quant au fond, mais il propose de rédiger le 13° comme suit : « les prévisions budgétaires annuelles relatives aux activités médicales de l'hôpital ».

Un commissaire constate que le § 3 de cet article porte presque exclusivement sur des mesures ponctuelles. Seul le 13° concerne une opération revenant annuellement. Par ailleurs, il fait observer que si l'on veut appliquer ce point, le budget devra être établi très tôt dans l'année. A cet égard, il se réfère aux dispositions relatives aux délais, qui figurent plus loin dans le projet.

Le Ministre estime que cette disposition rend une discipline réciproque nécessaire. Il reconnaît que certains délais prévus par le projet doivent être écourtés. En outre, il faut prévoir que si l'avis n'est pas donné dans un délai déterminé, il est censé être favorable.

Selon le Ministre, le budget doit se rapprocher autant que possible de la réalité. D'autre part, la fonction consultative ne peut faire obstacle à la gestion. Celui qui souhaite prendre part aux décisions doit s'organiser de manière à donner son avis à temps.

L'intervenant doute que cette fonction consultative soit efficace. Est-il possible d'émettre un avis sur un budget global ?

Le Ministre répond que la disposition en question vise uniquement l'avis sur les activités médicales. Dans certains hôpitaux, des budgets partiels sont prévus à cet effet.

§ 3, 14°

L'auteur de l'amendement estime que son texte (point 7) poursuit le même objectif que le projet, à savoir la limitation de l'accès à l'hôpital aux médecins titulaires d'une convention. Celle-ci devrait stipuler que les médecins participent aux frais des locaux.

Le Ministre fait observer que cette question est traitée au 7° du projet de texte. Le 14° du projet a une portée plus large que le simple accès sur la base d'un contrat (p.ex. l'accès des médecins de famille à la maternité).

Le Ministre ajoute que le 14° vise la transformation du régime (ouvert ou fermé). Lorsque le régime de base est modifié, il convient de consulter le Conseil médical. Pour plus de clarté, le Ministre propose de remplacer dans le texte néerlandais le mot « beleid » par le mot « stelsel », de remplacer les mots « le libre accès » par les mots « l'accès » et de formuler comme suit la fin du 14° : « ... aux activités médicales de l'hôpital ».

L'amendement (point 7) est retiré par son auteur.

§ 3, 15°

L'amendement (point 8) est retiré par son auteur.

De Minister verduidelijkt dat « wijziging van lokalen » moet begrepen worden in de zin van « ruimtelijke verplaatsing van diensten ». Hij stelt voor te schrijven « ... of wijziging van de bestemming van de lokalen... ».

Hiermee wordt ingestemd.

§ 3, 16°

Desgevraagd antwoordt de minister dat de woorden « van het ziekenhuis » in de tekst zijn opgenomen om aan te geven dat ook klachten i.v.m. de werking van de polikliniek verbonden aan het ziekenhuis, worden bedoeld.

Een lid vraagt of met « medische diensten » het geheel van de diensten of ook bepaalde individuele gevallen worden bedoeld. Gaat het bij voorbeeld om klachten van patiënten die lang moeten wachten in de gangen wegens slechte coördinatie tussen de diensten, of worden ook de beroepsfouten van de geneesheren bedoeld ?

Het lid meent te weten dat beroepsfouten soms niet in de Medische Raad worden behandeld.

De Minister antwoordt dat het gaat om situaties waarbij een medicus rechtstreeks betrokken is. De betrokkenheid van de geneesheer moet het criterium zijn (b.v. patiënt beklaagt zich over de wijze waarop de geneesheer van wacht heeft gefunctioneerd).

De Minister zegt er van uit te gaan dat de beheerder liefst het advies van de Medische Raad heeft, maar het kan voorkomen dat men geen ruchtbaarheid aan een zaak wenst te geven en dat de beheerder die zaak eerst alleen met de voorzitter van de Medische Raad wil bespreken.

De Minister suggereert het 16° te schrappen en elders te bepalen dat klachten door de beheerder aan de voorzitter van de Medische Raad moeten worden medegedeeld. Beide zouden dan dienen te bepalen of een aangelegenheid aan de Medische Raad moet worden overgelegd of niet.

Een lid is het hiermee eens.

Volgens een ander lid kan dit aanleiding geven tot discriminatie. Wie stelt de regelen vast volgens welke moet worden beoordeeld of een zaak ter kennis wordt gebracht van de Medische Raad ?

De Minister verduidelijkt dat de algemene regel is dat klachten in verband met de medische activiteit aan de Medische Raad moeten worden voorgelegd. Bepaalde delicate gevallen moeten evenwel op een andere manier kunnen worden opgelost.

Hij stelt voor het 16° als volgt te doen luiden :

« het onderzoek van de klachten in verband met de werking van de medische diensten, die in overleg tussen de voorzitter van de Medische Raad en de beheerder, aan de Raad worden voorgelegd. »

Een lid stelt voor de woorden « het onderzoek van » te schrappen.

Le Ministre précise que par « modification de locaux », il faut entendre « déplacement de services au sein de l'hôpital ». Il propose d'utiliser les termes « ... ou la modification de la destination des locaux ... ».

La Commission marque son accord à ce sujet.

§ 3, 16°

Interrogé à ce propos, le Ministre répond que les mots « de l'hôpital » ont été insérés dans le texte pour indiquer que ce point vise également les plaintes concernant la polyclinique rattachée à l'hôpital.

Un membre aimerait savoir si les mots « services médicaux » englobent l'ensemble des services ou également certains cas individuels. S'agit-il par exemple de plaintes de patients ayant dû attendre longtemps dans les couloirs par suite d'un manque de coordination entre les services, ou ces plaintes recouvrent-elles également les fautes professionnelles commises par les médecins ?

L'intervenant croit savoir que les fautes professionnelles ne sont parfois pas examinées par le Conseil médical.

Le Ministre répond qu'il s'agit de situations dans lesquelles un médecin est directement impliqué. C'est l'implication du médecin qui doit servir de critère (p.ex. un patient se plaint de la manière dont le médecin a accompli son service de garde).

Le Ministre déclare se baser sur le fait que le gestionnaire préfère avoir l'avis du Conseil médical, mais qu'il se peut que l'on ne souhaite pas donner de la publicité à une affaire et que le gestionnaire souhaite d'abord en discuter seul avec le président du Conseil médical.

Le Ministre suggère de supprimer le 16° et de prévoir à un autre endroit que les plaintes doivent être communiquées par le gestionnaire au président du Conseil médical. Ils devraient alors décider à eux deux si une affaire doit être soumise ou non à ce Conseil.

Un membre partage ce point de vue.

Un autre membre estime qu'une telle procédure peut entraîner des discriminations. Qui fixera les règles selon lesquelles il faudra apprécier si une affaire doit être portée à la connaissance du Conseil médical ?

Le Ministre précise que la règle générale est que les plaintes relatives aux activités médicales doivent être soumises au Conseil médical. Certains cas délicats doivent toutefois pouvoir être résolus d'une autre manière.

Il propose de rédiger comme suit le 16° :

« L'examen des plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux de l'hôpital qui, en concertation entre le gestionnaire et le président du Conseil médical, sont soumises au Conseil. »

Un membre propose de remplacer les mots « l'examen des plaintes » par les mots « les plaintes ».

De Minister stemt hiermee in maar wijst er op dat een onderzoek van de klachten noodzakelijk zal zijn om advies te kunnen uitbrengen.

§ 3, 17°

Een lid van de Commissie verwijst naar een vraag gesteld tijdens een voorgaande vergadering in verband met de mogelijkheid voor een huisarts om als hoofdgeneesheer te worden aangesteld.

Die vraag was mede ingegeven door de zorg om collusie van belangen te vermijden. Het lid wenst voorts de mening van de Minister te kennen over de inschrijving in de wet van een principiële onverenigbaarheid.

De Minister herhaalt dat die mogelijkheid bestaat, op voorwaarde dat de huisarts verbonden is aan het ziekenhuis. Bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis zou een huisarts, die instaat voor de algemene geneeskunde, hoofdgeneesheer kunnen zijn.

Op de tweede vraag antwoordt de Minister dat, mocht een amendement met die strekking worden ingediend, hij het advies van de Orde van geneesheren daarover zal inwinnen.

§ 3, 18° (nieuw)

De Minister stelt voor, gelet op de amendering van artikel 3, om een 18°, toe te voegen, luidend :

« 18° De benoeming en/of de aanwijzing van de geneesheren-diensthooften. »

Hiermee wordt ingestemd.

Tijdens een volgende vergadering legt de Minister de hiernavolgende aangepaste en herschikte tekst voor § 3 ter tafel.

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

1° de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren;

2° het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis;

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

4° de benoeming van de hoofdgeneesheer;

5° de benoeming of aanwijzing van de geneesheer-diensthoofd;

6° de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van de geneesheren;

7° de afzetting van geneesheren;

8° sancties tegen geneesheren;

Le Ministre marque son accord mais fait remarquer qu'un examen des plaintes sera nécessaire pour pouvoir émettre un avis.

§ 3, 17°

Un commissaire se réfère à une question posée lors d'une réunion précédente au sujet de la possibilité pour un médecin de famille d'être désigné en tant que médecin en chef.

Cette question était notamment inspirée par le souci d'éviter une collusion d'intérêts. L'intervenant souhaite connaître l'opinion du Ministre sur l'inscription dans la loi d'une incompatibilité de principe.

Le Ministre répète que cette possibilité existe, à la condition que le médecin de famille soit attaché à l'hôpital. Dans un hôpital psychiatrique par exemple, un médecin de famille responsable de la médecine générale pourrait être médecin en chef.

En réponse à la deuxième question, le Ministre répond que si un amendement était déposé dans ce sens, il recueillerait l'avis de l'Ordre des médecins à ce sujet.

§ 3, 18° (nouveau)

Le Ministre propose, compte tenu de l'amendement déposé à l'article 3, d'ajouter un 18° rédigé comme suit :

« 18° la nomination et/ou la désignation des médecins-chefs de service. »

La Commission marque son accord.

Au cours d'une réunion suivante, le Ministre remet le texte adapté et réagencé du § 3 aux membres.

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

1° le règlement général des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visé à l'article 8;

2° le règlement concernant l'organisation et la coordination des activités médicales à l'hôpital;

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

4° la nomination du médecin en chef;

5° la nomination ou désignation des médecins-chefs de service;

6° la nomination, l'engagement, l'admission et la promotion des médecins;

7° la révocation de médecins;

8° les sanctions infligées aux médecins;

9° de jaarlijkse budgettaire raming van de medische activiteit in het ziekenhuis;

10° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de opstelling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;

11° de aanschaffing, de vernieuwing alsmede de belangrijke herstellingen van medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

12° de overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis;

13° de oprichting van nieuwe medische diensten, de wijziging, de splitsing en de opheffing van bestaande medische diensten;

14° de nieuwbouw en de ombouw van het ziekenhuis of de wijziging van de bestemming van lokalen voor zover deze een weerslag heeft op de geneeskundige praktijk;

15° de verandering in het stelsel van het ziekenhuis met betrekking tot de toegang van geneesheren tot medische activiteit in het ziekenhuis;

16° het kader van het verpleegkundig en van het paramedisch personeel met inbegrip van de daarin vereiste kwalificaties;

17° de vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

18° de klachten in verband met de werking van de medische diensten van het ziekenhuis die, in overleg tussen beheerder en voorzitter van de Medische Raad, aan de Raad worden voorgelegd.

De betrokken arts kan vragen dat het in deze paragraaf voorziene advies van de Medische Raad omtrent de in 8° bedoelde sancties vervangen wordt door een advies van de voorzitter van de Medische Raad. »

Het amendement waarbij een nieuwe redactie voor deze paragraaf van artikel 6 werd voorgesteld, wordt ingetrokken.

In antwoord op de vraag van een lid antwoordt de Minister dat, ten gevolge van de herschikking, de punten vermeld onder de nrs. 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17° in aanmerking komen voor versterkt advies.

Een lid maakt nog de volgende opmerking over het 11° van de nieuwe door de Minister voorgestelde tekst.

Zijns inziens zou de consultatie van de Medische Raad moeten slaan op de beslissing van de aanschaffing en niet op de keuze van de uitrusting.

Spreeker stelt voor te schrijven : « de beslissing inzake de aanschaffing. »

Volgens de Minister handelt het 11° uiteraard over « de beslissing tot ... ». De toevoeging van dat woord lijkt hem overbodig.

9° les prévisions budgétaires annuelles relatives aux activités médicales de l'hôpital;

10° la détermination des besoins en équipement et la fixation des priorités dans les limites des possibilités budgétaires fixées par le gestionnaire;

11° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé en tout ou en partie directement à charge des honoraires;

12° les conventions passées avec des tiers ayant une incidence sur les activités médicales à l'hôpital;

13° la création de nouveaux services médicaux, la modification, le dédoublement ou la suppression de services médicaux existants;

14° la construction et la transformation de l'hôpital ou la modification de la destination de locaux pour autant qu'elle ait une répercussion sur la pratique médicale;

15° le changement du régime de l'hôpital en ce qui concerne l'accès de médecins à l'activité médicale de l'hôpital;

16° le cadre du personnel infirmier et paramédical, y compris les qualifications requises dans le cadre;

17° la fixation et la modification du cadre du personnel financé à charge des honoraires;

18° les plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux de l'hôpital qui, en concertation entre le gestionnaire et le président du Conseil médical, sont soumises au Conseil.

Le médecin concerné peut demander que l'avis du Conseil médical prévu dans ce paragraphe concernant les sanctions visées au 8° soit remplacé par un avis du président du Conseil médical. »

L'amendement proposant une nouvelle rédaction pour ce paragraphe de l'article 6 est retiré par son auteur.

En réponse à la question d'un membre, le Ministre précise que par suite de la nouvelle présentation, les points figurant aux n°s 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17° sont susceptibles de faire l'objet d'un avis renforcé.

Un membre formule encore des observations au sujet du 11° du nouveau texte proposé par le Ministre.

A son avis, la consultation du Conseil médical devrait porter sur la décision de l'acquisition et non sur le choix de l'appareillage.

L'intervenant propose de remplacer les mots « l'acquisition ... » par les mots « la décision concernant l'acquisition... ».

Selon le Ministre, il va de soi que le 11° concerne « la décision... ». L'adjonction de ce mot lui semble superflue.

Paragraaf 4

Bij amendement wordt voorgesteld :

« A. In het derde lid van deze § 4 te doen vervallen de volzin : « Indien de Medische Raad, op eigen initiatief, een advies uitbrengt... worden gevolgd. »

B. Het vierde lid van dezelfde § 4 te doen vervallen. »

Volgens de Minister ligt een misverstand over de draagwijdte van artikel 6, § 4, van de ontwerp tekst aan de basis van dit amendement. Men heeft uit de tekst waarvan de schrapping wordt voorgesteld afgeleid dat de geneesheren het beheer — wat de zes punten van § 3 betreft, nl. 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17° — kunnen blokkeren. In alle contacten is evenwel steeds duidelijk gesteld dat een versterkt advies alleen kan worden verstrekt wanneer er een adviesaanvraag van de beheerder is geweest. De Medische Raad kan de beheerder dus niet, uit eigen beweging, tot een beslissing dwingen. De Minister is evenwel bereid, om alle onduidelijkheid weg te werken, het amendement onder letter A te aanvaarden.

De Minister preciseert daarbij nog dat :

— de beheerder over de achttien punten van § 3 advies moet vragen alvorens hij een beslissing neemt;

— de Medische Raad eigen initiatiefrecht heeft dat ruimer kan zijn dan die achttien punten;

— de beheerder ook andere dan die achttien punten aan de Medische Raad ter advies kan voorleggen.

Voorts moet het duidelijk zijn dat de beheerder een spontaan advies van de Medische Raad over een van de zes punten van versterkt advies niet mag beschouwen als een toepassing van de in het ontwerp voorgestelde regeling. Hij moet zijn ontwerp van beslissing aan de Medische Raad voorleggen.

Van de andere kant kan de procedure van het versterkt advies slechts toepassing vinden (§ 5) naar aanleiding van een adviesaanvraag van de beheerder.

Het amendement onder letter B) wordt teruggenomen.

Een lid vraagt zich af op welk ogenblik de geneesheren spontaan advies zouden kunnen uitbrengen over een van de punten van § 3.

De Minister verduidelijkt dat de beheerders vrezen dat de geneesheren advies zouden verstrekken alvorens zij zelf een voorstel van beslissing overmaken; m.a.w. dat de geneesheren het beheer tot een beslissing zouden dwingen. Dat is niet de bedoeling geweest. Van de andere kant vrezen de geneesheren dat indien zij over een van de zes punten spontaan advies geven (met gewone meerderheid) dit door de beheerder zou kunnen worden geïnterpreteerd als een toepassing van de adviesprocedure.

Om elk misverstand dienaangaande uit de weg te ruimen herhaalt de Minister dat hij bereid is in deze paragraaf, de

Paragraphe 4

Il est proposé par voie d'amendement :

« A. De supprimer, au troisième alinéa du § 4 de cet article, la phrase : « Si le Conseil médical donne d'initiative un avis... doit être suivie. »

B. De supprimer le quatrième alinéa du même § 4. »

Selon le Ministre, cet amendement repose sur un malentendu quant à la portée de l'article 6, § 4, du texte du projet. On a déduit du texte dont la suppression est proposée que les médecins seraient en mesure de bloquer la gestion sur six points du § 3, à savoir les 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°. Or, à l'occasion de tous les contacts, il a toujours été dit clairement qu'un avis renforcé ne peut être donné que lorsqu'il y a eu demande d'avis du gestionnaire. Le Conseil médical ne peut donc, d'initiative, contraindre le gestionnaire à prendre une décision. Afin d'éviter toute équivoque, le Ministre est cependant disposé à accepter l'amendement proposé au littera A.

Le Ministre précise encore à ce sujet que :

— le gestionnaire doit demander l'avis du Conseil médical sur les dix-huit points du § 3 avant de prendre une décision;

— le Conseil médical dispose d'un droit d'initiative qui peut être plus large que les dix-huit points;

— le gestionnaire peut également soumettre au Conseil médical d'autres points que les dix-huit mentionnés.

De plus, il doit être bien clair que le gestionnaire ne peut considérer un avis donné spontanément par le Conseil médical sur un des six points nécessitant un avis renforcé comme une application du système proposé dans le projet. Il doit soumettre son projet de décision au Conseil médical.

Par ailleurs, la procédure de l'avis renforcé (§ 5) ne peut s'appliquer qu'à la suite d'une demande d'avis du gestionnaire.

L'amendement proposé au littera B) est retiré.

Un membre se demande à quel moment les médecins pourraient émettre un avis spontané sur l'un des points du § 3.

Le Ministre précise que les gestionnaires craignent que les médecins ne donnent un avis avant qu'eux-mêmes leur aient transmis une proposition de décision; autrement dit que les médecins ne contraignent les gestionnaires à prendre une décision. Tel n'est pas le but recherché. De leur côté, les médecins craignent que, s'ils donnent un avis spontané (à la majorité simple) sur l'un des six points, cela ne puisse être interprété par les gestionnaires comme une application de la procédure d'avis.

Pour éliminer tout malentendu à ce sujet, le Ministre répète qu'il est disposé, comme cela est proposé dans l'amen-

tweede volzin van het derde lid te doen vervallen zoals in het hierboven vermelde amendement wordt voorgesteld. Dit impliceert dat de procedure van de §§ 5 en volgende niet van toepassing is ingeval de geneesheren op eigen initiatief advies uitbrengen. De procedure vindt alleen toepassing wanneer de beheerder een voorstel van beslissing formuleert en voor een aangelegenheid waarvoor deze laatste verplicht is advies te vragen.

Bovendien suggereert de Minister aan het laatste lid van deze paragraaf toe te voegen de zinsnede : « de adviesaanvragen met betrekking tot de in § 5 vermelde punten moeten evenwel steeds schriftelijk geformuleerd worden ».

In de Commissie rijst vervolgens de vraag of het wel nodig is een termijn van twee maanden te voorzien in § 4, tweede lid. Sommigen vinden een termijn van één maand voldoende, anderen geven de voorkeur aan twee maanden. Naar het oordeel van deze laatsten moeten de geneesheren, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de aankoop van nieuw materieel, de tijd hebben om zelf adviezen in te winnen.

De Minister is van oordeel dat men bij het vaststellen van een wettelijke termijn een middenweg moet betrachten : enerzijds moet de termijn voldoende lang zijn om een gefundeerd advies te kunnen uitbrengen; anderzijds moet vermeden worden dat door een te lange adviestermin termijn beheersbeslissingen onnodig lang moeten uitgesteld worden.

De Minister is van oordeel dat, met een goede organisatie van de Medische Raad, een wettelijke adviestermin van één maand voldoende is. De Minister laat nog opmerken dat het ontwerp de mogelijkheid biedt dat beheerder en Medische Raad onderling een andere termijn kunnen afspreken (korter of langer, volgens de noodwendigheden van de voor advies voorgelegde ontwerp-beslissing).

Paragraaf 5

Punten van verzwaard advies — Procedure

Paragraaf 6

Uitbreiding van de punten vermeld in de §§ 3 en 5

De Minister geeft toelichting bij deze paragraaf. Hij herinnert eraan dat uit de bespreking totnogtoe gebleken is dat de Commissie er mede instemt dat, in het belang van de goede werking van het ziekenhuis, in elk ziekenhuis een Medische Raad wordt opgericht en dat deze Medische Raad adviesbevoegdheid heeft over de 18 in § 3 opgesomde punten. Paragraaf 5 gaat nog een stap verder en stelt dat voor een aantal punten het advies van de Medische Raad zwaarder kan doorwegen dan een advies over de andere punten. Volgens de Minister kan i.v.m. de opgesomde punten het beginsel van het versterkt advies verantwoord worden. Hij is van oordeel dat het voor de werking van het ziekenhuis goed is indien over de opgesomde punten tussen beheerder en Medische Raad een zo ruim mogelijke consensus wordt bereikt. Hij preciseert vooraf nog dat een advies op initiatief van de Me-

dement precité, à supprimer la deuxième phrase du troisième alinéa de ce paragraphe. Cela implique que la procédure prévue aux §§ 5 et suivants n'est pas d'application lorsque les médecins émettent un avis de leur propre initiative. Cette procédure s'applique uniquement lorsque le gestionnaire formule une proposition de décision pour une matière à propos de laquelle il est tenu de demander un avis.

En outre, le Ministre suggère de compléter le dernier alinéa de ce paragraphe par la phrase suivante : « Toutefois, les demandes d'avis relatives aux points mentionnés au § 5 doivent toujours être formulées par écrit. »

La question est ensuite posée de savoir s'il est bien nécessaire de prévoir un délai de deux mois au deuxième alinéa du § 4. Certains trouvent qu'un délai d'un mois est suffisant; d'autres préfèrent deux mois. Ces derniers considèrent que les médecins doivent avoir le temps de prendre eux-mêmes des avis, par exemple lorsqu'il s'agit de l'acquisition de nouveau matériel.

Le Ministre estime que lorsqu'on fixe un délai légal, il faut rechercher une voie moyenne : d'une part, le délai doit être suffisamment long pour pouvoir émettre un avis fondé et, d'autre part, il faut éviter qu'un délai trop long n'aboutisse à différer les décisions de gestion pendant une période inutilement longue.

Le Ministre considère que, si le Conseil médical est bien organisé, un délai légal d'un mois est suffisant. Il fait encore remarquer que le projet prévoit que le gestionnaire et le Conseil médical pourront convenir d'un autre délai (plus bref ou plus long, selon les nécessités du projet de décision soumis pour avis).

Paragraphe 5

Les points nécessitant un avis renforcé — Procédure

Paragraphe 6

Extension des points mentionnés aux §§ 3 et 5

Le Ministre commente ce paragraphe. Il rappelle que, jusqu'à ce stade de la discussion, il est apparu que la Commission était d'accord pour que, dans l'intérêt du bon fonctionnement de l'hôpital, il soit créé un Conseil médical dans chaque hôpital et que ce Conseil ait une compétence d'avis sur les 18 points énumérés au § 3. Le § 5 va plus loin et propose que, pour un certain nombre de points, l'avis du Conseil médical pèse d'un poids plus grand que l'avis émis sur les autres points. Selon le Ministre, le principe de l'avis renforcé peut se justifier à l'égard des points énumérés. Il estime qu'il est bon pour le fonctionnement de l'hôpital qu'un consensus aussi large que possible sur les points énumérés se réalise entre le gestionnaire et le Conseil médical. Il précise encore au préalable qu'un avis donné à l'initiative du Conseil médical ne peut jamais donner lieu à la pro-

dische Raad nooit tot de procedure van het versterkt advies kan leiden. Hij verwijst hiervoor naar de discussie die hierover bij de bespreking van § 4 werd gevoerd.

De Minister geeft vervolgens toelichting bij de in het ontwerp voorziene procedure.

De beheerder legt een ontwerp van beslissing voor aan de Medische Raad. Deze verstrekt hierover, binnen de maand, schriftelijk advies. De procedure van § 5 wordt in werking gesteld wanneer de Medische Raad een gemotiveerd advies uitbrengt met een tweederde-meerderheid; zoniet valt men terug op de bepalingen van § 4.

Wanneer het overleg binnen de maand niet tot overeenstemming leidt, kan de beheerder een voorstel doen aan het gehele medische korps. Bereikt dat korps binnen de maand geen overeenstemming dan wordt een bemiddelaar aangewezen. Wanneer deze binnen twee maanden niet tot een akkoord komt, doet hij een persoonlijk voorstel dat de beheerder kan aanvaarden. De aldus genomen beslissing is bindend voor de geneesheren. De beheerder kan ook een alternatief voorstel doen, maar dit moet dan het akkoord hebben van de Medische Raad.

De Minister wijst erop dat, wanneer beroep moet gedaan worden op een bemiddelaar, het overleg binnen het ziekenhuis heeft gefaald.

De geest van het ontwerp is immers die van een samenwerkingsmodel en niet van een conflictmodel. Het is zeker niet de bedoeling van § 5 dat het beroep op de bemiddelaar een courante praktijk zou worden. De procedure is eerder bedoeld als aansporing tot blijvend overleg. De Minister maakt de vergelijking met de alarmprocedure ingeschreven in de Grondwet en de regeling die geldt voor de Brusselse Executieve. Het bestaan van die procedure maakt dat men een oplossing zoekt. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen: noch de geneesheren, noch de beheerder hebben er belang bij dat een (beginnend) conflict naar buiten moet worden gebracht.

De § 5 moet dus maximale kansen geven aan het overleg en aan de samenwerking tussen het beheer en de geneesheren.

De Minister geeft vervolgens volgende punten ter overweging:

— Is het wel nuttig dat de beheerder na het advies van de Medische Raad beroep kan doen op het gehele medische korps? Zal dit niet een factor van verdeeldheid worden tussen de geneesheren onderling? Is zo iets wel in het belang van het ziekenhuis?

— Wat met de automatismen die in de huidige tekst vervat liggen? Dient men wel na een bepaalde termijn een bemiddelaar aan te wijzen? Moet men niet veeleer voldoende tijd laten om binnen het ziekenhuis tot een oplossing te komen zonder dat na een (korte) termijn de procedure van de bemiddelaar a.h.w. automatisch wordt in gang gezet?

cédure de l'avis renforcé. Il renvoie à la discussion qui s'est déroulée à ce sujet lors de l'examen du § 4.

Le Ministre commente ensuite la procédure prévue dans le projet.

Le gestionnaire soumet un projet de décision au Conseil médical. Celui-ci émet à son sujet un avis écrit dans un délai d'un mois. La procédure du § 5 est mise en œuvre lorsque le Conseil médical émet un avis motivé à une majorité des deux tiers; sinon, on en revient aux dispositions du § 4.

Lorsque la concertation ne débouche pas sur un accord dans le mois, le gestionnaire peut faire une proposition à l'ensemble du corps médical. Si ce dernier ne parvient pas à un accord dans le mois, un médiateur est désigné. Si celui-ci ne parvient à un accord dans les deux mois, il fait une proposition personnelle que le gestionnaire peut accepter. La décision prise de cette manière lie les médecins. Le gestionnaire peut également faire une contre-proposition, mais celle-ci doit recevoir l'accord du Conseil médical.

Le Ministre souligne que, lorsqu'il faut recourir à un médiateur, c'est que la concertation au sein de l'hôpital a échoué.

On sait en effet que l'esprit prôné par le projet est la collaboration et non le conflit. Le but visé par le § 5 n'est certes pas de généraliser le recours au médiateur. La procédure est plutôt conçue comme un encouragement à une concertation permanente. Le Ministre la compare à la procédure de la sonnette d'alarme inscrite dans la Constitution et aux règles en vigueur pour l'Exécutif bruxellois. L'existence de cette procédure fait qu'on recherche une solution. Il en va de même pour les hôpitaux: ni les médecins ni le gestionnaire n'ont intérêt à ce qu'un conflit (débutant) soit « exporté ».

Le § 5 doit donc donner un maximum de chances à la concertation et à la collaboration entre le gestionnaire et les médecins.

Le Ministre attire ensuite l'attention sur les points suivants:

— Est-il bien utile qu'après l'avis du Conseil médical, le gestionnaire puisse faire appel à l'ensemble du corps médical? N'y a-t-il pas là un facteur de discorde entre les médecins? Une telle mesure est-elle bien dans l'intérêt de l'hôpital?

— Qu'en est-il des automatismes contenus dans le texte actuel? Faut-il bien désigner un médiateur après un certain délai? Ne faut-il pas plutôt laisser un temps suffisant pour aboutir à une solution au sein de l'hôpital, sans qu'après un (bref) délai, la procédure de médiation s'enclenche pour ainsi dire automatiquement?

De Minister suggereert de aanwijzing van de bemiddelaar niet automatisch te laten plaatsvinden maar alleen op gezamenlijk voorstel van de beheerder en van de Medische Raad.

— De tekst zegt dat de bemiddelaar moet gekozen worden uit een lijst (zie 1ste lid, § 5). De Minister meent dat een tussenformule mogelijk moet zijn; bijvoorbeeld : de bemiddelaar wordt gekozen in overleg tussen beheerder en Medische Raad. Wanneer over de persoon van de bemiddelaar geen overeenstemming kan worden bereikt, zou men beroep kunnen doen op een persoon die op de lijst voorkomt.

Als conclusie van zijn toelichting bij § 5 stelt de Minister dat voor de zes opgesomde punten de procedure van versterkt advies verantwoord is. Hij beklemtoont evenwel dat volgens hem in geval een advies van de Medische Raad sterk afwijkt van de ontwerpbeslissing van de beheerder moet vermeden worden dat men al te snel in het conflictmodel vervalt. Hij benadrukt dat de voorgestelde procedure tot doel heeft in dit geval aan te sporen tot verder overleg op het niveau van het ziekenhuis dat alsnog op een consensus uitmondt. De procedure van beroep op de bemiddelaar zou slechts in uiterste nood mogen worden ingezet indien men op het niveau van het ziekenhuis werkelijk geen andere oplossing ziet.

De Minister verklaart zich ten slotte bereid de ontwerp-tekst te amenderen uitgaande van het resultaat van de Commissiebespreking. Tijdens de hierop volgende discussie komen in hoofdzaak de volgende punten aan de orde :

1. *Duur en complexiteit van de procedure*

Enkele leden vinden dat de procedure zoals ze in het ontwerp is omschreven omslachtig is. Wanneer men alle termijnen samentelt kan zij zeven maanden duren.

De Minister ontkent dit niet maar brengt in herinnering dat hij de kansen om binnen het ziekenhuis tot een oplossing wil komen, wil vergroten en de toepassing van de procedure zoveel als mogelijk overbodig maken. Indien de procedure wordt toegepast heeft de samenwerking binnen het ziekenhuis gefaald.

Op een vraag hieromtrent antwoordt de Minister dat de termijnen slechts beginnen te lopen vanaf het ogenblik dat de bemiddelaar wordt aangewezen. In de daaraan voorafgaande periode, die kort of lang kan zijn, dient men de mogelijkheid open te laten om binnen het ziekenhuis tot een vergelijk te komen.

2. *Raadpleging van het gehele medische corps van het ziekenhuis*

Een lid maakt een bemerking bij de bedenking van de Minister dat een beroep op het gehele medische corps een risico van conflict met de Medische Raad kan inhouden. Het lid meent dat het misschien toch niet aangewezen is, omwille van dit risico, dit onderdeel van de procedure te laten vallen, te meer daar het ontwerp zelf geen precies beeld geeft hoe de Medische Raad uiteindelijk zal zijn samengesteld. Wel stelt hij zich de vraag of het zinvol is in dit beroep

Le Ministre suggère que la désignation du médiateur ne soit pas automatique mais n'intervienne que sur la proposition conjointe du gestionnaire et du Conseil médical.

— Le texte dit que le médiateur doit être choisi sur une liste (cf. l'alinéa 1^{er}, du § 5). Le Ministre pense qu'une formule intermédiaire doit être possible; le médiateur pourrait, par exemple, être choisi par concertation entre le gestionnaire et le Conseil médical. Si aucun accord ne peut se faire sur la personne du médiateur, on pourrait alors faire appel à une personne figurant dans la liste.

En conclusion de son commentaire du § 5, le Ministre déclare que la procédure de l'avis renforcé se justifie pour les six points énumérés. Il souligne cependant que, selon lui, lorsque l'avis du Conseil médical diverge sensiblement du projet de décision du gestionnaire, il faut éviter de se retrouver trop rapidement en situation de conflit. Il insiste sur le fait qu'en pareil cas, le but de la procédure proposée est d'inciter, au niveau de l'hôpital, à la poursuite d'une concertation qui aboutisse finalement à un consensus. La procédure du recours au médiateur ne devrait être employée qu'à la dernière extrémité, si l'on n'aperçoit vraiment aucune autre solution au niveau de l'hôpital.

Le Ministre se déclare finalement disposé à amender le projet de texte, compte tenu des résultats de l'examen en Commission. La discussion qui y fait suite aborde principalement les points suivants :

1. *Durée et complexité de la procédure*

Certains membres estiment que la procédure définie dans le projet est fastidieuse. Si l'on additionne tous les délais, elle peut durer sept mois.

Le Ministre ne le nie pas, mais rappelle qu'il souhaite augmenter les chances d'arriver à une solution dans le cadre de l'hôpital, de façon à éviter autant que possible de devoir appliquer la procédure. Si cette dernière doit être appliquée, c'est que les tentatives de collaboration au sein de l'hôpital ont échoué.

Interrogé à ce sujet, le Ministre ajoute que les délais ne commencent à courir qu'à partir du moment où le médiateur est désigné. Pendant la période préalable, qui peut être brève ou longue, il faut ménager la possibilité d'arriver à un compromis à l'intérieur de l'hôpital.

2. *Consultation de tout le corps médical de l'hôpital*

Un membre fait une observation à propos de la déclaration du Ministre selon laquelle un recours à l'ensemble du corps médical peut comporter un risque de conflit avec le Conseil médical. L'intervenant estime qu'il n'est tout de même peut-être pas indiqué de renoncer, à cause de ce risque, à cette partie de la procédure, d'autant plus que le projet lui-même ne donne pas d'idées précises de la composition définitive au Conseil médical. Par contre, il se demande s'il est

op alle geneesheren zo direct bij de aanvang van de procedure te voorzien. Hij suggereert die raadpleging slechts te laten gebeuren alvorens zou beslist worden beroep te doen op een bemiddelaar.

De Minister antwoordt dat zijn bekommernis vooral uitging naar het doelmatig functioneren van de Medische Raad, waarmee de beheerder ook later nog moet samenwerken.

De Minister betwijfelt dus of het geraadzaam is dat de beheerder, over het hoofd van de Medische Raad heen, het geneesherencorps kan raadplegen. De Minister heeft er daarentegen geen bezwaar tegen dat de Medische Raad het geneesherencorps consulteert of dat de beheerder en de Medische Raad samen beslissen dat zij het corps consulteren. De Minister legt er nog de nadruk op dat gedurende de periode van overleg tussen de Medische Raad en beheerder alle andere vormen van overleg in het ziekenhuis niet verboden zijn.

Hij wenst hiervan evenwel geen wettelijke verplichting te maken.

Het commissielid is het met deze laatste opmerking niet eens. Hij meent dat het aangewezen is in de wet te bepalen dat de Medische Raad, op een bepaald ogenblik, het geneesherencorps moet consulteren.

De Minister meent dat het niet aangewezen is dit bij wet te verplichten. Het wetsontwerp legt het zwaartepunt van het consensusmechanisme bij de Medische Raad.

Het lid repliceert dat op dit ogenblik niet duidelijk is hoe de Medische Raad zal zijn samengesteld. Zal hij wel een emanatie zijn van het geneesherencorps? Men dient er op de ene of de andere wijze voor te zorgen dat het standpunt van de Medische Raad dat van het gehele corps is.

De Minister geeft toe dat de samenstelling van de Medische Raad bij koninklijk besluit moet worden geregeld, maar in artikel 5 van het ontwerp zijn toch een aantal elementen ingebouwd die moeten vermijden dat de Medische Raad van het geneesherencorps vervreemdt. De Medische Raad is een door de geneesheren verkozen orgaan. Van de andere kant vindt de Minister dat de Medische Raad zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen. Hij herhaalt dat de consultatie van alle geneesheren steeds mogelijk is.

3. Aanwijzing van een bemiddelaar

Een lid betwijfelt of een bemiddelaar, die vreemd is aan het ziekenhuis, wel een objectief oordeel zal kunnen vellen. Door wie wordt hij voorgelicht?

Dit lid vraagt of men binnen het ziekenhuis een bemiddelaar kan aanwijzen.

De Minister antwoordt dat beide partijen akkoord moeten zijn over de persoon van de bemiddelaar; hij zal beide partijen moeten horen. De Minister oordeelt dat men de kansen op succes vergroot wanneer hij in onderling overleg wordt aangewezen. Tegen de aanwijzing van een persoon

judicieux de prévoir ce recours à tous les médecins dès le début de la procédure. Il suggère de n'entamer cette procédure qu'avant qu'il ait été décidé de faire appel à un médiateur.

Le Ministre répond que sa préoccupation principale est d'assurer le fonctionnement efficace du Conseil médical, avec lequel le gestionnaire sera encore appelé à coopérer ultérieurement.

Le Ministre se demande donc s'il est vraiment judicieux que le gestionnaire puisse consulter le corps médical sans passer par le Conseil médical. Par contre, il n'a rien à objecter à ce que celui-ci consulte le corps médical ou à ce que le gestionnaire et le Conseil médical décident ensemble de consulter ce corps. Le Ministre met encore l'accent sur le fait que pendant la période de concertation entre le Conseil médical et le gestionnaire, toutes les autres formes de concertation au sein de l'hôpital ne sont pas interdites.

Toutefois, il ne souhaite pas en faire une obligation légale.

L'intervenant ne peut marquer son accord sur cette dernière observation. Il estime qu'il est indiqué de prévoir dans la loi que le Conseil médical doit consulter le corps médical à un moment donné.

Le Ministre est d'avis qu'il ne se justifie pas de rendre cette consultation légalement obligatoire. Le projet fait du Conseil médical le centre de gravité du mécanisme du consensus.

L'intervenant réplique qu'on ne voit pas très bien pour l'instant comment le Conseil médical sera composé. Sera-t-il effectivement une émanation du corps médical? D'une manière ou d'une autre, il faudra veiller à ce que le point de vue du Conseil médical soit celui de tout le corps médical.

Le Ministre reconnaît que la composition du Conseil médical doit être réglée par arrêté royal, mais l'article 5 du projet comporte tout de même une série d'éléments destinés à éviter que le Conseil médical ne se désolidarise du corps médical. Ce Conseil est en effet un organe élu par les médecins. D'autre part, le Ministre considère que le Conseil médical doit prendre ses propres responsabilités. Il répète qu'il est toujours possible de consulter l'ensemble des médecins.

3. Désignation d'un médiateur

Un membre doute qu'un médiateur étranger à l'hôpital soit capable de porter un jugement objectif. Par qui sera-t-il informé?

L'intervenant aimerait savoir si l'on peut désigner un médiateur au sein de l'hôpital.

Le Ministre répond que les deux parties doivent être d'accord sur la personne du médiateur; il devra entendre les deux parties. Le Ministre estime qu'on augmente les chances de réussite si le médiateur est désigné d'un commun accord. Il n'y a pas d'objection à ce qu'une personne

binnen het ziekenhuis, met het akkoord van beide partijen, is er geen bezwaar.

4. Eventuele relatie met het koninklijk besluit nr. 244

Een lid wenst te vernemen of bij de voorbereiding van het ontwerp rekening werd gehouden met het koninklijk besluit nr. 244. Wat gebeurt er wanneer de gemeente, met toepassing van dat besluit, beperkingen oplegt aan het beheer van het ziekenhuis ?

De Minister antwoordt dat de gemeenten geen invloed kunnen doen gelden op de zes punten van versterkt advies. Inzake de begroting daarentegen wegen de standpunten van de gemeenten zwaarder door dan die van de Medische Raad. Hiervoor geldt evenwel niet de regel van het versterkt advies.

Een andere intervenant vraagt wat de beheerder gaat doen wanneer hij, ingevolge een saneringsplan, dient te raken aan het financieel statuut van de geneesheren. In dat geval gaat het om punt 1° van § 3. Daarvoor geldt wel het versterkt advies.

De Minister erkent dat de gemeente beperkingen kan opleggen aan de begroting van het ziekenhuis. De gemeente kan evenwel niet vragen dat de geneesheren zouden inleveren. De beheerder kan daartoe echter wel gedwongen zijn. Dat gebeurt nu ook reeds. Met het ontwerp worden de feiten alleen geformaliseerd.

Het commissielid blijft er bij dat de bepalingen van § 5 niet in overeenstemming zijn met het koninklijk besluit nr. 244 en meer bepaald met de wijzigingen die door dat besluit in artikel 94 van de O.C.M.W.-wet werden aangebracht.

Het lid vindt overigens dat de beheerder van een openbaar ziekenhuis een sanctie zou moeten kunnen uitspreken tegen een geneesheer die de werktijden vastgelegd in het reglement van inwendige orde niet respecteert, zonder dat de andere geneesheren daarover worden geraagdpleegd en nog minder een bemiddelaar wordt aangewezen.

Een ander lid spreekt in dezelfde zin. Het zal naar zijn mening zeer moeilijk zijn om tweederde van de Medische Raad te overtuigen een sanctie uit te spreken.

De Minister wijst erop dat het koninklijk besluit nr. 244 betrekking heeft op de voogdij over een door het O.C.M.W. genomen beslissing. De hier besproken procedure komt daarmee niet in conflict; ze wordt eraan toegevoegd.

Een lid sluit zich aan bij hetgeen de Minister heeft gezegd over het koninklijk besluit nr. 244 en dit ontwerp. Zijns inziens kan het wel voorkomen dat de procedure binnen het ziekenhuis moet worden herbegonnen t.g.v. een beslissing van de gemeenteraad.

Tijdens een volgende vergadering legt de Minister een nieuwe tekst ter tafel die beoogt het § 5 van het ontwerp te vervangen door een § 5 en een § 6 luidend als volgt :

« § 5. Indien de Medische Raad over een adviesaanvraag van de beheerder met betrekking tot de punten bedoeld in

soit désignée au sein de l'hôpital, avec l'accord des deux parties.

4. Relation éventuelle avec l'arrêté royal n° 244

Un membre aimerait savoir si, en préparant le projet, on a tenu compte de l'arrêté royal n° 244. Qu'advient-il si la commune, en application de cet arrêté, impose des restrictions à la gestion de l'hôpital ?

Le Ministre répond que les communes ne peuvent exercer aucune influence pour ce qui est des six points de l'avis renforcé. Par contre, en ce qui concerne le budget, le point de vue des communes a plus d'importance que celui du Conseil médical. A cet égard, il n'est cependant pas fait application de la règle de l'avis renforcé.

Un autre intervenant demande ce que le gestionnaire fera s'il doit, à la suite d'un plan d'assainissement, toucher au statut financier des médecins. Dans ce cas, il sera fait application du point 1° du § 3, pour lequel il faut un avis renforcé.

Le Ministre reconnaît que la commune peut imposer des restrictions au budget de l'hôpital. Elle ne peut toutefois demander que les médecins fassent un effort de modération salariale. Le gestionnaire par contre peut y être contraint. C'est d'ailleurs ce qui se passe déjà à l'heure actuelle. Le projet ne fait que légaliser les faits.

L'intervenant reste convaincu que les dispositions du § 5 ne sont pas en concordance avec l'arrêté royal n° 244 et, plus précisément, avec les modifications apportées par cet arrêté à l'article 94 de la loi sur les C.P.A.S.

Il estime d'ailleurs que le gestionnaire d'un hôpital public doit pouvoir prendre une sanction contre un médecin ne respectant pas les horaires prévus dans le règlement d'ordre intérieur, sans que les autres médecins doivent être consultés à ce sujet et, encore moins, qu'un médiateur doive être désigné.

Un autre membre se range à ce point de vue. A son avis, il sera très malaisé de convaincre deux tiers du Conseil médical de prendre une sanction.

Le Ministre souligne que l'arrêté royal n° 244 concerne la tutelle exercée sur une décision prise par le C.P.A.S. La procédure examinée en l'espèce n'est pas en contradiction avec cet arrêté, mais elle s'y ajoute.

Un membre se rallie à ce que le Ministre a déclaré à propos de l'arrêté royal n° 244 et du projet. A son avis, il peut cependant arriver que la procédure dans le cadre de l'hôpital doive être recommencée par suite d'une délibération du conseil communal.

Au cours d'une réunion suivante, le Ministre propose un nouveau texte, qui vise à remplacer le § 5 du projet par un § 5 et un § 6 rédigés comme suit :

« § 5. Si, concernant une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés au § 3, sub 1°, 2°, 4°, 11° et 17°,

§ 3, sub 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17° een geschreven en gemotiveerd advies uitbrengt met een tweederdemeerderheid van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, zal hij overleg plegen met de Medische Raad of een afvaardiging van de Medische Raad. Indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt, kan, op gezamenlijk besluit van beheerder en Medische Raad, het probleem aanhangig gemaakt worden bij een externe bemiddelaar die ze in gemeenschappelijk akkoord aanduiden. Indien evenwel geen overeenstemming wordt bereikt omtrent de keuze van de bemiddelaar, wordt de Minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hiervan in kennis gesteld; deze duidt binnen de maand ambtshalve een bemiddelaar aan, gekozen op een lijst van bemiddelaars die door hem wordt opgesteld op voorstel van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

§ 6. De bemiddelaar tracht de standpunten nader tot elkaar te brengen. Indien binnen de maand geen overeenstemming wordt bereikt, doet de bemiddelaar binnen de maand zelf een voorstel tot oplossing. Indien... (zie tekst zoals voorzien in het ontwerp). »

De Minister dient nog een andere tekst in voor § 6 van het ontwerp, die § 7 zou worden. Deze tekst luidt :

« § 7. De Koning kan, op eensluidend advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, andere punten toevoegen aan de onder § 3 vermelde punten. »

De Minister preciseert hierbij nog dat een onderscheid wordt gemaakt tussen de interne procedure (binnen het ziekenhuis), waarop de klemtoon ligt (§ 5), en de niet-strict-interne procedure.

Een commissielid betreurt het dat de Minister vasthoudt aan het beginsel van het versterkt advies voor een aantal punten. Hierdoor zal het werk van de beheerder bemoeilijkt worden.

Spreker heeft het vooral over de O.C.M.W.-ziekenhuizen en met name die waarvoor coalitieakkoorden zijn gesloten welke een invloed hebben op de aanwijzing van personen op de verschillende echelons. Het zou te betreuren zijn indien dergelijke akkoorden zouden worden vernietigt t.g.v. de invloed die aan de geneesheren wordt verleend.

Spreker zou het beginsel van het versterkt advies kunnen aanvaarden indien de uiteindelijke beslissingsmacht bij de beheerder zou komen te liggen. In zijn visie zou de beheerder kunnen beslissen na een zekere reflexietijd (afkoelingsperiode) te hebben in acht genomen.

De Minister antwoordt dat de nieuwe tekst, zoniet volledig, dan toch ten dele tegemoetkomt aan de zorg van het lid.

In de vorige versie van § 5 was er een afkoelingsperiode die automatisch leidde tot de aanwijzing van een bemiddelaar. De nieuwe tekst bouwt een afkoelings- (onderhandelings) periode in waarin de beheerder de conclusies kan trekken

le Conseil médical donne un avis écrit, motivé et émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis, il se concertera avec le Conseil médical ou avec une délégation de celui-ci. Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, par décision commune du gestionnaire et du Conseil médical, être soumis à un médiateur externe qu'ils désignent d'un commun accord. Toutefois, s'il n'y a pas d'accord sur le choix du médiateur, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions en est informé; celui-ci désigne d'office dans le mois un médiateur, choisi sur une liste de médiateurs, dressée par lui, sur proposition de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux.

§ 6. Le médiateur tente de rapprocher les points de vue. Si aucun accord n'intervient dans le mois, le médiateur propose lui-même une solution dans le mois. Si... (texte tel qu'il est prévu dans le projet). »

Le Ministre dépose encore un autre texte pour le § 6 du projet, qui deviendrait le § 7. Ce texte est libellé comme suit :

« § 7. Le Roi peut, sur avis conforme de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, ajouter d'autres points aux points énumérés au § 3. »

Le Ministre précise à ce propos qu'il est fait une différence entre la procédure interne (à l'intérieur de l'hôpital), sur laquelle l'accent est mis (§ 5), et la procédure qui n'est pas strictement interne.

Un membre regrette que le Ministre s'en tienne au principe de l'avis renforcé pour un certain nombre de points. Cela ne fera que compliquer le travail du gestionnaire.

L'intervenant pense surtout aux hôpitaux des C.P.A.S. et principalement à ceux pour lesquels ont été conclus des accords de coalition qui ont une incidence sur les nominations aux différents échelons. Il serait regrettable que ces accords soient réduits à néant à la suite de l'influence attribuée aux médecins.

L'intervenant pourrait admettre le principe de l'avis renforcé si le pouvoir final de décision appartenait au gestionnaire. Dans sa manière de voir les choses, le gestionnaire pourrait décider après avoir observé un certain temps de réflexion.

Le Ministre répond que le nouveau texte répond, sinon entièrement, du moins en partie au souci exprimé par le membre.

Dans la version précédente du § 5, était prévue une période de « détente » qui conduisait automatiquement à la désignation d'un médiateur. Le nouveau texte prévoit une période de détente (de négociation) pendant laquelle le gestionnaire

uit het overleg, de lopende procedure verlaten en een nieuw voorstel doen. De Minister beklemtoont nog dat hij de afkoelingsperiode op een actieve wijze beschouwt, nl. een periode tijdens welke naar alternatieve oplossingen wordt gezocht waarover alsnog een consensus wordt bereikt.

De bemiddelaar treedt slechts in allerlaatste instantie op.

Een ander lid vraagt wie het initiatief kan nemen om de procedure van de bemiddelaar in te zetten wanneer het meningsverschil — ondanks overleg op niveau van het ziekenhuis — blijft bestaan. Kan dat initiatief van beide zijden (beheerder en geneesheren) of alleen van de zijde van de beheerder komen?

De Minister verduidelijkt nogmaals de basisfilosofie van de ontwerp-tekst :

— men moet streven naar een consensus, d.w.z. in geen enkele fase kan de Medische Raad de beheerder tot een beslissing dwingen waarmee hij het niet eens is en vice versa;

— het beroep op de bemiddelaar geschiedt in onderlinge overeenstemming;

— binnen de eerste fase kan de beheerder een alternatief voorstel doen en de procedure opnieuw beginnen. Dit biedt heel wat mogelijkheden voor de beheerder die, afgaande op zijn gesprekken met de Medische Raad, met een ander voorstel tot een oplossing kan komen.

Op de bemiddelingsprocedure moet alleen in uiterste nood en niet te gemakkelijk beroep gedaan worden. De normale gang van zaken zou zijn dat wanneer men beroep doet op de bemiddelaar, men vooraf zou moeten zeggen dat men zijn oordeel aanvaardt (= arbitrage). Alhoewel het arbitrage-model in termen van uiteindelijke besluitvorming allicht doeltreffender zou geweest zijn, gaat het ontwerp niet zo ver. Het voorstel van de bemiddelaar wordt niet dwingend opgelegd naar de beheerder toe.

De bemiddelaar dient rekening te houden met de algemene doelstellingen van het ziekenhuis zoals die zijn vastgesteld in het algemeen reglement dat door iedereen is aanvaard.

Nog een ander lid leidt uit de voorgestelde tekst (§ 6 nieuw) af dat men zich voor een toestand van « afwezigheid van beslissing », d.w.z. van totale blokkering kan bevinden.

De Minister geeft toe dat dit juist is indien men de procedure statisch bekijkt; maar het is niet juist indien men de dynamiek van de procedure volgt : deze spoort aan tot blijvend overleg tot een consensus bereikt wordt. De belangrijkste bepalingen zijn vervat in § 5 en houden in dat men niet meer automatisch tot de aanwijzing van een bemiddelaar komt (alternatief voorstel). Wordt er toch een bemiddelaar aangewezen dan zal de beheerder moeten uitmaken of hij diens voorstel aanvaardt dan wel er de voorkeur aan geeft geen beslissing te nemen. T.o.v. de geneesheren gaat het om een bindende beslissing indien de beheerder het voorstel van de bemiddelaar overneemt.

peut tirer les conclusions de la concertation, abandonner la procédure en cours et faire une nouvelle proposition. Le Ministre souligne qu'il envisage la période de détente d'une manière active, c'est-à-dire une période pendant laquelle on recherche des solutions de rechange susceptibles d'aboutir finalement à un consensus.

Le médiateur n'intervient qu'en toute dernière instance.

Un autre intervenant demande qui peut prendre l'initiative de déclencher la procédure de médiation lorsque le différend subsiste en dépit de la concertation au niveau de l'hôpital. Cette initiative peut-elle émaner des deux parties (gestionnaire et médecins) ou est-elle réservée au gestionnaire ?

Le Ministre précise une nouvelle fois la philosophie de base du projet :

— on doit rechercher un consensus, c'est-à-dire qu'à aucun moment, le Conseil médical ne peut contraindre le gestionnaire à une décision sur laquelle celui-ci n'est pas d'accord, et vice versa;

— le recours au médiateur se fait d'un commun accord;

— dans le cadre de la première phase, le gestionnaire peut faire une proposition de rechange et recommencer la procédure. Cela offre diverses possibilités au gestionnaire qui, en fonction de ses conversations avec le Conseil médical, peut résoudre le problème par une autre proposition.

Il ne faut pas recourir trop facilement à la procédure de médiation, mais seulement en cas de nécessité. Le déroulement normal des choses serait que, si l'on fait appel au médiateur, on devrait déclarer préalablement qu'on accepte sa décision (= arbitrage). Bien qu'en termes de décision définitive le système de l'arbitrage eût sans doute été plus efficace, le projet ne va pas aussi loin. La proposition du médiateur n'est pas imposée au gestionnaire.

Le médiateur doit tenir compte des objectifs généraux de l'hôpital tels qu'ils sont consignés dans le règlement général accepté par tous.

Un autre membre déduit du texte proposé (§ 6 nouveau) qu'on peut se trouver dans une situation d'absence de décision, c'est-à-dire de blocage total.

Le Ministre reconnaît que c'est exact si l'on envisage la procédure d'un point de vue statique; mais il n'en est rien si l'on suit la dynamique de la procédure : elle incite à poursuivre la concertation jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les dispositions les plus importantes sont contenues au § 5 et elles impliquent qu'on n'en arrive pas automatiquement à la désignation d'un médiateur (proposition alternative). Si l'on en vient malgré tout à désigner un médiateur, le gestionnaire devra déterminer s'il accepte la proposition de celui-ci ou s'il préfère ne pas prendre de décision. Si le médiateur reprend la proposition du gestionnaire, cette décision est obligatoire pour les médecins.

Het lid maakt hierop de bedenking dat er punten zijn waarvoor de manoeuvreerruimte voor de beheerder veeleer gering is (vb. aanwijzing van de hoofdgeneesheer).

De Minister is het ermee eens dat de aanwijzing van een hoofdgeneesheer een moeilijk probleem kan zijn. Deze gelegenheid moet evenwel in gemeenschappelijk overleg worden opgelost. Het heeft immers geen zin een persoon aan te wijzen die niet door een van beide partijen wordt aanvaard. De Minister verwijst naar de vroegere discussie over de rol van de hoofdgeneesheer.

Aan het einde van deze bespreking wordt door een lid nog opgemerkt dat uit de voorgestelde tekst niet blijkt wie de Minister van Volksgezondheid in kennis moet stellen van het feit dat geen overeenstemming kon worden bereikt over de aanwijzing van een bemiddelaar. Naar het oordeel van de intervenant dient de beheerder daartoe de nodige stappen te doen.

Ten slotte wordt door enkele leden nog voorgesteld het woord « externe » vóór bemiddelaar te schrappen. Dat maakt de aanwijzing mogelijk van een bemiddelaar uit het ziekenhuis (zie hoger).

**

Op een volgende vergadering stelt de Minister een nieuwe tekst voor ter vervanging van de §§ 4 t/m 6 van artikel 6 van het ontwerp. De nieuwe bepalingen die de §§ 4 t/m 9 worden en die rekening houden met de standpunten die door de commissieleden t.a.v. de vorenstaande teksten werden ingenomen, luiden als volgt :

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

Het advies moet, tenzij andersluidende afspraak tussen beheerder en Medische Raad, binnen de maand worden verstrekt. Indien na het verstrijken van de termijn geen advies werd uitgebracht, kan de beheerder een beslissing nemen.

De Medische Raad heeft eveneens recht om, op eigen initiatief, aan de beheerder advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het ziekenhuis betreffen.

Behalve indien beheerder en Medische Raad anders overeenkomen worden de adviesaanvragen en de adviezen schriftelijk geformuleerd; de adviesaanvragen met betrekking tot de in § 5 vermelde punten moeten evenwel steeds schriftelijk geformuleerd worden.

§ 5. Indien de Medische Raad over een adviesaanvraag van de beheerder met betrekking tot de punten bedoeld in § 3, sub 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17°, een geschreven en gemotiveerd advies uitbrengt met een tweederdemeerderheid van

L'intervenant fait remarquer qu'il y a des points pour lesquels la marge de manoeuvre du gestionnaire est plutôt réduite (par exemple la désignation du médecin en chef).

Le Ministre concède que la désignation d'un médecin en chef peut être un problème difficile. Cette question doit cependant être réglée d'un commun accord. Il ne sert à rien de désigner une personne qui n'est pas acceptée par les deux parties. Le Ministre renvoie à la discussion qui a été consacrée au rôle du médecin en chef.

A la fin de cette discussion, un membre fait encore remarquer que le texte proposé n'indique pas qui doit informer le Ministre de la santé publique qu'aucun accord n'a pu intervenir sur la désignation d'un médiateur. A son avis, il appartient au gestionnaire de faire le nécessaire.

Enfin, plusieurs membres proposent encore de supprimer le terme « extérieur » après le mot « médiateur ». Cela permettrait la désignation d'un médiateur au sein de l'hôpital (cf. *supra*).

**

A une réunion ultérieure, le Ministre propose un nouveau texte en remplacement des §§ 4 à 6 de l'article 6 du projet. Les nouvelles dispositions, qui deviennent les §§ 4 à 9 de l'article et tiennent compte des points de vue adoptés par les membres à l'égard des textes précédents, sont libellées comme suit :

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

Sauf si le gestionnaire et le Conseil médical ont convenu d'un autre délai, l'avis doit être émis endéans le mois. Si, après l'expiration du délai, l'avis n'a pas été émis, le gestionnaire peut prendre une décision.

Le Conseil médical est également en droit de donner d'initiative son avis au gestionnaire sur toutes les questions relatives à l'exercice de la médecine à l'hôpital.

Sauf si le gestionnaire et le Conseil médical en conviennent autrement, les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit; toutefois, les demandes d'avis qui concernent les points visés au § 5 doivent toujours être formulées par écrit.

§ 5. Si, concernant une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés au § 3, sub 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°, le Conseil médical donne un avis écrit, motivé et émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et si le

de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, kan een beslissing slechts genomen worden overeenkomstig de procedure voorzien in de paragrafen 6, 7 en 8.

§ 6. Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het in § 5 bedoelde advies, zal hij overleg plegen met de Medische Raad of een afvaardiging van de Medische Raad.

Indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt, kan, in gemeenschappelijk akkoord, het probleem aanhangig gemaakt worden bij een bemiddelaar. De bemiddelaar wordt aangewezen in gemeenschappelijk akkoord tussen beheerder en Medische Raad. Indien geen overeenstemming wordt bereikt omtrent de keuze van de bemiddelaar, stelt de beheerder de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hiervan in kennis; deze duidt binnen de maand ambtshalve een bemiddelaar aan, gekozen op een lijst van bemiddelaars die door hem wordt opgesteld op voorstel van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

§ 7. Indien evenwel het in vorige paragraaf bedoelde overleg na twee maanden niet tot overeenstemming heeft geleid en indien de beheerder niet een nieuw voorstel van beslissing voor advies heeft voorgelegd aan de Medische Raad, kan hetzij de beheerder, hetzij de Medische Raad vragen dat de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft een bemiddelaar zou aanwijzen bij wie het probleem wordt aanhangig gemaakt; de Minister duidt binnen de maand een bemiddelaar aan, genomen uit de in vorige paragraaf bedoelde lijst.

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

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

§ 9. De Koning kan, op eensluidend advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, andere punten toevoegen aan de in de §§ 3 en 5 vermelde punten. »

Op de vraag van een lid dat wenst te weten hoe de bepalingen van de nieuwe §§ 6 en 7 met elkaar te verenigen

gestionnaire ne peut se rallier à l'avis, la décision ne peut intervenir que selon la procédure prévue aux paragraphes 6, 7 et 8.

§ 6. Si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis visé au § 5, il se concerte avec le Conseil médical ou avec une délégation de celui-ci.

Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, être soumis à un médiateur. Le médiateur est désigné d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical. S'il n'y a pas d'accord sur le choix du médiateur, le gestionnaire en informe le ministre qui a la santé publique dans ses attributions; celui-ci désigne d'office endéans le mois un médiateur, choisi sur une liste de médiateurs dressée par lui, sur proposition de la Commission nationale paritaire médecin-hôpitaux.

§ 7. Toutefois, si la concertation visée au paragraphe précédent n'a pas abouti à un consensus après deux mois et si le gestionnaire n'a pas demandé l'avis du Conseil médical sur une nouvelle proposition de décision, soit le gestionnaire soit le Conseil médical peut demander que le ministre qui a la santé publique dans ses attributions désigne un médiateur auquel le problème sera soumis; le ministre désigne dans le mois un médiateur, choisi sur la liste visée au paragraphe précédent.

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

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

§ 9. Le Roi peut, sur avis conforme de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, ajouter d'autres points aux points énumérés aux §§ 3 et 5. »

Un membre aimerait savoir comment concilier les dispositions des nouveaux §§ 6 et 7, où l'on peut lire dans les

zijn — in beide staat te lezen : « indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt », antwoordt de Minister wat volgt :

— In § 6 wordt geen termijn bepaald om een bemiddelaar, in gemeenschappelijk akkoord, aan te wijzen;

— In § 7 worden de voorwaarden bepaald welke moeten vervuld zijn opdat elk van beide partijen beroep zou kunnen doen op een bemiddelaar :

— Er moet twee maanden overleg zijn geweest;

— De beheerder heeft geen alternatief voorstel gedaan.

Het woord « overeenstemming » slaat zowel op de zaak ten gronde als op het aanwijzen van een bemiddelaar.

Bespreking van de amendementen

Een lid van de Commissie geeft toe dat de nieuwe tekst voorgesteld door de Minister duidelijker is dan die van het ontwerp en goed de stand van de bespreking in de Commissie samenvat.

Hij blijft evenwel overtuigd dat de tekst indruist tegen artikel 59bis van de Grondwet en tegen de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Met name de aangelegenheid van het opmaken van een lijst van bemiddelaars is een gemeenschapszaak. Het lid legt een amendement ter tafel tot wijziging van § 6 en tot schrapping van § 9 van de door de Minister voorgestelde tekst. Dit amendement en de verantwoording ervan luiden als volgt :

« A. In het tweede lid van § 6 van dit artikel de woorden « de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft » te vervangen door de woorden « de Vlaamse Executieve, de Executieve van de Franse Gemeenschap en de Ministers die bevoegd zijn voor de bicommunautaire aangelegenheden ».

B. Aan het slot van hetzelfde lid de woorden « gekozen op een lijst van bemiddelaars die door hem wordt opgesteld » te vervangen door de woorden « gekozen op een lijst van bemiddelaars opgesteld door de Executieven en de Ministers bedoeld in het vorige lid, elk wat hen betreft. »

Verantwoording

« Krachtens artikel 59bis van de Grondwet en artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, behoren de maatregelen die genomen moeten worden ter uitvoering van de organieke wet, tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, behalve wat betreft de instellingen gevestigd in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, die door hun inrichting niet worden beschouwd als uitsluitend behorend tot de ene of de andere Gemeenschap. »

« C. Paragraaf 9 van dit artikel te doen vervallen. »

Verantwoording

« Volgens de memorie van toelichting behoort de aangelegenheid die in dit ontwerp wordt behandeld, tot de natio-

neux cas : « Si cette concertation n'aboutit pas. » Le Ministre fait la réponse suivante :

— Le § 6 ne fixe aucun délai pour désigner un médiateur d'un commun accord;

— Le § 7 fixe les conditions à remplir pour que chacune des deux parties puisse faire appel à un médiateur :

— Il doit y avoir eu concertation pendant deux mois;

— Le gestionnaire n'a pas formulé de proposition alternative.

Le terme « accord » vise aussi bien le fond de l'affaire que la désignation d'un médiateur.

Discussion des amendements

Un commissaire reconnaît que le nouveau texte proposé par le Ministre est plus clair que celui du projet et résume bien l'état de la discussion en Commission.

Il reste cependant convaincu que le texte est contraire à l'article 59bis de la Constitution et à la loi spéciale du 8 août 1980 : la question de l'établissement d'une liste de médiateurs est une matière communautaire. L'intervenant dépose un amendement visant à modifier le § 6 et à supprimer le § 9 du texte proposé par le Ministre. L'amendement et sa justification sont ainsi rédigés :

« A. Au § 6, deuxième alinéa, troisième phrase, de cet article, remplacer les mots « le ministre qui a la santé publique dans ses attributions » par les mots « les Exécutifs flamand et de la Communauté française et les ministres qui ont les matières bicommunautaires dans leurs attributions ».

B. A la fin du même alinéa, remplacer les mots « sur une liste de médiateurs dressée par lui » par les mots « sur une liste de médiateurs dressée par les Exécutifs et ministres visés à l'alinéa précédent, chacun pour ce qui le concerne. »

Justification

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

« C. Supprimer le § 9 de cet article. »

Justification

« Suivant ce qui est précisé dans l'exposé des motifs, la matière régie par le projet relève des compétences natio-

nale bevoegdheid, omdat het gaat om een « basisregeling die de kern zelf raakt van het ziekenhuisgebeuren ».

De werkingssfeer van bepalingen als deze kan dus niet bij verordening worden uitgebreid, behalve in de veronderstelling dat het een eenvoudige uitvoeringsmaatregel van de wet is, in welk geval die maatregel tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoort.

Wat het bevoegdheidsprobleem betreft, merkt de Minister op dat de Raad van State geen aanmerkingen heeft gemaakt over de door het amendement geviseerde bepalingen van § 6 die ook in de ontwerp tekst voorkomen.

Inzake § 9 dient de Commissie zich uit te spreken over de vraag of de bevoegdheden die aan de Koning worden verleend, ondanks de waarborgen die in de nieuwe tekst vervat liggen, te ver gaan.

Een ander lid van de Commissie betwijfelt eveneens of § 9 wel aanvaardbaar is. Wat betekent overigens « op eensluidend advies » ? Hoe komt dat advies tot stand ? Moet het eenparig zijn ?

Volgens het lid roept § 5 van artikel 6 in bepaalde kringen heelwat bezwaren op. Indien men via § 9 een gemakkelijke weg zou vinden om de punten van § 5 aan te vullen, dan schept zulks problemen.

Wat § 5 betreft, aarzelt men in dezelfde kringen om de punten 11° en 17° te aanvaarden. Men vreest dat zij de werking van de ziekenhuizen zouden kunnen blokkeren.

Ten slotte vreest men dat een veralgemening en een ruimere interpretatie van de bepalingen sub 1° en 2° hinderend zouden kunnen werken voor het beheer van het ziekenhuis. Gaan die bepalingen niet te ver ?

De Minister antwoordt :

— § 9 : de basisreglementering betreffende de Commissie geneesheren-ziekenhuizen bepaalt dat er van beide zijden een 3/4 meerderheid moet zijn. De Koning kan slechts een beslissing nemen overeenkomstig dat advies. Wordt de twee maal 3/4 meerderheid niet bereikt, dan is er geen eensluidend advies en kan de Koning ook niet besluiten tot uitbreiding van de lijst van de punten vermeld in de §§ 3 en 5.

— § 5 : De nrs. 11° en 17° zijn punten waarbij de geneesheren zeer nauw betrokken zijn en waarover de beslissingen, in een goed werkend ziekenhuis, door een consensus tussen de beheerder en de geneesheren tot stand komen. Het ontwerp bedoelt druk uit te oefenen om die consensus te bereiken op een wijze die de werking van het ziekenhuis niet zou lamleggen. De tekst kan niet leiden tot misverstanden en ook niet tot blokkering ('t gaat om wat rechtstreeks met de honoraria wordt gefinancierd).

De draagwijdte van de nrs. 1° en 2° van dezelfde § 5 mag niet worden overdreven. In de meeste ziekenhuizen bestaat al een dergelijke regeling; de tekst ent zich dus op een bestaande toestand. De toepassing van het wetsontwerp zal dus ter zake in feite hoofdzakelijk betrekking hebben op wijzigingen van de bestaande regelingen.

nales parce qu'il s'agit d'une « réglementation de base concernant l'essence même de l'activité hospitalière ».

Il ne se conçoit pas que le champ d'application de telles dispositions puisse être étendu par voie réglementaire, sauf à supposer qu'il s'agit là d'une simple mesure d'exécution de la loi, auquel cas cette mesure relève des compétences des communautés.

En ce qui concerne le problème de la compétence, le Ministre souligne que le Conseil d'Etat n'a fait aucune observation au sujet des dispositions du § 6 visées par l'amendement, qui figurent également dans le texte du projet.

En ce qui concerne le § 9, la Commission doit se prononcer sur la question de savoir si, en dépit des garanties contenues dans le nouveau texte, les compétences attribuées au Roi vont trop loin.

Un autre membre conteste lui aussi que le § 9 soit acceptable. Que signifie d'ailleurs l'expression « sur avis conforme » ? Comment cet avis s'établit-il ? Doit-il être unanime ?

Selon l'intervenant, le § 5 de l'article 6 soulève de nombreuses objections dans certains milieux. Si le § 9 offrait un moyen facile de compléter les points du § 5, cela créerait des problèmes.

En ce qui concerne le § 5, on hésite, dans ces mêmes milieux, à accepter les points 11° et 17°. On craint qu'ils ne puissent bloquer le fonctionnement des hôpitaux.

Enfin, on craint aussi qu'une généralisation et une interprétation plus extensive des dispositions du 1° et du 2° ne puissent entraver la gestion de l'hôpital. Ces dispositions ne vont-elles pas trop loin ?

Le Ministre répond comme suit :

— § 9 : la réglementation de base relative à la Commission médico-hospitalière dispose qu'il doit y avoir une majorité des 3/4 de part et d'autre. Le Roi ne peut prendre qu'une décision conforme à cet avis. Si la double majorité des 3/4 n'est pas atteinte, il n'y a pas d'avis conforme et le Roi ne peut pas non plus décider de compléter la liste des points mentionnés aux §§ 3 et 5.

— § 5 : les nrs 11° et 17° sont des points auxquels les médecins sont très étroitement associés et pour lesquels, dans un hôpital fonctionnant bien, les décisions s'élaborent par voie de consensus entre le gestionnaire et les médecins. Le but du projet est de faire pression pour parvenir à ce consensus d'une manière qui ne paralyse pas le fonctionnement de l'hôpital. Le texte ne peut conduire à des malentendus ni à un blocage (il s'agit de ce qui se finance directement au moyen des honoraires).

La portée des points 1° et 2° de ce même § 5 ne doit pas être exagérée. La plupart des hôpitaux ont déjà une réglementation semblable; le texte vient donc se greffer sur une situation existante. En cette matière, l'application du projet de loi concernera donc en fait principalement des modifications aux réglementations existantes.

De Minister verduidelijkt nog op de vraag van een lid dat punt 6° (benoeming) niet tot gevolg heeft dat alle benoemingen, ten gevolge van deze wet, moeten worden overgedaan. De wet zal van kracht zijn voor toekomstige benoemingen. Voor de organisatie en het reglement geldt hetzelfde. Als hierin wijzigingen moeten worden aangebracht, dient de procedure van de wet te worden gevolgd. Hetzelfde geldt voor alle overige punten van § 3.

Nadat nog andere leden bezwaren hebben geformuleerd tegen § 9 van de voorgestelde tekst, stemt de Minister er mee in die bepaling te schrappen. De Medische Raad kan immers ingevolge § 4 advies uitbrengen over het geheel van de medische activiteit en niets verhindert de beheerder advies te vragen over andere dan de in § 3 opgesomde punten.

Letter C van bovenstaand amendement wordt derhalve, zij het niet om de reden aangegeven in de verantwoording, bij eenparigheid van de 18 aanwezige leden aanvaard.

De bepaling onder letter A wordt verworpen met 11 tegen 7 stemmen en die onder B met 12 tegen 6 stemmen.

Twee amendementen om § 5 te doen vervallen worden verworpen met 11 tegen 6 stemmen.

Vervolgens bespreekt de commissie een amendement dat ertoe strekt om in § 5, de nummers 6°, 9° en 13° toe te voegen.

Dit amendement wordt verantwoord als volgt :

« De oprichting van nieuwe diensten, de toelating en aanwerving van nieuwe specialisten in een ziekenhuis, de globale budgettering van het ziekenhuis zijn dermate ingrijpend voor de geneeskunde-uitoefening dat een bindend advies van de Medische Raad noodzakelijk is. »

De indiener voegt hieraan toe dat, gelet op het feit dat de integratie van de geneesheren in het ziekenhuis wordt nagestreefd en rekening houdend met de minder zware procedure voorgesteld door de Minister, naar zijn oordeel versterkt advies ook aangewezen is voor andere punten en inzonderheid de nrs. 6° en 9° van de nieuwe tekst.

Meer bepaald de begroting (9°) heeft een belangrijke invloed (eventueel rem) op bepaalde activiteiten. Vandaar dat versterkt advies nodig is. Een goed beheer vereist bepaalde regelen die een minimumzekerheid bieden voor een aantal personen die in het ziekenhuis werkzaam zijn.

De Minister heeft bezwaar tegen de voorgestelde toevoeging en verantwoordt zijn houding als volgt :

— jaarlijkse begroting : het zou niet verantwoord zijn door middel van een verzwaaard advies over de begroting, de werking van het ziekenhuis lam te leggen; de vereiste dialoog mag niet tot blokkering leiden.

— benoemingen : een verzwaaard advies hierover betekent in feite dat men komt tot een soort coöptatie van geneesheren. De Minister heeft zich steeds hiertegen verzet. De beheerder moet de kans krijgen een ruimere keuze te doen.

Le Ministre précise encore à la demande d'un membre que le point 6° (nominations) n'implique pas qu'il faille recommencer toutes les nominations. La loi s'appliquera aux nominations futures. Il en va de même de l'organisation et du règlement. Si des modifications doivent y être apportées, il y a lieu de suivre la procédure prévue par la loi. Ceci vaut également pour tous les autres points du § 3.

D'autres membres formulent encore des objections contre le § 9 du texte proposé. Le Ministre se déclare d'accord pour supprimer cette disposition. En effet, en vertu du § 4, le Conseil médical peut émettre un avis sur l'ensemble de l'activité médicale et rien n'empêche le gestionnaire de demander un avis sur d'autres points que ceux mentionnés au § 3.

Le littera C de l'amendement précité est donc adopté — encore que ce ne soit pas pour les raisons indiquées dans la justification — à l'unanimité des 18 membres présents.

La disposition figurant au littera A est rejetée par 11 voix contre 7 et celle au littera B par 12 voix contre 6.

Deux amendements tendant à supprimer le § 5 sont rejetés par 11 voix contre 6.

La Commission examine ensuite un amendement tendant à ajouter au § 5 les numéros 6°, 9° et 13°.

Cet amendement est justifié comme suit :

« La création de nouveaux services, l'admission et l'engagement de nouveaux spécialistes dans un hôpital, ainsi que l'établissement du budget global de l'hôpital sont à ce point importants pour l'exercice de la médecine qu'un avis impératif du Conseil médical est requis. »

L'auteur de l'amendement ajoute que, le but du projet étant l'intégration des médecins à l'hôpital et compte tenu de la procédure moins lourde proposée par le Ministre, il convient selon lui de prévoir également un avis renforcé pour d'autres points, notamment le 6° et le 9° du nouveau texte.

En particulier, le budget (9°) a une influence importante (frein éventuel) sur certaines activités. D'où la nécessité d'un avis renforcé. Une bonne gestion exige certaines règles qui offrent un minimum de sécurité à un certain nombre de personnes qui travaillent à l'hôpital.

Le Ministre n'est pas d'accord sur l'ajout proposé et il justifie son point de vue comme suit :

— budget annuel : il ne serait pas raisonnable qu'on puisse paralyser le fonctionnement de l'hôpital par un avis renforcé sur le budget; le dialogue indispensable ne peut conduire au blocage.

— nominations : un avis renforcé sur cette question équivaut en fait à instaurer la cooptation de médecins. Il s'y est toujours opposé. Le gestionnaire doit avoir la possibilité d'élargir le choix.

— oprichting van nieuwe diensten : dit is weliswaar een aangelegenheid waar de geneesheren nauw bij betrokken zijn, maar de beheerder dient hiervoor voldoende manoeuvreerruimte te hebben om op nieuwe evoluties te kunnen inspikken.

De Minister pleit ervoor het versterkt advies te beperken tot de punten die betrekking hebben op uitgaven welke de geneesheren rechtstreeks financieren of op aangelegenheden die verband houden met de rechtstreekse relatie geneesheren-beheerder.

De Minister verwijst ook nog naar artikel 7, dat een alternatief biedt voor artikel 6 en waarin gezegd wordt dat een consensus moet worden nagestreefd tussen de beheerder en de geneesheren.

Het amendement wordt verworpen met 17 stemmen tegen 1 stem.

Tenslotte wordt door een lid nog voorgesteld op de voorlaatste regel van het eerste lid van § 8 toe te voegen na de woorden « ... met dit element » de woorden « en met de algemene doelstellingen van het ziekenhuis ».

De Minister pleit voor de goedkeuring van § 8 zoals hij thans luidt. Volgens de Minister hoeft het geen betoog dat de bemiddelaar in zijn opdracht rekening moet houden met de aard van het ziekenhuis (privé of openbaar) en met de algemene doelstellingen.

Artikel 6, zoals gewijzigd, wordt aangenomen met 10 stemmen, bij 8 onthoudingen.



Dit artikel, zoals het na amendering door de commissie werd aanvaard wordt gesplitst in zes artikelen, zijnde de artikelen 11, 14, 15, 16, 17 en 18 van de tekst aangenomen door de Commissie.

AFDELING II

Samenspraak tussen beheerder en ziekenhuisgeneesheren

Artikel 7

De Minister vat de bedoeling samen van artikel 7. Het is een alternatief op de adviesprocedure van artikel 6. Dit alternatief komt tot stand op vrijwillige basis in een akkoord tussen beheerder en Medische Raad. In dit geval wordt een permanent overlegcomité opgericht bestaande uit een gemandateerde delegatie van weerszijden. Bedoeling is over alles tot een consensus te komen. Bij ontstentenis van een consensus kan men terugvallen op de algemene procedure van artikel 6.

— création de nouveaux services : c'est évidemment une question à laquelle les médecins sont étroitement associés, mais le gestionnaire doit disposer d'une marge de manoeuvre suffisante pour pouvoir suivre les évolutions nouvelles.

Le Ministre préconise de limiter l'avis renforcé aux points se rapportant aux dépenses financées directement par les médecins ou aux questions qui ont trait à la relation directe médecins-gestionnaire.

Le Ministre renvoie également à l'article 7 qui offre une alternative à l'article 6 et où il est dit qu'un consensus doit être recherché entre le gestionnaire et les médecins.

L'amendement est rejeté par 17 voix contre 1.

Enfin, un membre propose d'ajouter au premier alinéa du § 8, après les mots « ... de cet élément », les mots « et des objectifs généraux de l'hôpital ».

Le Ministre plaide en faveur de l'adoption du § 8 dans sa formulation actuelle. Selon lui, il va de soi que, dans l'exercice de sa mission, le gestionnaire doit tenir compte de la nature de l'hôpital (privé ou public) et des objectifs généraux.

L'article 6 tel qu'il a été modifié, est adopté par 10 voix et 8 abstentions.



Cet article, tel qu'il a été adopté, après avoir été amendé, est scindé en six articles qui deviennent les articles 11, 14, 15, 16, 17 et 18 du texte adopté par la Commission.

SECTION II

Concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

Article 7

Le Ministre résume l'objet de l'article 7. Il prévoit une procédure consultative pouvant remplacer celle définie à l'article 6. Cette procédure d'avis, qui a lieu sur une base volontaire, doit faire l'objet d'un accord entre le gestionnaire et le Conseil médical. Dans ce cas est créé un comité permanent de concertation composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée du Conseil médical. Les membres du comité doivent parvenir à un consensus sur toutes les matières discutées. A défaut d'accord, la procédure générale définie à l'article 6 est d'application.

De Minister stelt een nieuwe tekst voor die luidt als volgt :

« Afdeling II van hoofdstuk III te vervangen als volgt :

« Afdeling II

Permanent overlegcomité tussen beheerder en ziekenhuis-geneesheren

§ 1. Indien hierover een akkoord bestaat tussen de beheerder en de Medische Raad, kan de in artikel 6, §§ 3 tot en met 8, voorziene procedure vervangen worden door een procedure van rechtstreeks overleg tussen de beheerder en de Medische Raad.

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

§ 2. Het comité streeft overeenstemming na over de aanlegenheden waaromtrent in uitvoering van artikel 6 advies van de Medische Raad moet worden gevraagd. Op geregelde tijdstippen leggen de leden van het comité ten aanzien van hun mandaatgevers verantwoording af over de uitvoering van hun mandaat.

§ 3. Wanneer in het comité geen overeenstemming wordt bereikt en indien de beheerder toch een beslissing wenst te nemen, legt hij de voorgenomen beslissing voor advies aan de Medische Raad voor; in dit geval zijn de bepalingen van artikel 6 van toepassing.

§ 4. Indien de beheerder of de Medische Raad beslissen de in deze afdeling voorziene vorm van overleg niet langer toe te passen dan moeten ze respectievelijk de Medische Raad of de beheerder hiervan schriftelijk in kennis stellen. In dit geval vervalt na drie maanden de in deze afdeling voorziene vorm van overleg en moeten de bepalingen voorzien in afdeling I van dit hoofdstuk worden toegepast. »

Ingevolge deze versie moet een akkoord in het overlegcomité achteraf niet meer worden bekrachtigd door de beheerder en de Medische Raad. Artikel 6 wordt slechts toegepast wanneer in het overlegcomité geen overeenstemming wordt bereikt.

Zowel de beheerder als de Medische Raad kunnen de procedure opzeggen met inachtneming van een termijn van drie maanden. Gedurende die termijn blijft artikel 7 toe-
pasbaar.

Een lid vraagt zich af wat er gebeurt wanneer de vertegenwoordigers van de Medische Raad in het overlegcomité een standpunt innemen waarmee de Raad zelf niet kan instemmen.

De Minister antwoordt dat de zaken doorgaan wanneer in het overlegcomité overeenstemming wordt bereikt. Wanneer de partijen kiezen voor artikel 7 moeten zij daarvan ook de gevolgen aanvaarden.

Indien de beslissingen van het overlegcomité voortdurend in vraag worden gesteld, wordt de werking ervan onmogelijk gemaakt.

Le Ministre propose un nouveau texte rédigé comme suit :

« Remplacer comme suit la section II du chapitre III :

« Section II

Comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

§ 1^{er}. S'il y a accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, la procédure prévue à l'article 6, §§ 3 à 8, peut être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical.

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

§ 2. Le comité s'efforce de parvenir à un consensus sur les matières qui conformément à l'article 6 requièrent l'avis du Conseil médical. Régulièrement, les membres du comité se justifient de l'exécution de leur mandat devant leurs mandants.

§ 3. Lorsque le comité ne parvient pas à un consensus et si le gestionnaire veut néanmoins prendre une décision, il soumet la décision envisagée pour avis au Conseil médical; dans ce cas les dispositions de l'article 6 sont d'application.

§ 4. Si le gestionnaire ou le Conseil médical décident de ne plus appliquer la forme de concertation prévue dans cette section, ils doivent en informer par écrit respectivement le Conseil médical ou le gestionnaire. Dans ce cas, la forme de concertation prévue dans la présente section devient caduque dans les trois mois et les dispositions visées à la section I du présent chapitre doivent être appliquées. »

Si cette version est retenue, l'accord réalisé au sein du comité de concertation ne doit plus être confirmé par le gestionnaire et le Conseil médical. L'article 6 n'est appliqué que si les membres du comité de concertation ne parviennent pas à un accord.

Le gestionnaire et le Conseil médical peuvent tous deux mettre fin à la procédure en respectant un délai de trois mois. Pendant ce délai, l'article 7 reste applicable.

Un membre demande ce qu'il advient, lorsque les représentants du Conseil médical au sein du comité de concertation adoptent un point de vue que le Conseil lui-même ne peut pas approuver.

Le Ministre répond que les choses vont leur train normal s'il y a accord au sein du comité de concertation. Si les parties optent pour l'application de l'article 7, elles doivent accepter les conséquences de leur décision.

Il est évident que le Comité de concertation ne pourra pas fonctionner, si ces décisions sont constamment remises en question.

De Minister stelt voor aan § 1, 1ste lid, toe te voegen :
« De Medische Raad geeft hiertoe zijn akkoord bij tweederde meerderheid. »

Op de vraag of een termijn wordt bepaald waarbinnen overeenstemming moet worden bereikt, verstrekt de Minister de volgende preciseringen over de werkwijze van het overlegcomité :

- het overlegcomité zal een reglement van inwendige orde moeten opstellen;
- de periodiciteit van de vergaderingen wordt ook door het comité geregeld;
- er wordt geen termijn bepaald voor het nemen van een beslissing;
- wanneer de beheerder oordeelt dat de zaak te lang aansleept, kan hij het advies van de Medische Raad (art. 6) vragen.

Een lid vraagt of het nodig is dat er een onderling akkoord is om het overlegcomité op te richten. Kan deze eerste schakel niet worden overgeslagen ?

De Minister antwoordt dat artikel 6 de algemene regel blijft, maar men kan beslissen artikel 7 toe te passen. Daarvoor is overleg nodig.

Om duidelijker te maken hoe de procedure van artikel 7 werkt, stelt de Minister voor het eerste lid van § 1 te wijzigen als volgt :

« De procedure voorzien in artikel 6, §§ 3 tot en met 8, kan, op voorstel van de beheerder, vervangen worden door een procedure van rechtstreeks overleg tussen de beheerder en de Medische Raad, op voorwaarde dat de Medische Raad met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden hiermee zijn akkoord betuigt. »

Een commissielid is van oordeel dat de beslissing tot oprichting van een overlegcomité, beslissing die op lange termijn zeer belangrijke gevolgen kan hebben, zou moeten worden genomen door de meerderheid van de algemene vergadering van de geneesheren in het ziekenhuis.

Het lid legt overigens een amendement ter tafel dat ertoe strekt de aanhef van § 1 van dit artikel te doen luiden als volgt :

« § 1. Indien hierover een akkoord bestaat tussen de beheerder en de Medische Raad, en na goedkeuring door de vergadering van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren. »

Het commissielid merkt voorts op dat er een verschil is tussen het mandaat van de leden van de Medische Raad en dat van de leden van de raad van beheer. T.a.v. laatstgenoemden gelden wettelijke beperkingen.

T.a.v. de Medische Raad en zijn mandaathouders is er eigenlijk geen enkele procedure.

Voor de leden van de raad van beheer zijn de belangen gelijklopend. Voor de geneesheren kunnen de belangen

Le Ministre propose d'ajouter, au premier alinéa du § 1^{er}, la phrase suivante : « Le Conseil médical donne son accord, en la matière, à la majorité des deux tiers. »

En réponse à la question de savoir si un accord doit être atteint dans un délai déterminé, le Ministre fournit les détails suivants concernant la procédure au sein du comité de concertation :

- le comité de concertation établit un règlement d'ordre intérieur;
- la périodicité des réunions est également déterminée par le comité;
- un délai est fixé pour la prise de décisions;

— lorsque le gestionnaire estime qu'une affaire dure trop longtemps, il peut demander l'avis du Conseil médical (art. 6).

Un commissaire demande s'il faut un accord réciproque pour créer le comité de concertation. Ne peut-on pas sauter cette première étape ?

Le Ministre répond que l'article 6 demeure la règle générale, mais que l'on peut décider d'appliquer l'article 7. Une concertation s'impose à cet effet.

Pour que la procédure de l'article 7 soit plus claire, le Ministre propose de modifier le premier alinéa du § 1^{er} et de le rédiger comme suit :

« La procédure prévue à l'article 6, §§ 3 à 8, peut, sur proposition du gestionnaire être remplacée, par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical, à la condition que le Conseil médical marque son accord à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote. »

Un commissaire estime que la décision de créer un comité de concertation, décision qui peut avoir de très importantes conséquences à long terme, devrait être prise à la majorité de l'assemblée générale des médecins de l'hôpital.

Il dépose d'ailleurs un amendement visant à rédiger le début du § 1^{er} de cet article comme suit :

« § 1^{er}. S'il y a accord entre le gestionnaire et le Conseil médical et après approbation par l'assemblée des médecins attachés à l'hôpital. »

Le même commissaire fait observer, par ailleurs, qu'il existe une différence entre le mandat des membres du Conseil médical et celui des membres du Conseil d'administration. Ces derniers ont à respecter des limitations légales.

En fait, il n'existe aucune procédure à l'égard du Conseil médical et des mandataires siégeant en son sein.

Les intérêts des membres du conseil d'administration vont dans un même sens. Les médecins peuvent avoir des intérêts

tegenstrijdig zijn. De gemandateerden moeten derhalve de mogelijkheid hebben na te gaan of ze nog het vertrouwen hebben van een meerderheid van de geneesheren.

Volgens de Minister moet de Medische Raad een keuze maken; hij moet weten of hij voldoende vertrouwen heeft om de procedure van artikel 7 toe te passen. De opmerking van het lid geldt zijns inziens ook t.o.v. de Medische Raad zelf.

Het commissielid repliceert dat wanneer de Medische Raad uit 10 personen bestaat en er hiervan 3 worden afgevaardigd in het comité, deze laatsten beslissingen kunnen nemen die noch in 't belang van de geneesheren (algemeen) noch in het belang van het ziekenhuis zijn. Een procedure om terug te vallen op de Medische Raad zou alleszins moeten worden voorzien.

Over de wijze waarop met de oprichting van een overlegcomité moet worden ingestemd, worden er in de Commissie nog andere meningen vertolkt.

Sommigen vinden een eenvoudige meerderheid in de Medische Raad voldoende, anderen wensen dat die raad zich bij tweederdemeerderheid uitspreekt.

Voorts wordt nog gevraagd hoe het mandaat van de leden in het overlegcomité kan worden herroepen.

Tenslotte wordt door een lid nog voorgesteld dat de bevoegdheden van het overlegcomité te ver gaan. Het comité is nuttig om kennis te nemen van de standpunten van de tegenpartij en daarover te overleggen zonder evenwel een beslissing te nemen.

Naar aanleiding van deze discussie stelt de Minister bij amendement een nieuwe tekst voor die luidt als volgt :

« § 1. De procedure voorzien in artikel 6, §§ 3 tot en met 8, kan, op voorstel van de beheerder, vervangen worden door een procedure van rechtstreeks overleg tussen de beheerder en de Medische Raad, op voorwaarde dat de Medische Raad hierop schriftelijk akkoord betuigt.

§ 2. Het rechtstreeks overleg gebeurt in de schoot van een hiertoe opgericht permanent overlegcomité, hierna genoemd het comité. Het comité is samengesteld enerzijds uit een gemandateerde delegatie van de beheerder en anderzijds uit een gemandateerde delegatie van de Medische Raad.

*§ 3. Het comité streeft overeenstemming na over de aan-
gelegenheden waaromtrent in uitvoering van artikel 6 advies van de Medische Raad moet worden gevraagd. Indien overeenstemming wordt bereikt, zijn de leden van het Comité ertoe gehouden dit te verdedigen ten aanzien van hun mandaatgevers.*

§ 4. Wanneer in het comité geen overeenstemming wordt bereikt en indien de beheerder toch een beslissing wenst te nemen, legt hij de voorgenomen beslissing voor advies aan de Medische Raad voor; in dit geval zijn de bepalingen van artikel 6, §§ 4 tot en met 8, van toepassing.

contraires. C'est pourquoi les mandataires doivent pouvoir vérifier s'ils bénéficient toujours de la confiance d'une majorité des médecins.

Selon le Ministre, le Conseil médical doit faire un choix; il doit savoir s'il bénéficie d'une confiance suffisante pour appliquer la procédure de l'article 7. La remarque du commissaire s'applique également, à son avis, au Conseil médical même.

Le commissaire réplique que, si le Conseil médical comprend 10 membres et que 3 de ceux-ci sont envoyés comme délégués au comité, ceux-ci peuvent prendre des décisions qui ne soient ni dans l'intérêt des médecins (en général) ni dans l'intérêt de l'hôpital. Il faut, de toute manière, prévoir une procédure permettant de saisir le Conseil médical.

Pour ce qui est des modalités d'approbation de la création d'un comité de concertation, d'autres avis sont encore exprimés.

Certains commissaires estiment qu'une majorité simple du Conseil médical serait suffisante, tandis que d'autres souhaitent que ce conseil se prononce à la majorité des deux tiers.

La question est également posée de savoir comment les membres du comité de concertation peuvent être révoqués.

Un commissaire déclare enfin qu'à son avis, les compétences du comité de concertation sont trop larges. Le comité est utile pour prendre connaissance du point de vue de la partie adverse et pour se concerter sans toutefois prendre de décision.

Au cours de cette discussion, le Ministre propose, par voie d'amendement, un nouveau texte rédigé comme suit :

« § 1^{er}. La procédure prévue à l'article 6, §§ 3 jusqu'à 8, peut, sur proposition du gestionnaire, être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical, à condition que le Conseil médical y marque son accord par écrit.

§ 2. La concertation directe se fait au sein d'un comité permanent de concertation, créé dans ce but, nommé ci-après le comité. Le comité est composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée du Conseil médical.

§ 3. Le comité s'efforce de parvenir à un consensus sur les matières qui conformément à l'article 6 requièrent l'avis du Conseil médical. Lorsqu'un consensus est atteint les membres du Comité sont tenus de le défendre auprès de leurs mandants.

§ 4. Lorsque le comité ne parvient pas à un consensus et si le gestionnaire veut néanmoins prendre une décision, il soumet la décision envisagée pour avis au Conseil médical; dans ce cas les dispositions de l'article 6, §§ 4 à 8, sont d'application.

Wanneer de beheerder zich niet kan aansluiten bij de overeenstemming die in het comité werd bereikt, motiveert hij zijn standpunt en legt de zaak aan de Medische Raad voor overeenkomstig de bepalingen van artikel 6, §§ 4 tot en met 8.

Wanneer de Medische Raad zich niet kan aansluiten bij de overeenstemming die in het overlegcomité is bereikt, brengt hij een geschreven en gemotiveerd advies uit. Betreft het een aangelegenheid vermeld onder artikel 6, § 5, dan zijn, voor zover het advies met een tweederde meerderheid van de stemmen van de stemgerechtigde leden is uitgebracht, de bepalingen van artikel 6, §§ 5, 6, 7 en 8 van toepassing.

§ 5. Indien de beheerder of de Medische Raad beslissen de in deze afdeling voorziene vorm van overleg niet langer toe te passen dan moeten ze respectievelijk de Medische Raad of de beheerder hiervan schriftelijk in kennis stellen. In dit geval vervalt na drie maanden de in deze afdeling voorziene vorm van rechtstreeks overleg. »

Het amendement op de eerdere tekst van de Regering wordt teruggenomen nadat de indiener geacteerd heeft dat de Medische Raad op geregelde tijdstippen (om de drie à vier jaar) wordt vernieuwd.

Het artikel 7, zoals geamendeerd door de Regering, wordt aangenomen met 10 stemmen, bij 2 onthoudingen.

♦♦

Dit artikel wordt artikel 19 van de tekst aangenomen door de Commissie.

HOOFDSTUK IV

Rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren

Artikel 8

De Minister preciseert dat dit artikel de verplichting oplegt een algemeen reglement op te stellen tot vaststelling van de rechtsverhoudingen tussen de geneesheren en het ziekenhuis. Het reglement is te vergelijken met een arbeidsreglement in een bedrijf.

De punten 1° tot 6° in § 3 zijn niet limitatief.

De Minister voegt hieraan toe dat geen afbreuk wordt gedaan aan de regelingen die thans in de ziekenhuizen bestaan.

Een lid vraagt wat er bedoeld wordt met het 6° van § 3.

Een ander lid stelt dezelfde vraag. Bedoelt men met « promotie » dat een ziekenhuispatiënt niet mag worden overgebracht naar de privé-praktijk van een geneesheer verbonden aan het ziekenhuis ?

De Minister antwoordt dat dit zou kunnen. Hij heeft geen bezwaar tegen de bepaling van het 6°, maar kant zich ook niet tegen de schrapping ervan.

Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier au consensus atteint au sein du comité, il motive son point de vue et soumet la question au Conseil médical qui émet un avis conformément aux dispositions de l'article 6, §§ 4 jusqu'à 8.

Lorsque le Conseil médical ne peut se rallier au consensus atteint au sein du Comité, il émet un avis écrit et motivé. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 6, § 5, les dispositions de l'article 6, §§ 5, 6, 7 et 8, sont d'application pour autant que l'avis ait été émis endéans le mois à la majorité des deux tiers des voix des membres ayant droit de vote.

§ 5. Si le gestionnaire ou le Conseil médical décident de ne plus appliquer la forme de concertation prévue dans cette section, ils doivent en informer par écrit respectivement le Conseil médical ou le gestionnaire. Dans ce cas, la forme de concertation directe prévue dans la présente section devient caduque dans les trois mois. »

L'amendement au texte antérieur du Gouvernement est retiré par son auteur, après que celui-ci a pris acte du fait que le Conseil médical sera renouvelé à intervalles réguliers (tous les trois ou quatre ans).

L'article 7, tel qu'il a été amendé par le Gouvernement, est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 19 du texte adopté par la Commission.

CHAPITRE IV

Rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

Article 8

Le Ministre précise que cet article impose l'élaboration d'une réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins. Cette réglementation est comparable au règlement de travail d'une entreprise.

Les points 1° à 6° du § 3 ne sont pas limitatifs.

Le Ministre ajoute qu'il n'est pas porté atteinte aux réglementations existant actuellement dans les hôpitaux.

Un membre demande ce qui est visé au 6° du § 3.

Un autre membre pose la même question. Veut-on dire par « promotion » qu'un patient de l'hôpital ne peut être transféré à la pratique privée d'un médecin attaché à l'établissement ?

Le Ministre répond que ce pourrait être le cas. Il n'a pas d'objection à la disposition du 6°, mais il ne s'oppose pas non plus à sa suppression.

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen, bij 2 onthoudingen.

♦♦

Bij de tweede lezing dient de Minister een amendement in ertoe strekkend § 2 aan te vullen met een tweede lid, luidende :

« In deze algemene regeling kunnen bepaalde aangelegenheden verschillend geregeld worden al naargelang het reeds in het ziekenhuis werkzame dan wel nog aan te werven geneesheren betreft. »

De Minister verklaart dat in sommige ziekenhuizen een mogelijke problematiek omtrent de uitwerking van een algemene regeling zou kunnen worden vermeden door in deze algemene regeling te bepalen dat met betrekking tot bepaalde aangelegenheden rekening wordt gehouden met de situatie van de reeds in het ziekenhuis werkzame geneesheren. Aldus zou men in de algemene regeling kunnen voorzien dat voor de toekomst voor nog aan te werven artsen een nieuwe regeling zal gelden terwijl niet wordt geraakt aan de bestaande regeling voor de reeds in het ziekenhuis werkzame artsen.

De reeds door de Commissie aangenomen tekst verbiedt niet dat een gedifferentieerde regeling zou worden uitgewerkt; het amendement heeft de bedoeling die mogelijkheid uitdrukkelijk in de wettekst te expliciteren, op die manier kunnen mogelijke misverstanden en potentiële conflict-situaties vermeden worden. Bovendien kan deze uitdrukkelijke tekst in bepaalde gevallen een niet onbelangrijke aanwijzing zijn voor de bemiddelaar om tot een oplossing van een conflict te komen.

Een lid meent dat deze toevoeging leidt tot een verzwakking van de rechtsverhouding tussen het ziekenhuis en de geneesheer. Hij vreest dat deze tekst in feite een soort uitnodiging inhoudt naar de beheerder om steeds verder te gaan naar aanleiding van elke nieuwe aanwerving. De Minister ontkent dat dit de betekenis is van het amendement. Het amendement heeft wel degelijk betrekking op het algemeen reglement; het gaat hier dus niet om individuele « à la carte » bepalingen. Bovendien blijft de procedure van artikel 6 van toepassing.

Het lid vraagt zich toch af of de nieuwe tekst geen bedreiging inhoudt voor de rechtszekerheid.

De Minister is het met deze interpretatie niet eens. Het amendement zegt precies dat in een algemene regeling kan worden gepreciseerd dat bepaalde artsen verworven rechten hebben. Bovendien komt deze gedifferentieerde regeling tot stand na advies van de Medische Raad overeenkomstig artikel 6, § 3, 1°. Anderzijds is het zo dat het wetsontwerp niet tot bedoeling heeft de bestaande toestanden eens en voor goed vast te leggen. Het ziekenhuiswezen is een bij uitstek evolutieve materie; indien men de gewenste dynamiek wil inbouwen moet het dus mogelijk zijn de algemene regeling te herzien. Die evolutie naar een nieuwe algemene regeling zal in bepaalde gevallen allicht gemakkelijker kunnen gerealiseerd worden indien men de verworven situatie van de

L'article est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

♦♦

En deuxième lecture, le Ministre présente un amendement tendant à compléter le § 2 par un second alinéa rédigé comme suit :

« Dans cette réglementation générale, certaines matières peuvent être réglées d'une manière différente selon qu'il s'agit de médecins exerçant déjà à l'hôpital ou de médecins à engager. »

Le Ministre déclare que, dans certains hôpitaux, on pourrait éviter les problèmes que pourrait poser l'élaboration d'une réglementation générale en stipulant dans celle-ci que pour certaines matières, il est tenu compte de la situation des médecins travaillant déjà à l'hôpital. C'est ainsi qu'il pourrait être prévu dans cette réglementation générale, qu'à l'avenir, de nouvelles règles s'appliqueront aux médecins à recruter, tandis qu'il ne sera pas touché à la réglementation existante pour les médecins déjà occupés à l'hôpital.

Le texte déjà adopté par la Commission n'interdit pas l'élaboration d'une réglementation différenciée; l'amendement ne fait que prévoir explicitement cette possibilité dans le texte de la loi; de cette manière, d'éventuels malentendus et situations conflictuelles pourront être évités. En outre, dans certains cas, ce texte précis pourra être, pour le médiateur, une indication non négligeable en vue de résoudre un conflit.

Un membre estime que cet ajout affaiblit la relation juridique entre l'hôpital et le médecin. Il craint qu'en fait, ce texte ne soit une sorte d'invitation à l'adresse du gestionnaire d'aller toujours plus loin à chaque nouveau recrutement. Le Ministre nie que telle soit la signification de l'amendement. Celui-ci concerne bel et bien la réglementation générale; il ne s'agit donc pas de dispositions individuelles « à la carte ». D'ailleurs, la procédure de l'article 6 reste d'application.

Le préopinant se demande malgré tout si le nouveau texte ne constitue pas une menace pour la sécurité juridique.

Le Ministre ne partage pas cette interprétation. L'amendement dit précisément qu'une réglementation générale peut stipuler que certains médecins ont des droits acquis. En outre, cette réglementation différenciée est mise en place après avis du Conseil médical, conformément à l'article 6, § 3, 1°. D'autre part, l'objectif du projet n'est pas de cliquer une fois pour toutes les situations existantes. Le secteur hospitalier est une matière éminemment changeante; si l'on veut donc prévoir dans le projet le dynamisme souhaitable, il doit être possible de revoir la réglementation générale. Cette évolution vers une nouvelle réglementation générale pourrait sans doute, dans certains cas, être plus facile à réaliser en respectant la situation acquise des médecins en

zittende geneesheren respecteert en de nieuwe regeling enkel op de nieuwkomers van toepassing verklaart. Het amendement heeft dus geenszins tot bedoeling naar aanleiding van een nieuwe regeling de rechtszekerheid in het gedrang te brengen. Het amendement heeft enkel tot doel de tot standkoming van een voor de toekomst wenselijk geachte regeling te vergemakkelijken.

In antwoord op vragen antwoordt de Minister nog dat het begrip algemene regeling niet betekent dat alle aangelegenheden voor alle artsen op een uniforme wijze geregeld zijn; zo is het b.v. niet uitgesloten dat de algemene regeling m.b.t. de vergoeding van de artsen gedifferentieerd is volgens het soort diensten.

Het amendement wordt aangenomen met 9 stemmen, bij 5 onthoudingen.

Het gewijzigde artikel wordt aangenomen met 12 stemmen, bij 4 onthoudingen.

♦♦

Dit artikel wordt vernummerd tot artikel 20 van de tekst aangenomen door de Commissie.

Artikel 9

Bij amendement wordt voorgesteld aan dit artikel een § 3 toe te voegen, luidende :

« § 3. 1° Vooraleer tot de aanwerving van een ziekenhuisgeneesheer over te gaan, doet de beheerder een openbare oproep. Deze oproep vermeldt, benevens de kenmerken van de betrekking, de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen. Deze datum moet tenminste een termijn van 30 dagen na publicatie open laten.

2° De beheerder onderwerpt alle ingediende kandidaturen die beantwoorden aan de gestelde voorwaarden, aan een beoordeling door een jury, door hem samengesteld.

3° Ingeval van bevordering kan de oproep tot de kandidaturen beperkt worden tot de geneesheren binnen het ziekenhuis. »

Verantwoording

« Het is wenselijk dat de werving van geneesheren tot een zo ruim mogelijke waaier van kandidaten wordt uitgebreid.

Niet alleen wordt hierdoor een fundamentele eerlijkheid bij aanwerving nagestreefd; tevens wordt hierdoor de mogelijkheid geschapen de kandidatuurstelling van kwalitatief hoogstaande geneesheren mogelijk te maken.

Slechts bij bevordering kan de oproep tot de kandidaten beperkt blijven tot de geneesheren binnen het ziekenhuis. »

De Minister merkt op dat wat met het amendement wordt voorgesteld, begrepen is in artikel 8, § 3, 1°. Naar zijn mening is het niet nodig nadere details in de wet op te nemen.

place et en n'appliquant la nouvelle réglementation qu'aux nouveaux venus. L'amendement n'a donc nullement pour but d'ébranler la sécurité juridique à l'occasion d'une nouvelle réglementation. L'amendement tend seulement à faciliter la mise en place d'une réglementation jugée souhaitable pour l'avenir.

Interrogé à ce propos, le Ministre déclare que la notion de réglementation générale ne signifie pas que toutes les matières qui concernent les médecins doivent être réglées d'une manière uniforme; ainsi, par exemple, il n'est pas exclu que la réglementation générale fasse une différenciation dans la rémunération des médecins en fonction du type de services.

L'amendement est adopté par 9 voix et 5 abstentions.

L'article modifié est adopté par 12 voix et 4 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 20 du texte adopté par la Commission.

Article 9

Il est proposé par voie d'amendement d'ajouter à cet article un § 3, rédigé comme suit :

« § 3. 1° Avant de procéder au recrutement d'un médecin hospitalier, le gestionnaire lance un appel public aux candidats. Il mentionnera dans cet appel, outre les caractéristiques de l'emploi, la date ultime à respecter pour le dépôt des candidatures. Cette date doit être fixée de telle manière qu'il reste un délai de 30 jours au moins après la publication de l'appel.

2° Le gestionnaire soumet toutes les candidatures déposées et répondant aux conditions imposées, à l'appréciation d'un jury qu'il a lui-même composé.

3° Lorsque des promotions doivent avoir lieu, l'appel aux candidats peut être limité aux médecins de l'hôpital. »

Justification

« Il est souhaitable que le recrutement des médecins se fasse parmi un éventail de candidats le plus large possible.

Cela répond au souci que l'on a de faire preuve d'une honnêteté absolue lors des recrutements; cela permet en outre à des médecins éminents de par leurs qualités, de poser leur candidature.

C'est uniquement pour les promotions que les appels aux candidats peuvent être limités aux médecins de l'hôpital. »

Le Ministre fait remarquer que ce que l'amendement propose se retrouve à l'article 8, § 3, 1°. Selon lui, il n'est pas nécessaire d'insérer d'autres détails dans la loi.

De Minister heeft geen bezwaar tegen de opnemings in de algemene regeling, van de procedure zoals bepaald in het amendement.

Een lid is eveneens gekant tegen het amendement maar om een andere reden : procedures van aanwerving doen zijns inziens vaak meer kwaad dan goed.

Het amendement wordt teruggeden.

Het artikel wordt eenparig (14 stemmen) aangenomen.

**

Dit artikel wordt verdund tot artikel 21.

Artikel 10

Een lid vraagt zich af wat het nut is van deze bepaling. Voor de geneesheren die een arbeidsovereenkomst hebben gesloten, is de wet van 27 juni 1969 automatisch toepasselijk. Voor hen is dit artikel dus overbodig. De geneesheren die geen arbeidsovereenkomst, sluiten zijn onderworpen aan het statuut van de zelfstandigen.

Een ander lid merkt op dat de patronale bijdragen in sommige gevallen door de geneesheren zelf worden betaald i.p.v. door het ziekenhuis (werkgever). Wordt met artikel 10 een regeling getroffen in die zin dat het ziekenhuis de patronale bijdragen zal betalen ?

De Minister antwoordt dat aan de Koning de mogelijkheid wordt gegeven om regelen op te treden. De toestand is nu zo dat men de geneesheren ertoe aanzet zich gedeeltelijk als zelfstandige te vestigen.

Bedoeling is er toe te komen dat wanneer de geneesheer wordt aangeworven als weddetrekkende, patronale bijdragen moeten worden betaald volgens het sociale zekerheidsstelsel der werknemers. De Minister pleit voor het behoud van artikel 10 omdat artikel 1, § 3, van de wet van 27 juni 1969 tot verwarring leidt. Van de andere kant kan deze aangelegenheid bezwaarlijk in de wet zelf worden geregeld.

Hetzelfde lid heeft bezwaar tegen de eerste volzin van het artikel dat aan de Koning volmacht geeft om de gehele sociale zekerheidsregeling voor de geneesheren vast te stellen.

Ten einde duidelijker aan te geven wat de bedoeling is, dient de Minister hierop een amendement in dat strekt om dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. In artikel 1, § 3 van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders wordt het woord « verplegingsinstellingen » geschrapt.

§ 2. In dezelfde wet wordt aan artikel 1 een § 4 toegevoegd luidend als volgt : « Deze wet is enkel van toepassing op ziekenhuizen en de er werkzame geneesheren indien deze geneesheren door het ziekenhuis uitsluitend met een wedde worden betaald. »

Op de vraag of dit artikel alleen geldt voor full-time betrekkingen wordt door de Minister ontkennend geantwoord.

Le Ministre n'a pas d'objection à ce que la procédure soit incluse dans la réglementation générale, comme le propose l'amendement.

Un membre s'oppose lui aussi à l'amendement, mais pour une autre raison : selon lui, les procédures de recrutement font souvent plus de mal que de bien.

L'amendement est retiré par son auteur.

L'article est adopté à l'unanimité des 14 membres présents.

**

Cet article devient l'article 21.

Article 10

Un membre s'interroge sur l'utilité de cette disposition. La loi du 27 juin 1969 s'applique automatiquement aux médecins qui ont conclu un contrat d'emploi. Pour eux, cet article est donc superflu. Les médecins qui ne concluent pas de contrat d'emploi sont soumis au statut des travailleurs indépendants.

Un autre membre fait remarquer que, dans certains cas, les cotisations patronales sont payées par les médecins eux-mêmes et non par l'hôpital (employeur). L'article 10 instaure-t-il une réglementation qui fera payer les cotisations patronales par l'hôpital ?

Le Ministre répond que l'article confère au Roi un pouvoir réglementaire. Dans la situation actuelle, on incite les médecins à s'établir partiellement en qualité de travailleurs indépendants.

Le but est de faire en sorte que, lorsque le médecin est recruté comme salarié, il faille payer des cotisations dans le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés. Le Ministre plaide en faveur du maintien de l'article 10 parce que l'article 1^{er}, § 3, de la loi du 27 juin 1969 prête à confusion. Par ailleurs, cette question peut difficilement être réglée dans la loi elle-même.

Le préopinant conteste la première phrase de l'article, qui donne au Roi tout pouvoir pour fixer l'ensemble du statut social des médecins.

Afin de définir plus clairement l'intention qui est la sienne, le Ministre dépose un amendement tendant à remplacer cet article par le texte suivant :

« § 1^{er}. A l'article 1^{er}, § 3 de la loi du 27 juin 1969 revisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, le mot « hospitalières » est supprimé.

§ 2. Dans la même loi, l'article 1^{er} est complété par un paragraphe 4 libellé comme suit : « Cette loi est uniquement d'application aux hôpitaux et aux médecins qui y sont rattachés, si ces médecins sont payés par l'hôpital exclusivement par un salaire. »

A la question de savoir si cet article ne vaut que pour les emplois à temps plein, le Ministre répond par la négative.

Voor het gedeelte waarvoor de geneesheer een wedde ontvangt, worden sociale bijdragen betaald.

Het Regeringsamendement wordt aangenomen met 11 stemmen, bij 3 onthoudingen.

♦♦

Dit artikel wordt vernummerd tot artikel 22.

HOOFDSTUK V

Het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer

AFDELING I

De vergoedingsstelsels

Artikel 11

Dit artikel handelt over de wijze van vergoeding van de geneesheren.

Een lid vraagt zich af op welke geneesheren artikel 10 van het ontwerp nog toepasselijk is wanneer men dat artikel, zoals geamendeerd, bekijkt in samenhang met artikel 11. Opdat artikel 10 toepasselijk zou zijn moeten de geneesheren uitsluitend met een wedde worden betaald, en degenen die naast een wedde ook nog een wisselende vergoeding ontvangen (art. 11, § 1, 3°) zijn niet als zodanig te beschouwen.

De Minister stelt voor § 1, 3° van het artikel te splitsen in een 3° en een 4° luidende :

« 3° de forfaitair vastgestelde vergoeding bestaande uit een wedde;

4° een vaste vergoeding eventueel vermeerderd met het aandeel in de « pool » der vergoedingen per prestatie. »

De bepaling van artikel 10 slaat volgens de Minister op de geneesheren bedoeld onder het nieuwe 3°.

Het artikel, aldus gewijzigd, wordt aangenomen met 10 stemmen, bij 2 onthoudingen.

♦♦

Bij de tweede lezing dient de Minister een amendement in dat er toe strekt in § 1 een 2°bis in te voegen luidend als volgt :

« 2°bis. De vergoeding bestaande uit een contractueel of statutair bepaald percentage van de vergoeding per prestatie of van een pool van vergoedingen per prestatie. »

De Minister verantwoordt het amendement door te stellen dat het hier gaat om een wijze van vergoeding van de geneesheer die als dusdanig niet eenduidig bij een van de in § 1 reeds opgesomde wijzen van vergoeding kan worden ondergebracht; het gaat dus om een specifieke wijze van vergoeding die best apart in de opsomming wordt vermeld.

Een lid meent dat deze wijze van vergoeding terecht onder een afzonderlijk punt wordt vermeld.

Des cotisations sociales seront payées pour la partie pour laquelle le médecin reçoit un salaire.

L'amendement du Gouvernement est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 22.

CHAPITRE V

Le statut pécuniaire du médecin hospitalier

SECTION I

Les systèmes de rémunération

Article 11

Cet article traite du mode de rémunération des médecins.

Un membre se demande à quel médecin l'article 10 du projet s'appliquera encore si l'on envisage cet article, tel qu'il a été amendé, en combinaison avec l'article 11. Pour que l'article 10 soit applicable, il faut que les médecins ne soient rémunérés que par un traitement et ceux qui, en plus d'un traitement, perçoivent encore une indemnité variable (art. 11, § 1^{er}, 3°) ne sont pas à considérer comme tels.

Le Ministre propose de scinder le 3° du § 1^{er} de cet article en un 3° et un 4°, libellés comme suit :

« 3° la rémunération forfaitaire constituée d'un salaire;

4° une indemnité fixe éventuellement majorée par une fraction du pool des rémunérations à l'acte. »

La disposition de l'article 10 s'applique, selon le Ministre, aux médecins visés au nouveau 3°.

L'article ainsi modifié est adopté par 10 voix et 2 abstentions.

♦♦

En deuxième lecture, le Ministre présente un amendement tendant à insérer au § 1^{er} un 2°bis, rédigé comme suit :

« 2°bis. La rémunération consistant en un pourcentage fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un « pool » de rémunérations à l'acte. »

Le Ministre justifie cet amendement en déclarant qu'il s'agit d'un mode de rémunération du praticien que l'on ne peut ranger nettement parmi les modes de rémunération déjà énumérés au § 1^{er}; il s'agit donc d'un mode de rémunération spécifique, qu'il est préférable de mentionner à part.

Un membre considère que c'est à juste titre que ce mode de rémunération soit mentionné sous un point distinct.

Het amendement wordt door de Commissie aangenomen met 11 stemmen, bij 4 onthoudingen.

Deze bepaling wordt het 3^o van § 1. De nrs. 3^o en 4^o van dezelfde paragraaf worden respectievelijk vernummerd tot 4^o en 5^o.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met 11 stemmen, bij 4 onthoudingen.

**

Dit artikel wordt artikel 23 van de tekst aangenomen door de Commissie.

AFDELING II

Inning der honoraria

Artikel 12

De Minister preciseert dat aan dit artikel twee aspecten zijn verbonden :

- de verplichte organisatie van de centrale inning;
- de vraag wie deze centrale inning organiseert.

De Minister stelt dat zijns inziens de centrale inning door het ziekenhuis de voorkeur verdient. In de huidige stand is het evenwel niet mogelijk gebleken dit als enige optie in de wet in te schrijven. Wel legt het ontwerp de veralgemeende centrale inning op.

Het ontwerp voorziet in principe in de centrale inning door het ziekenhuis, maar laat aan de geneesheren de mogelijkheid om de organisatie ervan zelf te doen. Alleszins moet er een open boekhouding zijn, wie ook de centrale inning organiseert.

Verscheidene leden zijn van oordeel dat de organisatie van de centrale inning een taak is van de beheerder en niet van de Medische Raad.

Zij vragen zich af of in het ontwerp niet moet worden bepaald dat, wanneer de beheerder en de Medische Raad geen overeenstemming bereiken over de vraag wie de centrale inning zal organiseren, deze inning door de beheerder geschiedt.

Dezelfde leden wensen nog te vernemen hoe conflicten moeten worden opgelost die ontstaan door het feit dat de beheerder de werking van de centrale inning — door de Medische Raad — niet naar behoren kan controleren.

Wat moet er bijvoorbeeld gebeuren wanneer de Medische Raad, na verloop van drie maanden, de boekhouding over de centrale inning niet voorlegt. Zal dat niet leiden tot een blokkering van de instelling of onmogelijkheid om bepaalde investeringen (ten laste van de honoraria) te doen ?

Is het niet zo dat de Minister onder druk wordt gezet door de geneesheren en daarom een dubbel systeem voorstelt alhoewel hij de voorkeur geeft aan de centrale inning door de beheerder ?

L'amendement est adopté par 11 voix et 4 abstentions.

Cette disposition devient le 3^o du § 1^{er}. Les 3^o et 4^o de ce même paragraphe deviennent respectivement les 4^o et 5^o.

L'article ainsi amendé est adopté par 11 voix et 4 abstentions.

**

Cet article devient l'article 23 du texte adopté par la Commission.

SECTION II

Perception des honoraires

Article 12

Le Ministre précise que cet article comporte deux aspects :

- l'organisation obligatoire de la perception centrale ;
- la question de savoir qui organise cette perception centrale.

Le Ministre déclare qu'à son avis, la préférence doit aller à la perception centrale par l'hôpital. Cependant, dans l'état actuel des choses, il ne s'est pas avéré possible de se limiter dans la loi à cette seule option. Le projet impose effectivement la perception centrale généralisée.

Le projet prévoit, en principe, la perception centrale par l'hôpital, mais il laisse aux médecins la possibilité de l'organiser eux-mêmes. De toute manière, quel que soit l'organisateur de la perception centrale, il doit être tenu une comptabilité ouverte.

Plusieurs membres estiment que l'organisation de la perception centrale est une tâche qui doit incomber au gestionnaire et non au Conseil médical.

Ils se demandent si le projet ne doit pas préciser que, lorsque le gestionnaire et le Conseil médical ne parviennent pas à se mettre d'accord sur la question de l'organisation de la perception centrale, celle-ci est confiée au gestionnaire.

Les mêmes intervenants aimeraient savoir comment il y aura lieu de résoudre les conflits qui résulteront du fait que le gestionnaire ne peut contrôler comme il convient le fonctionnement de la perception centrale par le Conseil médical.

Que se passera-t-il, par exemple, si après trois mois, le Conseil médical ne produit pas la comptabilité relative à la perception centrale ? N'en résultera-t-il pas un blocage de l'établissement, ou ne sera-t-il pas impossible de réaliser certains investissements (à charge des honoraires) ?

Ne serait-ce pas parce que le Ministre fait l'objet de pressions de la part des médecins qu'il propose un système double, alors qu'il donne lui-même la préférence à la perception centrale par le gestionnaire ?

Volgens de Minister is het beginsel van de centrale inning belangrijker dan de vraag wie ze organiseert.

Momenteel bestaat er een centrale inning in heel wat ziekenhuizen (voornamelijk in het franstalig landsgedeelte). Die bestaande regelingen worden door dit ontwerp niet in vraag gesteld. Het ontwerp verplicht tot de invoering van de centrale inning in instellingen waar ze niet bestaat. Het zou te ver gaan bovendien te bepalen dat de beheerder hiervoor instaat ingeval er geen akkoord is met de Medische Raad.

De Minister geeft toe dat artikel 12 een compromis is. Door de invoering van de centrale inning wordt een dienst bewezen aan die instellingen waar die regeling nog niet bestond. De beheerders kunnen hierover bezwaarlijk aanmerkingen maken aangezien zij zelf er niet in geslaagd zijn de centrale inning in te voeren.

Het ontwerp gaat inderdaad niet zo ver als de Minister zou willen, maar hij is overtuigd dat de Medische Raad doorgaans zal inzien dat de centrale inning best door de beheerder wordt georganiseerd.

Volgens de Minister zal men zeer sterk in de richting gaan van centrale inning door het ziekenhuis. Dit zal meebrengen dat men tot een gezamenlijke facturarie zal kunnen komen zowel van de verpleggdagprijs als van de medische prestaties. Die evolutie zal geleidelijk gebeuren. Voor alle duidelijkheid laat de Minister nog opmerken dat het wetsontwerp geen basis biedt om de bestaande systemen van centrale inning door het ziekenhuis opnieuw in vraag te stellen.

Een lid is het eens met de Minister dat voorrang gegeven wordt aan de invoering van de centrale inning, onafgezien wie deze organiseert. Hij stelt wel de vraag wat er gebeurt indien de Medische Raad geen initiatief neemt. De Minister antwoordt dat in dat geval de beheerder de centrale inning organiseert.

Een lid vraagt of niet kan gepreciseerd worden dat, indien er geen akkoord bestaat tussen beheerder en Medische Raad het ziekenhuis de centrale inning doet. De Minister antwoordt dat dit een stap verder is die in de huidige stand tot onoverkomelijke bezwaren leidt.

Een lid van de Commissie, aansluitend op hetgeen de Minister gezegd heeft over de « facture unique », constateert dat de Medische Raad, indien hij de centrale inning organiseert, ook bevoegd wordt voor de aanrekening van de hotelkosten. Dat lijkt hem overdreven.

De Minister antwoordt dat dit ontwerp niet de centrale facturering regelt. Men dient een onderscheid te maken tussen :

- veralgemeende centrale inning;
- een derde-betalersysteem;
- globale facturering.

Het ontwerp regelt enkel de centrale inning.

Selon le Ministre, le principe de la perception centrale est plus important que la question de savoir qui l'organisera.

Actuellement, il existe une perception centrale dans un grand nombre d'hôpitaux (principalement dans la partie francophone du pays). Ces réglementations existantes ne sont pas remises en question par le projet. Celui-ci impose l'introduction de la perception centrale dans les établissements où elle n'existe pas. Ce serait aller trop loin que de disposer en outre que celle-ci incombe au gestionnaire à défaut d'accord avec le Conseil médical.

Le Ministre reconnaît que l'article 12 est un compromis. L'introduction de la perception centrale est un service rendu aux établissements où cette réglementation n'existait pas encore. Les gestionnaires peuvent difficilement faire des remarques à ce sujet puisqu'ils ne sont pas parvenus eux-mêmes à instaurer la perception centrale.

Il est exact que le projet ne va pas aussi loin que le Ministre le souhaiterait, mais celui-ci est convaincu que le Conseil médical s'apercevra généralement qu'il est préférable que la perception centrale soit organisée par le gestionnaire.

Selon le Ministre, on ira très nettement dans le sens d'une perception centrale par l'hôpital. Par conséquent, il sera possible de procéder par facturation commune, tant pour ce qui est du prix de la journée d'entretien qu'en ce qui concerne les prestations médicales. Cette évolution sera progressive. Pour plus de clarté, le Ministre fait encore observer que le projet de loi ne contient rien qui puisse donner lieu à une remise en question des systèmes existants de perception centrale par l'hôpital.

Un commissaire partage le point de vue du Ministre, selon lequel il faut donner la priorité à l'instauration de la perception centrale, quel qu'en soit l'organisateur. Mais il s'interroge sur ce qu'il adviendrait si le Conseil médical ne prenait aucune initiative. Le Ministre répond que, dans ce cas, c'est le gestionnaire qui organisera la perception centrale.

Un commissaire demande s'il n'est pas possible de préciser qu'en l'absence d'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, c'est l'hôpital qui organise la perception centrale. Le Ministre répond que c'est là un pas supplémentaire, qui soulèverait des objections insurmontables dans la situation actuelle.

Un commissaire constate, dans le prolongement de ce qu'a dit le Ministre au sujet de la « facture unique », que, si le Conseil médical organise la perception centrale, il devient également compétent pour ce qui est de la facturation des frais d'hôtel. Il estime que c'est exagéré.

Le Ministre répond que le projet ne règle pas la question de la facturation centrale. Il faut faire une distinction entre :

- la perception centrale généralisée;
- le système du tiers payant;
- la facturation globale.

Le projet règle uniquement la perception centrale.

Hetzelfde lid dringt aan op het verplicht stellen van een schema voor de boekhouding. De Koning zou ter zake regelend moeten optreden. Zonder duidelijk schema (o.m. wat de controle betreft) gaat men naar grote moeilijkheden.

De Minister is het hiermee eens. Hij dient een amendement in tot toevoeging van een § 4 luidend als volgt :

« De Koning kan nadere regelen, met inbegrip van een-vormige boekhoudkundige regelen, bepalen ter uitvoering van dit artikel. »

De Minister preciseert dat het hier niet gaat om de boekhouding van het ziekenhuis als zodanig, maar wel over de boekhouding van de dienst voor centrale inning.

In antwoord op een desbetreffende vraag verduidelijkt de Minister nog dat de verantwoordingsstukken die overeenkomstig § 2, 3° om de drie maanden aan elke geneesheer moeten worden overgemaakt enkel de gegevens betreffen van de betrokken individuele arts.

In antwoord op een andere vraag verklaart de Minister nog dat op de paritaire commissie en haar secretariaat een beroep zou kunnen worden gedaan bij het zoeken naar een oplossing voor mogelijke toepassingsmoeilijkheden of twistpunten tussen beheerder en Medische Raad.

De Commissie gaat vervolgens over tot de behandeling van de amendementen, ingediend op artikel 12, waarvan tekst en verantwoording hierna volgen :

Eerste amendement

« A) Aan § 1 van dit artikel, toe te voegen de woorden : « door het ziekenhuis ».

B) Paragraaf 2, eerste lid, van dit artikel te vervangen als volgt :

« Deze centrale inning door het ziekenhuis geschiedt met inachtneming van de volgende voorwaarden :. »

C) De eerste volzin van het 1° van dezelfde § 2 te vervangen als volgt :

« 1° Het reglement betreffende de werking van de dienst van inning wordt opgesteld door de beheerder. »

D) Paragraaf 3 van dit artikel te doen vervallen. »

Verantwoording

« Aangezien we de mening zijn toegedaan dat de beheerder de best geplaatste persoon is om, in het kader van zijn beleidspolitiek, de financiële verantwoordelijkheid voor het ziekenhuis te dragen, lijkt ons het systeem van de centrale inning door het ziekenhuis de meest efficiënte en redelijke oplossing. »

Tweede amendement

« A. In § 2, eerste lid, van dit artikel, de woorden « Behalve indien de Medische Raad beslist zelf een dienst in te richten om de honoraria centraal te innen », te vervangen door

Le même commissaire insiste pour qu'on impose un schéma en matière de comptabilité. Le Roi devrait régler la question. Sans schéma clair (notamment pour ce qui est du contrôle), on va au-devant de grandes difficultés.

Le Ministre partage ce point de vue. Il dépose un amendement visant à insérer un § 4 rédigé comme suit :

« Le Roi peut fixer des modalités d'exécution de cet article, en ce compris des règles uniformes de comptabilité. »

Le Ministre précise qu'il ne s'agit pas ici de la comptabilité de l'hôpital en tant que telle, mais de la comptabilité du service de perception centrale.

Répondant à une question, le Ministre précise une nouvelle fois que les pièces justificatives qui conformément aux dispositions du § 2, 3°, doivent être transmises tous les trois mois à chaque médecin ne concernent que les données relatives au médecin concerné.

En réponse à une question, le Ministre déclare qu'il pourrait être fait appel à la Commission paritaire et à son secrétariat pour la recherche d'une solution aux difficultés d'application ou points litigieux éventuels entre le gestionnaire et le Conseil médical.

La Commission passe ensuite à l'examen des amendements présentés à l'article 12 et dont le texte et la justification suivent :

Premier amendement

« A) Compléter le § 1^{er} de cet article par les mots « par l'hôpital ».

B) Remplacer le § 2, premier alinéa, de cet article, par la disposition suivante :

« La perception centrale se fait par l'hôpital dans le respect des conditions suivantes : ». »

C) Remplacer la première phrase du § 2, 1°, de cet article, par la disposition suivante :

« 1° Le règlement relatif au fonctionnement du service de perception est établi par le gestionnaire. »

D) Supprimer le § 3 de cet article. »

Justification

« Comme, à notre avis, le gestionnaire est le mieux à même de supporter, dans le cadre de sa propre politique, la responsabilité financière de l'hôpital, le système de la perception centrale des honoraires par l'hôpital nous semble être la solution la plus efficace et la plus raisonnable. »

Deuxième amendement

« A. Au § 2, premier alinéa, de cet article, remplacer les mots « Sauf si le Conseil médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires », par les

de woorden « Behalve voor de systemen van centrale inning zoals bepaald in artikel 15, § 1. »

B. In § 3 van dit artikel de woorden « Indien de centrale inning geschiedt door een dienst die te dien einde door de Medische Raad wordt ingericht » te vervangen door de woorden « Behalve voor de systemen van centrale inning zoals bepaald in artikel 15, § 1. »

Verantwoording

« Het is logisch dat de centrale inning geschiedt door de beheerder, daar waar dat nog niet gebeurt. »

Derde amendement

« De aanhef van § 2 van dit artikel te vervangen als volgt :

« § 2. Behalve indien de beheerder beslist zelf een dienst in te richten om de honoraria centraal te innen, geschiedt de centrale inning door de Medische Raad met inachtneming van de volgende voorwaarden. »

Verantwoording

« Gezien via de centrale inning de financiering moet worden verzekerd van de aan de honoraria aanrekenbare ziekenhuisactiviteiten is het aangewezen om in eerste orde aan het beheer van het ziekenhuis de keuze over te laten of het al dan niet zelf de centrale inning wenst te organiseren.

Slechts indien het beheer hiervan afziet, kan het aan de Medische Raad overgelaten worden om zelf in te staan voor de centrale inning. »

De Minister constateert dat de drie amendementen dezelfde strekking hebben en absolute voorrang verlenen aan de beheerder om de centrale inning te organiseren. Volgens de Minister gaat zulk een voorstel te ver. Hij herhaalt nogmaals dat het beginsel van de centrale inning, dat door het ontwerp wordt ingevoerd, belangrijker is dan de vraag wie ze organiseert.

De drie amendementen worden in één stemming verworpen met 10 tegen 2 stemmen.

Het Regeringsamendement wordt aangenomen met 10 tegen 2 stemmen.

Het geamendeerde artikel wordt aangenomen met 9 stemmen, bij 3 onthoudingen.

♦♦

Dit artikel wordt vernummerd tot de artikelen 24 tot en met 27.

AFDELING III

Vaststelling van de honoraria

Artikel 13

De Minister stelt bij amendement voor de ontwerp-tekst te vervangen als volgt :

mots « Sauf pour les systèmes de perception centrale tels que prévus à l'article 15, § 1^{er}. »

B. Au § 3 de cet article, remplacer les mots « Si la perception centrale est effectuée par un service organisé à cette fin par le Conseil médical », par les mots « Sauf pour les systèmes de perception centrale tels que prévus à l'article 15, § 1^{er}. »

Justification

« Il est logique que la perception centrale se fasse par le gestionnaire là où elle n'est pas encore réalisée. »

Troisième amendement

« Remplacer la phrase liminaire du § 2 de cet article par le texte suivant :

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

Justification

« Etant donné que la perception centrale doit permettre d'assurer le financement des activités hospitalières imputables sur les honoraires, il convient, en première instance, de permettre à la gestion de l'hôpital de décider si elle organise ou non elle-même la perception centrale.

Ce n'est que si la gestion renonce à organiser cette perception centrale que le Conseil médical peut en être chargé. »

Le Ministre constate que les trois amendements ont une portée identique et confèrent une priorité absolue au gestionnaire pour l'organisation de la perception centrale. Selon lui, pareille proposition va trop loin. Il répète à nouveau que le principe de la perception centrale retenu par le projet est plus important que la question de savoir qui l'organisera.

Les trois amendements sont rejetés en un vote unique par 10 voix contre 2.

L'amendement du Gouvernement est adopté par 10 voix contre 2.

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

♦♦

Les dispositions de cet article deviennent les articles 24 à 27.

SECTION III

Fixation des honoraires

Article 13

Le Ministre propose par voie d'amendement de remplacer le texte du projet par les dispositions suivantes :

« § 1. Indien, in toepassing van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, het noodzakelijk quorum van verbintenissen vereist door artikel 34, § 3, van vermelde wet werd bereikt, moeten door de verbonden artsen de verbintenistarieven worden nageleefd voor de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamer of in tweepersoonskamers.

§ 2. De geneesheren die niet verbonden zijn in de zin van § 1 en die zich niet verbinden om ten aanzien van de in § 1 bedoelde patiënten de verbintenistarieven toe te passen maken dit bekend aan de Medische Raad die hieromtrent de beheerder inlicht.

§ 3. De Medische Raad waarborgt dat de in § 1 bedoelde patiënten aan verbintenistarieven kunnen verzorgd worden; hij treft hiertoe de nodige maatregelen en licht hieromtrent de beheerder in.

§ 4. De beheerder zorgt ervoor dat de patiënten de lijsten kunnen raadplegen waarop enerzijds geneesheren vermeld staan die zich verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen en anderzijds de geneesheren die zich niet verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen. »

De Minister verduidelijkt vooreerst dat dit amendement inhoudelijk overeenstemt met het oorspronkelijk artikel 13, maar dat de tekst, door de indeling in paragrafen, meer overzichtelijk is.

Volgens de Minister betekent dit artikel voor de ziekenhuispatiënt een belangrijke verbetering ten overstaan van de huidige situatie. Men zou nog slechts één stap verder kunnen zetten, namelijk bepalen dat het verbintenisstelsel in de ziekenhuizen moet worden toegepast. In dat geval stelt men evenwel het conventiesysteem (individuele toetreding) zelf in vraag.

Een lid stelt de vraag of het gedeelte van het honorarium dat eventueel boven het R.I.Z.I.V.-tarief wordt gevraagd, door de betrokken arts afzonderlijk mag worden geïnd buiten de centrale inning.

De Minister antwoordt dat artikel 12, § 1, ondubbelzinnig stelt dat alle honoraria — wat ook het bedrag ervan zij — langs het systeem van centrale inning moet worden geïnd.

Volgens een ander lid zal dit artikel leiden tot een klasse-geneeskunde.

De Minister bestrijdt deze bewering. Mocht de kritiek van het lid terecht zijn, dan is deze in feite gericht op ons bestaande Z.I.V.-stelsel dat sinds 1963 is ingevoerd. In de Z.I.V.-wet werd het conventiesysteem opgenomen als middel om tariefzekerheid te realiseren. Dit conventiesysteem heeft in ons land overigens behoorlijke resultaten opgeleverd: de Minister is van oordeel dat dank zij dit conventiesysteem in ons land, wat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg betreft, het onderscheid tussen de verschillende bevolkingsgroepen het minst is t.o.v. de andere Europese landen.

« § 1^{er}. Lorsque, en application de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, le quorum d'engagements requis par l'article 34, § 3, de la loi susmentionnée a été atteint, les tarifs de l'engagement seront respectés, par les médecins engagés, pour les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits.

§ 2. Les médecins qui ne sont pas engagés au sens du § 1^{er} et qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement aux patients visés au § 1^{er}, le communiqueront au Conseil médical qui en informe le gestionnaire.

§ 3. Le Conseil médical garantit que les malades visés au § 1^{er} peuvent être soignés aux tarifs de l'engagement; dans ce but, il prend les mesures nécessaires et en informe le gestionnaire.

§ 4. Le gestionnaire prend soin que les patients peuvent consulter la liste mentionnant d'une part les médecins qui se sont engagés à appliquer les tarifs de l'engagement et d'autre part les médecins qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs de l'engagement. »

Le Ministre précise tout d'abord que cet amendement est identique quant au contenu à l'article 13 initial, mais que le texte en a été rendu plus clair par la division en paragraphes.

Selon le Ministre, cet article représente pour le patient hospitalisé une amélioration importante par rapport à la situation actuelle. On ne pourrait désormais plus faire qu'un pas de plus, à savoir décréter que les tarifs de l'engagement doivent être appliqués dans les hôpitaux. Mais, dans ce cas, c'est le système même du conventionnement (adhésion individuelle) qui serait mis en question.

Un membre demande si la partie des honoraires réclamés dépassant le tarif de l'I.N.A.M.I. peut être perçue séparément par le médecin concerné, en dehors du système de la perception centrale.

Le Ministre répond que l'article 12, § 1^{er}, dispose clairement que tous les honoraires — quel qu'en soit le montant — doivent être perçus de façon centrale.

Selon un membre, cet article conduira à une médecine de classes.

Le Ministre conteste cette affirmation. Si la critique de l'intervenant était exacte, elle s'adresserait en fait au système actuel de l'assurance maladie-invalidité, instauré depuis 1963. Dans la loi sur l'assurance maladie-invalidité, le système du conventionnement a été retenu comme moyen de réaliser la sécurité des tarifs. Ce système du conventionnement a d'ailleurs donné de bons résultats dans notre pays; le Ministre estime que, c'est dans notre pays que l'écart entre les différentes catégories de population est le plus réduit, grâce à ce système du conventionnement, sur le plan de l'accès aux soins de santé, par rapport aux autres pays européens.

Ten opzichte van het Z.I.V.-conventiesysteem is artikel 13 een aanvulling onder een dubbel oogpunt :

— De verbintenis van de volgens de Z.I.V.-wetgeving verbonden artsen wordt bij wet veralgemeend tot hun ganse medische activiteit ten aanzien van patiënten opgenomen in een meerpersoonskamer;

— Het artikel waarborgt dat hoe dan ook patiënten opgenomen in meerpersoonskamers tegen Z.I.V.-tarief moeten kunnen verzorgd worden indien ze dit wensen.

De Minister benadrukt dat artikel 13 de wettelijke regeling is die in elk geval moet worden nageleefd. Niets belet echter dat in de statuten van het ziekenhuis en in de overeenkomsten afgesloten met geneesheren bepaald wordt dat deze laatste ertoe gehouden zijn de verbintenistarieven toe te passen. De Minister verwijst in dit verband nog naar de zeer expliciete tekst van het derde lid van de toelichting bij artikel 13 van de ontwerp-tekst (p. 27).

De beheerder is trouwens verplicht er voor te zorgen dat een patiënt in een meerpersoonskamer aan verbintenistarieven kan verzorgd worden, zo nodig door een geneesheer van buiten het ziekenhuis.

Een lid van de Commissie stelt bij amendement voor dit artikel te vervangen als volgt :

« De patiënt of zijn vertegenwoordiger dient bij de opname te worden ingelicht over de geldende prijzen en zijn persoonlijk aandeel voor het verblijf in een gemeenschappelijke kamer of in een afzonderlijke kamer. De bevoegde Minister bepaalt de modaliteiten van deze voorlichting. De beheerder zal ervoor waken dat, voor de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamers of in tweepersoonskamers, door de artsen de verbintenistarieven worden nageleefd. Voor de patiënten opgenomen in afzonderlijke kamers zullen de verbintenistarieven hoogstens kunnen verdubbeld worden, en dit slechts na goedkeuring van de beheerder. »

De verantwoording hiervan luidt :

« In het belang van de patiënt is het belangrijk dat hij bij een opname een precies overzicht krijgt van de diverse kosten waaraan hij zich mag verwachten.

Wij achten het bovendien onaanvaardbaar dat artsen willekeurige honoraria zouden toepassen, ook voor patiënten opgenomen in afzonderlijke kamers.

Absoluut onvoorstelbaar is ook het voorstel dat patiënten de lijsten van geneesheren, welke er zich niet toe verbinden de verbintenistarieven toe te passen, zouden moeten raadplegen bij hun opname. Welke nadelige financiële gevolgen zouden er bijvoorbeeld niet ontstaan bij spoedopnamen, bij opnamen van bewusteloze patiënten, enz. ? »

Een tweede amendement stelt voor dit artikel te vervangen als volgt :

« Indien in toepassing van de ziekte- en invaliditeitswetgeving het noodzakelijk quorum van verbintenissen werd be-

A l'égard du système de conventionnement de l'A.M.I., l'article 13 constitue un complément à un double point de vue :

— L'engagement des médecins conventionnés en vertu de la législation sur l'A.M.I. est généralisé par la loi à l'ensemble des activités médicales pour les patients admis en chambre commune;

— L'article garantit que, de toute manière, les patients admis en chambre commune doivent pouvoir être soignés au tarif de l'A.M.I. s'ils le désirent.

Le Ministre souligne que l'article 13 est la réglementation légale qui doit en tout cas être respectée. Rien n'empêche cependant qu'il soit prévu dans les statuts de l'hôpital et dans les contrats conclus avec les médecins que ces derniers sont tenus d'appliquer les tarifs de l'engagement. Le Ministre renvoie à cet égard au texte très explicite du troisième alinéa de l'exposé des motifs concernant l'article 13 du texte du projet (p. 27).

Le gestionnaire est d'ailleurs tenu de veiller à ce qu'un patient admis en chambre commune puisse être soigné au tarif de l'engagement, le cas échéant par un médecin extérieur à l'hôpital.

Un commissaire propose, par voie d'amendement, de remplacer cet article par les dispositions suivantes :

« Le patient, ou son représentant, doit être informé, au moment de l'hospitalisation, des prix pratiqués et de la contribution qu'il devra verser pour un séjour en salle commune ou en chambre individuelle. Le Ministre compétent fixe les modalités de cette information. Le gestionnaire veillera à ce que les médecins respectent les tarifs de l'engagement pour les patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits. Pour les patients admis en chambre particulière, les tarifs de l'engagement pourront tout au plus être doublés, moyennant l'accord du gestionnaire. »

La justification est la suivante :

« Il importe, dans l'intérêt du patient, qu'il puisse être informé avec précision, en cas d'hospitalisation, des diverses dépenses auxquelles il peut s'attendre.

Nous estimons en outre qu'il est inacceptable que les médecins puissent fixer arbitrairement leurs honoraires, même pour des patients admis en chambre particulière.

Il est absolument inadmissible de proposer qu'au moment de leur hospitalisation, les patients doivent consulter les listes des médecins qui ne s'engagent pas à pratiquer les tarifs de l'engagement. Quelles ne seraient pas les conséquences financières désagréables, par exemple en cas d'hospitalisation urgente, d'admission de patients inconscients, etc. ? »

Un deuxième amendement vise à remplacer cet article par les dispositions suivantes :

« Si, en application de la législation sur l'assurance maladie-invalidité, le quorum d'engagements requis a été atteint

reikt omtrent de toepassing van een gesloten medico-mutualistisch akkoord, zullen voor de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamer of in tweepersoonskamers door de verbonden artsen de verbintenistarieven worden nageleefd. De beheerder waarborgt dat de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamer of in tweepersoonskamer aan verbintenistarieven verzorgd worden; de geneesheren die ten aanzien van de ziekteverzekering niet verbonden zijn en die zich niet verbinden om ten aanzien van de hierboven bedoelde patiënten de verbintenistarieven toe te passen, maken dit bekend aan de beheerder; de beheerder treft de nodige maatregelen; de lijst van de geneesheren die zich niet verbinden om de verbintenistarieven toe te passen moet kunnen geraadpleegd worden door de patiënten. »

Verantwoording

« Volgens de indieners dient het tot de eenzijdige bevoegdheid van de beheerders te behoren om de verbintenistarieven op te leggen en te eisen dat de geneesheren geconventioneerd zijn. Het kan niet dat in deze materie het treffen van de nodige maatregelen wordt overgelaten aan de Medische Raad. »

Beide amendementen worden verworpen met 10 tegen 2 stemmen.

Met een volgend amendement wordt voorgesteld :

« A. In dit artikel te doen vervallen de tekst vanaf de woorden : « de geneesheren die ten aanzien van de ziekteverzekering... » (achtste tot vijftiende regel). »

B. Dit artikel aan te vullen als volgt :

« Voor de zieken in particuliere kamers zal een remgeld, bepaald door de Medische Raad, dat geen 50 pct. boven het verbintenistarief ligt, kunnen worden geïnd door de niet-verbonden artsen. »

De beheerder is gehouden het publiek in kennis te stellen van de tarieven en voorwaarden inzake verblijf, verzorging en tegemoetkomingen : bij wege van aanplakbrieven en door een voorlichtingsbrochure die aan elke patiënt zal worden ter hand gesteld zodra als hij verzoekt om in het ziekenhuis te worden opgenomen. »

Verantwoording

« A. De honoraria van de niet-verbonden geneesheren mogen niet worden vastgesteld volgens het gezicht van de klant. Het beeld van een gewone geneeskunde en van een klassegeneeskunde moet absoluut worden weggenomen. »

B. In de geest van zelfbeheer van zijn gezondheid, moet de klant van het ziekenhuis de medische handelingen, waaraan hij zich wil onderwerpen, kunnen programmeren en controleren. »

De Minister merkt op dat er voor de niet-verbonden geneesheren weliswaar geen beperkingen zijn, maar de meeste ziekenhuizen hebben die zelf opgelegd.

De Minister vraagt om de reeds vroeger uiteengezette redenen (fundamentele wijziging Z.I.V.-wet) het amendement

sur l'application d'un accord médico-mutualiste, les tarifs de l'engagement seront respectés par les médecins engagés pour les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits. Le gestionnaire garantit que les malades en salle commune ou en chambre à deux lits sont soignés au tarif de l'engagement; les médecins qui, en ce qui concerne l'assurance-maladie, ne sont pas engagés, et qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement aux patients précités, le communiqueront au gestionnaire; le gestionnaire prendra les mesures nécessaires; la liste des médecins qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement doit être disponible pour les patients. »

Justification

« Selon les auteurs, les gestionnaires doivent avoir unilatéralement le pouvoir d'imposer les tarifs de l'engagement et d'exiger des médecins qu'ils soient conventionnés. Il n'est pas possible qu'en cette matière, le soin de prendre les mesures nécessaires soit laissé au Conseil médical. »

Les deux amendements sont rejetés par 10 voix contre 2.

Un autre amendement vise à :

« A. Supprimer, à cet article, le texte à partir des mots « les médecins qui en ce qui concerne l'assurance-maladie... » (huitième à quinzième ligne). »

B. Compléter cet article par les dispositions suivantes :

« Pour les malades des chambres particulières un ticket modérateur fixé par le Conseil médical n'excédant pas 50 p.c. le tarif d'engagement, pourra être perçu par les médecins non conventionnés. »

Le gestionnaire est tenu de faire connaître au public les tarifs et conditions de séjour, de soins et d'interventions : par voie d'affichage et par une brochure d'information qui sera remise à chaque patient dès sa demande d'entrée à l'hôpital. »

Justification

« A. Les honoraires de médecins non conventionnés ne peuvent être fixés à la tête du client. Il est impérieux d'éliminer l'image d'une médecine ordinaire et d'une médecine de classe. »

B. Dans l'esprit d'une autogestion de sa santé, le client de l'hôpital doit pouvoir programmer et contrôler les actes médicaux auxquels il aura décidé de se soumettre. »

Le Ministre fait observer qu'il n'y a certes pas de restrictions pour les médecins non engagés, mais que la plupart des hôpitaux en ont imposé eux-mêmes.

Il demande, pour les raisons déjà exposées (modification fondamentale de la loi sur l'assurance maladie-invalidité),

te verwerpen maar stipuleert daarbij dat het niet strijdig is met het ontwerp dat in het ziekenhuis een regeling zoals voorgesteld door het amendement wordt uitgewerkt. De reeds bestaande systemen blijven trouwens behouden (cf. artikel 16).

Het amendement wordt verworpen met 10 stemmen, bij 2 onthoudingen.

In het regeringsamendement wordt nog een kleine wijziging aangebracht. De aanhef van § 4 wordt gewijzigd als volgt : « De beheerder neemt de nodige schikkingen opdat de patiënten ... ».

Het amendement, aldus gewijzigd, wordt aangenomen met 9 tegen 2 stemmen, bij 1 onthouding.

De goedgekeurde tekst wordt artikel 28.

**

Op een vraag van een lid over de toetreding tot de medico-mutualistische akkoorden, tijdens de jongste jaren, heeft de Minister de volgende cijfers verstrekt (uitgedrukt in percentages) :

Datum akkoord — Dates accord	Algemeen geneeskundigen — Médecins généralistes	Specialisten — Spécialistes	Algemeen totaal — Total général
1970	84,69	81,76	83,49
1976	89,18	82,70	86,36
1ste januari 1977. — 1 ^{er} janvier 1977	87,63	81,16	84,85
1ste juli 1977. — 1 ^{er} juillet 1977	88,31	80,99	85,10
1980	88,16	80,30	84,79
1981	86,43	79,90	83,23
1ste november 1982. — 1 ^{er} novembre 1982	90,80	83,87	87,91
1984	91,79	84,55	88,75

AFDELING IV

Aanwending van de sommen van de centraal geïnde honoraria

Artikel 14

De Minister geeft een toelichting bij dit artikel.

Het artikel handelt over de aanwending van de centraal geïnde honoraria.

§ 1 bepaalt waartoe de centraal geïnde honoraria kunnen worden aangewend :

1° uitbetaling van de aan de arts verschuldigde sommen overeenkomstig de bepalingen van de op hem toepasselijke regeling (art. 9);

2° dekken van de inningskosten, met een maximum van 6 pct. : dit is het thans gebruikelijke maximumpercentage;

que l'amendement soit rejeté, mais il ajoute qu'il n'est pas contraire au projet que soit mise au point, au sein de l'hôpital, une réglementation telle que celle prévue dans l'amendement. Les systèmes existants sont d'ailleurs maintenus (cf. l'article 16).

L'amendement est rejeté par 10 voix et 2 abstentions.

Une légère modification est encore apportée à l'amendement gouvernemental. Le début du texte du § 4 est rédigé comme suit : « Le gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour que les patients ... ».

L'amendement ainsi modifié est adopté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Ce texte devient l'article 28.

**

En réponse à la question d'un commissaire au sujet du taux d'adhésion aux accords médico-mutualistes au cours des dernières années, le Ministre communique les pourcentages suivants :

SECTION IV

Affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale

Article 14

Le Ministre commente cet article.

Il concerne l'affectation des honoraires perçus de façon centrale.

Le § 1^{er} indique à quoi les honoraires perçus de façon centrale peuvent être affectés :

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

2° à la couverture des frais de perception, avec un maximum de 6 p.c. (le pourcentage maximum habituellement appliqué à l'heure actuelle);

3^o dekken van de kosten verbonden aan de medische activiteit;

4^o bijdragen tot het in stand houden en bevorderen van de medische activiteit.

§ 2 handelt over de inningskosten.

§ 3 handelt over het dekken van de kosten veroorzaakt door de medische prestaties waarvoor het ziekenhuis geen afzonderlijke vergoeding ontvangt. De afhouding kan percentsgewijze bepaald worden.

§ 4 geeft de opsomming van de soorten kosten.

§ 5 handelt over de aanwending van honoraria voor doeleinden die ruimer zijn dan het dekken van strikt-medische kosten.

§ 6 handelt over het specifiek punt van de artsen die bij wedde of forfaitair betaald worden. De Minister is er zich van bewust dat deze paragraaf in de Commissie zeker tot discussie zal aanleiding geven. Uit de bespreking in de Commissie zal moeten blijken of en in welke mate de tekst van het ontwerp moet gewijzigd worden.

De Minister wijst op het juridisch belang van de §§ 3, 4 en 5. I.v.m. de wijze van aanwending van de honoraria gaven bepaalde in de praktijk bestaande regelingen aanleiding tot moeilijkheden met de provinciale raden van de Orde van Geneesheren. Thans wordt in § 3 uitdrukkelijk gesteld dat afhoudingen voor kosten percentsgewijze kunnen worden bepaald en wordt in § 5 gesteld dat afhoudingen op honoraria mogelijk zijn voor doeleinden die ruimer zijn dan een strikte kostenvergoeding.

Een lid leidt uit de §§ 3 en 4 af dat de afhoudingen op de erelonen, zoveel als mogelijk, gebaseerd moeten zijn op de werkelijke kosten.

Spreker vraagt zich af of men hierdoor niet het evenwicht van de globale rekening van het ziekenhuis in gevaar brengt. Voor de beheerder is het globaal evenwicht van de exploitatie van primordiaal belang.

Het is niet ongebruikelijk dat het exploitatieoverschot van bepaalde diensten (laboratorium) dient om de tekorten van verlieslatende diensten te dekken. Zal dat in de toekomst nog mogelijk zijn?

De Minister antwoordt dat de opmerking van het lid juist is wat de §§ 3 en 4 betreft, maar dat naast de §§ 3 en 4 er ook nog § 5 van artikel 14 is waarin de verwijzing naar de werkelijke kosten niet voorkomt.

Vervolgens moet rekening worden gehouden met het onderscheid dat in artikel 11 wordt gemaakt i.v.m. de wijze van bezoldiging. De vraag hoe de aanwending geschiedt van een eventueel surplus van bepaalde diensten verschilt al naargelang de nrs. 1^o en 2^o dan wel de nrs. 3^o en 4^o (forfaitaire vergoeding of wedde) van artikel 11 toepasselijk zijn. Dat onderscheid is, gedeeltelijk, terug te vinden in artikel 14. De vraag is of dat onderscheid wel voldoende goed in de tekst tot uiting komt.

3^o à la couverture des frais occasionnés par l'activité médicale;

4^o à titre de contribution aux mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale.

Le § 2 concerne les frais de perception.

Le § 3 concerne la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales et pour lesquels l'hôpital ne reçoit pas de contribution financière distincte. La retenue peut être exprimée en pourcentage.

Le § 4 énumère les types de frais.

Le § 5 concerne l'affectation des honoraires à des fins qui dépassent la couverture des frais strictement médicaux.

Le § 6 concerne le cas spécifique des médecins payés au salaire ou forfaitairement. Le Ministre est conscient du fait que ce paragraphe soulèvera sans aucun doute des discussions au sein de la Commission. Il faudra voir, à la lumière de celles-ci, s'il y a lieu de modifier le texte du projet et, dans l'affirmative, dans quelle mesure.

Le Ministre souligne l'importance juridique des §§ 3, 4 et 5. En ce qui concerne les modalités d'affectation des honoraires, certains systèmes utilisés dans la pratique ont entraîné des difficultés avec les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins. Or, le § 3 prévoit que les retenues pour couverture de frais peuvent être exprimées en pourcentages et le § 5 prévoit que des retenues peuvent être opérées sur les honoraires à des fins qui dépassent le cadre strict de la couverture des frais.

Un commissaire déduit des §§ 3 et 4 que les retenues sur les honoraires doivent être fonction, dans toute la mesure possible, des frais réels.

L'intervenant se demande si l'on ne menace pas ainsi l'équilibre du compte global de l'hôpital. Pour le gestionnaire, l'équilibre global de l'exploitation revêt une importance primordiale.

Il n'est pas inhabituel que l'excédent d'exploitation de certains services (laboratoires) soit affecté à la couverture des pertes de services déficitaires. Cela sera-t-il encore possible à l'avenir?

Le Ministre répond que l'observation du commissaire est exacte pour ce qui est des §§ 3 et 4, mais qu'il y a, en outre, à l'article 14, un § 5, où il n'est pas fait référence aux frais réels.

Il faut tenir compte, par ailleurs, de la distinction faite par l'article 11 à propos des systèmes de rémunération. La manière dont est affecté un éventuel surplus de certains services varie selon que l'on doit appliquer le 1^o et le 2^o ou le 3^o et le 4^o (rémunération forfaitaire ou salaire) de l'article 11. Cette distinction se retrouve partiellement à l'article 14. Il y a lieu de se demander si elle ressort suffisamment du texte.

Sommige leden twijfelen aan de doeltreffendheid van de voorgestelde § 4. Zij vinden de regeling te gedetailleerd. De vraag wordt gesteld of het niet aangewezen is de paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen opdracht te geven deze aangelegenheden te regelen.

De Minister geeft toe dat men m.b.t. de inhoud van § 4 twee opties kan nemen.

In het ontwerp is gekozen voor de optie om in de wet zelf de opsomming te geven van de soorten kosten. Dit heeft het voordeel van duidelijkheid. Anderzijds is aan deze werkwijze het nadeel verbonden dat men hierdoor een betrekkelijk strakke regeling in de wet heeft waardoor het moeilijker wordt vlot op nieuwe ontwikkelingen in te spelen. Het is zo dat de bepalingen van § 4 nog volledig thuishoren in de financieringswijze van de ziekenhuizen zoals die vóór 1980 bestond.

Nu men meer en meer naar een enveloppesysteem evolueert, is een gedetailleerde opsomming in deze wet minder aangewezen. Misschien is het beter in de wet enkel het algemeen referentiekader te geven en dan bij koninklijk besluit, na advies van de Paritaire commissie, de concrete toepassingsregelen vast te stellen.

Tijdens de volgende vergadering stelt de Minister bij amendement voor de ontwerp-tekst van artikel 14 te vervangen als volgt :

« § 1. De centraal geïnde honoraria worden aangewend voor :

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

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

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

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

Voor de geneesheren die niet vergoed worden volgens artikel 11, § 1, 3° of 4°, geschiedt de aanwending der honoraria overeenkomstig de hiernavolgende paragrafen.

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

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

Certains commissaires mettent en doute l'efficacité du § 4. Ils estiment que la réglementation qui y est prévue est trop détaillée. La question est posée de savoir s'il ne convient pas de charger la Commission paritaire médecins-hôpitaux de régler ces matières.

Le Ministre concède qu'en ce qui concerne le contenu du § 4, deux options sont possibles.

Le projet a opté pour l'énumération des types de frais dans la loi même. Cette solution a l'avantage de la clarté. L'inconvénient, c'est qu'on se trouve ainsi devant une réglementation légale relativement rigide et qu'il devient, par conséquent, plus difficile de réagir avec souplesse à l'évolution. Les dispositions du § 4 s'inscrivent encore entièrement dans le cadre des modalités de financement des hôpitaux qui étaient en vigueur avant 1980.

Comme nous évoluons de plus en plus vers un système d'enveloppes, il est possible qu'une énumération détaillée dans la loi ne soit plus tellement indiquée. Peut-être est-il préférable d'y donner uniquement le cadre de référence général et de définir ensuite, par arrêté royal, et après avis de la Commission paritaire, les modalités d'application concrètes.

Au cours de la réunion suivante, le Ministre propose, par voie d'amendement, de remplacer le texte de l'article 14 du projet par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

Pour les médecins qui ne sont pas rémunérés selon l'article 11, § 1^{er}, 3° ou 4°, l'affectation des honoraires se fait conformément aux paragraphes suivants.

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

§ 3. En outre, le service de perception applique aux montants perçus pour la couverture de tous les frais occasionnés par les prestations médicales et pour lesquels l'hôpital ne reçoit pas de contribution financière distincte, des retenues

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

De Koning kan een opsomming geven van de kosten waarmede wordt rekening gehouden voor het vaststellen van de hierboven bedoelde tarieven. De Koning kan eveneens criteria bepalen voor de evaluatie en de aanrekening van de kosten.

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

De Minister verstrekt hierbij de volgende toelichting.

In vergelijking met de oorspronkelijke tekst van het ontwerp bevat de nieuwe tekst aanpassingen met betrekking tot de volgende punten :

a) de regeling voor artsen die bij wedde of forfaitair betaald worden;

b) de kostenregeling : versmelting van de vroegere §§ 3 en 4.

In § 1 wordt aan de vroegere tekst een alinea toegevoegd waarin duidelijk gesteld wordt dat de bepalingen van de volgende paragrafen niet van toepassing zijn voor de artsen die bij wedde of met vaste vergoeding betaald worden (cf. art. 11, § 1, 3° en 4°). Voor deze artsen betaalt de beheerder de wedde of de vaste vergoeding ongeacht het bedrag van de pool der honoraria. Over de aanwending van het eventuele overschot wordt door de beheerder beslist. Door deze toevoeging aan § 1 vervalt het vroegere § 6 dat specifiek betrekking had op de artsen die bij wedde of forfaitair worden vergoed.

§ 2 is identiek met de tekst van de vroegere § 2.

§ 3. Het eerste lid correspondeert met de tekst van § 3 van het ontwerp. Het tweede lid vervangt de vroegere § 4 en bevat een meer soepele tekst : de opsomming van het soort kosten wordt aan de Koning overgelaten. De Minister preciseert dat de voorheen in § 4 gegeven opsomming het soort zaken bevat waaraan gedacht wordt om in een uitvoeringsbesluit op te nemen.

§ 4. Deze paragraaf komt overeen met de vroegere § 5.

Een lid stelt vast dat de regel om de afhoudingen zoveel mogelijk te doen overeenstemmen met de werkelijke kosten blijft bestaan. Het lid herhaalt dat, gelet op de nomenclatuur van het R.I.Z.I.V., bepaalde diensten niet uit de kosten komen. Het tekort van deze afdelingen moet gecompenseerd worden door de inkomsten van meer renderende diensten.

In de nieuwe tekst wordt weliswaar voor de beheerder enige ruimte gelaten. Paragraaf 1, 4°, wil inderdaad zeggen dat het percentage van de afhoudingen hoger kan zijn dan noodzakelijk is om de werkelijke kosten te dekken. Voor-

qui peuvent être établies sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Le Roi peut énumérer les frais à prendre en compte pour la fixation des tarifs susmentionnés. Le Roi peut également fixer des critères d'évaluation et d'imputation des frais.

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

Le Ministre fournit les précisions suivantes à ce sujet.

Par rapport au texte initial du projet, le nouveau texte comporte des adaptations sur les points suivants :

a) le régime des médecins payés par salaire ou sur une base forfaitaire.

b) le règlement des frais : fusion des anciens §§ 3 et 4.

Au § 1^{er}, l'ancien texte est complété par un alinéa prévoyant clairement que les dispositions des paragraphes suivants ne sont pas d'application aux médecins payés par salaire ou par indemnité fixe (cf. art. 11, § 1^{er}, 3° et 4°). Pour ces médecins, le gestionnaire paie le salaire ou l'indemnité fixe, quel que soit le montant du pool des honoraires. C'est le gestionnaire qui décide de l'affectation du surplus éventuel. Cet ajout au § 1^{er} rend superflu l'ancien § 6 qui avait spécifiquement trait aux médecins rémunérés par un salaire ou sur une base forfaitaire.

Le § 2 est identique au texte de l'ancien § 2.

§ 3. Le premier alinéa correspond au texte du § 3 du projet. Le deuxième alinéa remplace l'ancien § 4 et contient un texte plus souple : l'énumération du type de frais est confiée au Roi. Le Ministre précise que l'énumération donnée au § 4 comporte le genre de cas à reprendre dans un arrêté d'exécution.

§ 4. Ce paragraphe correspond à l'ancien § 5.

Un membre constate que la règle visant à mettre les retenues autant que possible en concordance avec les frais réels reste maintenue. L'intervenant répète que, compte tenu de la nomenclature de l'I.N.A.M.I., certains services ne sont pas en mesure de supporter les frais. Le déficit de ces sections doit être compensé par les recettes de services plus performants.

Le nouveau texte laisse toutefois une certaine marge au gestionnaire. Le § 1^{er}, 4°, signifie en effet que le taux des retenues peut être supérieur au montant nécessaire pour couvrir les frais réels. La condition est cependant que le

waarde is evenwel dat de Koning daartoe de nodige regelen bepaalt (§ 3, tweede lid, van de nieuwe tekst). Doet Hij dit niet, dan valt men terug op de werkelijke kosten.

De Minister wijst er vooreerst op dat ook in de nieuwe ontwerp-tekst een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de afhoudingen voor de eigenlijke kosten verbonden aan de medische activiteit (cf. § 3 die correspondeert met de vroegere §§ 3 en 4) en de afhoudingen die bestemd zijn voor een aanwending die ruimer is dan de strikt medische kosten (cf. § 4 die correspondeert met de vroegere § 5).

De tussenkomst van het lid tendeert ernaar dat de nieuwe §§ 3 en 4 zouden versmolten worden en dat men aldus komt tot één globale afhouding « voor de goede werking van het ziekenhuis ». De Minister zegt dat, rekening houdende met de stand der besprekingen, dit op het principiële vlak een stap te ver is. Ook al komt men in de praktijk tot een globale afhouding, dan is dit toch de resultante van twee mentaal te onderscheiden stappen : enerzijds de eigenlijke kostenregeling (§ 3) en anderzijds de afhoudingen op basis van § 4. De Minister wijst er nog op dat, gelet op het feit dat § 3 zelf geen opsomming meer geeft van de op de honoraria aanrekenbare kosten, de mogelijkheid bestaat om bij uitvoeringsbesluit beter de evoluties op dit vlak te volgen.

De Minister concludeert dat het ontwerp toelaat om, zij het in twee stappen, tegemoet te komen aan de bekommernissen van de intervenant. De Minister laat bovendien opmerken dat door de inlassing van het nieuwe artikel 16bis een situatie van blokkering niet langer mogelijk is.

Een lid stelt dat artikel 14 een der sluitstukken vormt van het ontwerp. De kwestie van de vergoeding is voor elke professie belangrijk. Het lid meent dat er een principieel bezwaar is tegen § 1, 4°. Kan men met zo'n wetsbepaling nog wel spreken van honoraria? Alhoewel het lid de zorg van de vorige spreker begrijpt, vindt hij toch dat een bepaling die inhoudt dat de geneesheren moeten bijdragen tot « alle maatregelen die van aard zijn om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen » zeer ver kan gaan. Is het wel aanvaardbaar dat, bijvoorbeeld voor het aanleggen van een grasperk rond het ziekenhuis, afhoudingen op de honoraria worden gedaan?

De Minister verklaart dat § 1, 4°, inderdaad ruim is, maar dat dit niet betekent dat men de inkomsten uit honoraria zomaar voor om het even wat kan gebruiken. De band met het in stand houden en bevorderen van de medische activiteit staat in de tekst van de wet ingeschreven. Om te vermijden dat aan de tekst van § 1, 4°, een overdreven ruime interpretatie zou worden gegeven, betuigt de Minister zijn instemming met de suggestie van het lid om het woord « alle » in § 1, 4°, te doen vervallen.

Het lid laat ook nog opmerken dat het in § 1, 4°, bedoelde gemeenschappelijk akkoord niet alleen moet slaan op de aanwending maar ook op de hoegrootheid van het bedrag dat wordt afgehouden. De Minister verklaart dat hij dit logisch

Roi arrête les mesures nécessaires à cet effet (§ 3, alinéa 2, du nouveau texte). S'il ne le fait pas, on en revient aux frais réels.

Le Ministre souligne tout d'abord que le nouveau projet de texte fait également une distinction entre, d'une part, les retenues pour les frais proprement dits inhérents à l'activité médicale (cf. le § 3, qui correspond aux anciens §§ 3 et 4) et, d'autre part, les retenues destinées à une affectation plus large que les frais strictement médicaux (cf. le § 4, qui correspond à l'ancien § 5).

L'intervenant voudrait voir fusionner les nouveaux §§ 3 et 4, afin d'en arriver à une seule retenue globale « pour le bon fonctionnement de l'hôpital ». Le Ministre déclare que, compte tenu de l'état d'avancement des discussions, cette proposition va trop loin sur le plan des principes. Même si l'on en arrive en pratique à une retenue globale, celle-ci sera tout de même la résultante de deux démarches distinctes : d'une part, le règlement des frais proprement dits (§ 3) et, d'autre part, les retenues effectuées sur la base du § 4. Le Ministre ajoute que, compte tenu du fait que le § 3 ne donne lui-même plus d'énumération des frais imputables sur les honoraires, il est possible de mieux suivre l'évolution en cette matière par le truchement d'un arrêté d'exécution.

Le Ministre conclut que le projet permet, fût-ce en deux étapes, de répondre aux préoccupations de l'intervenant. De plus, le Ministre fait observer que l'insertion du nouvel article 16bis exclut désormais toute situation de blocage.

Un membre déclare que l'article 14 constitue l'une des clés de voûte du projet. La question de la rémunération est importante pour toute profession. L'intervenant estime qu'il y a une objection de principe en ce qui concerne le § 1er, 4°. Peut-on encore faire état d'honoraires dans le cadre d'une telle disposition de loi? Bien que l'intervenant comprenne les préoccupations du préopinant, il estime qu'une disposition qui implique que les médecins doivent contribuer « à la réalisation de toutes les mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital » peut aller très loin. Peut-on accepter que, par exemple pour l'aménagement d'une pelouse aux alentours de l'hôpital, des retenues soient pratiquées sur les honoraires?

Le Ministre déclare que le § 1er, 4°, a en effet une portée très large, mais que cela ne signifie pas pour autant que l'on puisse utiliser sans plus le produit des honoraires à n'importe quelle fin. La relation avec le maintien et la promotion de l'activité médicale est inscrite dans le texte de la loi. Pour éviter qu'une interprétation exagérément extensive soit donnée au texte du § 1er, 4°, le Ministre marque son accord sur la suggestion de l'intervenant de supprimer le mot « toutes les » figurant au § 1er, 4°.

L'intervenant fait encore observer que l'accord commun visé au § 1er, 4°, ne doit pas uniquement porter sur l'affectation mais aussi sur l'importance du montant retenu. Le Ministre déclare qu'il trouve cela logique. La suite de la

vindt. De verdere discussie in de commissie leidt uiteindelijk tot een nieuwe redaktie van § 4, luidend als volgt :

« § 4. Over de afhoudingen der bedragen die percentsgewijze kunnen uitgedrukt worden en de aanwending van de honoraria bij toepassing van § 1, 4°, wordt beslist in gemeenschappelijk akkoord tussen de Medische Raad en de beheerder. »

De voorgaande spreker heeft ook nog een bemerking bij het tweede lid van de nieuwe § 3; dit lid vervangt de vroegere § 4 waarin een opsomming werd gegeven van de soorten kosten. Het lid geeft de voorkeur aan het behoud van de vroegere tekst en de opsomming die daar gegeven werd. Die opsomming was weliswaar niet limitatief, maar als voorwaarde werd toch gesteld dat die kosten verband moeten houden met de medische handelingen en dat is belangrijk. Het lid citeert hierbij de tekst van 6°, van de vroegere § 4 : « 6° alle andere kosten of uitgaven die het verrichten van medische handelingen met zich brengen ».

De Minister herinnert aan de redenen die werden uiteengezet om de inhoud van de vroegere § 4 in een uitvoeringsbesluit te regelen. Hij herhaalt dat uit de commissiebespreking deze tendens naar voor is gekomen om beter op toekomstige evoluties te kunnen inspelen. De Minister herhaalt ook dat, wat de concrete toepassing van de nieuwe § 3 betreft, § 4 van de vroegere ontwerp-tekst oriënterend blijft.

Een lid komt nog terug op de draagwijdte van de kostenregeling voorzien in de nieuwe § 3. Ter verduidelijking antwoordt de Minister dat de zin « de kosten veroorzaakt door de medische prestaties » niet enkel slaat op de kosten van elke afzonderlijke dienst apart beschouwd, maar ook globaal over het ganse ziekenhuis moet worden bekeken.

Bij het einde van de discussie over artikel 14 geeft de Minister nog als zijn mening te kennen dat de complexe problematiek van artikel 14 een tijdsgebonden karakter heeft. Op dit ogenblik staan we inderdaad voor twee soorten problemen : er zijn enerzijds de diensten die moeilijk kunnen rondkomen op grond van de op hen toepasselijke Z.I.V.-nomenclatuur; andere diensten (waar doorgaans het aspect investering zeer belangrijk is) hebben op basis van de bestaande nomenclatuur meer mogelijkheden; elkeen weet dat een deel van de inkomsten van deze diensten naar het ziekenhuis gaan.

Het gelijktijdig voorkomen van deze twee situaties (deficitaire diensten en meer renderende diensten) brengt dus een spanningsveld mee waarin de ganse problematiek van artikel 14 te situeren valt.

De Minister is van oordeel dat de problematiek in de toekomst grotendeels zal kunnen afgezwakt worden door een nieuwe wijze van financiering.

De Minister meent dat, wat de technologisch geavanceerde diensten betreft, men zal moeten evolueren naar vormen van zuivere honoraria, terwijl de investeringen en werkingskosten als dusdanig in de ziekenhuisfinanciering worden opgenomen. Wat de diensten betreft die wegens

discussion en commission aboutit finalement à une nouvelle rédaction du § 4 qui est libellé comme suit :

« § 4. Concernant les retenues des montants qui peuvent être exprimées en pourcentage et l'affectation des honoraires en application du § 1^{er}, 4°, le gestionnaire et le Conseil médical décident d'un commun accord. »

L'intervenant formule encore une observation au sujet du deuxième alinéa du nouveau § 3; cet alinéa remplace l'ancien § 4 qui énumère les types de frais. L'intervenant préfère maintenir l'ancien texte et l'énumération qui y était faite. Bien que cette énumération ne soit pas limitative, elle prévoyait tout de même comme condition que ces frais aient un rapport avec les actes médicaux, ce qui est important. L'intervenant cite à cet égard le texte du 6° de l'ancien § 4 : « 6° tous autres frais ou dépenses entraînés par la pratique des actes médicaux ».

Le Ministre rappelle les motifs exposés pour régler le contenu de l'ancien § 4 dans un arrêté d'exécution. Il répète que cette tendance s'est dégagée des débats en commission et ce, pour avoir plus de prise sur l'évolution future. Le Ministre répète également que, pour ce qui est de l'application concrète du nouveau § 3, c'est le § 4 de l'ancien projet de texte qui reste déterminant.

Un membre revient sur la portée du règlement des frais prévu au nouveau § 3. Pour plus de clarté, le Ministre répond que le membre de phrase « les frais occasionnés par les prestations médicales » ne concerne pas uniquement les frais de chaque service pris séparément, mais qu'il doit généralement être pris globalement pour l'ensemble de l'hôpital.

A la fin de la discussion sur l'article 14, le Ministre ajoute que les problèmes complexes que pose cet article présentent un aspect temporel. Pour l'instant, on se trouve en effet devant deux types de problèmes. D'une part, il y a les services qui éprouvent des difficultés financières en raison de la nomenclature de l'A.M.I. qui leur est applicable; d'autre part, d'autres services (pour lesquels l'aspect investissement est généralement très important) disposent de possibilités plus étendues sur la base de la nomenclature existante; chacun sait qu'une partie des recettes de ces services est versée à l'hôpital.

La concomitance de ces deux situations (services déficitaires et services plus performants) entraîne donc certaines tensions dans le cadre desquelles il faut situer tous les problèmes liés à l'article 14.

Le Ministre estime qu'à l'avenir, ces problèmes pourront être atténués grâce à un nouveau mode de financement.

Il est d'avis qu'en ce qui concerne les services technologiquement avancés, il faudra s'orienter vers des formes d'honoraires purs, tandis que les investissements et les frais de fonctionnement seront intégrés en tant que tels au financement des hôpitaux. Pour ce qui est des services déficitaires

de huidige Z.I.V.-regeling verlieslatend zijn, zal ook naar een andere meer adequate financieringswijze moeten worden gezocht.

Op bepaalde gebieden zijn reeds maatregelen genomen in die richting. Naarmate die beleidsvisie in de toekomst meer gerealiseerd wordt, zal het huidig spanningsveld waarbinnen artikel 14 zich situeert in belangrijke mate zijn verdwijnen.

**

Er zij nog opgemerkt dat op artikel 14 van de ontwerp-tekst tal van amendementen werden ingediend.

Sommige van die amendementen zijn, tengevolge van de nieuwe teksten voorgesteld door de Minister zonder voorwerp geworden. Andere worden ingetrokken.

Slechts één amendement, dat de schrapping voorstelt van het bepaalde onder § 1, 4°, wordt gehandhaafd.

Dit amendement wordt verworpen met 10 stemmen tegen 3

Het regeringsamendement dat de ontwerp-tekst vervangt, wordt gewijzigd zoals voorgesteld door de Minister, aangenomen met 11 stemmen, bij 3 onthoudingen.

**

Bij het onderzoek in tweede lezing dient de Minister een amendement in er toe strekkende § 1, tweede lid, van dit artikel te vervangen als volgt :

« Onverminderd de toepassing van artikel 6 geschiedt, voor de geneesheren die niet vergoed worden volgens artikel 11, § 1, 3° of 4°, de aanwending van de honoraria overeenkomstig de hierna volgende paragrafen. »

De Minister verklaart dat de bedoeling van deze toevoeging is duidelijk te stellen dat alle geneesheren, wat ook hun wijze van vergoeding is, langs de Medische Raad inspraak hebben voor alle in artikel 6 vermelde aangelegenheden en dat derhalve de geneesheren die overeenkomstig artikel 11, § 1, 3° (wedde) of 4° (vaste vergoeding) worden vergoed niet van die inspraak uitgesloten zijn.

Deze zienswijze wordt beaamd door de Commissie.

Een lid laat opmerken dat door de toevoeging in artikel 11 van een nieuwe wijze van vergoeding (nl. het contractueel vastgesteld percentage) de vraag moet worden onderzocht hoe, voor de toepassing van artikel 14, deze categorie zich verhoudt tot de andere wijzen van vergoeding; m.a.w. moet de percentsgewijze vergoeding gerangschikt worden bij de categorieën van de vergoeding per prestatie (artikel 11, § 1, 1° en 2°) of moet ze gerangschikt worden bij de categorieën van de forfaitair vastgestelde vergoedingen (artikel 11, § 1, 3° en 4°) ?

Uit de bespreking blijkt dat men tot een verschillende conclusie kan komen al naargelang het standpunt waarop men zich stelt.

Volgens een lid moet voor de toepassing van artikel 14 deze vergoedingswijze gerangschikt worden bij de eerste

en raison du régime actuel de l'A.M.I., il faudra également rechercher un autre mode plus adéquat de financement.

Dans certains secteurs, des mesures ont déjà été prises dans ce sens. A mesure que cette vision politique se réalisera à l'avenir, les tensions actuelles dans le cadre desquelles se situe l'article 14 seront fortement atténuées.

**

Il convient encore d'observer que de nombreux amendements ont été déposés à l'article 14 du projet de texte.

Certains de ces amendements sont devenus sans objet par suite de la présentation de nouveaux textes par le Ministre. D'autres ont été retirés par leurs auteurs.

Seul un amendement, qui propose la suppression du § 1^{er}, 4°, est maintenu.

Cet amendement est rejeté par 10 voix contre 3.

L'amendement gouvernemental, modifié dans le sens proposé par le Ministre, est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

**

Lors de la deuxième lecture, le Ministre dépose un amendement visant à remplacer le deuxième alinéa du § 1^{er} de l'article 14 par le texte suivant :

« Sans préjudice de l'application de l'article 6, l'affectation des honoraires se fait, pour les médecins qui ne sont pas rémunérés selon l'article 11, § 1^{er}, 3° ou 4°, conformément aux paragraphes suivants. »

Le Ministre déclare que cet ajout vise à préciser que tous les médecins, quel que soit leur mode de rémunération, ont, par le canal du Conseil médical, un droit de participation aux décisions concernant toutes les matières visées à l'article 6 et que, par conséquent, les médecins rémunérés en application de l'article 11, § 1^{er}, 3° (salaire) ou 4° (indemnité fixe), ne sont pas privés du droit de participation.

Ce point de vue est confirmé par la Commission.

Un membre fait observer qu'à la suite de l'ajout, à l'article 11, d'un nouveau mode de rémunération (à savoir le pourcentage fixé contractuellement), il y a lieu d'examiner quelle est la situation de cette catégorie par rapport aux autres modes de rémunération pour ce qui est de l'application de l'article 14; autrement dit, faut-il classer la rémunération au pourcentage dans la catégorie de la rémunération à l'acte (article 11, § 1^{er}, 1° et 2°) ou dans celle de la rémunération forfaitaire (article 11, § 1^{er}, 3° et 4°) ?

Il ressort de la discussion que l'on peut arriver à une conclusion différente suivant le point de vue adopté.

Un membre estime que pour ce qui est de l'application de l'article 14, ce mode de rémunération doit être classé dans

categorie (artikel 11, § 1, 1^o en 2^o) omdat hier geen minimum vast gedeelte is en het uiteindelijk bedrag dat de arts ontvangt, functie is van de omvang van het aantal verstrekte prestaties.

Een ander lid is van mening dat het uiteindelijk bedrag dat de arts ontvangt, weliswaar functie is van het aantal prestaties, maar dat het aandeel van de arts in het totaal volume contractueel vastligt, zodat er m.b.t. de verdeling en m.b.t. de afhouding voor de dekking van de kosten eigenlijk geen discussie meer bestaat. Vanuit dit standpunt bekeken zou men deze vergoedingswijze veeleer bij de vergoeding op vaste basis (artikel 11, § 1, 3^o en 4^o) kunnen rangschikken.

De eerste intervenant vindt het door de tweede spreker gemaakte onderscheid wel nuttig maar blijft van oordeel dat de geneesheren die contractueel bij percent worden vergoed, thuishoren bij de categorieën vermeld onder artikel 11, § 1, 1^o en 2^o. Indien men ze immers zou rangschikken bij de onder artikel 11, § 1, 3^o en 4^o vermelde categorieën dan zou dit meebrengen dat men ze ook moet vermelden in artikel 14, § 1, tweede lid. Voor het lid heeft dit onaanvaardbare consequenties. Immers, volgens het ontwerp moeten de kosten verbonden aan de medische activiteit niet enkel meer per dienst worden bekeken, maar ook over het geheel van het ziekenhuis. Welnu, indien zou blijken dat de toestand van de medische kosten van het ziekenhuis als geheel vergt dat van de artsen een bijzondere inspanning wordt gevraagd, dan zouden de bij vast percent betaalde geneesheren deze bijkomende inspanning niet moeten opbrengen indien ze bij de categorie van de weddetrekkende geneesheren zouden worden gevoegd. De solidariteit die onder de ziekenhuis-artsen noodzakelijk is, vergt dat de percentsgewijze betaalde artsen wel bij die inspanning moeten betrokken worden.

De Minister kan persoonlijk dit standpunt beamen. Hij meent dat indien de commissie dit standpunt deelt het door hem geamendeerde tweede lid van § 1 van artikel 14 niet moet worden aangevuld en dat de geneesheren die vergoed worden met een contractueel vastgelegd percent in solidariteit met de andere geneesheren tot een bijkomende afhouding kunnen worden gebracht op basis van bewezen kosten; voor het bepalen van die bijkomende afhouding boven het contractueel vastgelegde percentage zouden de bepalingen van § 3 en eventueel van § 4 van artikel 14 moeten worden gevolgd.

Het door de Minister ingediende amendement wordt door de Commissie aangenomen met 12 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Ingevolge een suggestie van een lid is de Commissie van oordeel dat het 3^o van § 1 van artikel 14 best aldus wordt geformuleerd :

« 3^o het dekken van de kosten veroorzaakt door de medische prestaties die niet via de verpleegdagprijs worden gefinancierd. »

De Minister heeft geen bezwaar tegen dit voorstel. Deze wijziging wordt eenparig aangenomen (14 stemmen).

la première catégorie (article 11, § 1^{er}, 1^o et 2^o), parce qu'il n'y a pas ici de partie fixe minimale et que le montant que le médecin reçoit finalement est fonction du nombre d'actes accomplis.

Un autre membre estime que le montant finalement versé au médecin est certes fonction du nombre d'actes, mais que la part du volume total qui revient au médecin est fixée contractuellement, de sorte que il doit plus, en fait, y avoir de discussion au sujet de la répartition ni de la retenue pour la couverture des frais. De ce point de vue, ce mode de rémunération pourrait être classé plutôt dans la catégorie des indemnités fixes (article 11, § 1^{er}, 3^o et 4^o).

Le premier intervenant estime que la distinction proposée par son collègue pourrait être utile mais il continue toutefois à penser que les médecins rémunérés contractuellement au pourcentage doivent être rangés dans les catégories visées à l'article 11, § 1^{er}, 1^o et 2^o. Toutefois, si on les classait dans les catégories visées à l'article 11, § 1^{er}, 3^o et 4^o, il faudrait également les mentionner à l'article 14, § 1^{er}, deuxième alinéa. L'intervenant estime que cela aurait des conséquences inacceptables. En effet, selon le projet, les frais afférents à l'activité médicale doivent être comptabilisés non seulement par service, mais également pour l'ensemble de l'hôpital. Or, si l'on devait constater à un moment donné que l'évolution des frais médicaux de l'hôpital est telle qu'il faut demander un effort supplémentaire aux médecins, les médecins rémunérés au pourcentage fixe ne devraient pas participer à cet effort s'ils étaient classés dans la catégorie des médecins payés au salaire. Or l'esprit de solidarité qui doit exister parmi les médecins hospitaliers commande que les médecins rémunérés au pourcentage y participent.

Le Ministre approuve personnellement ce point de vue. Il estime que si la Commission le partage, le deuxième alinéa du § 1^{er} de l'article 14 amendé par lui ne doit pas être complété et que les médecins rémunérés au pourcentage fixé contractuellement peuvent être appelés à accepter une retenue supplémentaire, dans un esprit de solidarité avec les autres médecins, sur la base des frais établis; pour déterminer cette retenue supplémentaire au pourcentage fixé contractuellement, il faudrait appliquer les dispositions du § 3 et, le cas échéant, du § 4 de l'article 14.

L'amendement déposé par le Ministre est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Réagissant à la suggestion d'un membre, la Commission estime qu'il vaudrait mieux rédiger le 3^o du § 1^{er} de l'article 14 comme suit :

« 3^o à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le prix de la journée d'entretien. »

Le Ministre n'a aucune objection à formuler à l'encontre de cette proposition. Cette modification est adoptée à l'unanimité (14 voix).

Het geamendeerde artikel 14 wordt aangenomen met 12 stemmen bij 3 onthoudingen.

♦♦

Dit artikel wordt artikel 29 van de tekst aangenomen door de commissie.

Artikel 14bis (nieuw)

De Minister stelt bij amendement voor, onder een nieuwe afdeling V — Procedure —, een artikel 14bis (nieuw) in te voegen dat strekt tot oplossing van het probleem dat ontstaat wanneer de Medische Raad en de beheerder niet tot een akkoord komen over de wijze waarop de Medische Raad de centrale inning zal organiseren.

De voorgestelde tekst luidt als volgt :

« Artikel 16bis. — Wanneer het in artikel 12, §§ 2 en 3 en in artikel 14, §§ 3, 4 en 5 bedoelde akkoord tussen beheerder en Medische Raad niet wordt bereikt doet de beheerder een voorstel van oplossing en legt die aan de Medische Raad voor.

Wanneer de Medische Raad hieromtrent binnen de maand een geschreven en gemotiveerd advies uitbrengt met tweederde meerderheid van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies wordt de in artikel 6, §§ 5, 6, 7 en 8 voorziene procedure gevolgd. »

Een lid merkt op dat de procedure van artikel 6, waarnaar het nieuwe artikel 14bis verwijst, verscheidene maanden kan duren. Wordt de bevoegdheid van de Medische Raad (ingevolge artikel 12), om de centrale inning te organiseren opgeschort gedurende de termijn dat de procedure van artikel 6 wordt toegepast ?

Volgens de Minister zijn er twee elementen : het beginsel van de centrale inning, enerzijds en de regeling volgens welke die inning moet geschieden, anderzijds. Het ontbreken van een akkoord over de boekhoudkundige regeling bijvoorbeeld houdt niet in dat de Medische Raad moet afzien van de organisatie en dat alles geblokkeerd wordt; de wet bepaalt immers dat met open boeken moet worden gewerkt.

Het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 3, bij 3 onthoudingen.

♦♦

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 30.

HOOFDSTUK VI

Overgangsbepalingen

Artikel 15

Deze overgangsbepaling heeft betrekking op de centrale inning. Ze bevat twee delen : in een eerste paragraaf wordt

En deuxième lecture, l'article 14 amendé est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 29 du texte adopté par la Commission.

Article 14bis (nouveau)

Le Ministre propose par voie d'amendement d'insérer, sous une section V (nouvelle) — Procédure —, un article 14bis (nouveau) visant à résoudre le problème qui surgit en cas de désaccord entre le Conseil médical et le gestionnaire sur la manière dont le Conseil médical organisera la perception centrale.

Le texte proposé est rédigé comme suit :

« Article 16bis. — Lorsque l'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical visé à l'article 12, §§ 2 et 3, et à l'article 14, §§ 3, 4 et 5, n'est pas atteint, le gestionnaire fait une proposition de solution et la soumet au Conseil médical.

Lorsque, concernant cette proposition, le Conseil médical donne dans le mois un avis écrit, motivé et émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis, la procédure prévue à l'article 6, §§ 5, 6, 7 et 8, est suivie. »

Un membre fait remarquer que la procédure de l'article 6, à laquelle se réfère l'article 14bis nouveau, peut durer plusieurs mois. La compétence du Conseil médical (résultant de l'article 12) d'organiser la perception centrale est-elle suspendue pendant le délai d'application de la procédure de l'article 6 ?

Selon le Ministre, il y a deux éléments : le principe de la perception centrale, d'une part, et les modalités de cette perception, d'autre part. L'absence d'accord sur les modalités comptables, par exemple, n'implique pas que le Conseil médical doive renoncer à l'organisation et que tout soit bloqué; en effet, la loi dispose qu'il faut travailler à livres ouverts.

L'article est adopté par 11 voix contre 3 et 3 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 30.

CHAPITRE VI

Dispositions transitoires

Article 15

Cette disposition transitoire concerne la perception centrale. Elle comprend deux parties : dans un premier para-

gesteld dat de bestaande systemen van centrale inning behouden blijven; in de tweede paragraaf wordt geregeld onder welke voorwaarden een individuele arts, bij afwijking van het beginsel van de centrale inning, zelf zijn honoraria verder mag blijven innen.

Paragraaf 1

De Minister geeft toelichting bij deze paragraaf in zijn relatie tot artikel 12. Artikel 12 stelt dat, behalve indien de Medische Raad beslist de centrale inning zelf in te richten, het ziekenhuis de centrale inning organiseert. Artikel 15 stelt nu dat bestaande systemen van centrale inning behouden blijven. Artikel 12 kan dus niet ingeroepen worden om die systemen te wijzigen. Artikel 15 heeft dus met name juridisch tot gevolg dat een bestaand systeem van centrale inning georganiseerd door het ziekenhuis niet op grond van artikel 12 kan in het gedrang komen.

Alhoewel dit principe duidelijk is, kunnen er zich, wat de praktische toepassing betreft, moeilijkheden voordoen wanneer de bestaande systemen van centrale inning nog niet alle medische prestaties betreffen. De commissieleden halen verschillende voorbeelden aan van mogelijke hypothesen. Zo kent men situaties waar de centrale inning slechts voor bepaalde diensten door de beheerder geschiedt en dat voor het overige de artsen individueel innen. In andere gevallen is er een gedeeltelijke centrale inning georganiseerd door de geneesheren en innen voor het overige de artsen individueel. In andere gevallen is de centrale inning door het ziekenhuis algemeen, wat de gehospitaliseerde patiënten betreft, maar is die centrale inning nog niet uitgebreid tot de honoraria voor de poliklinische medische activiteit. In nog andere ziekenhuizen is er gedeeltelijke centrale inning door het ziekenhuis voor bepaalde diensten en een gedeeltelijke centrale inning door de geneesheren voor andere diensten.

De vraag is hoe de bepaling van artikel 15 dat zegt dat bestaande systemen behouden blijven, in de geciteerde gevallen van gedeeltelijke centrale inning te combineren is met de absolute verplichting van veralgemeende centrale inning die door artikel 12 wordt opgelegd.

De Minister zegt dat op het vlak van de ziekenhuizen er inderdaad geen uitzondering is op de verplichte centrale inning voor de ganse medische activiteit.

In principe ware het best dat de veralgemeende centrale inning door één instantie zou geschieden, namelijk het ziekenhuis. De Minister is ervan overtuigd dat men op termijn, met de instemming van de Medische Raad, in feite naar die toestand zal evolueren.

Het antwoord op de vraag hoe in geval van gedeeltelijke centrale inning de toepassing van artikel 15 gecombineerd kan of moet worden met artikel 12 is juridisch verschillend volgens de hypothesen.

Indien er een gedeeltelijke centrale inning bestaat door de geneesheren, kan, op grond van artikel 12, de Medische Raad

graphe, il est prévu que les systèmes existants de perception centrale sont maintenus; le deuxième paragraphe règle les conditions dans lesquelles un médecin individuel peut, par dérogation au principe de la perception centrale, continuer à percevoir lui-même ses honoraires.

Paragraphe 1^{er}

Le Ministre commente ce paragraphe en relation avec l'article 12. Celui-ci prévoit que, sauf si le Conseil médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale, c'est l'hôpital qui organise cette perception. Or, l'article 15 prévoit que les systèmes existants de perception centrale sont maintenus. On ne peut donc invoquer l'article 12 pour modifier ces systèmes. L'article 15 a donc comme conséquence juridique qu'un système existant de perception centrale organisée par l'hôpital ne peut être mis en cause sur la base de l'article 12.

Bien que ce principe soit clair, des difficultés peuvent se présenter pour ce qui est de l'application pratique, lorsque les systèmes existants de perception centrale ne concernent pas encore toutes les prestations médicales. Les commissaires citent plusieurs exemples d'hypothèses possibles. C'est ainsi qu'il existe des situations où la perception centrale n'est pratiquée par le gestionnaire que pour certains services et où les médecins procèdent à une perception individuelle dans le reste des cas. Dans d'autres cas, une perception centrale partielle est organisée par les médecins et pour le surplus, ce sont les médecins qui procèdent à une perception individuelle. Dans d'autres cas encore, la perception centrale effectuée par l'hôpital est généralisée pour ce qui est des patients hospitalisés, mais elle n'est pas encore étendue aux honoraires pour les activités polycliniques. Dans d'autres hôpitaux enfin, il existe une perception centrale partielle pratiquée par l'hôpital pour certains services et une perception centrale partielle effectuée par les médecins pour d'autres services.

La question est de savoir comment la disposition de l'article 15 qui précise que les systèmes existants seront maintenus dans les cas cités de perception centrale partielle peut être combinée avec l'obligation absolue de perception centrale généralisée, imposée par l'article 12.

Le Ministre déclare que pour ce qui est des hôpitaux, il n'existe en effet pas d'exception à cette obligation de perception centrale pour l'ensemble des activités médicales.

En principe, il serait souhaitable que la perception centrale généralisée soit réalisée par une seule instance, à savoir l'hôpital. Le Ministre est convaincu qu'avec l'accord du Conseil médical, c'est en fait vers cette solution que l'on évoluera à terme.

La réponse à la question de savoir comment l'application de l'article 15 peut ou doit être combinée avec l'article 12 en cas de perception centrale partielle, diffère juridiquement selon les hypothèses retenues.

S'il y a perception centrale partielle par les médecins, le Conseil médical peut décider, sur la base de l'article 12,

beslissen de centrale inning voor het resterend gedeelte zelf te organiseren zodat de veralgemeende centrale inning volledig door de Medische Raad wordt georganiseerd.

Indien er een gedeeltelijke centrale inning bestaat door het ziekenhuis, ontstaat er een probleem indien de Medische Raad op basis van artikel 12 beslist voor de nog niet centraal geïnde honoraria deze inning zelf te organiseren. In de Commissie werden ter zake twee wegen tot oplossing besproken. Een eerste weg is dat, ingeval de centrale inning nog maar gedeeltelijk door het ziekenhuis is georganiseerd, de Medische Raad zou mogen beslissen om de centrale inning voor het geheel te doen. De Minister meent dat, vermits het ontwerp toch een voorkeur laat blijken voor centrale inning door het ziekenhuis, aan de reeds bestaande — zij het nog maar gedeeltelijke — centrale inning door het ziekenhuis niet mag worden geraakt, tenzij het ziekenhuis hiermede zou instemmen. Een tweede weg van oplossing is dat, van zodra er reeds een gedeelte van centrale inning door het ziekenhuis is, het ziekenhuis de centrale inning voor het geheel van de honoraria moet kunnen doen. Uit de uitvoerige bespreking in de Commissie blijkt uiteindelijk dat, in de huidige stand, elk van beide modellen tot oplossing als te absoluut voorkomt.

De Minister concludeert hieruit dat § 1 van artikel 15 zoals het in het ontwerp is geconcipieerd, kan behouden blijven. Dit heeft dus wel tot gevolg dat, hoewel dit paradoxaal of zelfs contradictorisch kan lijken, men in een ziekenhuis een gedeeltelijke centrale inning kan hebben georganiseerd door het ziekenhuis en een gedeeltelijke centrale inning georganiseerd door de geneesheren. De Minister is van oordeel dat dit hoogstens in een overgangsfase zal blijven bestaan en dat men op termijn tot een fusie zal komen. Hij is er persoonlijk van overtuigd dat de evolutie in de richting zal gaan van een veralgemeende centrale inning georganiseerd door het ziekenhuis.

Paragraaf 2

De Minister geeft toelichting bij deze paragraaf die in de mogelijkheid voorziet dat, onder bepaalde voorwaarden, een individuele arts zijn honoraria verder zelf kan innen. De Minister geeft dadelijk toe dat deze bepaling deel uitmaakt van een compromis; om de draagwijdte van deze uitzondering toch correct te situeren maakt de Minister de volgende opmerkingen :

1° de uitzonderingsmogelijkheid betreft enkel geneesheren die reeds een zekere tijd in het ziekenhuis werkzaam zijn en die dus per definitie een zekere leeftijd hebben; de uitzondering kan enkel *intuitu personae* worden toegestaan; op termijn zal dus geen uitzondering meer bestaan;

2° de uitzondering wordt niet automatisch toegekend; het volstaat dus niet dat de arts de uitzondering vraagt. De Medische Raad moet er mee akkoord gaan. Daar de meeste leden van de Medische Raad zelf in het systeem van centrale inning functioneren zullen ze niet zomaar de vraag van hun collega inwilligen maar de gegrondheid ervan terdege nagaan.

d'organiser lui-même la perception centrale pour la partie restante de façon à ce que la perception centrale généralisée soit entièrement organisée par le Conseil médical.

S'il existe une perception centrale partielle par l'hôpital, il y aura un problème si le Conseil médical décide, sur la base de l'article 12, d'organiser lui-même cette perception pour les honoraires non encore perçus de manière centrale. La Commission a examiné deux possibilités de solution à cet égard. La première est qu'au cas où la perception centrale ne serait encore organisée que partiellement par l'hôpital, le Conseil médical puisse décider de procéder à la perception centrale pour l'ensemble des activités. Le Ministre estime que, comme le projet fait tout de même apparaître une préférence pour le système de perception centrale par l'hôpital, on ne peut toucher à la perception centrale — fût-elle partielle — existante réalisée par l'hôpital, à moins que celui-ci ne donne son accord. Une seconde possibilité est que, dès qu'il existe une perception centrale partielle effectuée par l'hôpital, celui-ci puisse pratiquer la perception centrale pour l'ensemble des honoraires. Il appert finalement de la discussion approfondie en Commission que dans l'état actuel des choses, chacune des deux solutions présente un caractère trop absolu.

Le Ministre en conclut que le § 1^{er} de l'article 15 tel qu'il est conçu dans le projet peut être maintenu. Il en résulte que, même si cela peut paraître paradoxal, voire contradictoire, on peut avoir organisé dans un hôpital à la fois une perception centrale partielle réalisée par l'hôpital et une perception centrale partielle pratiquée par les médecins. Le Ministre est d'avis que cette situation est tout à fait transitoire et qu'une fusion sera opérée à plus long terme. Il est personnellement convaincu qu'on s'orientera vers une perception centrale généralisée, organisée par l'hôpital.

Paragraphe 2

Le Ministre commente ce paragraphe qui prévoit la possibilité, pour un médecin individuel, de continuer à percevoir lui-même ses honoraires, dans certaines conditions. Le Ministre reconnaît d'emblée que cette disposition est issue d'un compromis; toutefois, pour définir correctement la portée de cette exception, le Ministre fait les observations suivantes :

1° la possibilité d'exception concerne uniquement les médecins occupés depuis un certain temps déjà à l'hôpital et qui ont donc déjà un certain âge par définition; elle ne peut être accordée qu'*intuitu personae*; après un certain temps, il n'y aura donc plus d'exception;

2° l'exception n'est pas accordée automatiquement; il ne suffit donc pas que le médecin demande à pouvoir en bénéficier. Le Conseil médical doit marquer son accord. Comme la plupart des membres du Conseil médical fonctionnent eux-mêmes dans le système de perception centrale, ils n'accéderont pas sans plus à la demande de leurs collègues, mais en vérifieront d'abord le bien-fondé.

De Minister stelt dat deze argumentatie nog versterkt wordt door het amendement dat hij heeft ingediend en dat ertoe strekt een § 3 toe te voegen luidend als volgt :

« § 3. Bij afwijking van artikel 5, § 1, is de geneesheer die bij toepassing van § 2 zijn honoraria verder zelf int, niet verkiesbaar als lid van de Medische Raad. »

Een lid vindt de voorgestelde uitzonderingsmaatregel onaanvaardbaar. Alleen de centrale inning biedt, zijn inziens, tariefzekerheid aan de patiënten.

Een ander lid sluit zich hierbij aan en merkt op dat ook voor de Orde van Geneesheren vragen rijzen in verband met deze discriminatie.

Zijn er voordelen verbonden aan het niet toepassen van de centrale inning en zo ja, zijn die voordelen deontologisch verantwoord ?

Een derde spreker is een andere mening toegedaan en pleit voor het behoud van de uitzonderingsmaatregel. Is het aanvaardbaar, zo vraagt hij, dat een geneesheer met 15 jaar anciënniteit zijn verworven rechten zou verliezen ?

De Minister antwoordt dat § 2 een onderdeel vormt van een compromis dat er in bestaat dat voortaan in alle ziekenhuizen de centrale inning veralgemeend wordt toegepast, met het waarborgen van de mogelijkheid van het voortbestaan van individuele inning door artsen die reeds geruime tijd in het ziekenhuis werkzaam zijn en hun honoraria tot-nogtoe zelf innen.

De Minister benadrukt voorts dat in het ontwerp is bepaald dat de Medische Raad uitdrukkelijk moet instemmen met de uitzonderingen en dat de maatregel uitdovend is. Het is juist dat de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van oordeel is dat de toepassing van deze uitvoeringsbepaling de groepgeest in gevaar kan brengen. Het is derhalve niet zo evident dat de Medische Raad zo maar zal instemmen met elke vraag tot toepassing van § 2.

De Minister laat opmerken dat men het overgangskarakter van de maatregel zou kunnen versterken door het minimum vereiste aantal jaren praktijk te verhogen tot b.v. 20 jaar i.p.v. 15 jaar.

Tenslotte merkt de Minister op dat de tariefzekerheid in artikel 13 wordt geregeld en door de hier besproken uitzonderingsmaatregel niet in het gedrang komt.

Een lid wijst erop dat een geneesheer met 20 jaar anciënniteit geneesheer-diensthooft kan zijn. Is het wel aanvaardbaar dat die geneesheer gebruik maakt van de mogelijkheid die § 2 van artikel 15 biedt ?

Het lid verklaart voorts een amendement tot schrapping van § 2 terug te nemen aangezien het door de Minister voorgestelde amendement voldoening schenkt.

De Minister meent dat het niet aangewezen is, gelet op het feit dat het om een overgangsmaatregel gaat, te verbieden dat een geneesheer die § 2 inroept, diensthooft zou kunnen zijn.

Le Ministre précise que cette argumentation est encore renforcée par l'amendement qu'il a déposé et qui vise à ajouter un § 3 libellé comme suit :

« § 3. Par dérogation à l'article 5, § 1^{er}, le médecin qui, en application du § 2, continue à percevoir lui-même ses honoraires n'est pas éligible comme membre du Conseil médical. »

Un membre qualifie d'inacceptable l'exception proposée. Seule la perception centrale offre à son avis une sécurité en matière de tarifs aux patients.

Un autre membre partage ce point de vue et ajoute que l'Ordre des médecins s'est interrogé lui aussi au sujet de cette discrimination.

La non-application de la perception centrale comporte-t-elle des avantages et, dans l'affirmative, ces avantages sont-ils justifiés au regard de la déontologie ?

Un troisième intervenant est d'un autre avis et plaide pour le maintien de l'exception. Est-il admissible, demande-t-il, qu'un médecin comptant quinze années d'ancienneté perde ses droits acquis ?

Le Ministre répond que le § 2 fait partie d'un compromis qui consiste à ce que, désormais, la perception centrale soit appliquée d'une manière généralisée dans tous les hôpitaux, avec la possibilité garantie de maintenir la perception individuelle pour les médecins occupés de longue date à l'hôpital et qui ont jusqu'ici perçu eux-mêmes leurs honoraires.

Le Ministre souligne en outre que le projet dispose que le Conseil médical doit autoriser expressément les exceptions et que la mesure est extinctive. Il est exact que le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que l'application de cette exception peut compromettre l'esprit d'équipe. Aussi n'est-il pas tellement évident que le Conseil médical accède automatiquement à toute demande d'application du § 2.

Le Ministre fait remarquer que l'on pourrait renforcer le caractère transitoire de la mesure en portant par exemple de 15 à 20 ans le nombre minimum d'années de pratique requises.

Enfin, le Ministre fait remarquer que la sécurité en matière de tarifs est réglée à l'article 13 et qu'elle n'est pas mise en cause par la mesure exceptionnelle dont il est ici question.

Un membre souligne qu'un médecin comptant 20 années d'ancienneté peut être chef de service. Est-il admissible que ce médecin utilise la possibilité offerte par le § 2 de l'article 15 ?

L'intervenant déclare retirer son amendement tendant à la suppression du § 2, étant donné que l'amendement présenté par le Ministre lui donne satisfaction.

Le Ministre estime qu'il n'est pas indiqué, puisqu'il s'agit d'une mesure transitoire, d'interdire au médecin qui invoque le § 2, de pouvoir devenir chef de service.

Een ander lid is niet gekant tegen de uitzonderingsmaatregel, te meer daar hij uitdovend is.

Hij stelt evenwel twee vragen :

— Dreigt men niet in een hybride toestand terecht te komen wanneer voor een bepaalde dienst de centrale inning geldt en alleen het diensthoofd zelf zijn honoraria int ?

— Moet men niet aan de geneesheer die zelf int, dezelfde boekhoudkundige regels opleggen als die waarvan in artikel 12 sprake is ?

De Minister antwoordt :

— dat zulks een van de redenen zou kunnen zijn waarom de medische raad de uitzonderingsregeling kan weigeren;

— dat de boekhoudkundige regels enkel gelden voor de centrale inning.

Op de vraag hoe, in dat geval, de afhoudingen kunnen worden berekend waarvan in artikel 14 sprake is antwoordt de Minister dat er inderdaad nog een aantal problemen zullen blijven bestaan. Hij meent nochtans dat in de §§ 2 en 3 voldoende moeilijkheden ingebouwd zijn om de uitzondering niet te gemakkelijk toe te kennen.

De Minister wijst er nog op dat hij, na de verschillende betrokken kringen achtereenvolgens te hebben gehoord, getracht heeft een evenwichtig voorstel te doen. De beheerders hechten groot belang aan de centrale inning. De geneesheren hebben hiermee ingestemd op voorwaarde dat de uitzondering (§ 2) in de wet is opgenomen.

In antwoord op een vraag antwoordt de Minister nog dat het aantal artsen dat op de toepassing van de uitzondering kan beroep doen veeleer gering is.

De Commissie gaat vervolgens over tot de behandeling van de amendementen op artikel 15.

Twee amendementen, waarvan tekst en verantwoording hierna volgen stellen een nieuwe redactie voor.

Het eerste amendement luidt :

Dit artikel te vervangen als volgt :

« De op 31 december 1984 bestaande systemen van inning moeten binnen het jaar na de in werkingtreding van deze wet worden omgevormd tot het systeem van centrale inning door het ziekenhuis. »

Verantwoording

« Op deze wijze wordt tegemoet gekomen aan het streven een centrale inning door het ziekenhuis tot stand te brengen.

Tevens wordt een einde gemaakt aan een poging om de reeds minstens 15 jaar durende individuele inningen te legaliseren. »

Un autre membre déclare qu'il n'est pas opposé à la mesure exceptionnelle, d'autant que celle-ci est extinctive.

Il pose cependant deux questions :

— Ne risque-t-on pas de se trouver dans une situation hybride lorsque la perception centrale s'applique à un service donné et que seul le chef de ce service perçoit lui-même ses honoraires ?

— Ne faut-il pas imposer au médecin qui perçoit lui-même ses honoraires les mêmes règles comptables que celles dont il est question à l'article 12 ?

Le Ministre répond :

— que cela pourrait être une des raisons pour lesquelles le Conseil médical pourrait refuser la réglementation exceptionnelle;

— que les règles comptables ne s'appliquent qu'à la perception centrale.

A la question de savoir comment, dans ce cas, peuvent être calculées les retenues visées à l'article 14, le Ministre répond qu'il subsistera effectivement un certain nombre de problèmes. Il estime cependant que les §§ 2 et 3 comportent suffisamment de difficultés pour que l'exception ne soit pas trop aisément accordée.

Le Ministre ajoute qu'après avoir entendu successivement les divers milieux concernés, il s'est efforcé de faire une proposition équilibrée. Les gestionnaires attachent une grande importance à la perception centrale. Les médecins y ont consenti à la condition que l'exception (§ 2) soit inscrite dans la loi.

En réponse à une question, le Ministre déclare encore que le nombre des médecins susceptibles d'appliquer l'exception est plutôt réduit.

La Commission passe ensuite à l'examen des amendements à l'article 15.

Deux amendements, dont le texte et la justification suivent, proposent une nouvelle rédaction de l'article.

Le premier amendement est rédigé comme suit :

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Les systèmes de perception existant au 31 décembre 1984 sont remplacés, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente loi, par le système de perception centrale de l'hôpital. »

Justification

« Cet amendement concrétise les efforts en vue d'organiser une perception centrale par l'hôpital.

Par la même occasion, il fait échec à une tentative de légalisation des perceptions individuelles qui se pratiquent déjà depuis au moins 15 ans. »

Het tweede amendement luidt :

Dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. De systemen van centrale inning zoals ze georganiseerd zijn op 31 december 1983 blijven bestaan en worden verder georganiseerd volgens de op die datum in voege zijnde modaliteiten en dit tot uiterlijk 2 jaar na de afkondiging van deze wet; evenwel moeten de voorwaarden met betrekking tot de inrichting en het toezicht zoals bepaald in artikel 12, §§ 1, 2 en 3, worden vervuld op de datum van de inwerkingtreding van volgend artikel.

§ 2. Bij afwijking van artikel 12, § 1, kan de geneesheer die sinds minstens 30 jaar zijn praktijk uitoefent in een aan deze wet onderworpen ziekenhuis en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innemen voor zover hij zijn voornemen bekend maakt aan de Medische Raad en aan de beheerder binnen 3 maanden na de datum van inwerkingtreding van deze wet en de Medische Raad hierop zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord. »

Verantwoording

« In het kader van de inspanningen gericht op de sanering van de ziekenhuisuitgaven is het aangewezen dat het beheer maximale mogelijkheden krijgt om de bestaande systemen van centrale inning te wijzigen.

Bij wijze van overgangsmaatregel worden de bestaande systemen toegelaten tot ten hoogste twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

Absolute prioriteit gevend aan het veralgemeend realiseren van de centrale inning, wordt de in § 2 bedoelde individuegerichte uitzondering beperkt tot die artsen die sedert dertig jaar hun praktijk uitoefenen. »

De Minister wijst er op dat het eerste amendement onverenigbaar is met artikel 12, zoals het door de Commissie werd goedgekeurd.

Dit amendement wordt ingetrokken.

Het tweede amendement wordt verworpen met 11 tegen 4 stemmen.

Paragraaf 1 van artikel 15 wordt aangenomen met 13 tegen 3 stemmen.

Een amendement tot schrapping van § 2 van artikel 15 wordt verworpen met 7 tegen 5 stemmen, bij 4 onthoudingen.

Paragraaf 2 wordt gewijzigd als volgt :

« § 2. Bij afwijking van artikel 12, § 1, kan de geneesheer die op 31 december 1983 sinds minstens 20 jaar zijn praktijk uitoefent in een aan deze wet onderworpen ziekenhuis en die op die datum zelf zijn honoraria int... »

De aldus gewijzigde tekst wordt aangenomen met 8 tegen 5 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het regeringsamendement tot toevoeging van een § 3 wordt aangenomen met 9 tegen 3 stemmen, bij 4 onthoudingen.

Le second amendement est rédigé comme suit :

« Remplacer cet article par le texte suivant :

« § 1^{er}. Les systèmes de perception centrale tels qu'ils sont organisés le 31 décembre 1983, continuent à exister et leur organisation se poursuit selon les modalités en vigueur à cette date, et ce au plus tard jusqu'à deux ans après la promulgation de la présente loi; toutefois, les conditions relatives à l'organisation et au contrôle fixées à l'article 12, §§ 1^{er}, 2 et 3, doivent être remplies à la date d'entrée en vigueur de l'article suivant.

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

Justification

« Dans le cadre des efforts tendant à assainir le secteur des dépenses hospitalières, il est indiqué que les responsables de la gestion aient un maximum de possibilités pour modifier les systèmes existants de perception centrale.

A titre transitoire, lesdits systèmes sont admis jusqu'à deux ans au plus après l'entrée en vigueur de la loi.

Tout en donnant la priorité absolue à la réalisation généralisée de la perception centrale, l'exception prévue au § 2, qui a une portée individuelle, est limitée aux médecins exerçant depuis trente ans. »

Le Ministre fait remarquer que le premier amendement est incompatible avec l'article 12 tel qu'il a été adopté par la Commission.

Cet amendement est retiré.

Le second amendement est rejeté par 11 voix contre 4.

Le § 1^{er} de l'article 15 est adopté par 13 voix contre 3.

Un amendement tendant à supprimer le § 2 de l'article 15 est rejeté par 7 voix contre 5 et 4 abstentions.

Le § 2 est modifié comme suit :

« § 2. Par dérogation à l'article 12, § 1^{er}, le praticien qui, à la date du 31 décembre 1983, exerce depuis 20 ans au minimum dans une institution soumise à la présente loi et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires... »

Le texte ainsi modifié est adopté par 8 voix contre 5 et 3 abstentions.

L'amendement gouvernemental visant à insérer un § 3 est adopté par 9 voix contre 3 et 4 abstentions.

Het geheel van het artikel wordt aangenomen met 7 tegen 5 stemmen bij 4 onthoudingen.

Dit artikel wordt artikel 31 van de tekst aangenomen door de Commissie.

**

Artikel 16

De Minister verduidelijkt dat dit artikel de bevestiging inhoudt dat het wetsontwerp een minimum voor alle ziekenhuizen invoert en dat, volgens dit artikel, verder doorgedreven integratie dan bepaald in dit ontwerp, niet in vraag kan worden gesteld.

Desgevraagd antwoordt de Minister dat bestaande overeenkomsten niet omwille van deze wet moeten worden gewijzigd. Wanneer b.v. in een ziekenhuis de artsen krachtens hun contract er toe gehouden zijn integraal en voor alles de verbintenistarieven na te leven, kan men zich niet op artikel 13 beroepen om die bestaande contractuele regelingen op dit punt af te zwakken.

Artikel 16 is dus een sleutel-artikel dat de geest van het ontwerp weergeeft : men kan het ontwerp niet invoeren om stappen achteruit te zetten.

Een lid stelt de vraag of het niet aangewezen is in de tekst van de wet zelf in te schrijven dat de bestaande regelingen kunnen worden gewijzigd binnen de perken van de wet, op de vraag van de beheerder enerzijds of van de Medische Raad anderzijds, met inachtneming van de procedure van artikel 6. Volgens het lid is het immers niet uitgesloten dat, na goedkeuring van de wet beide of één van de partijen de wens uitdrukken een bestaande regeling te wijzigen. Juridisch is zulks steeds mogelijk indien tussen beide partijen een overeenkomst wordt bereikt. Indien dit echter niet het geval is, moet het meest gereede orgaan over de mogelijkheid beschikken de verzoeningsprocedure, zoals bepaald in artikel 6, in te zetten.

De Minister bevestigt dat een wijziging van de bestaande regeling moet mogelijk zijn ook na de goedkeuring van de wet. Artikel 16 is een beveiligingsmaatregel om te beletten dat men op basis van de nieuwe wet tot wijziging zou moeten overgaan in die ziekenhuizen welke op het vlak van de integratie en inspraak reeds verder staan dan wat door het ontwerp aan alle ziekenhuizen als minimum wordt opgelegd. Artikel 16 belet evenwel niet dat zowel de Medische Raad als de beheerder de wens kunnen uitdrukken om de bestaande regeling te wijzigen. De Minister preciseert evenwel dat een voorstel tot wijziging waaromtrent de toepassing van artikel 6, § 5, en volgende zou worden ingezet, formeel enkel kan uitgaan van de beheerder. Tijdens de bespreking van artikel 6 is immers voldoende bevestigd en verduidelijkt dat de procedure van het verzwaard advies wettelijk niet kan worden op gang gebracht op initiatief van de Medische Raad.

L'ensemble de l'article est adopté par 7 voix contre 5 et 4 abstentions.

L'article devient l'article 31 du texte adopté par la Commission.

**

Article 16

Le Ministre précise que cet article contient la confirmation de ce que le projet de loi impose un minimum à tous les hôpitaux et qu'une intégration plus poussée que celle que prévoit le projet ne peut pas être remise en cause.

En réponse à la question d'un membre, le Ministre déclare que les conventions existantes ne doivent pas être remises en cause si la loi en projet est adoptée. Si, par exemple, dans un hôpital, les médecins sont tenus, en vertu de leur contrat, de respecter intégralement et en toute chose les tarifs de l'engagement, il n'est pas possible de se prévaloir de l'article 13 pour assouplir ces dispositions contractuelles sur ce point.

L'article 16 est donc un article clé du projet, dont il traduit exactement l'esprit : on ne peut pas invoquer le projet pour faire marche arrière.

Un membre pose la question de savoir s'il ne serait pas indiqué de consigner dans le texte même de la loi que les régimes existants peuvent être modifiés dans les limites légales, à la demande du gestionnaire, d'une part, ou du Conseil médical, d'autre part, moyennant le respect de la procédure prévue à l'article 6. L'intervenant estime, en effet, qu'il n'est pas exclu qu'après le vote de la loi, l'une des parties ou les deux expriment le vœu de modifier le régime existant. Juridiquement parlant, cela sera toujours possible si les deux parties parviennent à un accord. Si tel n'est toutefois pas le cas, la partie la plus diligente doit avoir la possibilité d'engager la procédure de consignation, prévue à l'article 6.

Le Ministre confirme qu'une modification du régime existant doit être possible, même après le vote de la loi. L'article 16 est une mesure de protection, destinée à empêcher que l'on ne se fonde sur la nouvelle loi pour procéder à une modification dans les hôpitaux où l'intégration et la participation aux décisions sont déjà plus avancées que ce que le projet impose comme minimum à tous les hôpitaux. Cependant, ces articles n'empêchent pas le Conseil médical ni le gestionnaire d'exprimer le souhait de modifier le régime existant. Le Ministre précise toutefois qu'une proposition de modification portant sur l'application de l'article 6, §§ 5 et suivants, ne peut formellement émaner que du gestionnaire. En effet, lors de la discussion de l'article 6, l'on a suffisamment confirmé et précisé que la procédure de l'avis renforcé ne peut, légalement, être entamée à l'initiative du Conseil médical.

In de Franse tekst wordt het woord « arrangements » vervangen door « régimes ».

Het artikel wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 3 onthoudingen.

**

Het artikel wordt artikel 32 van de tekst aangenomen door de Commissie.

HOOFDSTUK VII

Slotbepalingen

Artikel 17

Bij amendement wordt voorgesteld dit artikel te vervangen als volgt :

« Het advies van de bevoegde adviesorganen van de gemeenschappen alsmede van de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen is vereist voor alle uitvoeringsbesluiten en maatregelen tot toepassing van deze wet. »

De verantwoording luidt :

« Er moet worden aangegeven dat de bevoegde organen van de gemeenschap hun advies in deze aangelegenheden geven. »

Een lid steunt dit amendement en verantwoordt zijn houding door er op te wijzen dat in dit artikel sprake is van « toepassingsmaatregelen van deze wet ». Welnu, het laat geen twijfel dat de Gemeenschappen ingevolge artikel 59bis van de Grondwet bevoegd zijn voor de toepassing van de organieke wetgeving.

Vermits de Raad van State bij dit artikel geen bemerking heeft gemaakt op het vlak van de bevoegdheid, stelt de Minister voor de tekst van het ontwerp te behouden. Hij meent evenwel dat de woorden « en maatregelen tot toepassing » best weggelaten worden, omdat die woorden legistisch ongebruikelijk zijn en juridisch niet nauwkeurig te omschrijven zijn.

Hij merkt ook op dat het begrip « organieke wetgeving » zich niet beperkt tot het begrip « wet » in de enge betekenis van het woord. Zoals de organieke wetgeving inzake ziekenhuizen, vallen ook de uitvoeringsbesluiten van de organieke wetgeving onder de nationale bevoegdheid.

De Minister voegt hieraan toe dat bij de uitvoering van de wet overleg zal worden gepleegd met de bevoegde Gemeenschapsministers. Op het vlak van de wetgeving wenst hij zich evenwel te houden aan de formele regelen en dus geen consultatieverplichting op te leggen.

Het amendement wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen, bij 1 onthouding.

Het artikel wordt, na schrapping van de woorden « en maatregelen tot toepassing » aangenomen met 13 stemmen, bij 2 onthoudingen.

**

Dit artikel wordt vernummerd tot artikel 33.

Dans le texte français, le mot « arrangements » est remplacé par le mot « régimes ».

L'article est adopté par 14 voix et 3 abstentions.

**

L'article devient l'article 32 du texte adopté par la Commission.

CHAPITRE VII

Dispositions finales

Article 17

Il est proposé, par voie d'amendement, de remplacer cet article par ce qui suit :

« L'avis des organes d'avis communautaires compétents ainsi que de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux est requis pour tous les arrêtés d'exécution et les mesures d'application de la présente loi. »

La justification est la suivante :

« Il s'indique de prévoir que les organes compétents de la communauté donnent leur avis en ces matières. »

Un membre appuie cet amendement et justifie sa prise de position en soulignant qu'il est question dans cet article de « mesures d'application de la présente loi ». Or, il ne fait pas de doute que les Communautés sont compétentes pour l'application de la législation organique en vertu de l'article 59bis de la Constitution.

Comme le Conseil d'Etat n'a pas formulé d'observations à propos de cet article en ce qui concerne la compétence, le Ministre propose de maintenir le texte du projet. Il estime cependant qu'il est préférable de supprimer les mots « et les mesures d'application », parce qu'ils sont peu utilisés en légistique et qu'ils sont difficiles à définir du point de vue juridique.

Il fait remarquer que la notion de « législation organique » ne se limite pas à la notion de « loi » au sens restreint du terme. De même que la législation organique sur les hôpitaux, les arrêtés d'exécution de la législation organique relèvent de la compétence nationale.

Le Ministre ajoute que, pour l'exécution de la loi, une concertation sera organisée avec les Ministres communautaires compétents. En ce qui concerne la législation, il souhaite toutefois s'en tenir aux règles formelles et n'imposer donc aucune obligation de consultation.

L'amendement est rejeté par 10 voix contre 5 et 1 abstention.

L'article est adopté par 13 voix et 2 abstentions, après suppression des mots « et les mesures d'application ».

**

Cet article devient l'article 33.

Artikel 18

De Minister stelt bij amendement voor eveneens te bepalen dat de bepalingen van hoofdstuk V, afdelingen II (centrale inning) en III (toepassing van de honoraria bepaald in de conventie) moeten worden nageleefd om de erkenning te bekomen. Deze toevoeging is conform met het evenwicht dat in het ontwerp wordt nagestreefd.

De bepaling van dit artikel zou dus luiden als volgt.

« De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II, III en V, afdelingen II en III vormt voor de ziekenhuizen een vereiste voor hun erkenning. »

Het aldus geamendeerde artikel wordt eenparig (16 stemmen) aangenomen.

**

Dit artikel wordt vernummerd tot artikel 34.

Artikel 19

De Minister preciseert, op de vraag van een lid, dat, wanneer binnen twee jaar geen koninklijk besluit wordt genomen tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding, de wet automatisch in voege treedt. Maar bij een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit kan worden bepaald dat de wet eerder in voege treedt.

Volgens een commissielid zou die idee duidelijker tot uitdrukking komen indien het woord « dit » werd toegevoegd op de voorlaatste regel vóór de woorden « ten laatste... ».

Hiermee wordt ingestemd.

De eerste intervenant blijft twifelen aan de toepasbaarheid van dit artikel. Hij verwijst naar artikel 5 waarin bepaald wordt dat de Koning regelend moet optreden voor wat met name de samenstelling van de Medische Raad betreft.

De Minister geeft toe dat er, louter juridisch, een probleem kan rijzen. Hij verwijst naar reeds eerder afgelegde verklaringen volgens welke de mogelijkheid die aan de Koning wordt gegeven om bepaalde regelen vast te stellen, zoals voor de centrale inning (zie artikel 12, § 4), niet betekent dat de invoering van de centrale inning afhankelijk is van een koninklijk besluit.

Wat de bepalingen i.v.m. de Medische Raad betreft, is de Minister van oordeel dat wanneer de Koning binnen twee jaar na de afkondiging van de wet geen besluit zou hebben genomen over de samenstelling van die raad, de ziekenhuizen verplicht zijn een Medische Raad op te richten, zij het dan volgens hun eigen regelen.

Van de andere kant is dit artikel ook een drukingsmiddel op de uitvoerende macht om bepaalde besluiten tijdig te nemen. Bovendien is er artikel 18 : bij de erkenning kan worden nagegaan of van de Medische Raad geen caricatuur wordt gemaakt.

Het artikel wordt eenparig (17 stemmen) aangenomen.

**

Article 18

Le Ministre propose, par voie d'amendement, de prévoir également que les dispositions du chapitre V, sections II (perception centrale) et III (application des honoraires fixés dans la convention) soient respectées pour pouvoir obtenir l'agrément. Cet ajout est inspiré par le souci de maintenir l'équilibre visé par le projet.

Cet article serait donc libellé comme suit :

« Le respect des dispositions des chapitres II, III et V, sections II et III, constitue, pour les hôpitaux, une exigence pour leur agrément. »

L'article ainsi amendé est adopté à l'unanimité des 16 membres présents.

**

Cet article devient l'article 34.

Article 19

En réponse à la demande d'un membre, le Ministre précise que, si aucun arrêté royal n'est pris dans les deux ans pour fixer la date d'entrée en vigueur, la loi sortira automatiquement ses effets. Toutefois, cette date peut être avancée par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Selon un commissaire, cette idée ressortirait davantage si l'on insérait le mot « ce » entre le mot « et » et les mots « au plus tard » à l'avant-dernière ligne.

La Commission marque son accord.

Le premier intervenant reste sceptique quant à l'applicabilité de cet article. Il se réfère à l'article 5 qui prévoit que le Roi doit intervenir de manière normative, notamment pour ce qui est de la composition du Conseil médical.

Le Ministre reconnaît que des problèmes peuvent se poser sur le plan purement juridique. Il se réfère à des déclarations antérieures selon lesquelles la possibilité offerte au Roi de fixer certaines règles, par exemple, pour la perception centrale (voir article 12, § 4) n'implique pas que l'introduction de la perception centrale dépende d'un arrêté royal.

Pour ce qui est des dispositions relatives au Conseil médical, le Ministre estime que si deux ans après la promulgation de la loi, le Roi n'a pris aucun arrêté concernant la composition de ce Conseil, les hôpitaux sont obligés de créer un Conseil médical, fût-ce selon leurs règles propres.

D'autre part, cet article constitue également un moyen permettant de faire pression sur l'Exécutif pour qu'il prenne à temps certains arrêtés. De plus, l'article 18 permet de vérifier, lors de l'agrément, si l'on n'a pas fait une caricature du Conseil médical.

L'article est adopté à l'unanimité des 17 membres présents.

**

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 35.

Artikel 20

De Minister verduidelijkt dat dit artikel een aantal opdrachten verleent aan de paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen. Dit artikel doet evenwel niets af van de bevoegdheden die bedoelde commissie nu reeds heeft ingevolge het koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967.

Het artikel wordt eenparig (17 stemmen) aangenomen.

♦♦

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 36.

Artikel 21

Volgens de Minister is het artikel in het ontwerp opgenomen ingevolge een opmerking van de Raad van State die van oordeel was dat duidelijker moest bepaald worden hoe het wetsontwerp zich verhoudt tot bepaalde onderdelen van de O.C.M.W.-wet.

Het artikel wordt aangenomen bij eenparigheid van de 17 aanwezige leden.

♦♦

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 37.

Artikel 22

De Minister verklaart dat dit artikel strafbepalingen bevat naar analogie met wat nu reeds in de ziekenhuiswet staat.

Een lid vraagt zich af in hoeverre dit artikel zinvol is. De voor de erkenning bevoegde Minister heeft immers de mogelijkheid om voor de ziekenhuizen die niet beantwoorden aan deze wet, de erkenning in te trekken.

De Minister antwoordt dat die opmerking geldt voor heel de ziekenhuiswet waarin er praktisch voor de niet-naleving van elk artikel een strafbepaling is voorzien.

Op de vraag van een lid antwoordt de Minister nog dat de woorden « hij die verhindert ... » in § 1, 3°, kunnen betrekking hebben op een geneesheer.

Het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen bij 2 onthoudingen.

♦♦

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 38.

Artikel 23 (nieuw)

De Minister legt een amendement ter tafel ertoe strekkend een artikel 23 (nieuw) toe te voegen luidend als volgt :

Cet article devient l'article 35.

Article 20

Le Ministre précise que cet article charge la commission paritaire médecins-hôpitaux d'un certain nombre de missions. Il ne porte toutefois nullement atteinte aux compétences que cette commission a déjà en vertu de l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967.

L'article est adopté à l'unanimité des 17 membres présents.

♦♦

Cet article devient l'article 36.

Article 21

Selon le Ministre, cet article a été intégré au projet à la suite d'une observation du Conseil d'Etat qui estimait qu'il fallait préciser plus clairement la relation existant entre le projet et certaines parties de la loi sur les C.P.A.S.

L'article est adopté à l'unanimité des 17 membres présents.

♦♦

Cet article devient l'article 17.

Article 22

Le Ministre déclare que cet article contient des dispositions pénales par analogie avec les dispositions figurant déjà dans la loi sur les hôpitaux.

Un membre se demande dans quelle mesure cet article est justifié. Le Ministre compétent en matière d'agrément a en effet la possibilité de retirer l'agrément aux hôpitaux qui ne remplissent pas les conditions énoncées dans cette loi.

Le Ministre répond que cette observation vaut pour l'ensemble de la loi sur les hôpitaux qui prévoit pratiquement une sanction pour le non-respect de chaque article.

En réponse à un membre, le Ministre précise que les mots « celui qui empêche ... » figurant au § 1^{er}, 3°, peuvent avoir trait à un médecin.

L'article est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

♦♦

Cet article devient l'article 38.

Article 23 (nouveau)

Le Ministre dépose un amendement visant à ajouter un article 23 (nouveau) libellé comme suit :

« Artikel 23

§ 1. De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, aan de toepassing van de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk onttrekken :

1° de in artikel 1 bedoelde ziekenhuizen die slechts over een beperkt aantal diensten en/of bedden beschikken;

2° de in artikel 1 bedoelde ziekenhuizen waarin slechts een beperkt aantal geneesheren werkzaam is. »

§ 2. De Koning kan voor de in § 1 bedoelde ziekenhuizen specifieke bepalingen vastleggen. »

De Minister verklaart dat hij met dit amendement wil tegemoet komen aan een bekommernis die herhaaldelijk werd geuit m.b.t. de toepasselijkheid van het geheel van de wet op kleine ziekenhuizen of op ziekenhuizen met weinig artsen.

Volgens de Minister biedt dit artikel de mogelijkheid kleine ziekenhuizen aan de toepassing van deze wet te onttrekken en voor die instellingen specifieke regelingen, geïnspireerd op de wet, vast te leggen.

Een lid is het eens met de bedoeling van de Minister maar wenst te preciseren dat het gaat om uitzonderingen die verantwoord zijn omdat de regeling vervat in het ontwerp, niet kan worden toegepast.

Hij stelt voor in 1° en 2° van § 1 te schrijven « zeer beperkt aantal ... ».

Een ander lid stelt voor in § 2 te schrijven « soortgelijke specifieke bepalingen ».

De Minister antwoordt aan de eerste intervenant dat het inderdaad om een uitzondering gaat en dat het zeker niet de bedoeling kan zijn met dit artikel de toepassing van het ontwerp uit te hollen; men wil wel een specifieke oplossing mogelijk maken voor de gevallen waar het ontwerp redelijkerwijze niet als dusdanig kan worden toegepast.

De Minister is het dan ook eens met de toevoeging van de woorden « zeer » en « soortgelijke ». Met dit laatste woord wordt bedoeld dat de specifieke regelingen zo goed mogelijk in de geest van het ontwerp moeten blijven.

Een lid oordeelt het wenselijk dat de patiënt, in een klein ziekenhuis, ervan in kennis wordt gesteld dat de bepalingen van deze wet op dat ziekenhuis niet toepasselijk zijn.

Om tegemoet te komen aan die zorg stelt de Minister voor in § 2 het woord « kan » te vervangen door « zal ». Daardoor wordt de Koning verplicht de inspraak van de geneesheren te regelen in die ziekenhuizen waar geen Medische Raad kan worden opgericht.

Het aldus gewijzigde amendement van de Regering wordt eenparig (17 stemmen) aangenomen.



« Article 23

§ 1^{er}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, soustraire en tout ou en partie à l'application des dispositions de la présente loi :

1° les hôpitaux visés à l'article 1^{er} qui ne disposent que d'un nombre limité de services et/ou de lits;

2° les hôpitaux visés à l'article 1^{er} où n'exerce qu'un nombre limité de médecins.

§ 2. Le Roi peut fixer des dispositions spécifiques pour les hôpitaux visés au § 1^{er}. »

Le Ministre déclare qu'il veut, par cet amendement, aller au-devant d'une préoccupation exprimée à plusieurs reprises à propos de l'applicabilité de l'ensemble de la loi aux petits hôpitaux ou aux hôpitaux occupant peu de médecins.

Selon le Ministre, cet article offre la possibilité de soustraire les petits hôpitaux à l'application de la présente loi et de déterminer pour ces institutions des règles spécifiques s'inspirant de la loi.

Un membre approuve l'intention du Ministre mais souhaite préciser qu'il s'agit d'exceptions justifiées, étant donné que les règles prévues dans le projet ne peuvent être appliquées

Il propose d'insérer au 1° et au 2° du § 1^{er} le mot « très » entre le mot « nombre » et le mot « limité ».

Un autre membre propose de remplacer au § 1^{er} les mots « des dispositions spécifiques » par les mots « des dispositions spécifiques analogues ».

Le Ministre répond au premier intervenant qu'il s'agit en effet d'une exception et que cet article n'a certainement pas pour but de vider le projet de sa substance; au contraire, on entend prévoir une solution spécifique pour les cas où le projet ne peut logiquement pas être appliqué en tant que tel.

Le Ministre marque dès lors son accord sur l'insertion des mots « très » et « analogues ». Ce dernier terme implique que les dispositions spécifiques doivent respecter autant que possible l'esprit du projet.

Un membre juge souhaitable que le patient se trouvant dans un petit hôpital soit informé de ce que les dispositions de la présente loi ne sont pas applicables à cet hôpital.

Pour répondre à cette préoccupation, le Ministre propose de remplacer au § 2 les mots « peut fixer » par le mot « fixera ». Cela oblige le Roi à régler la participation des médecins dans les hôpitaux où il n'est pas possible de créer un Conseil médical.

L'amendement ainsi modifié du Gouvernement est adopté à l'unanimité des 17 membres présents.



Dit artikel 23 (nieuw) wordt vernummerd tot artikel 4.

Het geheel van het ontwerp van wet wordt aangenomen met 10 stemmen, bij 5 onthoudingen.

Dit verslag is goedgekeurd bij eenparigheid van de 15 aanwezige leden.

De Verslaggever,
A. VERBIST.

De Voorzitter
E. CUVELIER.

L'article 23 (nouveau) devient l'article 4.

L'ensemble du projet a été adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 15 membres présents.

Le Rapporteur,
A. VERBIST.

Le Président,
E. CUVELIER.

V. TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

V. TEXTE ADOPTE PAR LA COMMISSION

*Opschrift**Intitulé*

Ontwerp van wet 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

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

HOOFDSTUK 1

CHAPITRE PREMIER

Begripsomschrijvingen en toepassingsgebied

Définitions et champ d'application

ARTIKEL 1

ARTICLE 1^{er}

Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° ziekenhuis : de inrichting bedoeld in artikel 1 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen;

1° hôpital : l'établissement visé à l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux;

2° beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de exploitatie van het ziekenhuis;

2° gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé d'en gérer l'exploitation;

3° directeur : de persoon of het college belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

3° directeur : la personne ou le collège chargé de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital;

4° directiecomité : het comité dat tot taak heeft de beheersbeslissingen uit te voeren, de dagelijkse goede gang van zaken in het ziekenhuis te verzekeren en de ziekenhuisactiviteiten te coördineren;

4° comité de direction : le comité qui a pour mission d'exécuter les décisions relatives à la gestion, d'assurer la bonne marche de l'activité journalière de l'hôpital et de coordonner les activités hospitalières;

5° beoefenaar van de geneeskunde : de arts bedoeld in artikel 2, § 1 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies;

5° praticien de l'art médical : le médecin visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales;

6° ziekenhuisgeneesheer : de beoefenaar van de geneeskunde verbonden aan het ziekenhuis.

6° médecin hospitalier : le praticien de l'art médical attaché à l'hôpital.

ART. 2

ART. 2

Deze wet is van toepassing op de ziekenhuizen.

La présente loi est applicable aux hôpitaux.

Voor de toepassing van deze wet wordt het geheel van de medische activiteit met betrekking tot de diagnose voor de opgenomen zieken en dezer behandeling, met inbegrip van de activiteit van de medisch-technische diensten, beschouwd als een onderdeel van de ziekenhuisactiviteit.

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

De bepalingen van deze wet zijn mede van toepassing op de poliklinische activiteit van het ziekenhuis, indien het ziekenhuis en de eraan verbonden polikliniek onder de beheersbevoegdheid van eenzelfde beheerder vallen.

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

ART. 3

De Koning kan bij in Ministerraad overlegd besluit en onder door hem gestelde voorwaarden, de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk van toepassing verklaren op andere dan de in artikel 2 bedoelde poliklinieken en op andere diensten, voor zover ze functioneel met een ziekenhuis verbonden zijn.

ART. 4

De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, aan de toepassing van de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk onttrekken :

1° de ziekenhuizen die slechts over een zeer beperkt aantal diensten en/of bedden beschikken;

2° de ziekenhuizen waarin slechts een zeer beperkt aantal geneesheren werkzaam is.

De Koning stelt soortgelijke specifieke regels voor de in het voorgaande lid bedoelde ziekenhuizen.

ART. 5

De bepalingen van deze wet die op de ziekenhuisgeneesheren van toepassing zijn, zijn mede van toepassing op de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, § 1, van het in artikel 1, 5°, genoemde koninklijk besluit evenals op de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van het voorengenoemde besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten.

HOOFDSTUK II

**Beheersorganen en structurering
van de medische activiteit**

AFDELING I

Beheer en directie

ART. 6

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

ART. 7

In ieder ziekenhuis is een directeur en een directiecomité. Het directiecomité bestaat onder meer uit de directeur, de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleegkundige, van de administratief-financiële en van de technische diensten.

ART. 3

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et dans les conditions définies par Lui, rendre les dispositions de la présente loi partiellement ou entièrement applicables aux polycliniques autres que celles visées à l'article 2 et à d'autres services, pour autant qu'ils sont fonctionnellement rattachés à un hôpital.

ART. 4

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, soustraire en tout ou en partie à l'application des dispositions de la présente loi :

1° les hôpitaux qui ne disposent que d'un nombre très limité de services et/ou de lits;

2° les hôpitaux où n'exerce qu'un nombre très limité de médecins.

Le Roi fixera des règles spécifiques similaires pour les hôpitaux visés à l'alinéa précédent.

ART. 5

Les dispositions de la présente loi applicables aux médecins hospitaliers sont aussi applicables aux praticiens visés à l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté royal visé à l'article 1^{er}, 5°, exerçant à l'hôpital l'art dentaire et aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité.

CHAPITRE II

**Des organes de gestion
et de la structuration de l'activité médicale**

SECTION PREMIERE

De la gestion et de la direction

ART. 6

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

ART. 7

Dans chaque hôpital, il y a un directeur et un comité de direction. 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.

AFDELING II

Structurering van de medische activiteit

ART. 8

In ieder ziekenhuis is er :

1° een hoofdgeneesheer, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;

2° een geneesheer-diensthooft voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;

3° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren.

De Koning bepaalt op welke wijze wordt voldaan aan de eisen gesteld in 1° en 2° hiervoren. Hij bepaalt eveneens de taken welke minstens aan de hoofdgeneesheer en de geneesheren-diensthooft worden opgedragen; deze taken hebben betrekking op de organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis.

ART. 9

§ 1. De medische activiteit moet dusdanig georganiseerd worden dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit, met dien verstande dat het ziekenhuis dusdanig moet georganiseerd worden dat de medische activiteit er in optimale voorwaarden kan geschieden.

§ 2. De medische activiteit moet kwalitatief getoetst worden; daartoe moet onder meer een medisch dossier en een medisch archief worden bijgehouden en moeten de nodige organisatorische structuren tot stand worden gebracht om op een systematische wijze te kunnen overgaan tot een interne toetsing van de medische activiteit in het ziekenhuis.

§ 3. De Koning bepaalt de algemene minimumvoorwaarden om te voldoen aan de eisen gesteld in dit artikel.

HOOFDSTUK III

Betrokkenheid van de ziekenhuisgeneesheren bij de besluitvorming

AFDELING I

De medische raad

ART. 10

In elk ziekenhuis wordt een medische raad opgericht.

ART. 11

De medische raad is het vertegenwoordigend orgaan waardoor de ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij de besluitvorming in het ziekenhuis.

SECTION II

De la structuration de l'activité médicale

ART. 8

Dans chaque hôpital, il y a :

1° un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire;

2° un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire;

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

Le Roi fixe les conditions requises pour satisfaire aux dispositions mentionnées aux 1° et 2°. Il arrête 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.

ART. 9

§ 1^{er}. L'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité médicale puisse s'y déployer dans des conditions optimales.

§ 2. L'activité médicale doit faire l'objet d'une évaluation qualitative; à cet effet il faut, entre autres, tenir à jour un dossier médical et des archives médicales et créer les structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation interne de l'activité médicale à l'hôpital.

§ 3. Le Roi détermine les conditions générales minimales pour répondre aux exigences imposées par le présent article.

CHAPITRE III

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

SECTION PREMIERE

Du conseil médical

ART. 10

Dans chaque hôpital est créé un conseil médical.

ART. 11

Le conseil médical est l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital.

ART. 12

§ 1. De geneesheren die aan het ziekenhuis verbonden zijn, vormen een kiescollege voor de verkiezing van de leden van de medische raad.

§ 2. De Koning bepaalt het minimum-activiteitsniveau waaraan de geneesheren moeten voldoen om eensdeels stemgerechtigd en anderdeels verkiesbaar te zijn.

§ 3. De Koning bepaalt eveneens de regels betreffende de samenstelling van de medische raad, de wijze van verkiezing van de leden, de duur van hun mandaat en de werking van de medische raad.

ART. 13

De medische raad doet geregeld verantwoording van de vervulling van zijn mandaat aan de daartoe bijeengeroepen vergadering van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren.

De Koning stelt nadere regels voor de toepassing van dit artikel.

ART. 14

Met het doel de geneeskundige verzorging in het ziekenhuis in optimale voorwaarden voor de patiënten te verstrekken en onverminderd de in artikel 8 bedoelde taken van de hoofdgeneesheer, waakt de medische raad ervoor dat de ziekenhuisgeneesheren hun medewerking verlenen aan maatregelen om :

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

2° de groepsgeest onder de geneesheren te bevorderen;

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

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

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

ART. 15

In het kader van het in artikel 14 bepaalde doel, verstrekt de medische raad aan de beheerder advies over de volgende aangelegenheden :

1° de in artikel 20 bedoelde algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren;

2° het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis;

ART. 12

§ 1^{er}. Les médecins attachés à l'hôpital forment un collège électoral pour l'élection des membres du conseil médical.

§ 2. Le Roi fixe le niveau minimum d'activités requis des médecins pour, d'une part, être admis au vote et, d'autre part, être éligibles.

§ 3. Le Roi arrête également les règles relatives à la composition du conseil médical, au mode d'élection des membres, à la durée de leur mandat et au fonctionnement du conseil médical.

ART. 13

Le conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée des médecins attachés à l'hôpital, convoquée à cet effet.

Le Roi détermine les modalités d'exécution du présent article.

ART. 14

En vue de dispenser, à l'hôpital, dans des conditions optimales, les soins médicaux aux patients, et sans préjudice des tâches du médecin en chef visées à l'article 8, le conseil médical veille à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à :

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

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

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

4° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et d'autres médecins, en particulier le médecin généraliste ou le médecin traitant qui a envoyé le patient;

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

ART. 15

Dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 14, le conseil médical donne au gestionnaire un avis sur les matières suivantes :

1° la réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visée à l'article 20;

2° le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale à l'hôpital;

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

4° de benoeming van de hoofdgeneesheer;

5° de benoeming of aanwijzing van de geneesheren-diensthoofd;

6° de toelating, de aanwerving, de benoeming en de bevordering van de geneesheren;

7° de afzetting van geneesheren;

8° de andere sancties tegen de geneesheren;

9° de jaarlijkse begrotingsramingen van de medische activiteit in het ziekenhuis;

10° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de bepaling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;

11° de aanschaffing, de vernieuwing alsmede de grote herstellingen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

12° de overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis;

13° de oprichting van nieuwe medische diensten, de wijziging, de splitsing en de opheffing van bestaande medische diensten;

14° de bouw en de verbouwing van het ziekenhuis of de wijziging van de bestemming van lokalen voor zover deze een weerslag heeft op de medische activiteit;

15° de verandering van het stelsel met betrekking tot de toegang van geneesheren tot de medische activiteit in het ziekenhuis;

16° het kader van het verpleegkundig en van het paramedisch personeel met inbegrip van de daarin vereiste kwalificaties;

17° de vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd;

18° de klachten in verband met de werking van de medische diensten die, in overleg tussen de beheerder en de voorzitter van de medische raad, aan de raad worden voorgelegd.

De betrokken arts kan vragen dat het in deze paragraaf voorziene advies van de medische raad omtrent de in 8° bedoelde sancties vervangen wordt door een advies van de voorzitter van de medische raad.

ART. 16

§ 1. In al de in artikel 15 opgenoemde aangelegenheden is de beheerder gehouden het advies van de medische raad

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

4° la nomination du médecin en chef;

5° la nomination ou la désignation des médecins-chefs de service;

6° l'admission, l'engagement, la nomination et la promotion des médecins;

7° la révocation de médecins;

8° les autres sanctions à l'égard des médecins;

9° les prévisions budgétaires annuelles relatives à l'activité médicale de l'hôpital;

10° la détermination des besoins en équipement médical et la fixation des priorités dans les limites des possibilités budgétaires fixées par le gestionnaire;

11° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires;

12° les conventions passées avec des tiers, ayant une incidence sur l'activité médicale à l'hôpital;

13° la création de nouveaux services médicaux, la modification, le dédoublement et la suppression de services médicaux existants;

14° la construction et la transformation de l'hôpital ou le changement d'affectation de locaux pour autant qu'ils ont une répercussion sur l'activité médicale;

15° le changement du régime concernant l'accès de médecins à l'activité médicale de l'hôpital;

16° le cadre du personnel infirmier et paramédical, y compris les qualifications requises dans ce cadre;

17° la fixation et la modification du cadre du personnel financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires;

18° les plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux, que le gestionnaire et le président du conseil médical s'accordent à soumettre au conseil.

Le médecin concerné peut demander que l'avis du conseil médical prévu au présent paragraphe concernant les sanctions visées à l'8° soit remplacé par un avis du président du conseil médical.

ART. 16

§ 1^{er}. Dans tous les cas énumérés à l'article 15, le gestionnaire est tenu de demander l'avis du conseil médical. En

in te winnen. Bovendien verstrekt de medische raad advies over alle aangelegenheden die hem door de beheerder worden voorgelegd.

§ 2. Behalve wanneer de beheerder en de medische raad anders zijn overeengekomen, moet het advies binnen een maand worden verstrekt. Indien na het verstrijken van de termijn geen advies is uitgebracht, kan de beheerder een beslissing nemen.

§ 3. Behalve wanneer de beheerder en de medische raad anders overeenkomen, worden de adviesaanvragen en de adviezen schriftelijk geformuleerd; de adviesaanvragen met betrekking tot de in artikel 17, § 1, vermelde punten moeten evenwel steeds schriftelijk geschieden.

§ 4. De medische raad is eveneens gerechtigd om op eigen initiatief aan de beheerder advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het ziekenhuis betreffen.

ART. 17

§ 1. Indien de medische raad over een adviesaanvraag van de beheerder met betrekking tot de punten bedoeld in artikel 15, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17°, 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.

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

Indien dat overleg niet tot een consensus leidt, kan het probleem, in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad, worden voorgelegd aan een bemiddelaar.

De bemiddelaar wordt aangewezen in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad. Indien geen overeenstemming wordt bereikt omtrent de keuze van de bemiddelaar geeft de beheerder daarvan kennis aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid; deze wijst binnen een maand ambtshalve een bemiddelaar aan, gekozen uit een lijst van bemiddelaars door hem opgemaakt op voorstel van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

§ 3. Indien het in vorige paragraaf bedoelde overleg na twee maanden niet tot een consensus heeft geleid en de beheerder geen nieuw voorstel van beslissing voor advies heeft voorgelegd aan de medische raad, kan hetzij de beheerder, hetzij de medische raad vragen dat de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid een bemiddelaar aanwijst aan wie het probleem wordt voorgelegd; de Minister wijst binnen een maand een bemiddelaar aan, gekozen uit de in vorige paragraaf bedoelde lijst.

outre, le conseil médical donne un avis sur toutes les matières que le gestionnaire lui soumet.

§ 2. Sauf si le gestionnaire et le conseil médical sont convenus d'un autre délai, l'avis doit être émis dans le mois. Si, à l'expiration du délai, l'avis n'a pas été rendu, le gestionnaire peut décider.

§ 3. Sauf si le gestionnaire et le conseil médical en conviennent autrement, les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit; toutefois, les demandes d'avis qui se rapportent aux points visés à l'article 17, § 1^{er}, doivent toujours être formulées par écrit.

§ 4. Le conseil médical est également en droit de donner d'initiative un avis au gestionnaire sur toutes les questions relatives à l'exercice de la médecine à l'hôpital.

ART. 17

§ 1^{er}. Lorsqu'à la suite d'une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés à l'article 15, *sub* 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°, 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.

§ 2. Au cas où le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis visé au § 1^{er}, il se concerta avec le conseil médical ou avec une délégation de celui-ci.

Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical, être soumis à un médiateur.

Le médiateur est désigné d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical. En l'absence d'accord sur le choix du médiateur, le gestionnaire en informe le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions; celui-ci désigne d'office dans le mois, un médiateur choisi sur une liste de médiateurs dressée par lui, sur proposition de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux.

§ 3. Lorsque la concertation visée au paragraphe précédent n'a pas abouti à un consensus après deux mois et que le gestionnaire n'a pas demandé l'avis du conseil médical sur une nouvelle proposition de décision, soit le gestionnaire, soit le conseil médical peut demander que le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions désigne un médiateur auquel le problème sera soumis; le ministre désigne dans le mois un médiateur, choisi sur la liste visée au paragraphe précédent.

ART. 18

§ 1. De bemiddelaar tracht de standpunten nader tot elkaar te brengen. Indien binnen een maand geen overeenstemming wordt bereikt, stelt de bemiddelaar binnen een maand daarna zelf een oplossing voor.

§ 2. Indien de bemiddelaar vaststelt dat geen overeenstemming kan worden bereikt omdat het meningsverschil verband houdt met de eerbiediging van de doelstellingen van het ziekenhuis zoals die expliciet zijn neergelegd in de in artikel 20 bedoelde algemene regeling van het ziekenhuis of in de in artikel 21 bedoelde schriftelijke individuele regeling, houdt de bemiddelaar mede met dit element rekening bij het formuleren van zijn voorstel.

§ 3. De beheerder kan een beslissing nemen overeenkomstig dat voorstel. Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij dat voorstel, kan hij slechts een andersluidende beslissing nemen indien hijzelf een nieuw voorstel van beslissing doet waarmede de medische raad instemt.

AFDELING II

*Permanent comité van overleg
tussen de beheerder en de ziekenhuisgeneesheren*

ART. 19

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

§ 2. Het rechtstreeks overleg gebeurt in de schoot van een daartoe ingesteld permanent overlegcomité, hierna genoemd het comité. Het comité is samengesteld, enerzijds uit een gemandateerde delegatie van de beheerder en, anderzijds uit een gemandateerde delegatie van de medische raad.

§ 3. Het comité poogt een consensus te bereiken over de aangelegenheden waarvoor overeenkomstig artikel 16 het advies van de medische raad vereist is. Indien een consensus wordt bereikt zijn de leden van het comité gehouden die te verdedigen bij hun opdrachtgevers.

§ 4. Wanneer het comité geen consensus bereikt en de beheerder toch een beslissing wenst te nemen, legt deze de voorgenomen beslissing voor advies aan de medische raad voor; in dit geval zijn de bepalingen van de artikelen 16 tot en met 18 van toepassing.

Wanneer de beheerder zich niet kan aansluiten bij de consensus die in het comité is bereikt, motiveert hij zijn standpunt en legt hij de zaak voor advies voor aan de medische raad overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 16 tot en met 18.

ART. 18

§ 1^{er}. Le médiateur tente de rapprocher les points de vue. Si aucun accord n'intervient dans le mois, le médiateur fait lui-même une proposition de solution dans le mois qui suit.

§ 2. Si le médiateur a constaté qu'un accord n'a pu être dégagé parce que la divergence de vues se rapporte au respect des objectifs de l'hôpital tels qu'ils sont explicitement formulés dans la réglementation générale de l'hôpital visée à l'article 20 ou dans l'arrangement individuel écrit visé à l'article 21, le médiateur tiendra également compte de cet élément pour formuler sa proposition.

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

SECTION II

*Du comité permanent de concertation
entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers*

ART. 19

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

§ 2. La concertation directe se fait au sein d'un comité permanent de concertation, créé dans ce but et ci-après dénommé le comité. Le comité est composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée par le conseil médical.

§ 3. Le comité s'efforce de parvenir à un consensus sur les matières qui, conformément à l'article 16, requièrent l'avis du conseil médical. Lorsqu'ils sont parvenus à un consensus, les membres du comité sont tenus de le défendre auprès de leurs mandants.

§ 4. Lorsque le comité ne parvient pas à un consensus et que le gestionnaire veut néanmoins prendre une décision, il soumet pour avis la décision envisagée au conseil médical; dans ce cas, les dispositions des articles 16 à 18 sont applicables.

Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier au consensus dégagé au sein du comité, il motive son point de vue et soumet pour avis la question au conseil médical conformément aux dispositions des articles 16 à 18.

Wanneer de medische raad zich niet kan aansluiten bij de consensus die in het overlegcomité is bereikt, brengt hij een schriftelijk en gemotiveerd advies uit. Betreft het een aangelegenheid die opgenoemd is in artikel 17, § 1, dan zijn de bepalingen van de artikelen 17 en 18 van toepassing, voor zover het advies binnen een maand wordt uitgebracht met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden.

§ 5. Indien de beheerder of de medische raad besluiten de in deze afdeling bepaalde vorm van overleg niet langer toe te passen, moeten ze daarvan schriftelijk kennis geven respectievelijk aan de medische raad of aan de beheerder. In dit geval vervalt na drie maanden de in deze afdeling bepaalde vorm van rechtstreeks overleg.

HOOFDSTUK IV

Rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren

ART. 20

§ 1. In elk ziekenhuis wordt een algemene regeling vastgesteld betreffende de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren, de organisatie- en de werkvoorwaarden met inbegrip van de financiële werkvoorwaarden.

§ 2. Die algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van de beheerder, met inachtneming van de procedure bepaald in hoofdstuk III, afdeling I, of, in voorkomend geval, afdeling II.

In deze algemene regeling kunnen bepaalde aangelegenheden verschillend worden geregeld al naargelang het reeds in het ziekenhuis werkzame dan wel nog aan te werven geneesheren betreft.

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

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

2° de gevallen waarin, de redenen waarom en de procedures volgens welke een einde kan worden gemaakt aan de rechtsverhoudingen tussen de beheerder en de geneesheren;

3° de werkvoorwaarden waaronder de geneesheren hun activiteit in het ziekenhuis verrichten met inbegrip van de standaardbepalingen betreffende de punten opgenoemd in artikel 21, § 2;

4° de financiële schikkingen met betrekking tot de medische activiteit, met inbegrip van de wijze van vergoeding van de geneesheren, de wijze van inning van de honoraria en, in voorkomend geval, de kostenregeling alsmede de standaardbepalingen die hierop betrekking hebben;

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

Lorsque le conseil médical ne peut se rallier au consensus dégagé au sein du comité, il émet un avis écrit et motivé. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 17, § 1^{er}, les dispositions des articles 17 et 18 sont applicables pour autant que l'avis a été émis dans le mois à la majorité des deux tiers des voix des membres ayant droit de vote.

§ 5. Si le gestionnaire ou le conseil médical décident de ne plus appliquer la forme de concertation prévue à la présente section, ils doivent en informer par écrit respectivement le conseil médical ou le gestionnaire. Dans ce cas, la forme de concertation directe prévue à la présente section devient caduque dans les trois mois.

CHAPITRE IV

Des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

ART. 20

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

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

Dans cette réglementation générale, certaines matières peuvent être réglées d'une manière différente selon qu'il s'agit de médecins exerçant déjà à l'hôpital ou de médecins à engager.

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

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

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

3° les conditions de travail dans lesquelles les médecins exercent leurs activités à l'hôpital, y compris les dispositions types relatives aux points énumérés à l'article 21, § 2;

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

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

6° de afspraken om enerzijds de promotie van het ziekenhuis en anderzijds de eerbiediging van het gezag eigen aan de medische functie te verzekeren.

ART. 21

§ 1. Onder verwijzing naar de in artikel 20 bedoelde algemene regeling, moeten de respectieve rechten en verplichtingen van de individuele geneesheer en de beheerder alsook meer bepaald de werkvoorwaarden van de geneesheer schriftelijk vastgesteld worden, hetzij in een overeenkomst, hetzij in de benoemingsakte; wijzigingen in die respectieve rechten en verplichtingen worden eveneens schriftelijk vastgesteld.

§ 2. De schriftelijke regeling slaat minstens op de concrete toepassing van de in artikel 20, § 3 vermelde punten op de individuele geneesheer alsmede op de navolgende punten :

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

2° de duur van de eventuele proefperiode;

3° de eerbiediging van het reglement van inwendige orde van het ziekenhuis en van de diensten en, in voorkomend geval, van het strafreglement;

4° de wijze waarop beide partijen hun verplichtingen naleven in verband met de regeling van de permanentie van de verzorging.

ART. 22

§ 1. In artikel 1, § 3, van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders worden de woorden « door privé-personen ingerichte of tot de openbare sector behorende verplegingsinstellingen, » geschrapt.

§ 2. In artikel 1 van dezelfde wet wordt een § 4 toegevoegd luidende : « § 4. Deze wet is enkel van toepassing op de ziekenhuizen en de eraan verbonden geneesheren indien deze geneesheren door het ziekenhuis uitsluitend met een wedde worden betaald. »

HOOFDSTUK V

Geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer

AFDELING 1

Vergoedingsstelsels

ART. 23

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

1° vergoeding per prestatie;

6° les dispositions prises pour garantir, d'une part, la promotion de l'hôpital et, d'autre part, le respect de l'autorité inhérente à la fonction médicale.

ART. 21

§ 1^{er}. Par référence à la réglementation générale visée à l'article 20, les droits et devoirs respectifs du médecin individuel et du gestionnaire, et en particulier les conditions de travail du médecin, seront fixés par écrit, soit dans une convention, soit dans l'acte de nomination; les modifications à ces droits et devoirs respectifs seront également fixées par écrit.

§ 2. Ces dispositions écrites portent au moins sur l'application concrète au médecin individuel des points de l'article 20, § 3, ainsi que sur les éléments ci-après :

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

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

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

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

ART. 22

§ 1^{er}. A l'article 1^{er}, § 3, de la loi du 27 juin 1969 revisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, les mots « aux institutions hospitalières créées par des personnes privées ou appartenant au secteur public, » sont supprimés.

§ 2. L'article 1^{er} de la même loi est complété par un paragraphe 4 libellé comme suit : « § 4. La présente loi s'applique uniquement aux hôpitaux et aux médecins qui y sont attachés lorsque ces derniers sont rémunérés par l'hôpital exclusivement par un salaire. »

CHAPITRE V

Du statut pécuniaire du médecin hospitalier

SECTION PREMIERE

Des systèmes de rémunération

ART. 23

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

1° la rémunération à l'acte;

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

3° vergoeding bestaande uit een contractueel of statutair bepaald percentage van de vergoeding per prestatie of van een « pool » van vergoedingen per prestatie;

4° forfaitaire vergoeding bestaande uit een wedde;

5° vaste vergoeding eventueel vermeerderd met een aandeel in de « pool » der vergoedingen per prestatie.

§ 2. Ingeval een ziekenhuis meer dan één van de bovengenoemde vergoedingsstelsels toepast, wordt de keuze van het stelsel of de wijziging van die keuze neergelegd in een schriftelijke overeenkomst gesloten tussen de geneesheer en de beheerder. Het gekozen stelsel wordt ter kennis gebracht van de medische raad.

AFDELING II

Inning der honoraria

ART. 24

Ongeacht het vergoedingsstelsel dat in het ziekenhuis wordt toegepast, worden alle bedragen door de patiënten of door derden te betalen ter vergoeding van de prestaties van de geneesheren, centraal geïnd.

ART. 25

Behalve indien de medische raad besluit zelf een dienst voor de centrale inning van de honoraria in te stellen, geschiedt de centrale inning door het ziekenhuis met inachtneming van de volgende voorwaarden :

1° het reglement betreffende de werking van de inningsdienst wordt vastgesteld in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad.

Dit reglement bepaalt onder meer de termijn binnen welke de attesten van de verstrekte verzorging door de geneesheer moeten worden toegestuurd evenals de maatregelen die van toepassing zijn op de geneesheer die de attesten niet binnen de bepaalde termijn toestuurt. Het reglement bepaalt eveneens de termijn binnen welke enerzijds de facturen aan de debiteuren worden aangeboden en anderzijds de aan de geneesheren verschuldigde bedragen worden uitbetaald. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is, voor de bedragen die niet tijdig worden betaald, vanaf het verstrijken van de termijn wettelijke intrest verschuldigd zonder dat een inmorastelling door de betrokken geneesheer vereist is;

2° de voorzitter of een afgevaardigd lid van de medische raad kan toezicht houden op de werking van de inningsdienst. Te dien einde worden alle stukken betreffende de

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

3° la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement au statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un « pool » de rémunérations à l'acte;

4° la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire;

5° une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du « pool » des rémunérations à l'acte.

§ 2. Si un hôpital applique plus d'un des systèmes de rémunération susmentionnés, le choix du 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.

SECTION II

De la perception des honoraires

ART. 24

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

ART. 25

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

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

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

2° le président ou un membre délégué du conseil médical peut contrôler le fonctionnement du service de perception. A cette fin, tous les documents relatifs à la perception ou, le

inning of, in voorkomend geval, de betaling en de inhoudingen, te zijner beschikking gesteld en kunnen ze door hem ter plaatse ingezien worden;

3° alle verantwoordingsstukken betreffende de gedane verichtingen worden minstens om de drie maanden ter beschikking van elke betrokken geneesheer gesteld.

ART. 26

Indien de centrale inning geschiedt door een dienst die daartoe door de medische raad is ingesteld, moet in onderlinge overeenstemming met de beheerder een reglement worden vastgesteld betreffende de werking van de dienst; meer bepaald wordt vastgesteld op welke wijze en op welk tijdstip de door de geneesheren aan het ziekenhuis verschuldigde bedragen worden overgedragen; bovendien moet worden bepaald dat de beheerder of zijn afgevaardigde over soortgelijke toezichtsmogelijkheden beschikken als die welke in artikel 25, 2°, zijn toegekend aan de medische raad, en in artikel 25, 3°, aan de geneesheren. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is voor de bedragen die niet tijdig zijn betaald, de wettelijke intrest verschuldigd vanaf het verstrijken van de termijn zonder dat een inmorastelling door de beheerder vereist is.

ART. 27

De Koning kan nadere regels, met inbegrip van eenvoudige boekhoudkundige regels, stellen ter uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26.

AFDELING III

Vaststelling van de honoraria

ART. 28

§ 1. Indien met toepassing van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, het quorum van verbintenissen vereist door artikel 34, § 3, van die wet is bereikt, moeten de verbonden artsen de verbintenistarieven naleven voor de patiënten opgenomen in gemeenschappelijke kamers of in tweepersoonskamers.

§ 2. De geneesheren die niet verbonden zijn in de zin van § 1 en die zich niet verbinden om de verbintenistarieven ten opzichte van de in § 1 bedoelde patiënten toe te passen, delen dit mede aan de medische raad, die daarvan kennis geeft aan de beheerder.

§ 3. De medische raad waarborgt dat de in § 1 bedoelde patiënten tegen verbintenistarieven kunnen worden verzorgd; hij neemt daartoe de nodige maatregelen en geeft daarvan kennis aan de beheerder.

cas échéant, au paiement et aux retenues sont mis à sa disposition et peuvent être consultés par lui sur place;

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

ART. 26

Si la perception centrale est effectuée par un service organisé à cette fin par le conseil médical, un règlement relatif au fonctionnement du service sera arrêté d'un commun accord avec le gestionnaire; en particulier seront fixés le mode et la date de transfert des montants dont les médecins sont redevables à l'hôpital; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles prévues à l'article 25, 2°, pour le conseil médical et à l'article 25, 3°, pour les médecins. Sauf dispositions contraires du règlement, ce délai court à partir de la perception et l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne sont pas payées en temps voulu, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le gestionnaire soit requise.

ART. 27

Le Roi peut fixer des modalités d'exécution des articles 24, 25 et 26, en ce compris des règles uniformes de comptabilité.

SECTION III

De la fixation des honoraires

ART. 28

§ 1^{er}. Lorsque, en application de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, le quorum d'engagements requis par l'article 34, § 3, de la loi susmentionnée a été atteint, les tarifs de l'engagement seront respectés, par les médecins engagés, pour les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits.

§ 2. Les médecins qui ne sont pas engagés au sens du § 1^{er} et qui ne s'engagent pas à appliquer les tarifs de l'engagement aux patients visés au § 1^{er}, le communiqueront au conseil médical, qui en informe le gestionnaire.

§ 3. Le conseil médical garantit que les malades visés au § 1^{er} peuvent être soignés aux tarifs de l'engagement; dans ce but, il prend les mesures nécessaires et en informe le gestionnaire.

§ 4. De beheerder neemt de nodige maatregelen om de patiënten in staat te stellen de lijsten te raadplegen waarin enerzijds de geneesheren zijn opgenomen die zich verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen en anderzijds de geneesheren die zich niet verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen.

AFDELING IV

Aanwending van het bedrag van de centraal geïnde honoraria

ART. 29

§ 1. De centraal geïnde honoraria worden aangewend voor :

1° de betaling van de bedragen die aan de geneesheren verschuldigd zijn overeenkomstig de regeling die krachtens artikel 21 op hen toepasselijk is;

2° de dekking van de inningskosten van de honoraria, overeenkomstig het reglement van de dienst;

3° de dekking van de kosten veroorzaakt door de medische prestaties die niet door de verpleegdagprijs worden vergoed;

4° de verwezenlijking van maatregelen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 15 tot en met 18 geschiedt de aanwending van de honoraria, voor de geneesheren die niet vergoed worden volgens artikel 23, § 1, 4° of 5°, overeenkomstig de hierna volgende paragrafen.

§ 2. Vooraleer de verschuldigde bedragen aan de geneesheren te betalen, past de inningsdienst ter dekking van zijn inningskosten op elk bedrag een inhouding toe ten belope van de kosten die overeenkomstig het reglement van de dienst zijn gemaakt, met een maximum van 6 pct.

De inningsdienst past daarenboven op de geïnde bedragen, ter dekking van alle kosten van het ziekenhuis veroorzaakt door de medische prestaties die niet door de verpleegdagprijs worden vergoed, inhoudingen toe welke in procenten kunnen worden uitgedrukt en worden vastgesteld op grond van tarieven bepaald in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad.

De Koning kan een opsomming geven van de kosten waarmee wordt rekening gehouden voor de vaststelling van de hierboven bedoelde tarieven. Hij kan eveneens normen stellen voor de evaluatie en de aanrekening van de kosten.

§ 4. Over de percentsgewijze inhoudingen en de aanwending ervan met toepassing van § 1, 4°, wordt beslist in onderlinge overeenstemming tussen de medische raad en de beheerder.

§ 4. Le gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour que les patients puissent consulter la liste mentionnant, d'une part, les médecins qui se sont engagés à appliquer les tarifs de l'engagement et, d'autre part, les médecins qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs de l'engagement.

SECTION IV

De l'affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale

ART. 29

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

1° au paiement aux médecins des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 21;

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

3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le prix de la journée d'entretien;

4° à titre de contribution à la mise en œuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital.

Sans préjudice de l'application des articles 15 à 18, l'affectation des honoraires pour les médecins qui ne sont pas rémunérés selon l'article 23, § 1^{er}, 4° ou 5°, se fait conformément aux paragraphes suivants.

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

§ 3. En outre, le service de perception applique aux montants perçus, pour la couverture de tous les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le prix de la journée d'entretien, des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et qui sont établies sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical.

Le Roi peut énumérer les frais à prendre en compte pour la fixation des tarifs susmentionnés. Il peut également fixer des critères d'évaluation et d'imputation des frais.

§ 4. A propos des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et l'affectation de celles-ci en application du § 1^{er}, 4°, le gestionnaire et le conseil médical décident d'un commun accord.

AFDELING V

Procédure

ART. 30

Indien tussen de beheerder en de medische raad geen overeenstemming wordt bereikt als bedoeld in de artikelen 25 en 26 en in artikel 29, §§ 3 en 4, doet de beheerder een voorstel van oplossing en legt dit aan de medische raad voor.

Indien de medische raad over dat voorstel binnen een maand 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, wordt de in de artikelen 17 en 18 bepaalde procedure gevolgd.

HOOFDSTUK VI

Overgangsbepalingen

ART. 31

§ 1. De stelsels van centrale inning die van kracht zijn op 31 december 1983, blijven toepasselijk volgens de op die datum geldende modaliteiten, behalve indien de beheerder en de medische raad in onderlinge overeenstemming anders beslissen; de voorwaarden met betrekking tot de inrichting en het toezicht zoals bepaald in de artikelen 24, 25 en 26, moeten evenwel vervuld zijn op de datum van inwerkingtreding van deze artikelen.

§ 2. In afwijking van artikel 24, kan de geneesheer die op 31 december 1983 sedert ten minste twintig jaar zijn praktijk in een aan deze wet onderworpen ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honoraria int, deze honoraria zelf blijven innen voor zover hij zijn voornemen aan de medische raad en aan de beheerder betekent binnen drie maanden na de datum van inwerkingtreding van deze wet en de medische raad daarmee instemt. De medische raad betekent deze instemming aan de beheerder.

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

ART. 32

De bepalingen van deze wet doen geen afbreuk aan de verdere toepassing van de op 31 december 1983 bestaande regelingen die, in vergelijking met deze wet, hetzij een verdergaande betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming, hetzij een grotere juridische of financiële integratie van de geneesheren in het ziekenhuis inhouden.

SECTION V

De la procédure

ART. 30

Faute par le gestionnaire et le conseil médical de dégager l'accord visé aux articles 25 et 26 et à l'article 29, §§ 3 et 4, le gestionnaire fait une proposition de solution et la soumet au conseil médical.

Lorsqu'à la suite de cette proposition, le conseil médical donne dans le mois 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 procédure prévue aux articles 17 et 18 est suivie.

CHAPITRE VI

Dispositions transitoires

ART. 31

§ 1^{er}. Les systèmes de perception centrale tels qu'ils sont organisés le 31 décembre 1983, continuent à s'appliquer selon les modalités en vigueur à cette date, sauf si le gestionnaire et le conseil médical en décident autrement d'un commun accord; toutefois, les conditions relatives à l'organisation et au contrôle, fixées aux articles 24, 25 et 26, doivent être remplies à la date d'entrée en vigueur de ces articles.

§ 2. Par dérogation à l'article 24, le praticien qui, à la date du 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans une institution soumise à la présente loi et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires, peut continuer à les percevoir lui-même pour autant qu'il notifie ses intentions au conseil médical et au gestionnaire dans les trois mois de la date d'entrée en vigueur de la présente loi et pour autant que le conseil médical marque son accord. Le conseil médical notifie cet accord au gestionnaire.

§ 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 du conseil médical.

ART. 32

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

HOOFDSTUK VII

Slotbepalingen

ART. 33

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

ART. 34

De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II, III en V, afdelingen II en III, vormt een vereiste voor de erkenning van de ziekenhuizen.

ART. 35

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

ART. 36

§ 1. Elk ziekenhuis doet aan het secretariaat van de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen mededeling van de wijze waarop aan deze wet gevolg wordt gegeven, in voorkomend geval met vermelding van de materies waarvoor de bepalingen van de artikelen 31 en/of 32 worden ingeroepen; tevens wordt meegedeeld voor welke geneesheren de medische raad de in artikel 31, § 2, bepaalde instemming heeft gegeven.

De inhoud van de door de beheerder te verstrekken mededeling wordt voorgelegd aan de medische raad. Indien de beheerder en de medische raad van mening verschillen omtrent de inhoud van de mededeling, worden de opmerkingen van de medische raad gevoegd bij de mededeling van de beheerder.

§ 2. Het secretariaat van de Paritaire Commissie onderzoekt de meegedeelde documenten. Indien volgens het secretariaat twijfel bestaat omtrent de conformiteit met de wet of indien er een verschil van mening blijkt te bestaan tussen de beheerder en de medische raad omtrent de toepassing van de wet, wordt het dossier met de opmerkingen van het secretariaat onderzocht door een in de schoot van het paritair comité opgerichte werkgroep *ad hoc*.

Indien, niettegenstaande het overleg met de betrokkenen, de twijfel omtrent de conformiteit met de wet blijft bestaan of het meningsverschil tussen de beheerder en de medische raad niet kan worden weggewerkt, wordt het dossier doorgegeven aan het Bureau van de Paritaire Commissie; het Bureau neemt de passende initiatieven om het meningsverschil weg te werken.

CHAPITRE VII

Dispositions finales

ART. 33

L'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux est demandé sur tous les arrêtés d'exécution de la présente loi.

ART. 34

Le respect des dispositions des chapitres II, III et V, sections II et III, constitue pour les hôpitaux une condition de leur agrément.

ART. 35

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

ART. 36

§ 1^{er}. Chaque hôpital doit informer le secrétariat de la Commission paritaire médecins-hôpitaux de la façon dont la loi est respectée; le cas échéant, il communique pour quelles matières les dispositions des articles 31 et/ou 32 sont invoquées; il communique aussi pour quel médecin le conseil médical a donné l'accord prévu à l'article 31, § 2.

Le contenu des informations à transmettre par le gestionnaire est soumis au conseil médical. Si le gestionnaire et le conseil médical divergent de vues quant au contenu des informations, les remarques du conseil médical sont jointes à la communication du gestionnaire.

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

Si, malgré la concertation avec les intéressés, le doute quant à la conformité avec la loi subsiste ou si les divergences de vues entre gestionnaire et conseil médical ne peuvent être levées, le dossier est transmis au bureau de la Commission paritaire; le bureau prend toute initiative utile permettant de lever les divergences de vues.

ART. 37

Wat betreft de ziekenhuizen beheerd door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn en de in die ziekenhuizen werkzame geneesheren, strekken de bepalingen van deze wet tot aanvulling van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, en met name van de artikelen 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 en 94 van die wet.

ART. 38

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

1° hij die, met overtreding van de artikelen 6 en 7 een ziekenhuis exploiteert dat niet beantwoordt aan de bepalingen inzake beheer en directie van het ziekenhuis;

2° hij die, met overtreding van de artikelen 8 en 9, een ziekenhuis exploiteert waarvan de medische activiteit niet is gestructureerd overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 8 en 9 en van de besluiten genomen ter uitvoering van deze artikelen, dan wel hij die de structurering ervan verhindert;

3° hij die, met overtreding van artikel 10, een ziekenhuis exploiteert zonder dat een medische raad werd opgericht of hij die verhindert dat er een medische raad wordt opgericht;

4° hij die, met overtreding van artikel 16, het verplichte advies van de medische raad niet inwint of hij die, in voorkomend geval, de in de artikelen 17 en 18 bepaalde procedure niet volgt;

5° hij die, met overtreding van de artikelen 24, 25, 26, 27 en 31, de bepalingen inzake de centrale inning niet toepast, of de centrale inning op enige wijze bemoeilijkt;

6° hij die, met overtreding van artikel 28, de bepalingen inzake de toepassing van de tarieven niet naleeft of doet naleven;

7° hij die, met overtreding van artikel 29, de bepalingen inzake de aanwending van de centraal geïnde honoraria niet toepast;

8° hij die, met overtreding van artikel 36, de gegevens aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen niet mededeelt.

§ 2. Bij herhaling binnen twee jaar na een in kracht van gewijsde gegane vonnis van veroordeling wegens een van de misdrijven bedoeld in dit artikel, kunnen de straffen worden verdubbeld.

§ 3. De natuurlijke of rechtspersonen die een ziekenhuis of een dienst met overtreding van de bepalingen van deze

ART. 37

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

ART. 38

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

1° celui qui, en contravention aux articles 6 et 7, exploite un hôpital qui ne répond pas aux dispositions en matière de gestion et de direction hospitalières;

2° celui qui, en contravention aux articles 8 et 9, exploite un hôpital dont l'activité médicale n'est pas structurée conformément aux dispositions des articles 8 et 9 et des arrêtés pris en exécution desdits articles, ou celui qui empêche qu'elle soit structurée;

3° celui qui, en contravention à l'article 10, exploite un hôpital sans qu'il soit créé un conseil médical ou celui qui empêche qu'un conseil médical soit créé;

4° celui qui, en contravention à l'article 16, ne demande pas l'avis obligatoire du conseil médical ou qui, le cas échéant, ne suit pas la procédure visée aux articles 17 et 18;

5° celui qui, en contravention aux articles 24, 25, 26, 27 et 31, n'applique pas les dispositions en matière de perception centrale ou qui rend cette dernière difficile d'une manière quelconque;

6° celui qui, en contravention à l'article 28, ne respecte pas ou ne fait pas respecter les dispositions concernant l'application des tarifs;

7° celui qui, en contravention à l'article 29, n'applique pas les dispositions relatives à l'affectation des honoraires perçus d'une façon centrale;

8° celui qui, en contravention à l'article 36, ne communique pas les données à la Commission paritaire médecins-hôpitaux.

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

§ 3. La personne physique ou morale qui exploite un hôpital ou un service, en infraction aux dispositions de la

wet exploiteren, zijn burgerrechtelijk aansprakelijk voor de betaling van de geldboeten en de gerechtskosten.

§ 4. De bepalingen van boek 1 van het Strafwetboek, met inbegrip van Hoofdstuk VII en artikel 85, zijn van toepassing op de misdrijven bepaald bij deze wet.

présente loi, est civilement responsable du paiement des amendes et des frais de justice.

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

VI. Tableau comparatif entre le texte adopté par la Commission (Doc. 653/2) et le texte du projet de loi (Doc. 653/1)

VI. Concordantie-tabel tussen de tekst aangenomen door de Commissie (Doc. 653/2) en de tekst van het wetsontwerp (Doc. 653/1)

Matière — Materie	Gedr. St. 653-2 Tekst Commissie Doc. 653-2 Texte Commission	Wetsontwerp 653-1 Projet de loi 653-1	Verslag (Gedr. St. 653-2) Rapport (Doc. 653-2)
Hoofdstuk I. — Toepassingsgebied			
Chapitre I. — Champ d'application			
Begripsomschrijvingen. — Définitions	Art. 1	Art. 2, § 1	45-49, 55
Toepassingsgebied. — Champ d'application	Art. 2	Art. 1, § 1	10-11, 34, 42, 54, 57 + bijlage/annexe IV
Uitbreiding toepassingsgebied. — Extension champ d'application . .	Art. 3	Art. 1, § 2	34, 42-45 + bijlage/annexe IV
Specifieke regeling kleine ziekenhuizen. — Disposition spécifique petits hôpitaux	Art. 4	—	34, 119-120
Toepasselijkheid van de wet op tandartsen, klinische biologen. — Applicabilité de la loi pour dentistes et biologistes	Art. 5	—	45-46, 55, 57
Hoofdstuk II. — Beheersorganen - Structuur medische activiteit			
Chapitre II. — Organes de gestion - Structuration activité médicale			
Afdeling I. Beheer en directie. — Section I. Gestion et direction :			
Beheer. — Gestion	Art. 6	Art. 2, § 2	11-12, 49
Directie. — Direction	Art. 7	Art. 2, § 3	50-53
Afdeling II. Structuur medische activiteit. — Section II. Structuration activité médicale :			
Medische structuur. — Structure médicale	Art. 8	Art. 3, § 1	12-2, 53, 56, 56, 57-60
Integratie geneesheren + medical audit. — Intégration du médecin + médical audit.	Art. 9	Art. 3, § 2	35-36, 60-61 + bijlage/annexe II
Hoofdstuk III. — Deelneming aan de besluitvorming			
Chapitre III. — Association à la prise de décision			
Afdeling I. Medische Raad. — Section I. Conseil médical :			
Principe : oprichting in elk ziekenhuis. — Principe : création à chaque hôpital	Art. 10	Art. 4	61
Medische Raad : representatieve gesprekspartner. — Conseil médical : interlocuteur représentatif	Art. 11	Art. 6, § 1	15, 64-65
Samenstelling : verkiezing. — Composition : élection	Art. 12	Art. 5, § 1	62-63
Algemene vergadering geneesheren. — Assemblée générale des méde- cins	Art. 13	Art. 5, § 2	
Algemene opdracht Medische Raad. — Mission générale du Conseil médical	Art. 14	Art. 6, § 2	66-67
Opsomming adviesbevoegdheden. — Énumération compétences d'avis	Art. 15	Art. 6, § 3	16, 67-78
Procedure - Termijnen advies. — Procédure - Délais d'avis . . .	Art. 16	Art. 6, § 4	79-80
Versterkt advies. — Avis renforcé	Art. 17	Art. 6, § 5	17-21, 37-38, 80-86, 87-91
— Punten. — Points	Art. 17, § 1	Alin. 1	
— Verzoeningsprocedure. — Procédure de conciliation	Art. 17, § 2	Alin. 1	
— Beroep op bemiddelaar. — Appel à un médiateur	Art. 17, §§ 2, 3	Alin. 1 + 2	
— Rol bemiddelaar. — Rôle du médiateur	Art. 18	Alin. 3	
Afdeling II. Permanent Overlegcomité. — Section II. Comité permanent de concertation	Art. 19	Art. 7	21-22, 92-95
Hoofdstuk IV. — Rechtsverhoudingen			
Chapitre IV. — Rapports juridiques			
Algemene regeling. — Réglementation générale	Art. 20	Art. 8	22, 96-97
Individuele regeling. — Dispositions individualisées	Art. 21	Art. 9	22, 98-99
Sociale Zekerheid. — Sécurité sociale	Art. 22	Art. 10	23, 99-100

En remplacement des pages 144 et 145 du doc. 653 (1983-1984) — N° 2 (R. A 12972)
distribué précédemment

653 (1983-1984) N. 2

(144)

VI. Concordantie-tabel tussen de tekst aangenomen door de Commissie (Doc. 653/2) en de tekst van het wetsontwerp (Doc. 653/1)

VI. Tableau comparatif entre le texte adopté par la Commission (Doc. 653/2) et le texte du projet de loi (Doc. 653/1)

Materie — Matière	Gedr. St. 653-2 Tekst Commissie — Doc. 653-2 Texte Commission	Wetsontwerp 653-1 — Projet de loi 653-1	Verslag (Gedr. St. 653-2) — Rapport (Doc. 653-2)
Hoofdstuk I. — Toepassingsgebied			
<i>Chapitre I. — Champ d'application</i>			
Begripsomschrijvingen. — <i>Définitions</i>	Art. 1	Art. 2, § 1	45-49, 55
Toepassingsgebied. — <i>Champ d'application</i>	Art. 2	Art. 1, § 1	10-11, 34, 42, 54, 57 + bijlage/annexe IV
Uitbreiding toepassingsgebied. — <i>Extension champ d'application</i> . .	Art. 3	Art. 1, § 2	34, 42-45 + bijlage/annexe IV
Specifieke regeling kleine ziekenhuizen. — <i>Disposition spécifique petits hôpitaux</i>	Art. 4	—	34, 125-127
Toepasselijkheid van de wet op tandartsen, klinische biologen. — <i>Applicabilité de la loi pour dentistes et biologistes</i>	Art. 5	—	45-46, 55, 57
Hoofdstuk II. — Beheersorganen - Structuur medische activiteit			
<i>Chapitre II. — Organes de gestion - Structuration activité médicale</i>			
Afdeling I. Beheer en directie. — Section I. Gestion et direction :			
Beheer. — <i>Gestion</i>	Art. 6	Art. 2, § 2	11-12, 50
Directie. — <i>Direction</i>	Art. 7	Art. 2, § 3	50-53
Afdeling II. Structuur medische activiteit. — Section II. Structuration activité médicale :			
Medische structuur. — <i>Structure médicale</i>	Art. 8	Art. 3, § 1	12-2, 53, 56, 56, 57-60
Integratie geneesheren + medical audit. — <i>Intégration du médecin + médical audit</i>	Art. 9	Art. 3, § 2	35-36, 60-61 + bijlage/annexe II
Hoofdstuk III. — Deelneming aan de besluitvorming			
<i>Chapitre III. — Association à la prise de décision</i>			
Afdeling I. Medische Raad. — Section I. Conseil médical :			
Principe : oprichting in elk ziekenhuis. — <i>Principe : création à chaque hôpital</i>	Art. 10	Art. 4	61-62
Medische Raad : representatieve gesprekspartner. — <i>Conseil médical : interlocuteur représentatif</i>	Art. 11	Art. 6, § 1	15, 65-66
Samenstelling : verkiezing. — <i>Composition : élection</i>	Art. 12	Art. 5, § 1	62-63
Algemene vergadering geneesheren. — <i>Assemblée générale des médecins</i>	Art. 13	Art. 5, § 2	
Algemene opdracht Medische Raad. — <i>Mission générale du Conseil médical</i>	Art. 14	Art. 6, § 2	66-67
Opsomming adviesbevoegdheden. — <i>Énumération compétences d'avis</i>	Art. 15	Art. 6, § 3	16, 67-78
Procedure - Termijnen advies. — <i>Procédure - Délais d'avis</i> . . .	Art. 16	Art. 6, § 4	79-80
Versterkt advies. — <i>Avis renforcé</i>	Art. 17	Art. 6, § 5	17-21, 37-38, 80-91
— Punten. — <i>Points</i>	Art. 17, § 1	Alin. 1	
— Verzoeningsprocedure. — <i>Procédure de conciliation</i>	Art. 17, § 2	Alin. 1	
— Beroep op bemiddelaar. — <i>Appel à un médiateur</i>	Art. 17, §§ 2, 3	Alin. 1 + 2	
— Rol bemiddelaar. — <i>Rôle du médiateur</i>	Art. 18	Alin. 3	
Afdeling II. Permanent Overlegcomité. — Section II. Comité permanent de concertation	Art. 19	Art. 7	21-22, 92-96
Hoofdstuk IV. — Rechtsverhoudingen			
<i>Chapitre IV. — Rapports juridiques</i>			
Algemene regeling. — <i>Réglementation générale</i>	Art. 20	Art. 8	22, 96-98
Individuele regeling. — <i>Dispositions individualisées</i>	Art. 21	Art. 9	22, 98-99
Sociale Zekerheid. — <i>Sécurité sociale</i>	Art. 22	Art. 10	23, 99-100

Ter vervanging van de bladzijden 144 en 145 van het vroeger rondgedeelde
gedr. stuk 653 (1983-1984) — N° 2 (R. A 12972)

Materie — Matière	Gedr. St. 653-2 Tekst Commissie — Doc. 653-2 Texts Commission	Wetsontwerp 653-1 — Projet de loi 653-1	Verlag (Gedr. St. 653-2) — Rapport (Doc. 653-2)
Hoofdstuk V. — Geldelijk statuut			
Chapitre V. — Statut pécuniaire			23, 25
Afdeling I. Vergoedingsstelsels. — Section I. Système de rémunération	Art. 23	Art. 11	25, 100
Afdeling II. Centrale inning. — Section II. Perception centrale :		Art. 12	25-26, 39-41, 101-104
Principe. — Principe	Art. 24	Art. 12, § 1	
Inning door beheerder. — Perception par le gestionnaire	Art. 25	Art. 12, § 2	
Inning door de Medische Raad. — Perception par le Conseil médical .	Art. 26	Art. 12, § 3	
Uitvoering bij koninklijk besluit. — Exécution par arrêté royal . .	Art. 27	—	
Afdeling III. Vaststelling honoraria. — Section III. Fixation des honoraires	Art. 28	Art. 13	27, 104-108
Afdeling IV. Aanwending honoraria. — Section IV. Affectation des honoraires	Art. 29	Art. 14	27-28, 108-116
Aanwendingmogelijkheden. — Possibilités d'affectation	Art. 29, § 1	Art. 14, § 1	
Inningskosten. — Frais de perception	Art. 29, § 2	Art. 14, § 2	
Kosten medische activiteit. — Frais liés à l'activité médicale . . .	Art. 29, § 3	Art. 14, § 3	
Promotie medische activiteit. — Promotion activité médicale . . .	Art. 29, § 4	Art. 14, § 4	
Afdeling V. Procedure. — Section V. Procédure :			
Procedure bij ontstentenis van akkoord tussen beheerder en Medische Raad. — Procédure au cas où l'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical ne se dégage pas	Art. 30	—	116
Hoofdstuk VI. — Overgangsbepalingen			
Chapitre VI. — Dispositions transitoires			
— Centrale inning. — Perception centrale	Art. 31	Art. 15	28, 116-122
Bestaande systemen van centrale inning. — Systèmes existants perception centrale	Art. 31, § 1	Art. 15, § 1	
Individuele uitzonderingen mogelijk. — Possibilité d'exceptions individualisées	Art. 31, § 2	Art. 15, § 2	
Niet-verkiezbaarheid voor de Medische Raad. — Non-éligibilité pour le Conseil médical	Art. 31, § 3	—	
— Wet als minimum : geen afbreuk aan bestaande systemen van meer doorgedreven integratie. — La loi impose un minimum : pas de remise en cause des systèmes existants qui impliquent une intégration plus poussée	Art. 32	Art. 16	28-29, 122-123
Hoofdstuk VII. — Slotbepalingen			
Chapitre VII. — Dispositions finales			
Adviesbevoegdheid paritaire commissie voor alle uitvoeringsbesluiten. — Compétence d'avis de la commission paritaire pour tous les arrêtés d'exécution	Art. 33	Art. 17	29, 123
Toepassing wet voorwaarde voor erkenning van het ziekenhuis. — Respect de la loi comme condition d'agrément	Art. 34	Art. 18	124
Inwerkingtreding van de wet. — Date d'application de la loi . . .	Art. 35	Art. 19	124
Rol paritaire commissie bij concrete toepassing van de wet door de ziekenhuizen. — Rôle de la commission paritaire lors de l'application concrète de la loi pour les hôpitaux	Art. 36	Art. 20	125
Wet aanvulling van O.C.M.W.-wet. — La loi vient en complément à la loi sur les C.P.A.S.	Art. 37	Art. 21	125
Strafbepalingen. — Dispositions pénales	Art. 39	Art. 22	125

Matière — Materie	Gedr. St. 653-2 Tekst Commissie — Doc. 653-2 Texte Commission	Wetsontwerp 653-1 — Projet de loi 653-1	Verslag (Gedr. St. 653-2) — Rapport (Doc. 653-2)
Hoofdstuk V. — Geldelijk statuut			
Chapitre V. — Statut pécuniaire			23, 25
Afdeling I. Vergoedingsstelsels. — Section I. Système de rémunération	Art. 23	Art. 11	25, 100
Afdeling II. Centrale inning. — Section II. Perception centrale :		Art. 12	25-26, 39-41, 101-104
Principe. — Principe	Art. 24	Art. 12, § 1	
Inning door beheerder. — Perception par le gestionnaire	Art. 25	Art. 12, § 2	
Inning door de Medische Raad. — Perception par le Conseil médical .	Art. 26	Art. 12, § 3	
Uitvoering bij koninklijk besluit. — Exécution par arrêté royal . .	Art. 27	—	
Afdeling III. Vaststelling honoraria. — Section III. Fixation des honoraires	Art. 28	Art. 13	27, 104-108
Afdeling IV. Aanwending honoraria. — Section IV. Affectation des honoraires	Art. 29	Art. 14	27-28, 108-116
Aanwendingsmogelijkheden. — Possibilités d'affectation	Art. 29, § 1	Art. 14, § 1	
Inningskosten. — Frais de perception	Art. 29, § 2	Art. 14, § 2	
Kosten medische activiteit. — Frais liés à l'activité médicale . . .	Art. 29, § 3	Art. 14, § 3	
Promotie medische activiteit. — Promotion activité médicale . . .	Art. 29, § 4	Art. 14, § 4	
Afdeling V. Procedure. — Section V. Procédure :			
Procedure bij ontstentenis van akkoord tussen beheerder en Medische Raad. — Procédure au cas où l'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical ne se dégage pas	Art. 30	—	99-100, 116
Hoofdstuk VI. — Overgangsbepalingen			
Chapitre VI. — Dispositions transitoires			
— Centrale inning. — Perception centrale	Art. 31	Art. 15	28, 116-122
Bestaande systemen van centrale inning. — Systèmes existants perception centrale	Art. 31, § 1	Art. 15, § 1	
Individuele uitzonderingen mogelijk. — Possibilité d'exceptions individualisées	Art. 31, § 2	Art. 15, § 2	
Niet-verkiezbaarheid voor de Medische Raad. — Non-éligibilité pour le Conseil médical	Art. 31, § 3	—	
— Wet als minimum : geen afbreuk aan bestaande systemen van meer doorgedreven integratie. — La loi impose un minimum : pas de remise en cause des systèmes existants qui impliquent une intégration plus poussée	Art. 32	Art. 16	28-29, 122
Hoofdstuk VII. — Slotbepalingen			
Chapitre VII. — Dispositions finales			
Adviesbevoegheid paritaire commissie voor alle uitvoeringsbesluiten. — Compétence d'avis de la commission paritaire pour tous les arrêtés d'exécution	Art. 33	Art. 17	29, 123
Toepassing wet voorwaarde voor erkenning van het ziekenhuis. — Respect de la loi comme condition d'agrément	Art. 34	Art. 18	124
Inwerkingtreding van de wet. — Date d'application de la loi . . .	Art. 35	Art. 19	124
Rol paritaire commissie bij concrete toepassing van de wet door de ziekenhuizen. — Rôle de la commission paritaire lors de l'application concrète de la loi pour les hôpitaux	Art. 36	Art. 20	125
Wet aanvulling van O.C.M.W.-wet. — La loi vient en complément à la loi sur les C.P.A.S.	Art. 37	Art. 21	125
Strafbepalingen. — Dispositions pénales	Art. 39	Art. 22	125

VII. — BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Adviesaanvraag aan de Raad van State omtrent het ontwerp van wet houdende organieke bepalingen in aanvulling op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheren — Bevoegdheidsprobleem in het licht van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de hervorming der instellingen. — Toelichtende nota ten behoeve van de Raad van State

1. Tijdens de toelichting van het ontwerp bij de heer Auditeur-Generaal werd de vraag opgeworpen of de nationale overheid bevoegd is met betrekking tot de in het ontwerp behandelde aangelegenheden dan wel of de Gemeenschappen ter zake bevoegd zijn.

Meer bepaald wordt de vraag gesteld hoe de inhoud van het ontwerp qua bevoegdheid zich situeert ten aanzien van de interne organisatie en het onthaal van de verzorgingsinstellingen, aangelegenheid die blijkens de voorbereidende werken onder bepaalde voorwaarden tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort.

2. Onder punt VI van de memorie van toelichting wordt gesteld dat de Regering van oordeel is dat omtrent de in het ontwerp behandelde problematiek de Nationale Overheid en het Parlement bevoegd zijn. Ter zake worden drie argumenten aangehaald :

6.2. Organieke wetgeving.

6.3. Binding met de wetgeving op de uitoefening van de geneeskunde.

6.4. Binding met de Z.I.V. en de financiering van de ziekenhuizen.

Met de heer Auditeur-Generaal werd afgesproken dat de in de vermelde punten ontwikkelde argumentatie nader zou worden geëxpliciteerd in een afzonderlijke nota; deze nota zou als bijlage gevoegd worden bij het verslag dat de heer Auditeur-Generaal heeft opgesteld met het oog op het advies van de Raad over het voorgestelde ontwerp. Indien de Kamer het wenselijk acht kan deze nota mondeling worden toegelicht.

3. De nota heeft tot doel de onder punt VI van de memorie van toelichting ontwikkelde stelling inzake de bevoegdheid van de nationale overheid meer uitdrukkelijk juridisch te staven vanuit een analyse van de tekst zelf van artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 en van het geheel van de voorbereidende werken die er op betrekking hebben. Door de toenmalige Eerste Minister werd met betrekking tot de bevoegdheidsproblematiek immers uitdrukkelijk gesteld dat, voor zover de wettekst zelf met betrekking tot de gerealiseerde bevoegdheidstransfer en de eruit voortvloeiende bevoegdheidsafbakening nog interpretatievragen oproept, in de van Regeringswege tijdens de parlementaire behandeling gegeven toelichtende verklaringen alsmede in het geheel van de voorbereidende werken de doorslaggevende elementen ter interpretatie moeten worden gezocht (zie o.a. Senaatsverslag, Doc. 434/2 (1979-1980), p. 131).

4. Artikel 5, § 1, I : uitloper van vroegere modellen tot nieuwe bevoegdheidsopdeling inzake het gezondheidsbeleid.

4.1. De gedachte dat het domein van het gezondheidsbeleid kon en moest in aanmerking komen voor een bevoegdheidsoverdracht van de Staat naar andere politieke (gedecentraliseerde) beleidsniveaus is reeds duidelijk naar voor gekomen van bij de aanvang van de besprekingen over de hervorming van de Staat die aan de grondwetsherziening van 1970-1971 zijn voorafgegaan.

VII. — ANNEXES

ANNEXE 1

Demande d'avis au Conseil d'Etat sur le projet de loi complétant la loi organique du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et portant des dispositions organiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers — Problème de compétence à la lumière de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles — Note explicative pour le Conseil d'Etat.

1. Lors de l'exposé du projet auprès de M. l'Auditeur général, la question a été posée de savoir si les matières traitées dans le projet relèvent de la compétence du pouvoir national ou des Communautés.

Plus particulièrement la question se pose de savoir comment, sur le plan de la compétence, le contenu du projet se situe par rapport à l'organisation interne des institutions de soins et par rapport à l'accueil, matières qui d'après les travaux préparatoires relèvent sous certaines conditions de la compétence des Communautés.

2. Au point VI de l'exposé des motifs, il est dit que le Gouvernement est d'avis que le Pouvoir national et le Parlement sont compétents pour la problématique traitée dans le projet. Trois arguments sont invoqués :

6.2. Loi organique.

6.3. Lien avec la loi sur l'exercice de l'art de guérir.

6.4. Lien avec l'A.M.I. et le financement des hôpitaux.

Il a été convenu avec M. l'Auditeur général que l'argumentation développée dans les points cités serait explicitée dans une note séparée; cette note serait annexée au rapport que l'Auditeur général a établi dans la perspective de l'avis à donner par le Conseil sur le projet. Si la Chambre le souhaite, la note peut être commentée oralement.

3. La note a pour but d'étayer plus explicitement du point de vue juridique la thèse développée au point VI de l'exposé des motifs, sur la compétence du pouvoir national et ce à partir d'une analyse du texte de l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 et à partir de l'ensemble des travaux préparatoires qui s'y rapportent; le Premier Ministre de l'époque déclara en effet explicitement au sujet du problème des compétences que, pour autant que le texte même de la loi sur les transferts des compétences et la délimitation de celles-ci posent encore des problèmes d'interprétation, il fallait rechercher les éléments déterminants dans les déclarations faites par le Gouvernement au cours de la discussion au Parlement, ainsi que dans l'ensemble des travaux préparatoires (voir e.a. Rapport du Sénat, Doc. 434/2 (1979-1980), p. 131).

4. Article 5, § 1^{er}, I : conçu dans le prolongement de modèles antérieurs pour une nouvelle répartition des compétences en matière de politique de santé.

4.1. L'idée que la politique de santé pouvait et devait entrer en ligne de compte pour un transfert des compétences, de l'Etat à d'autres niveaux politiques (décentralisés), s'est déjà dégagée clairement dès le début des discussions sur la réforme de l'Etat qui ont précédé la révision de la Constitution de 1970-1971.

Het beginsel zelf van die wenselijk geachte bevoegdheidsoverdracht werd nadien op het politieke vlak niet meer fundamenteel in vraag gesteld; de gezondheidszorg werd zelfs bij voorkeur geciteerd als een aangelegenheid die bij uitstek voor bevoegdheidsherverdeling in aanmerking komt.

Werd het beginsel van (een verregeande) bevoegdheidsoverdracht dus politiek met een zekere élan vooropgezet, bij de opeenvolgende pogingen tot concreet-politieke vertaling ervan is daarentegen grote aarzeling tot uiting gekomen omtrent de vraag hoever de bevoegdheidstransfer kon of mocht gaan.

Die aarzeling bestond niet zozeer ten aanzien van de financiering; dat de financiering van de gezondheidszorg, zeker voorzover deze financiering vanuit de Z.I.V. wordt mogelijk gemaakt, tot de nationale bevoegdheid moest blijven behoren is eigenlijk altijd als een vanzelfsprekendheid beschouwd geworden, en dit wegens de nauwe binding met het stelsel van sociale zekerheid waarvan het nationaal karakter steeds uitdrukkelijk werd geponcerd. De aarzeling had vooral betrekking op het antwoord op de fundamentele vraag of ook de algemeen-regelende bevoegdheid inzake het gezondheidsbeleid zou worden overgedragen, dan wel of de overgedragen bevoegdheden zich voornamelijk op het vlak van de concrete uitvoering moesten situeren binnen een nationaal gehouden referentiekader.

4.2. In de zeventiger jaren heeft zich, wat het antwoord op die fundamentele vraagstelling betreft, een soort ebbe- en vloedfenomeen voorgedaan waarbij nu eens een vrij verregeande bevoegdheidsoverdracht (ook op het vlak van de wettelijke en reglementerende bepalingen) werd uitprobeerde en dan weer de bevoegdheidsoverdracht eerder werd gesitueerd op het vlak van de uitvoering van de concrete beslissingen binnen een nationaal bepaald referentiekader of waarbij zich een (soms zeer gecompliceerde en eigenaardige) mengeling van beide stromingen voordeed.

4.2.1. Wet van 6 juli 1973 tot wijziging van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen

In de sub 4.2 geschetste context kan een eerste prototype van bevoegdheidsopdeling op het domein van de gezondheidszorg worden teruggevonden in de ziekenhuiswet, weliswaar op een beperkt domein, nl. dit van de programmatie van ziekenhuizen. Bij de wet van 6 juli 1973 werd de ziekenhuiswet gewijzigd. Er werd o.a. een programmatiestructuur opgezet, waarbij werd voorzien in één nationale commissie voor ziekenhuisprogrammatie en drie gewestelijke commissies (er werd geanticiperd op de uitvoering van het Grondwetsartikel 107^{quater} waarnaar uitdrukkelijk werd gerefereerd).

Voor het betoog van deze nota is het interessant dat inzake de bevoegdheidsopdeling het schema aldus was : de nationale commissie is bevoegd om te adviseren omtrent de programmacriteria die voor gans het land gelden; de regionale programmatiecommissies hebben als hoofdplicht te adviseren omtrent de prioriteiten bij de toepassing van de nationaal bepaalde criteria en omtrent de conformiteit met de programmatie van concrete initiatieven tot bouw al dan niet gekoppeld aan een vraag tot subsidiëring van de investering.

De lijn volgens welke in dit prototype de bevoegdheidsopdeling geschiedt is dus : de algemene conceptie van het ziekenhuisbeleid is nationale bevoegdheid; de vaststelling van de prioriteiten en de differentiëring bij de toepassing van de nationale criteria situeert zich op het gewestelijk niveau.

Dit model van verdeling steunde blijkbaar op principiële uitgangspunten inzake de optimaal geachte bevoegdheidsopdeling; op dat ogenblik was zeker niet doorslaggevend de bedenking dat dergelijke bevoegdheidsverdeling gemotiveerd wordt door de praktische overweging dat omwille van de nationaal gebleven financiering de nationale overheid de programmacriteria moet bepalen en aldus de grenzen vastleggen waarbinnen op gewestelijk vlak concrete beslissingen van bouw van ziekenhuizen kunnen getroffen worden met de zekerheid dat de nationale overheid later de werkingskosten ervan zal willen financieren; op het ogenblik dat dit model van bevoegdheidsopdeling werd uitge-

Le principe même de ce transfert de compétences jugé souhaitable n'a plus été mis fondamentalement en question au niveau politique; les soins de santé ont même été cités de préférence comme une matière qui par excellence entre en considération pour une nouvelle répartition des compétences.

Bien que le principe d'un transfert des compétences ait été avancé avec certain élan, des hésitations se sont manifestées, lors des tentatives successives de sa mise en œuvre politique quant à savoir jusqu'où ce transfert de compétences pouvait ou devait aller.

Ces hésitations ne concernaient pas tant le financement. En fait, on a toujours considéré comme évident que le financement devait rester une matière de compétence nationale, certainement pour autant que ce financement se réalise à partir de l'A.M.I. et par conséquent en raison de son rapport étroit avec le régime de la sécurité sociale dont le caractère national n'a jamais été mis en cause. Ces hésitations concernaient surtout la question de savoir si la compétence de réglementation générale en matière de politique de santé serait transférée ou si les compétences transférées devaient se situer principalement au niveau de l'exécution concrète dans un cadre de référence demeuré national.

4.2. La réponse à cette question fondamentale a suscité au cours des années 70 un mouvement pendulaire : tantôt on a plaidé en faveur d'un transfert très prononcé des compétences (même au niveau des dispositions légales et réglementaires), tantôt on a situé ce transfert au niveau des décisions concrètes dans un cadre de référence déterminé au plan national; parfois on s'est trouvé devant un mélange (souvent très compliqué et curieux) des deux tendances.

4.2.1. Loi du 6 juillet 1973 modifiant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux

Dans le contexte évoqué au point 4.2, on peut retrouver dans la loi sur les hôpitaux un premier type de répartition des compétences en matière de soins de santé, certes dans un domaine restreint, à savoir celui de la programmation hospitalière. La loi sur les hôpitaux a été modifiée par la loi du 6 juillet 1973. On élabore entre autres une structure de programmation prévoyant une seule commission nationale de programmation hospitalière et trois commissions régionales (on a anticipé sur l'exécution de l'article 107^{quater} de la Constitution auquel il était référé explicitement).

Il est intéressant de signaler ici que le schéma de la répartition des compétences se présentait comme suit : la commission nationale est compétente pour émettre des avis au sujet des critères de programmation valables pour tout le pays; les commissions régionales de programmation ont pour tâche d'émettre des avis au sujet des priorités lors de l'application des critères fixés au niveau national et au sujet de la conformité à la programmation des initiatives de construction accompagnées ou non d'une demande de subside de l'investissement.

La ligne de partage des compétences dans ce prototype est donc la suivante : la conception générale de la politique hospitalière est une attribution nationale; la détermination des priorités et la différenciation dans l'application des critères nationaux se situent au niveau régional.

Ce modèle de répartition reposait, semble-t-il, sur des principes initiaux concernant la répartition jugée optimale des compétences; à ce moment, une telle répartition des compétences n'était pas motivée en premier lieu par la considération selon laquelle le pouvoir central, en raison du financement national, doit déterminer les critères de programmation et dès lors fixer les limites dans lesquelles des décisions concrètes de construction d'hôpitaux peuvent être prises à l'échelon régional, avec l'assurance que le pouvoir central voudra bien en financer le fonctionnement plus tard. En effet, au moment de l'élaboration de ce modèle de répartition des compétences, tant la décision concrète de

werke was immers zowel de concrete beslissing tot bouw als de financiering van de werking op het vlak van de formele beslissing nog steeds nationaal bij één minister.

Het ging dus wel degelijk om een model van bevoegdheidsverdeling dat gesteund was op het principieel politiek standpunt dat de algemene conceptie en basisregeling van het ziekenhuisbeleid nationaal dient te zijn en het bepalen van de prioriteiten bij de toepassing ervan best op het gewestelijk vlak wordt gesitueerd.

Ondanks vele latere peripetieën, slingerbewegingen of ebbe- en vloed- fenomenen is dit model op velerlei punten blijven naverken in de latere pogingen om modellen voor bevoegdheidsopdeling inzake het gezondheidsbeleid uit te werken.

4.2.2. Voorbereidende gewestvorming (1974-1979)

In het kader van de voorbereidende gewestvorming werd, in uitvoering van de wet van 1 augustus 1974 het koninklijk besluit van 8 januari 1975 genomen « tot afbakening, binnen het raam van de huidige bevoegdheden van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, van de gebieden waarin een gedifferentieerd regionaal beleid, gedeeltelijk of in zijn geheel, verantwoord is ». Op dit besluit wordt hier niet nader ingegaan omdat de meeste beschouwingen die er kunnen worden bij gemaakt ook gelden ten aanzien van het koninklijk besluit dat onder punt 4.2.3 wordt besproken.

Voor het betoog kan worden volstaan met de opmerking dat in het koninklijk besluit van 1975, naast een toepassingsbevoegdheid, werd voorzien in een mogelijkheid tot gewestelijk regionaal beleid met betrekking tot wettelijke of reglementaire bepalingen van regionaal belang.

In vergelijking met het onder 4.2.1 beschreven prototype van bevoegdheidsopdeling kreeg men hier dus een verschuiving van een meer fundamentele bevoegdheidstransfer naar de gewesten, weliswaar met restricties en nuances waarop hier niet nader wordt ingegaan.

4.2.3. Voorlopige gemeenschapsvorming (1979-1980)

In uitvoering van de wet van 5 juli 1979 tot oprichting van voorlopige gemeenschap- en gewestinstellingen werd het koninklijk besluit van 10 juli 1979 gepubliceerd tot afbakening van de aangelegenheden inzake het beleid van hygiëne en volksgezondheid waarin een verschillend gemeenschapsbeleid verantwoord is (*Belgisch Staatsblad* van 10 juli 1979).

Dit koninklijk besluit wordt hierna wat meer in detail ontleed omdat het van zulk groot belang is geweest bij de totstandkoming van de latere formulering van de bevoegdheidsopdeling eerst in artikel 62 van het wetsontwerp nr. 261 dat in 1979 in de Senaat werd ingediend (*cf. infra* sub 4.2.4) en nadien in artikel 5 van het wetsontwerp nr. 434 op de hervorming der instellingen dat de bijzondere wet van 8 augustus 1980 is geworden (*cf. infra* sub 4.2.5).

4.2.3.1. Vooreerst zij opgemerkt dat de in het besluit voorziene bevoegdheidstoedeling niet eenvormig voor het geheel van het gezondheidsbeleid wordt vastgelegd, maar dat ze verschilt al naargelang het gaat om :

- a) ziekenhuizen (artikel 2);
- b) instellingen en diensten voor extra-murale zorg (artikel 3);
- c) activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg (artikel 4).

Het model van bevoegdheidstoedeling is evenwel principieel gelijk voor alle in het besluit vermelde voorzieningen.

Artikel 1 bepaalt immers dat de ministeriële comités voor de Gemeenschappen bevoegd zijn voor :

1. de uitwerking van elke wettelijke of reglementaire bepaling waarvan de toepassing beperkt blijft tot de in de basiswet bedoelde personen, instellingen en diensten;

construction que le financement du fonctionnement étaient encore entre les mains d'un seul ministre national.

Il s'agit donc bien d'un modèle de répartition fondé sur le point de vue politique que la conception générale et la réglementation de base de la politique hospitalière doivent être nationales, tandis que la détermination des priorités d'application se situe de préférence au niveau régional.

Malgré de nombreuses péripéties ultérieures, malgré les innombrables louvoiements, ce modèle a continué à produire ses effets à maints égards lorsque, par la suite, on tenta d'élaborer des modèles de répartition des compétences en matière de politique de santé.

4.2.2. Régionalisation préparatoire (1974-1979)

Dans le cadre de la régionalisation préparatoire, en exécution de la loi du 1^{er} août 1974, a été pris l'arrêté royal du 8 janvier 1975 délimitant, parmi les attributions du Ministère de la Santé publique et de la Famille, les matières où une politique régionale différenciée se justifie en tout ou en partie. Nous n'examinerons pas ici cet arrêté dans le détail car la plupart des considérations qui peuvent être faites à son propos valent aussi pour l'arrêté royal examiné au point 4.2.3.

Pour l'exposé, il suffit de faire remarquer que l'arrêté royal de 1975 prévoyait, outre une attribution d'application, la possibilité d'élaborer une politique régionale relative aux dispositions légales ou réglementaires d'intérêt régional.

Comparé avec le prototype de répartition des compétences décrit au point 4.2.1, on s'orientait ainsi vers un transfert de compétences plus fondamental aux régions, assorti, il est vrai, de restrictions et de nuances sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici en détail.

4.2.3. Communautarisation provisoire (1979-1980)

En exécution de la loi du 5 juillet 1979 créant des institutions communautaires et régionales provisoires a été publié l'arrêté royal du 10 juillet 1979 délimitant les matières de la politique d'hygiène et de santé publique où une politique communautaire différenciée se justifie (*Moniteur belge* du 10 juillet 1979).

Cet arrêté royal est analysé ci-après dans le détail car il a eu une grande importance lors de la formulation ultérieure de la répartition des compétences, d'abord à l'article 62 du projet de loi n° 261 déposé au Sénat en 1979 (*cf. infra* sub 4.2.4) et ensuite à l'article 5 du projet de loi n° 434 de réformes institutionnelles, qui est devenu la loi spéciale du 8 août 1980 (*cf. infra* sub 4.2.5).

4.2.3.1. Notons d'abord que la répartition des compétences prévue dans l'arrêté n'est pas uniforme pour toute la politique de santé mais elle diffère selon qu'il s'agit :

- a) d'hôpitaux (article 2);
- b) d'établissements et de services de soins en dehors du milieu hospitalier (article 3);
- c) d'activités et de services de médecine préventive (article 4).

Toutefois, le modèle des compétences est identique en principe pour tous les établissements mentionnés dans l'arrêté.

L'article 1^{er} prévoit en effet que les comités ministériels des communautés sont compétents pour :

1. l'élaboration de toute disposition légale ou réglementaire dont l'application se limite aux personnes, institutions et services visés dans la loi de base.

2. de uitvoering van de wettelijke en reglementaire bepalingen met inbegrip van de Staatssamenkomst in de toelagen.

De bevoegdheidstransfer gaat dus verder dan loutere uitvoering volgens het sub 4.2.1 beschreven prototype; ook een algemeen regerende bevoegdheid wordt principieel mogelijk, weliswaar « onverminderd de in dit besluit gestelde beperkingen ». Dit procédé waarbij in de formulering zelf van een principieel besliste transfer reeds de latere feitelijke beperking ervan wordt aangekondigd zullen we nog terugvinden, met name in de bijzondere wet.

Het maakt het goed begrip van de teksten op basis van de loutere lectuur niet altijd eenvoudig. De teksten vergen interpretatie op basis van een globale en tegelijk strak-detailistische ontleding van de teksten en de voorbereidende werken.

Die werkwijze zullen we nu voor het koninklijk besluit van 6 juli 1979 trachten toe te passen op de verschillende regelingen inzake bevoegdheidsopdeling met betrekking tot de drie soorten voorzieningen : intra-muraal, extra-muraal, preventie.

4.2.3.2. Bevoegdheidstoebedeling inzake ziekenhuizen (artikel 2)

Inzake de ziekenhuizen worden twee mechanismen aangewend om de bevoegdheidsopdeling te omschrijven :

§ 1. Door de opsomming (positief) van de aangelegenheden waarvoor artikel 1 van toepassing is (d.w.z. principiële mogelijkheid van algemene regeling én uitvoering van wettelijke en reglementaire bepalingen).

§ 2. Door de opsomming van aangelegenheden waarvoor artikel 1 niet van toepassing is of niet in zijn algeheelheid van toepassing is.

Op beide paragrafen wordt nu nader ingegaan; de analyse ervan is inderdaad van cruciaal belang voor het correct begrip van artikel 5 van de bijzondere wet.

Uit de lectuur zelf van § 1 en van de er opgesomde aangelegenheden die positief aan de gemeenschappen worden toegewezen blijkt duidelijk dat het in wezen om uitvoeringsbevoegdheden gaat, overeenkomstig de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen. Dit geldt zonder twijfel voor de eerste vijf punten : bepalen van de prioriteiten voor de bouw, verlenen van toelating en toelagen voor oprichting, *idem* voor zware medische apparatuur, de inspectie, de erkenning en de sluiting.

Deze punten stonden reeds in het koninklijk besluit van 1975. Het zesde punt, nieuw, werd toegevoegd : de inwendige organisatie en het onthaal.

Dus de bevoegdheid die aan de Gemeenschappen ter zake werd toegekend, diende uitgeoefend overeenkomstig de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen. Overigens werd de aldus omschreven bevoegdheid inzake inwendige organisatie en onthaal in de tekst zelf nog bijkomend ingeperkt door de bepaling « voor zover deze geen weerslag hebben op de verpleegdagprijs ». Volgens dit koninklijk besluit kunnen de gemeenschappen de in artikel 1 van het besluit voorziene bevoegdheid voor de in § 1 opgesomde aangelegenheden slechts uitoefenen overeenkomstig de basiswet; voor zover die formule nog « de uitwerking van een wettelijke of reglementaire bepaling op gemeenschapsvlak zou mogelijk maken » zal dit in elk geval in conformiteit met de basiswet moeten gebeuren; overigens is een algemeen-regelende bevoegdheid m.b.t. de inwendige organisatie slechts mogelijk voor zover deze geen weerslag heeft op de verpleegdagprijs.

In tegenstelling met wat artikel 1 van het besluit zou kunnen laten vermoeden is bevoegdheidsopdeling wat de ziekenhuizen betreft in feite quasi volledig geschied volgens het onder 4.2.1. beschreven model van bevoegdheidsopdeling : algemene regeling is nationale bevoegdheid, de bevoegdheid van de gemeenschappen is hoofdzakelijk van uitvoerende aard.

De domeinen waar de gemeenschappen inzake de ziekenhuizen algemeen reglementerende bevoegdheid zouden kunnen hebben, worden dan nog eens negatief afgeschermd door § 2 van het koninklijk besluit dat

2. l'exécution des dispositions légales et réglementaires en ce compris l'intervention de l'Etat dans les subsides.

Le transfert de compétences est donc plus qu'une simple exécution selon le prototype décrit sub 4.2.1, une compétence de réglementation générale est également possible en principe, certes « sans préjudice des limitations prévues dans le présent arrêté ». Nous retrouverons encore, dans la loi spéciale, ce procédé qui consiste à annoncer déjà dans la formulation d'un transfert décidé en principe sa limitation future. Cela ne rend pas toujours aisée la bonne compréhension des textes.

Les textes nécessitent une interprétation basée sur une analyse à la fois globale et très détaillée des textes et sur leurs travaux préparatoires.

Nous essayerons pour l'arrêté royal du 6 juillet 1979 d'appliquer cette méthode aux différentes réglementations de répartition des compétences concernant les 3 types de structures : intra-muros, extra-muros, prévention.

4.2.3.2. Répartition des compétences en matières d'hôpitaux (article 2)

En matière d'hôpitaux, deux mécanismes sont utilisés pour décrire la répartition des compétences :

§ 1^{er}. L'énumération des matières pour lesquelles l'article 1^{er} est d'application (c'est-à-dire la possibilité en principe d'une réglementation générale et l'exécution de dispositions légales et réglementaires).

§ 2. L'énumération des matières pour lesquelles l'article 1^{er} n'est pas d'application ou n'est pas d'application dans son entièreté.

Nous allons approfondir ces deux paragraphes, car leur analyse est d'une importance cruciale pour bien comprendre l'article 5 de la loi spéciale.

La lecture, elle-même, du § 1^{er} et des matières qui y sont énumérées et attribuées aux communautés nous apprend clairement qu'il s'agit en essence de compétences d'exécution, conformément à la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. Ceci vaut indubitablement pour les 5 premiers points : détermination de priorités pour la construction, octroi d'autorisations et de subsides pour la construction, pour l'appareillage médical lourd; l'inspection, l'agrément et la fermeture.

Ces points figuraient déjà dans l'arrêté royal de 1975. Le sixième point, nouveau, a été ajouté : l'organisation interne et l'accueil.

Ainsi, la compétence qui a été attribuée aux Communautés devait être exercée conformément à la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. D'autre part, la compétence ainsi décrite en matière d'organisation interne et d'accueil a encore été restreinte dans le texte par la disposition « pour autant qu'ils n'ont pas de répercussion sur le prix de la journée d'entretien ». Aux termes de cet arrêté royal, les communautés ne peuvent exercer la compétence prévue dans l'arrêté pour les matières énumérées au § 1^{er} que conformément à la loi de base; pour autant que cette formule permette encore « l'élaboration d'une disposition légale ou réglementaire » à l'échelon communautaire, ceci devra avoir lieu en tout cas en conformité avec la loi de base; d'ailleurs, une compétence de réglementation générale de l'organisation interne n'est possible que pour autant qu'elle n'ait aucune incidence sur le prix de journée d'entretien.

Contrairement à ce que laisserait supposer l'article 1^{er} de l'arrêté, la répartition des compétences en matière d'hôpitaux s'est faite presque entièrement selon le modèle de répartition décrit sub 4.2.1 : la réglementation générale est de la compétence du pouvoir national, les communautés étant principalement compétentes pour l'exécution.

Les domaines où les communautés pourraient exercer une compétence de réglementation générale en matière d'hôpitaux sont en plus délimités négativement par le § 2 de l'arrêté royal qui énumère les matières

uitdrukkelijk de aangelegenheden opsomt waarvoor artikel 1 niet van toepassing is. De formulering van deze § 2 is vrij ingewikkeld; het komt erop neer dat de gemeenschappen geen bevoegdheid hebben m.b.t. de basisreglementering inzake normen, technische uitrusting, personeelsformatie en infrastructuur indien deze reglementeringen een weerslag hebben op de basisreglementering betreffende de planning en de financieringsvoorwaarden van de infrastructuur, van de verpleegdagprijs en van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het respect van de basiswetgeving werd reeds opgelegd in § 1. § 2 voegt aan dit algemeen beginsel het praktische criterium toe dat de Gemeenschappen inzake ziekenhuizen in elk geval geen algemeen-reglementerende bevoegdheid hebben indien deze voor de nationale overheid een financiële repercussie zou meebrengen, b.v. op het vlak van de verpleegdagprijs of op het vlak van de Z.I.V.

4.2.3.3. Bevoegdheidstoebedeling inzake extra-murale zorg (art. 3).

Hier is de bevoegdheidstransfer klaarblijkelijk ruimer dan voor de ziekenhuizen. De toepasselijkheid van artikel 1 is globaal en wordt zeker niet geconditioneerd door een verplicht respect van een basiswetgeving zoals dit het geval was in § 1 van artikel 2.

Wel wordt de bevoegdheid van de gemeenschappen uitgesloten wat betreft de tussenkomst van de Z.I.V. en wat betreft de basisregeling m.b.t. planning en financiering.

4.2.3.4. Bevoegdheidstoebedeling inzake preventieve gezondheidszorg (art. 4).

Hier is de bevoegdheidstransfer nog ruimer; de bevoegdheidstransfer is voor de meeste sectoren van de preventieve gezondheidszorg zelfs integraal. Hier geen inkadering binnen een nationale basiswetgeving noch een restrictie vanuit financieringsoogpunt. De enige restrictie ligt op het vlak van de nationale maatregelen inzake profylaxie.

4.2.4. Het wetsontwerp nr. 261 (Doc. Senaat 261).

De gedifferentieerde regeling voor de drie voorzieningen (intra-muraal, extra-muraal, preventie) werd niet in aanmerking genomen in artikel 60 van het wetsontwerp nr. 261; men opteerde blijkbaar voor een meer eenvormig model van bevoegdheidsopdeling voor alle gezondheidsvoorzieningen. De ontwerp-tekst die voor advies aan de Raad van State werd voorgelegd, luidde inderdaad als volgt :

« De persoonsgebonden aangelegenheden, bedoeld in artikel 59bis, § 2bis van de Grondwet, zijn de volgende :

1. De gezondheidszorg, zoals klinieken, ziekenhuizen, de preventieve geneeskunde en de thuisverzorging, met uitzondering van de basisreglementering betreffende de planning en de financieringsvoorwaarden van de infrastructuur, van de ligdagprijs en van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

Het betrof hier dus een veralgemening van het model van bevoegdheidsopdeling zoals in artikel 3 van het koninklijk besluit van 6 juli 1979 m.b.t. extra-murale zorg : principieel integrale transfer behalve voor wat weerslag heeft op basisreglementering betreffende planning en op de financiering via ligdagprijs of Z.I.V.

In zijn advies L. 13.395 stelde de Raad van State voor enerzijds de bevoegdheidstoewijzing (§ 2) aan de Gemeenschappen akkurater te omschrijven en anderzijds de beperkingen ervan (§ 2bis) duidelijker te libelleren. Het tekstvoorstel van de Raad van State voor artikel 60, §§ 2 en 2bis luidde als volgt :

« § 2. Als persoonsgebonden aangelegenheden worden, onverminderd het bepaalde in § 2bis, beschouwd :

1° de gezondheidszorg die wordt verstrekt in ziekenhuizen en door instellingen en diensten voor extra-murale zorg, alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. »

auxquelles l'article 1^{er} n'est pas d'application. La formulation de ce § 2 est assez complexe; on peut le résumer en disant que les communautés n'ont pas de compétence concernant la réglementation de base relative aux normes, l'équipement technique, le cadre du personnel et l'infrastructure, si cette réglementation de base a une répercussion sur la réglementation de base relative à la planification et aux conditions de financement de l'infrastructure, du prix de la journée d'entretien et de l'assurance maladie-invalidité.

Le respect de la législation de base a déjà été imposé par le § 1^{er}. Le § 2 ajoute à ce principe général le critère pratique que les communautés n'ont en aucun cas une compétence de réglementation générale, si celle-ci entraîne une répercussion financière pour l'autorité nationale, p.ex. en matière de prix de journée d'entretien ou au plan de l'A.M.I.

4.2.3.3. Répartition des compétences au sujet des soins extra-muros (art. 3).

Le transfert des compétences y est manifestement plus prononcé que pour les hôpitaux. L'applicabilité de l'article 1^{er} est globale et n'est certainement pas conditionnée par le respect obligatoire de la loi de base comme ce fut le cas au § 1^{er} de l'article 2.

Certes, la compétence des communautés est exclue en ce qui concerne l'intervention de l'A.M.I. et la réglementation de base relative à la planification et aux conditions de financement de l'infrastructure.

4.2.3.4. Répartition des compétences en matière de médecine préventive (art. 4).

Ici le transfert des compétences est encore plus poussé; il est même intégral pour la plupart des secteurs des soins de santé préventifs. Ici, aucun encadrement par une législation nationale de base ni restriction du point de vue financement. La seule restriction réside dans le domaine des mesures nationales de prophylaxie.

4.2.4. Le projet de loi n° 261 (Doc. Sénat 261).

Le régime différencié pour les trois structures (intra-muros, extra-muros et prévention) n'a pas été retenu à l'article 60 du projet de loi n° 261; on a apparemment choisi un modèle plus uniforme de répartition des compétences pour toutes les structures de santé. Le texte du projet transmis pour avis au Conseil d'Etat était en effet rédigé comme suit :

« Les matières personnalisables visées à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, sont :

1° les soins de santé tels que cliniques, hôpitaux, la médecine préventive et les soins à domicile, à l'exception de la réglementation de base concernant la programmation et les conditions de financement de l'infrastructure, de la journée d'entretien et de l'assurance maladie-invalidité. »

Il s'agissait donc ici d'une généralisation du modèle de répartition des compétences comme à l'article 3 de l'arrêté royal du 6 juillet 1979 relatif aux soins extra-muros : transfert intégral de principe sauf pour ce qui a une répercussion sur le règlement de base relatif au planning et au financement par le biais du prix de journée ou de l'A.M.I.

Dans son avis L. 13.395, le Conseil d'Etat proposait de décrire avec plus de précision l'attribution de compétence (§ 2) aux Communautés et de libeller plus clairement ses limites (§ 2bis). Le texte proposé par le Conseil d'Etat pour l'article 60, §§ 2 et 2bis, était rédigé comme suit :

« § 2. Sont considérés comme matières personnalisables, sans préjudice des dispositions du § 2bis :

1° les soins de santé dispensés dans les hôpitaux et par les institutions et services pour la dispensation de soins en dehors du milieu hospitalier, ainsi que les activités et services de la médecine préventive. »

« § 2bis. Van de toepassing van § 2 blijven uitgezonderd :

1° wat betreft § 2, 1°, de verpleegdagprijs, de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de basisregelingen inzake de planning en de financiering van de infrastructuur. »

De Raad van State had de bedoeling van de Regering zo geïnterpreteerd dat aan de bevoegdheden van de gemeenschappen enkel beperkingen moesten worden aangebracht in functie van de financiering door de nationale overheid; de Raad van State was dan ook van oordeel dat het volstond aan de nationale overheid als eigen bevoegdheid voor te behouden : a) de basisregeling inzake de planning en de financieringsvoorwaarden van de infrastructuur, b) het vaststellen van de verpleegdagprijs en c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

« Worden die materies aan de nationale overheden voorbehouden, dan zijn deze voldoende gewapend om te beletten dat de gemeenschappen regelingen zouden uitvaardigen die op die aangelegenheden een weerslag zouden kunnen hebben. Waar het de instellingen en diensten voor extra-murale zorg betreft, neemt ook de Regering met die vereenvoudigde formule genoegen (zie memorie blz. 2) »

Noch in de ontwerp-wetstekst van de Regering, noch in het advies van de Raad van State was in deze fase sprake van enige inperking van de bevoegdheid der gemeenschappen om een andere dan financiële motivering; de gedachte dat de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake gezondheidsbeleid zouden moeten rekening houden met een nationaal gebleven basiswetgeving was op dat ogenblik blijkbaar op de achtergrond verdwenen. Het probleem zou wel uitdrukkelijk terug aan bod komen naar aanleiding van de discussie van artikel 5 van de bijzondere wet.

P.S. Bemerkings i.v.m. uitoefening van de geneeskunst :

In haar advies had de Raad van State nog volgende bemerking gemaakt :

« Hoewel de tekst die wordt voorgesteld onder § 2, 1°, te dien aanzien voldoende duidelijk lijkt, kan toch om alle mogelijke interpretatiewijzen weg te nemen, worden aanbevolen in de memorie van toelichting een vermelding op te nemen luidens welke deze bepaling aan de gemeenschappen noch de regeling van de uitoefening van geneeskunst en de paramedische beroepen, noch die van de geneesmiddelen beoogt op te dragen. »

De Regering heeft aan deze suggestie gevolg gegeven; in alle latere besprekingen werd trouwens van regeringswege herhaald dat de gemeenschappen niet bevoegd zijn op het vlak van de uitoefening der geneeskunde. Op de relatie tussen het wetsontwerp en de wetgeving op de uitoefening van geneeskunde zal later in detail worden ingegaan. (Cf. *infra* sub 6).

4.2.5. Wetsontwerp 434 en artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de hervorming der instellingen. Het begrip « organieke wetgeving » wordt opgenomen in de bijzondere wet.

4.2.5.1 Wat betreft de inhoudelijke opvatting omtrent het begrip « personeelgebonden aangelegenheid » op het vlak van de gezondheidszorg grijpt de Regering in dit ontwerp terug naar de bevoegdheidsopdeling zoals ze werd neergelegd in het koninklijk besluit van 6 juli 1979 (zie hoger onder 4.2.3). Als commentaar bij de ontwerp-tekst voor artikel 5 neemt de Regering integraal de tekst over van de artikelen 2, 3 en 4 van het koninklijk besluit van 6 juli 1979.

De interpretatie zoals ze volgt uit de analyse van dit koninklijk besluit geldt dus ook voor deze ontwerp-tekst.

4.2.5.2 De strekking van dit koninklijk besluit zoals ze werd vertaald in de tekst van het artikel 5 van het wetsontwerp 434 werd zeker niet afgezwakt door het amendement dat door de Regering in de Senaatscommissie werd ingediend (Doc. Sen. 434/2, blz. 120-149). Integendeel, bepaalde uitzichten van de bevoegdheidsopdeling die in het koninklijk besluit van 6 juli 1979 impliciet aanwezig waren, werden nu expli-

« § 2bis. Demeurent exclus de l'application du § 2 :

1° en ce qui concerne le § 2, 1°, le prix de la journée d'entretien, l'assurance maladie-invalidité et les règles de base en matière de planification ou de financement de l'infrastructure. »

Le Conseil d'Etat avait interprété l'intention du Gouvernement de manière telle qu'il fallait uniquement limiter les compétences des Communautés en fonction du financement par les autorités nationales; le Conseil d'Etat estimait dès lors qu'il suffisait de réserver comme compétence propre aux autorités nationales : a) la réglementation de base sur le planning et les conditions de financement de l'infrastructure; b) la fixation du prix de journée et c) l'assurance maladie-invalidité.

« Si ces matières sont réservées aux autorités nationales, celles-ci seront suffisamment armées pour empêcher les Communautés d'arrêter des règles de nature à avoir une incidence sur ces matières. Le Gouvernement se satisfait d'ailleurs de cette formule simplifiée, en ce qui concerne les institutions et services pour la dispensation de soins en dehors du milieu hospitalier (voir exposé des motifs, p. 2). »

Ni dans le projet de loi du Gouvernement ni dans l'avis du Conseil d'Etat il n'était question à ce stade, d'une limitation quelconque de la compétence des Communautés pour une autre raison que financière. L'idée selon laquelle les compétences des Communautés en matière de politique de santé devraient tenir compte d'une législation de base demeurée nationale, avait à ce moment-là été apparemment reléguée à l'arrière-plan. Le problème devait toutefois resurgir clairement lors de l'examen de l'article 5 de la loi spéciale.

P.S. : Remarque au sujet de l'exercice de l'art de guérir :

Dans son avis, le Conseil d'Etat faisait encore remarquer ce qui suit :

« Bien que le texte proposé au § 2 paraisse suffisamment clair sur ce point, il se recommande, dans le souci de lever tout doute quant à son interprétation, de préciser dans l'exposé des motifs que cette disposition n'entend pas confier aux communautés, ni la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions médicales, ni la réglementation des médicaments. »

Le Gouvernement a acquiescé à cette suggestion; dans toutes les discussions ultérieures, le Gouvernement a répété que les communautés ne sont pas compétentes en ce qui concerne l'exercice de l'art de guérir. On approfondira ultérieurement le rapport entre le projet de loi et la législation sur l'exercice de l'art de guérir (cf. point 6).

4.2.5. Projet de loi 434 et article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 sur la réforme des institutions. La notion de « législation organique » est insérée dans la loi spéciale.

4.2.5.1. En ce qui concerne la conception de la notion de « matières personnalisables » en matière de soins de santé, le Gouvernement recourt dans ce projet à la répartition des compétences telle qu'elle a été inscrite dans l'arrêté royal du 6 juillet 1979 (voir sous 4.2.3.). Comme commentaire à l'article 5 du projet, le Gouvernement reprend intégralement le texte des articles 2, 3 et 4 de l'arrêté royal du 6 juillet 1979.

L'interprétation telle qu'elle résulte de l'analyse de cet arrêté royal vaut donc aussi pour le présent projet.

4.2.5.2 La portée de cet arrêté royal tel qu'elle a été traduite dans l'article 5 du projet 434 n'a certainement pas été atténuée par l'amendement déposé par le Gouvernement en Commission du Sénat (Doc. Sénat 434/2 pp. 120-149). Au contraire, certains aspects de la répartition des compétences qui étaient implicites dans l'arrêté royal du 6 juillet 1979, sont à présent explicités dans le texte de la loi et dans le commentaire.

ciet in de wettekst en in de commentaar zelf opgenomen. Dit is meer in het bijzonder het geval voor het begrip « organieke wetgeving » dat in de wettekst zelf wordt opgenomen en het begrip « basiswetgeving » dat in de commentaar m.b.t. de extra-murale zorgverlening voor het eerst uitdrukkelijk wordt vermeld als een aangelegenheid waarvoor de Gemeenschappen niet bevoegd zijn.

Wat betreft de bevoegdheidstoeiwijzing aan de Gemeenschappen inzake zorgverstreking in en buiten de verplegingsinrichtingen komen we dus terug — en dit in tegenstelling tot het ontwerp 261 — tot het model van de dubbele inperking vanuit aan de nationale overheid voorbehouden aangelegenheden :

a) de basis-wetgeving blijft nationaal;

b) de algemeen-regelede bevoegdheden van de Gemeenschappen mogen niet raken aan aangelegenheden die een weerslag hebben op de financiering : basisregeling betreffende de programmatie en de financiering van de infrastructuur, erkenningsnormen met financiële weerslag, aanwijzing universitaire ziekenhuizen.

Volledigheidshalve moet worden opgemerkt dat dit model niet werd gevolgd voor de preventieve gezondheidszorg : daar is de bevoegdheidstransfer naar de Gemeenschappen integraal (op de algemene profylaxie na).

Voor ons betoog heeft deze vaststelling minder belang, tenzij om nog eens te beklemtonen dat inzake de ziekenhuizen en de extra-murale verzorging de basis-wetgeving nationaal is. Dit geeft aan de nationale bevoegdheid duidelijk een dimensie meer die te onderscheiden is van de beperkingen die aan de Gemeenschappen worden opgelegd om redenen van nationale financiering : inzake ziekenhuizen blijft dus ook op het vlak van de algemene beleidsconceptie de nationale overheid bevoegd. Deze vaststelling zal onbetwistbaar haar belang hebben voor het antwoord op de vraag of de nationale overheid dan wel de Gemeenschappen bevoegd zijn inzake het voorgelegde wetsontwerp.

4.2.5.3. Het begrip « organieke wetgeving » is dus duidelijk niet per toeval uitdrukkelijk in de wettekst opgenomen als eerste algemene uitzondering op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen inzake gezondheidsbeleid.

Dit blijkt met name duidelijk uit het senaatsverslag (p. 132) alsmede uit de algemene inleidende uiteenzetting die door de toenmalige Minister Califice werd gehouden in de plenaire vergadering van de Senaat op 22 juli 1980 en meer in het bijzonder nog uit de verklaring die werd afgelegd door de heer de Stexhe en bevestigd door de Minister naar aanleiding van de discussie over een amendement dat werd ingediend door de heer de Wasseige en dat er toe strekte het begrip « organieke wetgeving » te schrappen of het minstens af te zwakken tot « de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid ». Op dit amendement werd niet ingegaan, ook niet later in de Kamer waar hetzelfde amendement werd ingediend en afgewezen. De heer de Wasseige had zijn amendement reeds in Commissie ingediend; het werd afgewezen. De heer de Wasseige had zijn amendement tot schrapping of vervanging van de woorden « organieke wetgeving » aldus gemotiveerd :

« De uitzondering in de voorgelegde tekst heeft betrekking op de organieke wetgeving. In de oorspronkelijke tekst van de Regering kwam die niet voor, zodat door dat begrip nu in te voeren de bevoegdheid van de Gemeenschappen op dat gebied aanzienlijk wordt beperkt, aangezien zij voortaan niet meer bevoegd zijn voor de organieke wetgeving.

Als u niet aanvaardt die tekst te schrappen, wensen wij dat de uitzondering niet zou slaan op het geheel van de organieke wetgeving, welk begrip veel te ruim is, omdat de Gemeenschappen dan alle bevoegdheid inzake gezondheidszorg zouden verliezen.

Ik stel dus voor om in a) te vermelden : « de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid », wat volgens mij beter in overeenstemming is met de geest waarin dit soort bevoegdheden aan de Gemeenschappen wordt overgedragen. »

Tel est le cas de la notion de « législation organique » reprise dans le texte même de la loi et de la notion de « législation de base » mentionnée, pour la première fois dans le commentaire relatif aux soins extra-muros, comme une matière pour laquelle les Communautés ne sont pas compétentes.

En ce qui concerne l'attribution aux Communautés de compétences en matière de dispensation de soins intra- et extra-muros, nous revenons donc — et ce contrairement au projet 261 — au modèle de la double limitation des matières réservées aux autorités nationales :

a) la législation de base reste nationale;

b) la compétence de réglementation générale des Communautés ne peut toucher aux questions qui ont un impact sur le financement : réglementation de base sur la programmation et le financement de l'infrastructure, normes d'agrément ayant une répercussion financière, désignation des hôpitaux universitaires.

Pour être complet, il faut ajouter que ce modèle n'a pas été suivi pour les soins de santé préventifs : le transfert des compétences aux Communautés y est intégral (sauf la prophylaxie).

Cette constatation a moins d'importance pour notre exposé; si ce n'est pour souligner une fois de plus que la législation de base est nationale en ce qui concerne les hôpitaux et les soins extra-muros; ceci donne à la compétence nationale une dimension de plus qu'il faut distinguer des limitations imposées aux Communautés pour des motifs de financement national : pour les hôpitaux, les autorités nationales demeurent donc compétentes au niveau de la conception générale de la politique. Cette constatation aura incontestablement son importance pour la réponse à la question de savoir si les autorités nationales ou les Communautés sont compétentes au sujet du projet de loi déposé.

4.2.5.3. Ce n'est donc pas par hasard que la notion de « législation organique » a été insérée dans le texte de loi comme première exception générale à la compétence de principe des Communautés en matière de politique de santé.

Ceci appert clairement du rapport du Sénat (p. 132) ainsi que de l'exposé introductif général du Ministre de l'époque, M. Califice, devant l'assemblée plénière du Sénat le 22 juillet 1980 et, plus particulièrement de la déclaration de M. de Stexhe et confirmée par le Ministre à l'occasion de l'examen de l'amendement déposé par M. de Wasseige visant à supprimer la notion de « législation organique » ou du moins à la limiter « aux grands axes de la politique des hôpitaux ». Cet amendement n'a pas été adopté, ni ultérieurement par la Chambre où le même amendement a été déposé et rejeté. M. de Wasseige avait déjà déposé son amendement en Commission; il fut également rejeté. En vue de remplacer ou de supprimer les mots « législation organique », M. de Wasseige avait motivé son amendement comme suit :

« L'exception, dans le texte qui nous est soumis, concerne la législation organique. Or, dans le texte initial du Gouvernement, elle ne figurait pas, si bien qu'en l'introduisant maintenant, on réduit, de manière considérable, la compétence des Communautés dans cette matière, puisque la législation organique leur échappe désormais.

Si vous n'acceptez pas la suppression, nous souhaitons que l'exception ne porte pas sur l'ensemble de la législation organique, notion beaucoup trop large, car les Communautés se verraient ainsi privées de toutes compétences en matière de soins de santé.

Je vous propose dès lors de mentionner au a) : « les grands axes de la politique des hôpitaux », ce qui me paraît plus conforme à l'esprit qui a présidé au transfert de ce type de compétences vers les Communautés. »

Beide amendementen werden met overgrote meerderheid afgewezen na volgende verklaringen van senator de Stexhe en Minister Califice.

Senator de Stexhe : « Ik neem aan dat de heer de Wasseige de oorspronkelijke tekst van de Regering wil wijzigen ten einde hem te verduidelijken en te verbeteren, en het is juist dat er geen sprake was van de organieke wet in de tekst van de wet zelf; deze term kwam, in tegenstelling met wat de heer de Wasseige verklaart, uitdrukkelijk voor in de memorie van toelichting, waarin staat : « Inzake de ziekenhuizen, overeenkomstig de wet van 23 december 1963... ». In plaats van de nogal vage uitdrukking « krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid » te gebruiken, hebben wij het verkieslijk en wetgevingstechnisch beter geacht te bepalen dat die krachtlijnen thans worden bepaald in de organieke wet, welke wet kan worden gewijzigd ... »

De heer Califice, Minister van Volksgezondheid : « Mijnheer de Voorzitter, ik bevestig de uitlegging van de heer de Stexhe die overeenstemt met wat ik in de memorie van toelichting heb geschreven. »

4.2.5.4. Op te merken valt dat de verwijzing van de heer de Stexhe naar de memorie van toelichting « de ziekenhuizen, overeenkomstig de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen » in feite een citaat is uit het koninklijk besluit van 6 juli 1979 dat als verklarende toelichting bij artikel 5 in de memorie werd opgenomen.

De door de Minister bevestigde draagwijdte die De Stexhe aan deze tekst geeft, ondersteunt de onder 4.2.3.2. gegeven interpretatie van het koninklijk besluit van 6 juli 1979 en met name de stelling dat de in artikel 2, § 1 van dat besluit aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden moeten uitgeoefend worden overeenkomstig de ziekenhuiswet. De verklaring geeft in elk geval steun aan de thesise dat, voor zover de gemeenschappen op grond van de toelichting bij artikel 5 enige algemeen-regelende bevoegdheid ten aanzien van de inwendige organisatie en het onthaal van de ziekenhuizen zouden hebben, deze bevoegdheid zich juridisch minstens moet inpassen in de basiswetgeving hieromtrent waarvoor de nationale overheid bevoegd blijft.

4.2.5.5. Uit de geciteerde teksten blijkt dat het begrip organieke wetgeving weliswaar ruim werd opgevat maar niet als een vaag begrip werd beschouwd; in de commentaar wordt overigens de ziekenhuiswet geciteerd als zijnde de organieke wetgeving voor de ziekenhuizen. Dit betekent vanzelfsprekend niet dat het begrip « organieke wetgeving » eens en voorgoed samenvalt met de ziekenhuiswet zoals deze bestond op het ogenblik van de goedkeuring van de bijzondere wet van 8 augustus 1980; uit het hoger aangehaalde citaat van de Stexhe blijkt reeds dat een wijziging van de organieke wet mogelijk is.

Het gaat dus om een aan de nationale overheid bij wet toegewezen bevoegdheid. Het is evident dat de uitoefening van die bevoegdheid kan geschieden via een wijziging van de ziekenhuiswet; dit is nochtans niet de enig mogelijke weg. Nieuwe organieke wetgeving kan ook bij afzonderlijke wetten tot stand komen.

Alhoewel het aan de Raad voorgelegde ontwerp qua organiek karakter gelijk te stellen is met de ziekenhuiswet die er overigens wordt door aangevuld, toch werd niet geopteerd voor een ontwerp van wet tot wijziging van de ziekenhuiswet; mocht de Raad dit vanuit legistisch oogpunt evenwel verkieslijker achten dan kan dit gebeuren, alhoewel het technisch betrekkelijk moeilijk is de nodige aanpassingen van de ziekenhuiswet door te voeren.

4.2.5.6. De beschouwingen rond het begrip « organieke wetgeving » kunnen wellicht nuttig afgerond worden met de bedenking dat in de bijzondere wet een analoog begrip bestaat m.b.t. de O.C.M.W.'s. De nationale overheid is krachtens artikel 5, § 1, II, 2°, a) (bevoegd voor de regelen tot inrichting van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn » (in de Franse tekst « des règles organiques des centres d'aide sociale »).

Alhoewel ook hier naar een bestaande wet (nl. de organieke wet van 8 juli 1976 op de O.C.M.W.) wordt verwezen, toch wordt ook hier dit

Ces deux amendements ont été rejetés à une grande majorité après les déclarations suivantes du sénateur de Stexhe et du ministre Califice.

Le sénateur de Stexhe : « J'admets que M. de Wasseige veuille modifier le texte initial du Gouvernement dans un souci de clarification et de bonne législation, mais il est exact que la référence à la loi organique ne figurait pas dans le texte de la loi elle-même, elle figurait expressément, contrairement à ce qu'affirme M. de Wasseige, dans l'exposé des motifs où l'on disait : « En ce qui concerne les hôpitaux, conformément à la loi du 23 décembre 1963... ». Plutôt que d'employer l'expression assez vague « grands axes de la politique des hôpitaux », nous avons trouvé préférable, et légistiquement plus valable, de préciser que ces grands axes sont actuellement déterminés dans la loi organique, loi qui peut être modifiée ... »

M. Califice, ministre de la Santé publique : « Monsieur le Président, je confirme l'interprétation de M. de Stexhe, qui correspond à ce que j'ai indiqué dans mon exposé général. »

4.2.5.4. Il faut noter que la référence de M. de Stexhe à l'exposé des motifs « les hôpitaux conformément à la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux » est en fait une citation de l'arrêté royal du 6 juillet 1979 qui a été reprise dans l'exposé comme commentaire de l'article 5.

La portée donnée au texte par M. de Stexhe et confirmée par le Ministre sous-entend l'interprétation de l'arrêté royal du 6 juillet 1979 donnée au 4.2.3.2, c'est-à-dire le point de vue selon lequel les compétences attribuées aux Communautés à l'article 2, § 1^{er}, de cet arrêté doivent être exercées conformément à la loi sur les hôpitaux. La déclaration corrobore en tout cas la thèse que, pour autant que les Communautés aient sur la base du commentaire de l'article 5 une quelconque compétence de réglementation générale en matière d'organisation interne des hôpitaux et d'accueil, cette compétence doit au moins s'inscrire du point de vue juridique dans le cadre de la législation de base qui reste du ressort du pouvoir national.

4.2.5.5. Il ressort des textes cités que la notion de législation organique, si elle a été conçue dans un sens large, n'a pas été considérée comme un concept vague; d'ailleurs, dans le commentaire, la loi sur les hôpitaux est citée comme étant la législation organique des hôpitaux. Cela ne signifie bien sûr pas que la notion de « législation organique » coïncide une fois pour toutes avec la loi sur les hôpitaux telle qu'elle existait au moment de l'adoption de la loi spéciale du 8 janvier 1980. L'extrait cité par de Stexhe montre déjà qu'une modification de la loi organique est possible.

Il s'agit donc d'une compétence attribuée par la loi au pouvoir national. Il est évident qu'elle peut être exercée en modifiant la loi sur les hôpitaux; néanmoins, ce n'est pas la seule voie possible. Une nouvelle législation organique peut également être mise sur pied par le truchement de lois distinctes.

Bien que du point de vue de la législation organique, le projet soumis au Conseil se trouve au même niveau que la loi sur les hôpitaux qu'il complète d'ailleurs, il n'a pas été opté pour un projet de loi modifiant la loi sur les hôpitaux. Mais cela peut se faire si, d'un point de vue légistique, le Conseil devait l'estimer préférable, bien qu'il serait techniquement assez difficile d'apporter les adaptations nécessaires à la loi sur les hôpitaux.

4.2.5.6. Il est peut-être utile d'ajouter à ces considérations sur la notion de « législation organique » la réflexion que la loi spéciale contient un concept analogue à propos des C.P.A.S. En vertu de l'article 5, § 1^{er}, II, 2°, a), le pouvoir national est compétent pour les règles organiques des centres publics d'aide sociale. »

Cette notion est ici aussi conçue largement, même s'il est fait référence à la loi existante (la loi du 8 juillet 1976 organique des C.P.A.S.).

begrip ruim opgevat. Dit kan worden afgeleid uit het feit dat bij het bijzondere-machtenbesluit nr. 244 van 31 december 1983 belangrijke wijzigingen in de O.C.M.W.-wet werden aangebracht.

In het kader van deze toelichtende nota kan worden aangestipt dat door artikel 6 van het koninklijk besluit nr. 244 artikel 94 van de O.C.M.W.-wet werd vervangen; met name worden door dit artikel bepalingen ingevoegd m.b.t. het beheerscomité dat wordt opgericht voor het beheer van de ziekenhuizen die afhangen van het O.C.M.W. De Raad van State heeft terecht geen bezwaar gemaakt tegen deze aanvulling van de O.C.M.W.-wet, alhoewel die wetwijziging exclusief op de ziekenhuizen betrekking heeft. Het betreft hier inderdaad organieke wetgeving zowel in de zin van artikel 5, § 1, I, 1°, van artikel 5 als in de zin van artikel 5, § 1, II, 2°, a.

Anderzijds kan hierbij wel de bedenking gemaakt worden dat de bepalingen van het ontwerp — ten aanzien van de ziekenhuizen die van de O.C.M.W.'s afhangen blijkbaar via een wijziging aan de O.C.M.W.-wet door de nationale overheid zouden kunnen worden doorgevoerd. Indien de in de voorbereidende werken bevestigde ruime interpretatie van het begrip « organieke wetgeving » niet langer zou worden aanvaard ten aanzien van de ziekenhuizen in het algemeen dan zou dit voor gevolg hebben dat de door het ontwerp voorgestelde regeling als organieke regeling enkel ten aanzien van de openbare ziekenhuizen zou kunnen worden doorgevoerd en niet ten aanzien van de privé-ziekenhuizen.

5. Verantwoording van het organiek karakter van het wetsontwerp (cf. Memorie, punt VI; 6.2).

5.1. Het volstaat vanzelfsprekend niet te verklaren dat een ontwerp een organiek karakter heeft opdat dit effectief ook het geval zou zijn; de bewering dat een wetsontwerp basiswetgeving is, moet worden gemotiveerd, zoniet zou al te gemakkelijk afbreuk kunnen worden gedaan aan de principiële bevoegdheden van de Gemeenschappen inzake gezondheidszorg.

5.2. Het wettelijk toepassingsgebied van de ziekenhuiswet en de definitie van ziekenhuis is onbetwistbaar een element van de organieke wetgeving. Dit wordt duidelijk gesteld door de rechtsleer (zie referaat van Herman Nys « Het bestuursrechtelijk kader voor de ziekenhuizen na de Staatshervorming van 1980 » in het speciaal nummer « Studiedag betreffende de gevolgen van de gemeenschapsvorming in de gezondheidszorg 15 juni 1982 » gepubliceerd in « Het Belgisch Ziekenhuis », XXV-1982-158).

5.3. Welnu, gans het ontwerp is gesteund op de basisgedachte dat het ziekenhuisconcept zelf moet worden aangepast aan de evolutie van het ziekenhuiswezen. Het fundamenteel kenmerk van deze evolutie is dat de medische activiteit integrerend deel uitmaakt of moet uitmaken van het geheel van de ziekenhuisactiviteit en dit zowel ten aanzien van de opgenomen patiënt als ten aanzien van de ambulante verzorgde patiënt.

Dit verruimd ziekenhuisconcept wordt in het wetsontwerp neergelegd; al de andere bepalingen van het ontwerp staan in directe relatie tot dit nieuw geformuleerd basisconcept en zijn te beschouwen ofwel als de consequentie ervan ofwel als een noodzakelijke basisvereiste om het concept tot realiteit te kunnen brengen; in dit dubbel opzicht zijn al de regels m.b.t. de in het ontwerp behandelde aangelegenheden strikt verbonden met de verdere formulering van de basisgedachte die aan artikel 1 ten grondslag ligt. In de mate dat het organiek karakter van artikel 1 wordt aangenomen, zou dit ook moeten gelden voor de bepalingen die ermee verbonden zijn. Die hand tussen artikel 1 (verruimd) ziekenhuisconcept) en de overige hoofdstukken van het ontwerp zullen we nu trachten te staven mede in het licht van de beleidsvisie die aan het ontwerp ten grondslag ligt.

5.4. Het gewijzigd ziekenhuisconcept brengt mee dat nu aan de ziekenhuizen als dusdanig eisen moeten gesteld worden m.b.t. structureren van de medische activiteit. De Gemeenschappen zullen de naleving van de in de basiswetgeving gestelde verplichtingen moeten opvolgen (hoofdstuk II, sectie II).

Cela peut être déduit des importantes modifications apportées à la loi sur les C.P.A.S. par l'arrêté de pouvoir spéciaux n° 244 du 31 décembre 1983.

Dans le cadre de cette note explicative, on peut préciser que l'article 94 de la loi sur les C.P.A.S. a été remplacé par l'article 6 de l'arrêté royal n° 244; cet article insère notamment des dispositions sur le comité spécial institué pour la gestion des hôpitaux dépendant de C.P.A.S. Le Conseil d'Etat n'a, à juste titre, fait aucune objection à cet ajout à la loi sur les C.P.A.S., bien que la modification porte exclusivement sur les hôpitaux. Il s'agit, en effet, de législation organique tant au sens de l'article 5, § 1°, I, 1°, que de l'article 5, § 1°, II, 2°, a), de la loi spéciale.

D'autre part, on peut faire observer que les dispositions du projet — aussi celles intéressant l'organisation interne — pouvaient être introduites pour les hôpitaux de C.P.A.S. par une modification de la loi sur les C.P.A.S. par le pouvoir national. Si l'interprétation large, confirmée dans les travaux préparatoires, de la notion de « législation organique » n'était plus acceptée pour les hôpitaux en général, cela voudrait dire que la réglementation proposée dans le projet ne pourrait être introduite que pour les seuls hôpitaux publics et non pour les hôpitaux privés.

5. Justification du caractère organique du projet de loi (cf. exposé des motifs, point VI, 6.2).

5.1. Il ne suffit bien entendu pas d'affirmer qu'un projet a un caractère organique pour qu'il l'ait effectivement; l'affirmation qu'un projet de loi est une législation de base doit être motivée, sinon, il serait trop facile de déroger aux compétences de principe des Communautés en matière de soins de santé.

5.2. Le champ d'application légal de la loi sur les hôpitaux et la définition d'un hôpital constituent indubitablement un élément de législation organique. Cela est clairement précisé par la doctrine (cf. rapport de Herman Nys : « Le cadre administratif des hôpitaux après la réforme de l'Etat de 1980 », dans le numéro spécial « Journée d'étude consacrée aux conséquences de la communautarisation des soins de santé, 15 juin 1982 » publié dans « L'Hôpital Belge », XXV-1982-158).

5.3. Or, tout le projet repose sur l'idée maîtresse que le concept d'hôpital doit suivre l'évolution dans le secteur hospitalier. La caractéristique fondamentale de cette évolution est que l'activité médicale fait ou doit faire partie intégrante de l'ensemble de l'activité hospitalière et ce tant à l'égard du patient hospitalisé que du malade soigné ambulairement.

Ce concept élargi de l'hôpital a été inscrit dans le projet de loi; toutes les autres dispositions du projet sont en rapport direct avec ce concept nouvellement formulé et doivent être considérées soit comme sa conséquence ou comme une condition nécessaire à la réalisation du concept; à ces deux points de vue, toutes les règles afférentes aux questions traitées dans le projet sont strictement liées à la traduction de l'idée de base de l'article 1°. Dans la mesure où le caractère organique de l'article 1° est adopté, celui-ci devrait valoir aussi pour les dispositions y afférentes. Cette relation entre l'article 1° (concept élargi de l'hôpital) et les autres chapitres du projet, nous tâcherons de l'étayer à la lumière de la conception politique sur laquelle repose le projet.

5.4. Le concept modifié de l'hôpital a pour conséquence qu'il faut poser maintenant des exigences aux hôpitaux au sujet de la structuration de l'activité médicale. Les Communautés devront contrôler le respect des obligations inscrites dans la loi de base (chapitre II, section II).

5.5. Het gewijzigd ziekenhuisconcept brengt ook mee dat het ziekenhuis een dusdanig complex bedrijf is geworden dat duidelijke beheersstructuren en goed management absoluut onontbeerlijk zijn niet alleen voor de kwaliteit van de dienstverlening, maar ook voor een financieel rationeel beheer (hoofdstuk II sectie I). Vannuit de Z.I.V. wordt grotendeels de werking van de ziekenhuizen gefinancierd; de nationale overheid heeft er dus belang bij dat in de ziekenhuizen passende beheersstructuren worden opgezet. Het belang van adequate beheersstructuren voor een financieel evenwichtige exploitatie werd onlangs door de Raad van State erkend door aan te nemen dat de hoger vermelde wijziging aan artikel 94 van de O.C.M.W.-wet bestaanbaar was met de wet op de bijzondere machten.

5.6. De Regering is ervan overtuigd dat, gelet op de noodzakelijke integratie van de medische activiteit in het ziekenhuis, een adequate besluitvorming m.b.t. het beheer van de ziekenhuizen slechts mogelijk is door een aangepaste betrokkenheid van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren. Dit principe moet structureel onderbouwd worden. Vandaar dat het ontwerp de basisverplichting oplegt aan elk ziekenhuis om de betrokkenheid van de geneesheren bij de besluitvorming te organiseren via de Medische Raad (hoofdstuk III).

5.7. Al te lang is de juridische relatie van de geneesheer tot het ziekenhuis onduidelijk gebleven, wat in geen enkel opzicht bevorderlijk is, noch voor een goede globale organisatie van de medische activiteit in het ziekenhuis, noch voor een degelijke individuele beroepsuitoefening in een georganiseerd verband (hoofdstuk IV).

5.8. De terugbetaling per individuele prestatie van de ziekenhuisarts is niet steeds bevorderlijk voor een geïntegreerde medische activiteit noch voor een objectieve financieel vergoeding voor de verschillende disciplines in het ziekenhuis. De distorsies die uit het terugbetalingsmechanisme van de Z.I.V. voortvloeien moeten op het vlak van het ziekenhuis worden weggewerkt.

Hiertoe moeten in de basiswetgeving de noodzakelijke instrumenten worden gecreeërd en de essentiële wettelijke bepalingen worden neergelegd m.b.t. vergoedingsstelsels centrale inning der honoraria, tarieven, aanwending der honoraria (hoofdstuk V, secties 1, 2, 3, 4).

6. Binding met de uitoefening der geneeskunst (cf. memorie, 6.3)

6.1. In de memorie van toelichting werd uitvoerig aangegeven hoe m.b.t. verschillende principiële bepalingen van de wet op de uitoefening der geneeskunst een specifieke regeling m.b.t. de beroepsuitoefening in ziekenhuisverband als noodzakelijk werd beschouwd. Ter zake werd veel heil verwacht van de paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen opgericht bij koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967. Thans wordt algemeen aangenomen dat die commissie slechts vruchtbaar werk zal kunnen leveren indien bij wet een aantal principiële kwesties worden opgelost. Wegens de directe binding met de wet op de uitoefening van de geneeskunde is dit ongetwijfeld nationale bevoegdheid.

6.2. Wat de ziekenhuisgeneesheren betreft ligt de binding tussen de wet op de uitoefening van de geneeskunst en dit ontwerp fundamenteel hierin : krachtens de wetgeving op de uitoefening van de geneeskunst draagt de individuele arts de onafstaanbare individuele verantwoordelijkheid voor zijn beroepsuitoefening; dit impliceert dat hij dan ook verantwoordelijkheid moet hebben m.b.t. de middelen die hij voor zijn beroepsbeoefening nodig heeft; de vrijheid van diagnosestelling en therapie wordt hem principieel gewaarborgd. Het spreekt vanzelf dat de individuele verantwoordelijkheid m.b.t. de beroepsbeoefening in een ziekenhuis met een globaal geformuleerde maatschappelijke doelstelling anders gekleurd is dan bij de individueel praktiserende arts. De consequenties van die specifieke constellatie (individuele arts praktiserend in collectief georganiseerd ziekenhuisverband) moet in de wet passend opgevangen worden wil men zowel recht laten wedervaren aan de individuele en collectieve beroepsverantwoordelijkheid van de artsen als aan de sociale doelstellingen van het ziekenhuis.

7. Binding met de financiering. Verpleegdagprijs en Z.I.V. (memorie, punt 6.4)

5.5. Le concept élargi de l'hôpital a également pour conséquence que l'hôpital est devenu une entreprise si complexe que ses structures de gestion et une bonne direction sont indispensables non seulement pour la qualité de l'aide fournie mais aussi pour une gestion financière rationnelle (chapitre IV, section I). Le fonctionnement des hôpitaux est en grande partie financé par l'A.M.I.; les autorités nationales ont donc tout intérêt à ce que des structures de gestion adéquates soient créées dans les hôpitaux. L'importance de telles structures pour une exploitation financière équilibrée a récemment été reconnue par le Conseil d'Etat, qui a admis que la modification précitée à l'article 94 de la loi sur les C.P.A.S. était compatible avec la loi sur les pouvoirs spéciaux.

5.6. Le Gouvernement est convaincu qu'en raison de l'intégration indispensable de l'activité médicale à l'hôpital, une prise de décision adéquate au sujet de la gestion des hôpitaux n'est réalisable qu'en y associant d'une façon appropriée les médecins attachés à l'hôpital. Ce principe doit être soutenu structurellement. Le projet impose dès lors à chaque hôpital l'organisation de l'association des médecins à la prise de décision par le biais du conseil médical (chapitre III).

5.7. Les rapports juridiques entre le médecin et l'hôpital ont été vagues bien longtemps. Cela n'est favorable à aucun égard, ni à une bonne organisation de l'activité médicale à l'hôpital, ni à une bonne pratique individuelle de la profession en milieu organisé (chapitre IV).

5.8. Le remboursement du médecin hospitalier par prestation individuelle n'est pas toujours favorable à une activité médicale intégrée ni à une rémunération objective des différentes disciplines à l'hôpital. Les distorsions résultant du mécanisme de remboursement de l'A.M.I. doivent être éliminées au niveau de l'hôpital.

A cet effet, il faut créer dans la législation de base les instruments indispensables et prendre les dispositions légales essentielles au sujet des régimes de rémunération, de la perception des honoraires, des tarifs et de l'affectation des honoraires (chapitre V, sections 1, 2, 3, 4).

6. Relation avec l'exercice de l'art de guérir (cf. exposé 6.3)

6.1. L'exposé des motifs explique en détail comment un règlement spécifique de l'exercice de la profession en milieu hospitalier est considéré comme indispensable par rapport aux différentes dispositions de principe de la loi sur l'exercice de l'art de guérir. Beaucoup d'espéros reposaient sur la commission paritaire médecins-hôpitaux créée en vertu de l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967. A présent, on admet généralement que cette commission ne pourra fournir un travail fructueux que si un nombre de questions de principe sont résolues par voie légale. Cela relève sans aucun doute de la compétence nationale en raison de la relation directe avec la loi sur l'exercice de l'art de guérir.

6.2. Pour ce qui concerne les médecins hospitaliers, le lien entre la loi sur l'art de guérir et ce projet s'explique fondamentalement comme suit : en vertu de la législation sur l'exercice de l'art de guérir, le médecin individuel porte la responsabilité individuelle incessible de l'exercice de sa profession; cela implique qu'il doit donc assumer une responsabilité en ce qui concerne les moyens nécessaires à l'exercice de sa profession; la liberté en matière de diagnostic et de thérapie lui est garantie en principe. Il va de soi que la responsabilité individuelle quant à l'exercice de la profession dans un hôpital (à but social formulé globalement) est autrement teintée que pour le médecin exerçant individuellement. Les conséquences de cette constellation spécifique (médecin individuel pratiquant en milieu hospitalier organisé collectivement) doit être rencontrée adéquatement dans la loi, si l'on veut faire droit tant à la responsabilité professionnelle individuelle et collective des médecins qu'aux buts sociaux de l'hôpital.

7. Rapport de financement. Prix de journée d'entretien et A.M.I. (exposé, point 6.4)

7.1. Hoger werd reeds gewezen op het feit dat de werking van de ziekenhuizen grotendeels vanuit de Z.I.V. wordt gefinancierd. Een adequaat beheerd ziekenhuis — hetgeen naast beheer en management mede een passende inbreng van de geneesheren bij de besluitvorming veronderstelt — heeft dus ongetwijfeld belang voor de exploitatie in evenwicht en dus voor de goede besteding van de gemeenschapsgelden (cf. ook de beschouwing onder punt 5.5).

7.2. Het spreekt vanzelf dat in de mate dat de structurering van de medische activiteit, de oprichting van de Medische Raad en de inrichting van de centrale inning verplicht aan de ziekenhuizen als dusdanig wordt opgelegd, een regeling moet worden gevonden voor de kosten verbonden aan de werking ervan; dit zal enkel kunnen geschieden hetzij via de verpleegdagprijs, hetzij vanuit de door de Z.I.V. terugbetaalde honoraria.

De Gemeenschappen zijn niet bevoegd om ter zake regelingen te treffen; ook onder dit opzicht is wegens de binding met verpleegdagprijs en/of ziekteverzekering de nationale overheid bevoegd om deze regelingen te treffen.

7.1. On a déjà signalé que le fonctionnement des hôpitaux est en grande partie financé par l'A.M.I. Un hôpital géré adéquatement — ce qui, outre la gestion et la direction, suppose une participation appropriée des médecins à la prise de décision — a donc sans aucun doute de l'importance pour l'exploitation en équilibre et donc pour une bonne utilisation des deniers publics (cf. aussi au point 5.5).

7.2. Il va de soi que dans la mesure où la structuration de l'activité médicale, la création du conseil médical et l'organisation de la perception centrale sont imposées à l'hôpital, il faut trouver une solution au sujet des frais afférents au fonctionnement; cela ne pourra se faire que par le biais du prix de journée d'entretien ou moyennant les honoraires remboursés par l'A.M.I.

Les Communautés ne sont pas compétentes pour prendre des dispositions en la matière; sous cet aspect aussi, l'autorité nationale est compétente pour prendre des dispositions en raison de la relation avec le prix de journée et/ou avec l'assurance-maladie.

BIJLAGE 2

ANNEXE 2

Toelichtende nota m.b.t. het begrip « integratie van de medische activiteit in de ziekenhuisactiviteit »

1. Een van de basis-bepalingen van het ontwerp is artikel 1 waarin gesteld wordt dat voor de toepassing van de wet het geheel van de medische activiteit in het ziekenhuis beschouwd wordt als deel uitmakend van de ziekenhuisactiviteit.

Die bepaling formuleert een principieel standpunt, dat evenwel rekening houdt met een historische evolutie die zich in de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen heeft voorgedaan.

Oorspronkelijk lag de taak van het ziekenhuis in hoofdzaak op het vlak van de herberging en de verpleging van (behoefte) zieken; de medische activiteit is zich slechts later komen inenten op de infrastructuur die het ziekenhuis biedt. Sporen van deze dualistische ontwikkeling zijn trouwens tot op heden nog duidelijk terug te vinden in de dualiteit van de financiering van de ziekenhuisactiviteit via enerzijds de verpleegdagprijs en anderzijds de inkomsten uit honoraria.

Ondanks het voortduren van de dualiteit in de financiering (en in de normering) van het ziekenhuis, is het ziekenhuis de laatste decennia evenwel geëvolueerd naar een gezondheidsinstelling met een globale doelstelling waartoe de medische zorgverlening wezenlijk behoort. Dit is precies de betekenis van de zin « de medische activiteit maakt integrerend deel uit van de ziekenhuisactiviteit », nl. dat de medische activiteit een deel is van de ziekenhuisactiviteit dat wezenlijk behoort tot het geheel van de ziekenhuisactiviteit.

2. Het standpunt dat de medische activiteit wezenlijk tot de ziekenhuisactiviteit behoort is dus een principieel standpunt dat in artikel 1 van het ontwerp in de definitie zelf van ziekenhuis wordt neergelegd.

Die definitie houdt dus rekening met een ziekenhuisconcept dat ruimer opgevat is dan totnogtoe in de ziekenhuiswet.

Het volstaat evenwel niet een verruimd ziekenhuisconcept te definiëren indien dit niet in de realiteit wordt omgezet.

De stelling « de medische activiteit maakt integrerend deel uit van de ziekenhuisactiviteit » is dus niet alleen een vertaling van een geëvolueerd ziekenhuisconcept, het is tegelijk de formulering van een streefdoel dat in de praktijk moet worden gerealiseerd.

Vandaar dat in artikel 3 wordt gesteld dat « de medische activiteit dusdanig moet worden georganiseerd dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit ».

Als meest praktische weg tot realisatie hiervan wordt in afdeling II meer bepaald de minimale structurering van de medische activiteit in het ziekenhuis verplicht gesteld.

Op te merken valt dat het hier gaat om eisen die krachtens de wet aan het ziekenhuis als dusdanig worden gesteld, rekening houdend met zijn verruimde doelstelling. Voor de verwezenlijking van die verruimde doelstelling is het beheer tegenover de gemeenschap verantwoordelijk (cf. Memorie van toelichting, punt 3.4.2.).

3. De noodzakelijke integratie van de medische activiteit in de ziekenhuisactiviteit vormt dus inderdaad een kernbepaling van het ontwerp. Maar het is evenzeer volgens de principiële gedachtenlijn van het ontwerp dat de medische activiteit zo determinerend is in het geheel van de ziekenhuisactiviteit waartoe ze wezenlijk behoort dat de integratie van de medische activiteit in de geest van het ontwerp slechts kan verwezenlijkt worden met een belangrijke mate van autonomie in de eigenlijke beroepsbeoefening en een adequate betrokkenheid van de ziekenhuis-geneesheer bij de besluitvorming (cf. Memorie, punt 3.4.2.).

Note explicative au sujet de la notion « intégration de l'activité médicale dans l'activité hospitalière »

1. L'article 1^{er} constitue une des dispositions de base du projet. Il dispose que pour l'application de la loi, l'ensemble de l'activité médicale à l'hôpital est considéré comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière.

Cette disposition formule une position de principe qui tient toutefois compte d'une évolution historique qui s'est produite dans le développement du monde hospitalier.

A l'origine, la tâche de l'hôpital se situait principalement sur le plan de l'hébergement et des soins infirmiers aux malades (nécessiteux); ce n'est qu'ultérieurement que l'activité médicale s'est greffée sur l'infrastructure qu'offre l'hôpital. Des traces de ce développement dualiste se trouvent encore nettement dans la dualité du financement de l'activité hospitalière, d'une part, par le produit du prix de journée d'entretien et, d'autre part, par celui des recettes des honoraires.

Malgré la persistance de la dualité dans le financement et dans les normes d'agrégation, l'hôpital a évolué, au cours des dernières décennies, vers un établissement de soins à but global auquel la dispensation de soins médicaux appartient essentiellement. C'est précisément la signification de la phrase « l'activité médicale fait partie intégrante de l'activité hospitalière », c'est-à-dire que l'activité médicale est une partie de l'activité hospitalière qui appartient essentiellement à l'ensemble de l'activité hospitalière.

2. Le point de vue selon lequel l'activité médicale appartient essentiellement à l'activité hospitalière est donc une position de principe inscrite à l'article 1^{er} du projet, dans la définition même de l'hôpital.

Cette définition tient donc compte d'un concept de l'hôpital conçu dans un sens plus large que dans la loi sur les hôpitaux.

Il ne suffit toutefois pas de définir un concept plus élargi de l'hôpital s'il n'est pas traduit dans la réalité.

La thèse selon laquelle l'activité médicale est partie intégrante de l'activité hospitalière n'est donc pas uniquement la traduction d'un concept évolué de l'hôpital, il est en même temps la formulation d'un objectif à réaliser en pratique.

C'est la raison pour laquelle l'article 3 dispose que « l'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière ».

Le moyen le plus pratique de réaliser ceci est la structuration de l'activité médicale à l'hôpital. C'est pourquoi la section II du chapitre II impose la structuration minimale de l'activité médicale.

Il convient de noter qu'il s'agit là de conditions imposées, en vertu de la loi, à l'hôpital en tant que tel, tout en tenant compte de son objectif élargi. La gestion est responsable, envers la communauté, de la réalisation de cet objectif (cf. Exposé des motifs, point 3.4.2.).

3. L'intégration indispensable de l'activité médicale à l'activité hospitalière constitue donc une disposition essentielle du projet. Mais c'est également, selon l'idée de base du projet, que l'activité médicale est tellement déterminante dans l'ensemble de l'activité hospitalière à laquelle elle appartient essentiellement que l'intégration de l'activité médicale dans l'esprit du projet ne peut être réalisée que moyennant un grand degré d'autonomie dans l'exercice de la profession médicale et une association adéquate du médecin hospitalier à la prise de décision (cf. Exposé des motifs, point 3.4.2.).

De integratie van de ziekenhuisgeneesheer is immers geen doel op zich; de realisatie van dit doel moet gezien worden in het licht van een zo hoog mogelijke kwaliteit van medische dienstverlening in het belang van de door het ziekenhuis bediende populatie.

Het is een van de basisuitgangspunten van het ontwerp dat de optimalisering van de medische activiteit ten behoeve van de patiënt slechts goed zal kunnen geschieden indien er enerzijds een goede medisch-organisatorische structuur bestaat en indien er anderzijds een intense verwevenheid is tussen de inbreng van de geneesheren bij de besluitvorming en de uiteindelijke beheersbeslissing van de beheersverantwoordelijken van het ziekenhuis.

In de geest van het ontwerp zal de principieel gestelde integratie van de geneesheer in het ziekenhuis in de praktijk slechts effectief en vruchtbaar kunnen verwezenlijkt worden met een voortdurende en op wederzijdse overtuiging gerichte interactie van beheer en geneesheren, met inbreng overigens van de andere constituerende geleidingen van het ziekenhuis.

4. De onder 1, 2 en 3 geschetste opvatting over integratie van de medische activiteit is volgens het ontwerp essentieel voor elk ziekenhuis en zal dus ook in elk ziekenhuis moeten verwezenlijkt worden.

Ze zal zich vooral vertalen via de in het ontwerp neergelegde beginselbepalingen op het vlak van de structurering van de medische activiteit, van de inbreng van de Medische Raad in de besluitvorming en van het overstijgen van de financiële dualiteit van de financiering van het ziekenhuis via de centrale inning.

Vanzelfsprekend zijn er nog andere factoren denkbaar die de integratiegedachte vertalen of er bevorderend op inwerken; maar deze factoren zijn voor de verwezenlijking van de noodzakelijke integratie volgens het concept van het ontwerp niet essentieel in vergelijking met de hoger vernoemde structurele elementen. Men kan denken b.v. aan de juridische verhouding van de geneesheer als bediende; men denke b.v. aan de wijze van vergoeding van de arts (vaste wedde, met impliciete afstand van de inkomsten uit honoraria aan het ziekenhuis); men denke b.v. aan een verzekering van burgerlijke aansprakelijkheid door het ziekenhuis voor het geheel van de ziekenhuisactiviteit, met inbegrip dus van de medische activiteit.

L'intégration du médecin hospitalier n'est pas un but en soi; il faut voir la réalisation de ce but à la lumière de la qualité la meilleure possible de l'aide médicale dans l'intérêt de la population desservie par l'hôpital.

L'un des principes de base du projet c'est que l'optimisation de l'activité médicale en faveur du patient ne pourra se faire qu'en présence d'une bonne structure de l'organisation médicale et d'une intense imbrication de l'apport des médecins à la prise de décisions et de la décision définitive des gestionnaires responsables de l'hôpital.

Dans l'esprit du projet, l'intégration de principe du médecin à l'hôpital ne pourra être réalisée effectivement que moyennant une interaction permanente du médecin et de la gestion, dans un esprit de conviction réciproque, avec l'apport d'ailleurs des autres parties constituantes de l'hôpital.

4. La conception de l'intégration de l'activité médicale, telle qu'elle est esquissée au point 1.2.3 est essentielle, selon le projet, à chaque hôpital et devrait donc être réalisée dans chaque hôpital.

Elle se traduira surtout au travers des dispositions de principe, — inscrites au projet —, en matière de structuration de l'activité médicale, d'apport du conseil médical à la prise de décisions et de dépassement de la dualité du financement de l'hôpital par le biais de la perception centrale.

Il va de soi qu'il y a encore d'autres facteurs qui peuvent traduire ou promouvoir l'idée d'intégration, mais, selon le concept du projet, ces facteurs ne sont pas essentiels à la réalisation de l'intégration indispensable, en comparaison avec les éléments structurels précités. On peut, par exemple, songer au statut juridique des médecins (statut d'employé par exemple), à la manière d'indemniser le médecin (traitement fixe, avec cession implicite des revenus des honoraires à l'hôpital) ou encore à une assurance de la responsabilité civile, par l'hôpital, pour l'ensemble de l'activité hospitalière, y compris l'activité médicale.

BIJLAGE 3

ORDE VAN DE GENEESHEREN

Nationale Raad

Telefoon : (02) 736 82 91

Brussel, 18 april 1984

1040 BRUSSEL

de Jamblinne de Meuxplein 82

In het antwoord verwijzen naar
Nr. 13401

De heer J.-L. DEHAENE

Minister van Sociale Zaken en institutionele Hervormingen

Wetstraat 56
1040 BRUSSEL

Mijnheer de Minister,

In zijn vergaderingen van 17 maart en 14 april 1984 heeft de Nationale Raad het ontwerp van wet houdende organieke bepalingen in aanvulling op de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheren, onderzocht.

Op grond van artikel 15, § 2, 2°, van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967, heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren de eer u hierbij volgend advies uit te brengen.

De Nationale Raad is van oordeel dat het ook om deontologische redenen noodzakelijk was het statuut van de ziekenhuisgeneesheren wettelijk vast te leggen.

Duidelijke afspraken tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren kunnen enkel bijdragen tot een kwaliteitsverbetering van de medische dienstverlening.

Het ontwerp van wet beoogt een betere integratie van de ziekenhuisgeneesheer in de ziekenhuiswerking. Het ontwerp van wet gaat hierbij uit van de grote verscheidenheid van de bestaande toestanden in de ziekenhuizen. De Nationale Raad kan deze pragmatische benadering bijtreden. Een wetgeving die enkel uitgaat van een doctrine en geen rekening houdt met de realiteit zou goed functionerende ziekenhuizen en diensten kunnen desorganiseren.

De Nationale Raad stelt vast dat het ontwerp van wet niet voorbijgaat aan de noodzakelijke coördinatie van de medische dienstverlening, maar toch overwegend het accent legt op de integratie van de individuele geneesheer in het ziekenhuis. Wanneer het ziekenhuis zijn complexe taak van gespecialiseerd zorgverleningscentrum wil waar maken, moet de medische activiteit niet alleen een integrerend deel uitmaken van de ziekenhuisactiviteiten, maar moet er voorafgaandelijk naar gestreefd worden dat de medische activiteit een geheel vormt.

In de ziekenhuizen zien wij een toenemende diversificatie van specialismen en deelspecialismen ontstaan. Bovendien zijn er een groeiend aantal geneesheren met identieke functies. In deze situaties is er bijgevolg een zeer goede verstandhouding en samenwerking tussen de verschillende ziekenhuisgeneesheren vereist, wil men voorkomen dat de kwaliteit van de zorgverlening onder deze versnippering lijdt. De Nationale Raad meent dat alle kansen om het teamwerk en de samspraak tussen de geneesheren te bevorderen moeten worden benut.

De Nationale Raad heeft er bij de geneesheren altijd op aangedrongen in elke verzorgingsinstelling een medische raad op te richten. Voor de Nationale Raad is de medische raad niet alleen het orgaan waardoor de geneesheren bij de besluitvorming in het ziekenhuis worden betrokken, maar tevens het orgaan waarin de geneesheren hun interne problemen bespreken en oplossen in functie van de kwaliteitszorg en de taak van het ziekenhuis naar de Gemeenschap. De Nationale Raad

ANNEXE 3

ORDRE DES MEDECINS

Conseil national

Téléphone : (02) 736 82 91

Bruxelles, le 18 avril 1984

1040 BRUXELLES

Place de Jamblinne de Meux 82

A rappeler dans la réponse
N° 13401

Monsieur J.-L. DEHAENE

Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles

Rue de la Loi 56
1040 BRUXELLES

Monsieur le Ministre,

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné, en ses séances des 17 mars et 14 avril 1984, le 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.

Le Conseil national a l'honneur de vous faire connaître l'avis qu'il a exprimé à ce sujet conformément à l'article 15, § 2, 2°, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967.

Le Conseil national estime nécessaire de fixer par voie légale le statut du médecin hospitalier pour diverses raisons dont la protection des principes de déontologie qui régissent la profession médicale.

Des accords précis entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers ne peuvent par ailleurs qu'améliorer la qualité de la dispensation de soins médicaux.

Le projet de loi vise à une meilleure intégration du médecin hospitalier dans l'activité hospitalière. A cette fin, le projet tient compte de la grande variété des situations que connaît notre réseau hospitalier. Le Conseil national ne peut qu'approuver cette attitude pragmatique. Une législation qui repose uniquement sur la doctrine et ne tient aucun compte de la réalité ne peut que désorganiser les services hospitaliers qui auront, jusqu'à présent, fonctionné de manière satisfaisante.

Le Conseil national constate que le projet de loi tient compte de la coordination indispensable de la dispensation des soins médicaux mais qu'il met à dessein l'accent sur l'intégration du médecin individuel dans l'hôpital. Dans la mesure où une institution hospitalière a pour objet de réaliser sa tâche complexe de centre de soins spécialisés, non seulement il convient que l'activité médicale forme une partie intégrante de toutes les activités hospitalières, mais encore de s'efforcer au préalable de faire en sorte que l'activité médicale y forme un tout.

Nous constatons dans les hôpitaux une diversification croissante dans la pratique de spécialités et sous-spécialités. En outre, un nombre croissant de médecins sont chargés de tâches identiques. Ces situations nécessitent une compréhension réciproque et une collaboration étroite entre les différents médecins hospitaliers si l'on veut éviter une détérioration de la qualité des soins due à cette dispersion d'efforts. Le Conseil national estime, dès lors, que tout système pouvant promouvoir le travail d'équipe et la concertation entre médecins doit être encouragé, développé et utilisé.

Le Conseil national a toujours insisté sur la nécessité de créer dans toute institution de soins, un conseil médical. Pour le Conseil national, le conseil médical ne constitue pas seulement un organe par lequel le médecin hospitalier est associé à la prise de décisions dans l'hôpital, mais encore un organe au sein duquel les médecins peuvent résoudre leurs problèmes en fonction d'une amélioration de la qualité des soins et de la réalisation des objectifs de l'hôpital au sein de la Com-

neemt aan dat de medische raad ook initiatiefrecht heeft aangaande de onder artikel 6 van het wetsontwerp vermelde materies.

De Nationale Raad hecht het grootste belang aan de samenstelling van de medische raad en vraagt zich af of het niet wenselijk is in de wet zelf te bepalen dat de verkiezing, voor alle mandaten, bij verplichte, algemene en geheime stemming dient te gebeuren. De Nationale Raad stelt in de eerste paragraaf van artikel 5, een contradictie vast tussen enerzijds, een kiescollege gevormd door de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren en anderzijds, het minimumactiviteitsniveau van de stemgerechtigden. De Nationale Raad kan er volledig mee akkoord gaan dat een geneesheer slechts stemrecht heeft wanneer hij voldoende geïntegreerd is in een ziekenhuis.

De Nationale Raad vindt het ongezonder dat een geneesheer aan verkiezingen in verschillende ziekenhuizen zou deelnemen. De term « verbonden geneesheer » zou nader moeten worden bepaald. Het lijkt de Nationale Raad bijvoorbeeld weinig logisch dat een geneesheer-specialist in opleiding — hoe positief zijn bijdrage tot de dienstverlening in het ziekenhuis ook moge zijn — zou deelnemen aan de verkiezingen voor de medische raad omdat hij er slechts tijdelijk werkzaam is. De noodzakelijke inspraak van deze geneesheren-assistenten in de besluitvorming, dient via andere kanalen te worden ingebouwd.

De Nationale Raad is van mening dat een centrale inning van de medische honoraria wenselijk is vermits dit bevorderlijk is voor de solidariteit onder de geneesheren en hun functioneren als groep. Uit de lijst van de posten die met de medische honoraria moeten worden betaald, blijkt volgens artikel 14, § 4, dat een reeks werkingskosten gemeenschappelijk door de geneesheren als groep moeten worden gedragen. Het ligt dan ook voor de hand dat de geneesheren kennis kunnen nemen van de juiste bedragen van de geïnde honoraria. De centrale inning is daartoe het meest aangewezen instrument.

De Nationale Raad meent derhalve dat het niet opgaat de geneesheren in twee groepen op te splitsen volgens hun anciënniteit, zoals dat in artikel 15 van het ontwerp van wet gebeurt. De groepsgeest onder de geneesheren en de samenwerking binnen de ziekenhuizen, tussen jongere en oudere collega's, worden zeker niet gebaat door het accentueren van het leeftijdsverschil en het toekennen van privileges.

Het wetsontwerp verder vanuit de invalshoek van het medische teamwerk onderzoekend, is de Nationale Raad van mening dat een conform advies van de medische raad voor de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van de geneesheren noodzakelijk is (artikel 6, § 2, 5°). Wanneer een geneesheer in een ziekenhuis aan het werk gaat, moet hij aanvaard en geïntegreerd worden in de groep, die verplicht wordt met hem de medische verantwoordelijkheid te delen. Beide partijen, zowel de arts als de groep, moeten inzage hebben in de gemeenschappelijke dossiers van patiënten en samen zullen zij aan kwalitatieve toetsing doen : zeer zinnige maar soms pijnlijke evaluatie van elkaars werk. Tenslotte zullen zij samen financiële verantwoordelijkheid dragen en formules moeten uitwerken om verantwoorde verdeelsleutels te vinden voor de door hen gemaakte kosten.

Op grond van hogervermelde overwegingen is het niet aanvaardbaar dat de beheerder, tegen het advies in van de medische raad, een geneesheer zou benoemen, aanwerven, toelaten of bevorderen. Bij conform advies voorziet het wetsontwerp een ongewone bijzondere meerderheid, waardoor het nog minder aanvaardbaar wordt dat de beheerder het geneesherenteam een nieuwe geneesheer zou opdringen. De Nationale Raad meent evenmin dat de medische raad eigenmachtig moet kunnen beslissen over de benoeming, de aanwerving, de toelating of de bevordering, maar is van oordeel dat, in de geest van een concertatie- en overtuigingsmodel, beheerder en medische raad akkoord moeten gaan over de te benoemen geneesheer.

munauté. Le Conseil national présume que le conseil médical a également un droit d'initiative dans les matières visées par l'article 6 du projet de loi.

Le Conseil national accorde la plus grande importance à la composition du conseil médical et se demande s'il n'est pas souhaitable de voir la loi elle-même déterminer que les élections pour tous les mandats doivent se dérouler suivant le principe du vote universel, obligatoire et secret. Le Conseil national constate qu'il existe une contradiction dans les dispositions de l'article 5, § 1°, entre un collège électoral formé par les médecins attachés à l'hôpital et le « niveau minimum d'activité » déterminant le droit de vote. Le Conseil national marque son accord sur le principe suivant : un médecin ne peut jouir du droit de vote que s'il est suffisamment intégré à l'hôpital.

Le Conseil national estime qu'il ne convient pas qu'un médecin participe à l'élection dans différents hôpitaux. Il conviendrait par ailleurs de mieux définir les termes « médecin attaché à l'hôpital ». Il semble au Conseil national, par exemple, peu logique de faire participer aux élections pour le conseil médical, les médecins candidats-spécialistes — aussi importante que soit leur contribution au bon fonctionnement de l'hôpital — étant donné, en effet, que leur présence à l'hôpital a un caractère temporaire. Leur participation à la prise de décision est cependant nécessaire mais doit être réalisée par d'autres voies.

Le Conseil national estime qu'une perception centrale des honoraires est souhaitable car elle est de nature à promouvoir la solidarité entre les médecins et leurs activités au sein du groupe. Il apparaît de la liste des postes qui doivent être financés par les honoraires médicaux qu'une série de frais de fonctionnement doivent, en vertu de l'article 14, § 4, être supportés en commun par le groupe médical. Il est clair que les médecins doivent pouvoir prendre connaissance des montants exacts des honoraires qui ont été perçus. La perception centrale est la meilleure méthode pour arriver à cette fin.

Le Conseil national estime, dès lors, qu'il ne convient pas de diviser cette équipe en deux groupes sur la base de leur ancienneté tel que le prévoit l'article 15 du projet de loi. Ceci irait à l'encontre d'une promotion de l'esprit d'équipe entre médecins, et une bonne collaboration entre les confrères plus jeunes et plus anciens ne serait contrairement pas améliorée par cet accent mis sur la différence d'âge et sur le bénéfice de privilèges.

Dans la mesure où le projet de loi vise à la promotion d'un esprit d'équipe, le Conseil national estime que l'avis conforme du conseil médical est indispensable pour la nomination, l'engagement, l'admission et la promotion des médecins (article 6, § 2, 5°). Lorsqu'un médecin est attaché à un hôpital, il doit être accepté et intégré dans le groupe qui est ainsi obligé de partager avec lui la responsabilité médicale. Les deux parties, tant le médecin que le groupe, doivent avoir accès au dossier des patients et elles vont devoir apprécier en commun la qualité des soins. Cette évaluation est toujours nécessaire et parfois délicate lorsqu'elle fait preuve d'un indispensable esprit critique. Enfin, tant le médecin que le groupe portent ensemble les mêmes responsabilités financières. Ils devront, dès lors, trouver ensemble les solutions adéquates et notamment les clefs de répartition qui leur permettront de couvrir les frais entraînés par leur pratique.

Toutes ces considérations nous mènent à penser qu'il n'est pas acceptable que le gestionnaire procède à la nomination, l'engagement, l'admission ou la promotion d'un médecin contre l'avis du conseil médical. L'avis conforme est assorti, dans le projet de loi, de la condition de la majorité qualifiée exceptionnelle. De ce fait, il est encore moins admissible qu'un médecin refusé par une telle majorité d'une équipe médicale soit imposé à celle-ci. Le Conseil national tout en ne croyant pas que le conseil médical doive être seul responsable de la nomination, de l'engagement, de l'admission et de la promotion, estime que le gestionnaire et le conseil médical doivent se mettre d'accord sur la nomination par une concertation et une persuasion dans l'esprit même prôné par le projet de loi.

De Nationale Raad kan de intentie van het ontwerp van wet om de geneesheren beter te integreren in het ziekenhuis slechts bijtreden, maar meent dat eveneens aandacht dient te worden geschonken aan de integratie van de geneesheer in het medisch team. De ziekenhuisgeneesheer heeft als eerste taak bij te dragen tot de gespecialiseerde zorgverlening en deze is ondenkbaar geworden zonder een continue samenwerking onder collega's. Vervolgens dient hij als geneesheer mee te werken met de andere zorgverleners in het ziekenhuis en vanuit hun patiënt-gericht betrokken zijn, met de directie en het beheer, om samen de sociale taak van het ziekenhuis waar te maken.

De Nationale Raad hoopt dat u met dit advies rekening zal houden bij de behandeling van het ontwerp van wet door het Parlement. De Nationale Raad zal zich veroorloven eerstdaags dit advies over te maken aan de leden van de bevoegde Commissie van de Senaat.

Met de meeste hoogachting,

De Ondervoorzitter,
Dr I. UYTENDAELE.

De Voorzitter,
R. SCREVENS.

Le Conseil national ne peut qu'approuver l'intention du projet de loi de mieux intégrer le médecin à l'hôpital, mais il estime devoir souligner qu'il est au moins aussi important de veiller à la bonne intégration du médecin dans l'équipe médicale. La tâche primordiale du médecin hospitalier consiste à dispenser des soins spécialisés. Ceux-ci sont devenus indispensables sans une collaboration constante entre les confrères. Dès lors, chaque médecin est appelé à collaborer avec les autres prestataires de soins dans le cadre de l'hôpital et de leurs relations avec les patients, de manière à réaliser avec la direction et la gestion les objectifs sociaux de l'hôpital.

Le Conseil national espère que vous voudrez bien tenir compte de cet avis lors de l'examen du projet de loi par le Parlement. Aussi se permettra-t-il d'en adresser prochainement copie aux membres de la Commission du Sénat compétente.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments de haute considération.

Le Vice-Président,
Dr J. FARBER.

Le Président,
R. SCREVENS.

BIJLAGE 4

Nota van de Minister van Sociale Zaken ten behoeve van de Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu

Toepassingsgebied van het wetsontwerp

Toelichtende nota omtrent de juiste draagwijdte van artikel 1, § 2, van de ontwerp-tekst volgens hetwelk het toepassingsgebied van de wet bij in Ministerraad overlegd besluit kan worden uitgebreid.

1. Toepassingsgebied omschreven in artikel 1, § 1 van het ontwerp

1.1. Het wetsontwerp is van toepassing op de ziekenhuizen die onder toepassing vallen van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, overeenkomstig de definitie die aldaar van ziekenhuis wordt gegeven (zie art. 1, § 1, eerste lid, van het ontwerp).

1.2. Voor de toepassing van het ontwerp wordt vooreerst de begripsomschrijving van de wet van 1963 inhoudelijk geëxpliciteerd wat de medische activiteit betreft: volgens artikel 1, § 1, tweede lid wordt het geheel van de medische activiteit in het ziekenhuis beschouwd als deel uitmakend van de ziekenhuisactiviteit. Aldus wordt begripsmatig de scheiding overstegen tussen de ziekenhuisactiviteit die via de verpleegdagprijs wordt gefinancierd en de ziekenhuisactiviteit die via de honoraria wordt gefinancierd.

1.3. Voor de toepassing van het ontwerp wordt vervolgens de begripsomschrijving van de wet van 1963 inhoudelijk verruimd tot de poliklinische activiteit van het ziekenhuis, daar waar de definitie van de ziekenhuiswet strikt genomen beperkt is tot de diagnose- en behandelingsactiviteit met betrekking tot de in het ziekenhuis gehospitaliseerde patiënten. Aldus wordt begripsmatig de dualiteit overstegen tussen de ziekenhuisactiviteit in het zgn. beddenhuis en de poliklinische ziekenhuisactiviteit.

Vermits de problematiek die in het wetsontwerp wordt behandeld zich in wezen op gelijke wijze voordoet voor medische activiteit met betrekking tot de ambulante patiënten als voor deze met betrekking tot de gehospitaliseerde patiënten, was het nodig in die verruiming van het ziekenhuisbegrip ook in de wettekst zelf te voorzien.

In het ontwerp wordt dit gerealiseerd via het nader omschrijven van het toepassingsgebied van de wet:

a) enerzijds door in de wettekst zelf het toepassingsgebied van de wet meteen te verruimen tot de poliklinische activiteit van het ziekenhuis indien het ziekenhuis en de eraan verbonden polikliniek ressorteren onder de beheersbevoegdheid van eenzelfde beheerder (art. 1, § 1, derde lid);

b) anderzijds door de mogelijkheid te voorzien dat de bepalingen van de wet, bij in Ministerraad overlegd besluit, geheel of gedeeltelijk zouden toepasselijk verklaard worden op andere dan sub a bedoelde poliklinieken die functioneel met het ziekenhuis verbonden zijn en op andere instellingen of diensten die diagnose- en behandelingsactiviteiten buiten het ziekenhuis in strikte zin uitoefenen.

Over de juiste bedoeling en de preciese draagwijdte van die in het ontwerp voorziene uitbreidingsmogelijkheid wordt gehandeld onder punt 2 van de nota.

2. Draagwijdte van artikel 1, § 2, dat in de mogelijkheid voorziet om het toepassingsgebied van de wet bij koninklijk besluit uit te breiden

2.1. Herinneren we eraan dat het ontwerp uitgaat van een totaalopvatting omtrent het ziekenhuis die meebrengt dat ook de poliklinische

ANNEXE 4

Note du Ministre des Affaires sociales à l'intention de la Commission de la Santé publique et de l'Environnement

Champ d'application du projet de loi

Note explicative sur la portée exacte de l'article 1^{er}, § 2, du texte du projet, selon lequel le champ d'application de la loi peut être étendu par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

1. Champ d'application décrit à l'article 1^{er}, § 1^{er}, du projet

1.1. Le présent projet de loi est applicable aux hôpitaux qui tombent sous le champ d'application de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux conformément à la définition qui y est donnée de l'hôpital (voir article 1^{er}, § 1, 1^{er} alinéa, du projet).

1.2. Pour l'application du projet, la définition de la loi de 1963 est d'abord explicitée en ce qui concerne l'activité médicale: selon l'article 1^{er}, § 1^{er}, deuxième alinéa, l'ensemble des activités médicales à l'hôpital est considéré comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière. Ainsi la dualité entre l'activité hospitalière qui est financée par le biais du prix de journée et celle financée par les honoraires est conceptuellement dépassée.

1.3. Pour l'application du projet, la définition de la loi est étendue quant à son contenu, à l'activité polyclinique de l'hôpital. Au sens strict de la définition d'hôpital de la loi sur les hôpitaux, les activités médicales hospitalières se limitent à l'activité de diagnostic et de traitement à l'égard des patients hospitalisés. Par cette extension du contenu de la notion d'hôpital, la dualité entre l'activité hospitalière dans le bloc hospitalier et l'activité polyclinique de l'hôpital est dépassée.

Comme la problématique traitée dans le projet de loi se pose en fait de la même manière pour l'activité médicale relative aux patients ambulatoires que pour celle relative aux hospitalisés, il était nécessaire de prévoir dans la loi même l'extension de la notion d'hôpital.

Cela est fait dans le projet par une description plus détaillée du champ d'application de la loi:

a) d'une part, en étendant d'emblée le champ d'application à l'activité polyclinique de l'hôpital si la polyclinique qui y est attachée relève de la compétence de gestion d'un même gestionnaire (art. 1^{er}, § 1^{er}, troisième alinéa);

b) d'autre part, en prévoyant la possibilité de rendre les dispositions de la loi applicables, en tout ou en partie, à d'autres polycliniques que celles visées sous a et qui sont fonctionnellement rattachées à l'hôpital, et à d'autres établissements ou services qui exercent des activités de diagnostic et de traitement hors de l'hôpital pris au sens strict.

Le but exact et la portée précise de cette possibilité d'extension prévue au projet sont traités au point 2 de la note.

2. Portée de l'article 1^{er}, § 2, qui prévoit la possibilité d'étendre le champ d'application de la loi par arrêté royal

2.1. Rappelons que le projet part d'une notion globale de l'hôpital, ce qui entraîne que l'activité polyclinique est également considérée

activiteit als een ziekenhuisactiviteit wordt beschouwd en dat dit een wettelijke verruiming van het klassieke ziekenhuisconcept noodzakelijk maakt. Het ontwerp gaat er van uit dat, wanneer polikliniek en ziekenhuis onder hetzelfde beheer vallen, dit eenheidsconcept in voldoende mate gerealiseerd is om de bepalingen van het ontwerp meteen op het geheel van toepassing te maken (zie artikel 1, § 1, derde lid).

2.2. Die verruiming van het toepassingsgebied volgens het criterium « hetzelfde beheer » mag evenwel niet tot gevolg hebben dat, door het bestaan van een onderscheiden beheer voor polikliniek en ziekenhuis, de bepalingen van het ontwerp niet zouden van toepassing zijn op bijvoorbeeld een polikliniek wier werking dusdanig is dat ze in feite als de polikliniek van het ziekenhuis functioneert; wanneer uit het functioneren van de polikliniek zelf een dergelijke nauwe band met het ziekenhuis in stricte zin blijkt, is er geen reden om voor de toepassing van het ontwerp de polikliniek en het beddenziekenhuis niet als een totaliteit te beschouwen.

Vandaar dat het ontwerp de mogelijkheid biedt om bij koninklijk besluit die poliklinieken onder het toepassingsgebied van de wet te brengen welke functioneel zo nauw met het ziekenhuis verbonden zijn dat ze feitelijk dienen beschouwd te worden als behorend tot het ziekenhuis.

Het functioneel verband als criterium is dus naar de praktische toepassing toe een feitelijk criterium dat niet noodzakelijk ook juridisch vertaald werd. De ruimtelijke binding met het beddenhuis zal dikwijls een aanwijzing zijn van de functionele band; de ruimtelijke binding is evenwel geen onontbeerlijk criterium indien uit de werking van een ruimtelijk afgescheiden polikliniek blijkt dat ze in feite als de polikliniek van het ziekenhuis te beschouwen is.

2.3. Analoge beschouwingen zoals voor de polikliniek kunnen ook gemaakt worden m.b.t. andere diensten (bijvoorbeeld laboratoria) uit wier werking blijkt dat ze in feite qua functie als een dienst van het ziekenhuis moeten worden beschouwd.

Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn voor laboratoria die door de geneesheer klinisch bioloog geëxploiteerd worden, al dan niet in de ruimten van het ziekenhuis, indien uit de werking blijkt dat de activiteit van het labo in feite als een activiteit van het ziekenhuis moet worden aangemerkt.

Die functionele band kan ook in, bijvoorbeeld, contracten juridisch vertaald zijn, maar wat het criterium voor eventuele uitbreiding van het toepassingsgebied betreft, zijn de feitelijke gegevens doorslaggevend.

2.4. Het is dus nooit de bedoeling geweest door artikel 1, § 2, aan de uitvoerende macht een zo ruime delegatie te geven dat de uitbreiding van het toepassingsgebied van het ontwerp zou mogelijk worden tot alle mogelijke vormen van medische activiteit buiten ziekenhuisverband. In dit opzicht kan de laatste zinsnede van § 2 tot misverstand leiden.

Zo is het nooit de bedoeling geweest dat de wet geheel of gedeeltelijk van toepassing zou worden gemaakt op de medische activiteit in het privé-kabinet van de arts, ook niet indien die arts met het ziekenhuis samenwerkt of er in werkzaam is.

Zo is het ook niet de bedoeling de bepalingen van de wet uit te breiden tot de autonome poliklinieken als dusdanig; enkel indien uit hun feitelijke werking een functionele band zou blijken in de restrictieve zin zoals sub 2.2 omschreven kan van een uitbreiding van het toepassingsgebied sprake zijn.

Ter verduidelijking zij ook nog gezegd dat het feit dat een autonome polikliniek die voor haar laboratoriumonderzoeken beroep doet op het labo van het ziekenhuis op zichzelf niet inhoudt dat die polikliniek te beschouwen is als een polikliniek die functioneel met het ziekenhuis verbonden is in de zin van het ontwerp.

comme une activité hospitalière et que cela exige une extension légale de la notion classique de l'hôpital. Le projet se base sur le fait que lorsque la polyclinique et l'hôpital ressortissent à une même gestion, cette notion d'unité est suffisamment réalisée pour rendre les dispositions de la loi applicables d'emblée à l'ensemble (voir article 1^{er}, § 1^{er}, troisième alinéa).

2.2. Cette extension du champ d'application suivant le critère « même gestion » ne peut cependant pas avoir pour conséquence que, par l'existence d'une gestion distincte de la polyclinique et de l'hôpital, les dispositions de la loi ne soient, par exemple, pas applicables à une polyclinique donc l'activité est telle qu'elle fonctionne en fait comme la polyclinique de l'hôpital; lorsqu'un tel lien étroit avec l'hôpital au sens strict ressort du fonctionnement de la polyclinique même, il n'y a aucune raison de ne pas considérer la polyclinique et le bloc hospitalier comme une totalité.

Le projet prévoit dès lors de rendre la loi applicable par arrêté royal aux polycliniques qui, au point de vue fonctionnel, sont si étroitement liées à un hôpital qu'elles doivent être considérées comme appartenant à celui-ci.

Le rapport fonctionnel comme critère est donc en pratique un critère de fait qui n'est pas nécessairement traduit au point de vue juridique. Le lien spatial avec le bloc hospitalier sera souvent un indice du lien fonctionnel; le lien spatial n'est cependant pas un critère indispensable s'il ressort de l'activité d'une polyclinique séparée au point de vue spatial, qu'elle doit, en fait, être considérée comme la polyclinique de l'hôpital.

2.3. Des considérations analogues à celles relatives à la polyclinique peuvent aussi être émises au sujet d'autres services (laboratoires par exemple) lorsqu'il ressort de leur activité que, quant à leur fonctionnement, ils doivent être considérés comme un service de l'hôpital.

Tel sera par exemple le cas des laboratoires de biologie clinique exploités par les médecins, dans l'espace ou hors de l'espace de l'hôpital, s'il ressort du fonctionnement que l'activité du laboratoire doit être considérée en fait comme une activité de l'hôpital.

Ce lien fonctionnel peut se traduire aussi juridiquement dans les contrats, mais en ce qui concerne le critère d'une extension éventuelle du champ d'application, les données réelles sont décisives.

2.4. Jamais l'article 1^{er}, § 2, n'a eu pour but de donner une délégation si étendue au pouvoir exécutif en rendant possible l'extension du champ d'application du projet à toutes les formes possibles d'activité médicale hors du contexte hospitalier. A cet égard, la dernière phrase du § 2 peut donner lieu à un malentendu.

Ainsi, on n'a jamais eu l'intention de rendre la loi applicable, en tout ou en partie, à l'activité médicale dans le cabinet privé du médecin, même si ce médecin collabore avec l'hôpital ou s'il y travaille.

On n'a pas non plus voulu étendre les dispositions de la loi aux polycliniques autonomes en tant que telles; il pourrait uniquement être question d'une extension du champ d'application si un lien fonctionnel tel que décrit restrictivement au 2.2 devait ressortir de leur activité.

Signalons encore à titre explicatif que le fait qu'une polyclinique autonome fait appel au laboratoire d'un hôpital pour ses examens, n'implique pas nécessairement que cette polyclinique doit être considérée comme une polyclinique liée fonctionnellement à l'hôpital au sens du projet.

2.5. Tot besluit kan samenvattend gesteld worden dat een polikliniek of dienst voor de toepassing van het ontwerp enkel als functioneel verbonden met het ziekenhuis te beschouwen zijn indien uit hun werking blijkt dat ze in feite als polikliniek respectievelijk als dienst van het ziekenhuis moeten worden beschouwd.

Die restrictieve draagwijdte werd reeds principieel neergelegd in de commentaar bij artikel 1 (zie meer in het bijzonder op pagina 14, de toelichting bij § 2).

J.-L. DEHAENE.

2.5. En résumé, on peut conclure que, pour l'application du présent projet, une polyclinique ou un service doit être considéré comme lié fonctionnellement à l'hôpital s'il ressort de son activité qu'il doit en fait être considéré comme une polyclinique ou un service de l'hôpital.

Cette interprétation restrictive a déjà été inscrite dans le commentaire de l'article 1^{er} (voir au document 653, à la page 14, le commentaire du § 2).

J.-L. DEHAENE.