VR.

CONSEIL D'ETAT · RAAD VAN STATE
LEGISLATION · WETGEVING
L

16-02-1984

Transmis à M.
Overgemaakt aan de H.

L. 15.991/8.

KONINKRIJK BELGIE.

ROYAUME DE BELGIQUE.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT.

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

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

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

I. ALGEMENE OPMERKINGEN.

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

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

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

.../...

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

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

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

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

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

.../...

II. BIJZONDERE OPMERKINGEN.

Artikel 1.

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

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

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

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

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

Artikel 2.

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

.../...

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3. In ieder ziekenhuis is er een directeur en een directiecomité. Het directiecomité is samengesteld uit de directeur en de verantwoordelijken van de medische, van de verpleeg-

.../...

kundige, van de administratief-financiële en van de technische diensten van het ziekenhuis. De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen dat bovendien andere verantwoordelijken van het directiecomité deel zullen uitmaken".

Artikel 3.

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

De normen zouden meer rechtstreeks moeten geformuleerd worden.

Voorgestelde tekst.

"§ 1. In ieder ziekenhuis is er :

1° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren;

2° een hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement;

3° een geneesheer-diensthoofd voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement.

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

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

## Artikel 5.

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

### 1. Inhoud van dit artikel.

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

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

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

Deze zes punten zijn de volgende :

1) het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische diensten in het ziekenhuis (§ 3, 1°);

2) de vaststelling en wijziging van het kader van het personeel dat ten laste van de honoraria wordt gefinancierd (§ 3, 4°);

3) de afzetting en andere sancties tegen geneesheren (§ 3, 6°)(1);

.../...

---

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

4) de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren (§ 3, 7°);

5) de aanschaffing, de vernieuwing alsmede de belangrijke herstellingen van medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk ten laste van de honoraria wordt gefinancierd (§ 3, 12°);

6) de benoeming van de hoofdgeneesheer (§ 3, 18°).

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

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

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

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

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

De beheerder moet zich neerleggen bij het voorstel van de bemiddelaar, tenzij hij een nieuw voorstel formuleert waarmede de Medische Raad akkoord gaat.

.../...

2. Algemene opmerking.

De procedure ingericht door artikel 5, §§ 3, 4 en 5, heeft een suppletoir karakter. Inderdaad, luidens artikel 7, § 1, vervalt zij indien in het ziekenhuis een akkoord bestaat betreffende een directe samenspraak tussen de beheerder en de Medische Raad. Daartoe wordt een permanent-overlegcomité opgericht. Op te merken valt dat het O.C.M.W. door de resultaten van deze procedure gebonden is.

Uit artikel 7, § 4, blijkt echter dat wanneer de rechtstreekse samenspraak niet met succes wordt bekroond, de procedure van artikel 5, §§ 3, 4 en 5, punt per punt, opnieuw toepassing dient te vinden.

3. In § 1 wordt voor de eerste maal in het ontwerp het begrip "ziekenhuisgeneesheer" gehanteerd, zonder dat hiervoor een omschrijving wordt gegeven.

4. Paragraaf 2 stelt dat het algemeen kader waarbinnen de Medische Raad zijn opdracht uitoefent, geen afbreuk kan doen aan de bevoegdheden van de hoofdgeneesheer. Deze bevoegdheden worden evenwel behoudens het minimum bepaalde in artikel 3, § 1, derde lid, van het ontwerp door de Koning vastgesteld. Aldus wordt de reikwijdte van een wetsbepaling beperkt door een bepaling vastgesteld door de uitvoerende macht.

5. Met betrekking tot aangelegenheden waaromtrent de Medische Raad advies moet geven, werden reeds opmerkingen gemaakt. Voor andere is het duidelijk dat de nationale wetgever niet bevoegd is om een adviesbevoegdheid te geven aan de Medische Raad door hem ingesteld,omdat zij materies betreft die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren. Dit is zeker het geval voor de aangelegenheden waarvan sprake in artikel 5, § 3, 16° en 17°.

.../...

6. a) In § 5 wordt een overlegprocedure voorzien tussen de beheerder en de Medische Raad of een afvaardiging ervan. Wordt met die afvaardiging het permanent overlegcomité bedoeld zoals geregeld in artikel 7 ?

b) Zoals de tekst geformuleerd is, dient de tweederde meerderheid berekend als volgt :

- wat het bindend advies van de Medische Raad betreft, is de tweederde van de stemgerechtigde leden vereist (dus niet van de aanwezigen);

- wat de beslissing van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren betreft ingevolge het gemotiveerd voorstel door de beheerder gedaan na het afspringen van het overleg met de Medische Raad, is de tweederde van de aanwezige geneesheren vereist. Dit zou explicieter uit de tekst moeten blijken, tenzij het de bedoeling is dat ook hier de tweederde meerderheid van de leden vereist zou zijn.

7. De bemiddelaar wordt gekozen op een lijst van bemiddelaars opgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Het ontwerp dient derhalve ook al om deze reden mede voorgedragen en ondertekend te worden door de Minister of Staatssecretaris die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

8. De hiervoren uiteengezette procedure kan niet worden toegepast wanneer het gaat om de afzetting of het toepassen van een andere sanctie op een geneesheer van het O.C.M.W. die zich

.../...

in een statutair verband bevindt. In zulk een geval regelen de artikelen 51, 52 en 54 van de wet van 8 juli 1976 de procedure en de beroepsmogelijkheden (1).

9. Volgens § 5, tweede lid, wordt de bemiddelaar bij voorkeur aangewezen in gemeenschappelijk akkoord. Welke zijn de partijen bij dit akkoord ? De beheerder en de Medische Raad of een afgevaardigde ervan ?

Wordt geen overeenstemming bereikt, dan wijst de Minister de bemiddelaar aan. Welke Minister ?

10. Paragraaf 6 wordt beter gesteld als volgt :

"§ 6. De Koning kan, op eensluidend advies van de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen, de onder § 3 en § 5 vermelde punten uitbreiden of er andere aan toevoegen".

Artikel 6.

Dit artikel betreft de samenstelling van de Medische Raad. Als principe wordt gesteld dat zijn leden verkozen worden door de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren en onder hen.

.../...

---

(1) De memorie van toelichting is op dit punt te weinig genuanceerd : "Daarom moet het ontwerp niet worden gezien als strijdig met de O.C.M.W.-wet, maar wel als een specifieke wetgeving tot oplossing van een problematiek die zich in alle ziekenhuizen stelt en die een geëigende aanpak vergt die in bepaalde opzichten een aanpassing vraagt van de volgens de O.C.M.W.-wet gebruikelijke besluitvorming. Ten aanzien van de O.C.M.W.-ziekenhuizen moet de ontwerp-wet dan ook gezien worden als een bijzondere wet die in aanvulling komt op de algemene O.C.M.W.-wet wat de in dit ontwerp behandelde problematiek betreft" (blz. 17).

1. a) In het tweede lid van paragraaf 1 schrijve men :

"De Koning bepaalt het minimum-activiteitsniveau waaraan de geneesheren moeten voldoen eensdeels om stemgerechtigd en anderdeels om verkiesbaar te zijn".

b) In het derde lid schrijve men :

"De Koning bepaalt eveneens de regelen betreffende de samenstelling ...".

2. Wat wordt bedoeld met : "de wijze van aanduiding van de leden" ? Moet dit niet zijn : "de wijze van verkiezing van de leden" ?

3. Er is gebrek aan overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst van paragraaf 2 in fine. De tekst zou moeten luiden : "De Koning bepaalt de nadere regelen tot uitvoering van deze paragraaf".

Artikel 7.

1. Zoals reeds werd opgemerkt bij de bespreking van artikel 5, kan de procedure vervat in laatstgenoemd artikel worden vermeden wanneer er een directe samenspraak tussen de beheerder en de Medische Raad wordt georganiseerd. Daartoe dient een permanent overlegcomité te worden opgericht.

Voor een goed begrip van het stelsel, moet er worden gewezen op volgende punten :

a) De samenspraak in het permanent comité treedt in de plaats van de adviesbevoegdheid die de Medische Raad krachtens artikel 5, § 3, bezit.

Zoals bij de bespreking van artikel 5 is gezegd, bezit de Medische Raad een tweeledige adviesbevoegdheid. Betreffende de meeste aangelegenheden is zij niet bindend. Betreffende zes aangelegenheden die onder artikel 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° en 18°, vermeld zijn, is het advies bindend op voorwaarde dat de beslissing geschreven, gemotiveerd en met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigden is genomen.

Artikel 7 wil de adviesbevoegdheid - zowel de bindende als de niet-bindende - vervangen door een rechtstreeks overleg tussen de beheerder (of zijn afgevaardigde) en een delegatie van de Medische Raad.

b) De beheerder en de Medische Raad worden in het permanent overlegcomité vertegenwoordigd door afgevaardigden. Uit artikel 7, § 3, blijkt dat de afgevaardigden geen beslissingsrecht bezitten : zij moeten het bereikte akkoord ten aanzien van hun mandaatgevers verdedigen.

c) Bij ontstentenis van akkoord wordt de procedure omschreven in artikel 5 hernomen, d.w.z. dat de Medische Raad om advies dient te worden gevraagd voor de in artikel 5, § 3, opgesomde aangelegenheden.

2. In § 1, tweede lid, voege men na het woord "overlegcomité" in : "hierna genoemd het Comité,".

.../...

3. Paragraaf 2 gewaagt in de Nederlandse versie van "advies" en in de Franse van "avis préalable". Het woord "préalable" is overbodig.

4. In artikel 7, § 4, dienen 2° en 3° te worden vervangen door de volgende tekst :

"2° Wanneer de beheerder zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het Comité is bereikt, motiveert hij zijn standpunt en legt de zaak aan de Medische Raad voor, die overeenkomstig artikel 5, § 4, advies geeft.

Wanneer de Medische Raad zich niet kan aansluiten bij het akkoord dat in het Comité is bereikt, brengt hij een geschreven en gemotiveerd advies uit.

Op de adviezen van de Medische Raad is artikel 5, § 4, van toepassing. Betreft het een aangelegenheid vermeld in artikel 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° of 18°, dan is, voor zover het advies met een tweederde meerderheid van de stemgerechtigden is uitgebracht, artikel 5, § 5, van toepassing".

.../...

Artikel 8.

1. Volgens dit artikel moet ieder ziekenhuis een algemene regeling uitwerken waarin de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren worden vastgesteld. Dit algemeen reglement zal volgens de memorie van toelichting dienen "als algemeen kader en als richtsnoer voor de individuele regelingen met elke geneesheer afzonderlijk".

Tekst en toelichting stemmen aldus niet overeen : een algemene regeling is per definitie algemeen bindend in die zin dat er niet mag van afgeweken worden.

Wat de openbare ziekenhuizen betreft (O.C.M.W.), komt daar nog bij dat zo de algemene regeling het karakter bezit van een statuut, er bij toepassing van het "Patere legem ..." principe, niet zal kunnen van afgeweken worden in individuele gevallen, tenzij in het statuut zelf een regel voorkomt die dergelijke afwijkingen mogelijk maakt.

Geneesheren kunnen evenwel ook worden aangeworven op grond van een arbeidsovereenkomst of van een aannemingsovereenkomst. Het is aan de overheid niet verboden personeel aan te werven onder een contractueel regime. Het ontwerp doet aan deze mogelijkheid geen afbreuk.

Wordt gekozen voor een statutair regime, dan is, indien het ontwerp wordt aangenomen, de bevoegdheid van de overheid beperkt tot de benoeming : de rechten en verplichtingen van de geneesheer zullen dan in de algemene regeling bepaald zijn.

Kiest de overheid het contractueel regime, dan kan zij individuele overeenkomsten sluiten waarin specifieke bepalingen voorkomen, maar die zullen, volgt men de tekst van het ontwerp, uiteraard niet strijdig mogen zijn met de "algemene regeling". Hetzelfde geldt voor de privé-ziekenhuizen die individuele overeenkomsten sluiten.

.../...

2. Artikel 8 bepaalt ook dat in de algemene regeling de organisatie- en de werkvoorwaarden worden bepaald. Bepalingen betreffende de inwendige inrichting van de dienst dienen onderscheiden te worden van de statutaire bepalingen betreffende de rechten en verplichtingen. Daarom is het raadzaam dat een afzonderlijk reglement de inrichting van de dienst zou bepalen.

3. In de regelen betreffende de inwendige inrichting zullen ter uitvoering van het onderhavige wetsontwerp geen bepalingen mogen worden ingelast die aangelegenheden betreffen welke tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren; men denke aan het bezoekrecht.

4. Een analoge opmerking geldt voor het bepaalde in § 3, 5° en 6°.

5. In § 2 schrijve men "procedure" in plaats van "werkwijze".

6. Paragraaf 3, 1°, kan op het eerste gezicht aanleiding tot onzekerheid geven wat de toe te passen procedure betreft. Immers, artikel 5, § 3, 7°, beschouwt als een aangelegenheid die aanleiding kan geven tot een bindend advies van de Medische Raad : "de in artikel 8 bedoelde algemene regeling met betrekking tot de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren".

In die algemene regeling moeten worden vastgesteld "de voorwaarden van benoeming, aanwerving, toelating en bevordering".

Artikel 5, § 3, 5°, vermeldt echter "de benoeming, de aanwerving, de toelating en de bevordering van de geneesheren" onder de aangelegenheden die geen aanleiding tot een bindend advies van de Medische Raad kunnen geven.

Indien met "de benoeming, de aanwerving ..." waarvan

individuele handelingen bedoeld worden, dan bestaat er geen tegenstrijdigheid tussen artikel 5, § 3, 5°, en artikel 8, § 3, 1°. Het verdient dan ook aanbeveling de opsomming van de 18 punten waarover het advies van de Medische Raad dient ingewonnen te worden, te rangschikken in, enerzijds, de reglementaire, en anderzijds, de individuele handelingen.

7. De algemene regeling dient onder meer vast te stellen "in welke soort gevallen, om welke motieven en volgens welke procedures een einde kan worden gesteld aan de tussen beheerder en geneesheer bestaande rechtsverhoudingen".

Van belang is het regime dat op een geneesheer van een openbaar ziekenhuis van toepassing is, te weten een statutair of een contractueel regime.

Het zal toch niet de bedoeling zijn dat een algemene regeling betreffende tuchtrecht en uitdiensttreding geldend voor een openbaar ziekenhuis in de plaats treedt van de wetsbepalingen die gelden ten aanzien van die geneesheren welke onder een statutair regime zijn aangeworven.

8. De hiervoren gemaakte opmerking geldt ook voor het bepalen van de financiële regeling (artikel 8, § 3, 4°), met andere woorden van het geldelijk statuut van de geneesheren-ambtenaren.

9. De bepaling onder artikel 8, § 3, 6°, luidende : "de na te leven afspraken tot het waarborgen van de promotie van het ziekenhuis ... en tot eerbiediging van het gezag eigen aan de funktie van de geneesheer anderzijds", is uiterst vaag. Men kan zich afvragen of deze bepaling, wel in het ontwerp thuishoort omdat zij geen eigenlijke rechtsnorm is.

Zie daarenboven wat werd gezegd in punt 4.

Artikel 9.

De bepaling van § 2, 3°, hoort niet goed thuis in een contractuele regeling.

.../...

Artikel 10.

De Koning wordt gemachtigd, zonder beperking in de tijd en zonder omschrijving van het object van de delegatie, om artikel 1, § 3, van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders te wijzigen met betrekking tot de ziekenhuisgeneesheren.

Artikel 1 van de wet van 27 juni 1969 bestond uit twee paragrafen; artikel 106 van de wet van 5 januari 1976 betreffende de budgettaire voorstellen 1975-1976 voegde er een § 3 aan toe, die luidt als volgt :

> "§ 3. Deze wet vindt evenmin toepassing op de door privé-personen ingerichte of tot de openbare sector behorende verplegingsinstellingen, diensten voor school- en beroepsoriëntering, psyho-medisch-sociale centra en diensten voor medisch schooltoezicht, alsmede de geneesheren die zij tewerkstellen, indien deze geneesheren eveneens onder de toepassing van het sociaal statuut der zelfstandigen vallen wegens de uitoefening van de geneeskunde buiten die instellingen, diensten of centra, tenzij zij in die instellingen, diensten of centra, uitsluitend met een vast loon worden betaald".

Artikel 12.

1. In artikel 12, § 2, kan de tussenzin "onverminderd toepassing van artikel 15", worden weggelaten. De overgangsbepaling van artikel 15 volstaat op zichzelf.

2. In artikel 12, § 3, leze men : "... tevens zal moeten worden bepaald dat aan de beheerder of zijn afgevaardigde gelijkwaardige toezichtsmogelijkheden worden geboden als die welke in § 2, 2°, voor de Medische Raad en in § 2, 3°, voor de geneesheren zijn voorzien".

.../...

Artikel 13.

1. Artikel 13 is wat de vorm betreft te herschrijven.

2. De betekenis van : "Bovendien waarborgt de Medische Raad ..." is niet duidelijk. Geldt deze bepaling eveneens wanneer het "noodzakelijk quorum van verbintenissen" niet werd bereikt ? (1). Is het de bedoeling dat in deze hypothese de Medische Raad de verbintenistarieven toch doet eerbiedigen voor meerpersoonskamers ? Moet de patiënt een dokter kiezen tussen de verbonden geneesheren of mag hij een andere verbonden dokter aanwijzen, die dan in het ziekenhuis mag optreden ?

Artikel 14.

1. Dit artikel betreft de aanwending van de centraal geïnde honoraria. Volgens de toelichting zou het niet van toepassing zijn op de geneesheer die een vaste wedde geniet. Zulks zou uitdrukkelijk moeten blijken uit de wettekst en ook moeten gelden wanneer een vaste vergoeding uitgekeerd wordt.

Paragraaf 1 zou dan ook als volgt moeten worden aangevuld :

"Deze verplichte aanwending geldt niet voor de bedragen vermeld in 2°, 3° en 4° wanneer de geneesheer een wedde geniet of forfaitair vergoed wordt".

2. In § 3 is bepaald dat de tarieven in gemeenschappelijk akkoord tussen de beheerder en de Medische Raad worden vastgesteld.

.../...

---

(1) Artikel 34, § 3, tweede lid,van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalt dat de "akkoorden in werking treden in een bepaald gewest, 45 dagen na hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, behoudens indien meer dan 40 pct van de geneesheren of van de tandheelkundigen bij een ter post aangetekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben".

In § 4 is bepaald dat de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen algemeen geldende criteria en percentages voor de tarieven kan bepalen.

Het ware duidelijker de bepaling van § 4 in § 3 onder te brengen.

Artikel 15.

1. De termen "de algemene bepalingen met betrekking tot de inrichting en het toezicht" zijn te vaag. Nadere precisering in de tekst is vereist.

2. De Nederlandse tekst van artikel 15, § 2, dient verbeterd te worden als volgt : "... en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innen voor zover hij zijn voornemen bekendmaakt aan de Medische Raad en aan de beheerder binnen drie maand na de datum van inwerkingtreding van deze wet en voor zover de Medische Raad hiermede zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord".

In de Franse tekst voege men na het woord "percevoir" het woord "lui-même" in en schrijve men aan het slot : ... son accord. Le Conseil médical notifie cet accord au gestionnaire".

3. Wat wanneer de Medische Raad nog niet is opgericht binnen de drie maand volgend op de inwerkingtreding van de wet, die plaats zal hebben tien dagen na haar bekendmaking in het Belgisch Staatsblad ?

Artikel 16.

De Regering verzet zich niet tegen verdergaande integratie van de geneesheer voor zover deze op 31 december 1983 bestond.

/...

De ziekenhuizen waarin dit niet bestond, zullen zich stipt aan de wet moeten houden, die uit het onderhavige ontwerp zal groeien.

Wie zal oordelen of een op 31 december 1983 bestaande toestand - met wellicht andere structuren dan deze voorgeschreven door het ontwerp - een verdergaande, juridische of financiële integratie van de geneeshèren in het ziekenhuis behelst ? Zal dit de tot erkenning bevoegde overheid zijn ?

Algemene bepalingen.

Men schrijve liever : "Slotbepalingen".

Artikel 18.

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

De erkenning van een ziekenhuis behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschap (1). Volgens artikel 5, § 2, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 brengen de Gemeenschapsexecutieven de bevoegde nationale overheid op de hoogte van hun beslissingen inzake erkenning, sluiting en investering.

.../...

---

(1) Zie wat de procedure van erkenning betreft, het besluit van de Vlaamse Executieve van 23 februari 1983, dat het koninklijk besluit van 10 oktober 1974 opheft.

2. De naleving van de bepalingen van de hoofdstukken II en III - vooral dit laatste - dient permanent in de tijd te worden nagegaan. De niet-naleving kan eventueel de intrekking van de erkenning voor gevolg hebben.

3. De strafbepaling ingeschreven in artikel 18, § 2, is veel te vaag. De misdrijven moeten duidelijk omschreven worden zoals dit geschied is in artikel 18 van de ziekenhuiswet van 23 december 1963.

Artikel 19.

Zoals deze tekst gesteld is, zal de Koning individuele besluiten moeten nemen om de wet toepasselijk te verklaren op ieder ziekenhuis. Hij kan ook besluiten nemen voor bepaalde categorieën (bijvoorbeeld volgens het aantal bedden, of volgens het aantal geneesheren).

Bij ontstentenis van besluit is de wet toepasselijk bij het einde van het tweede jaar volgend op de afkondiging (in plaats van uitvaardiging) van de wet.

Artikel 20.

Volgens dit artikel doet, binnen de overeenkomstig artikel 19 vermelde periode, elk ziekenhuis mededeling aan het secretariaat van de Paritaire Commissie van de wijze waarop aan deze wet gevolg wordt gegeven.

1. Welke periode is bedoeld ? Artikel 19 bepaalt enkel een periode van twee jaar. Het ware wenselijk dit met zoveel woorden in artikel 20 te herhalen.

.../...

2. Men kan zich afvragen hoe een ziekenhuis melding kan doen van de wijze waarop het gevolg geeft aan de wet, zolang de wet op dat ziekenhuis in kwestie niet toepasselijk is verklaard.

3. Het secretariaat van de Paritaire Commissie wordt belast met een taak die erin bestaat de beslissingen van een ziekenhuis te toetsen aan de wet.

Bij niet-conformiteit wordt een procedure ingericht (werkgroep ad hoc en ten slotte bureau van de Paritaire Commissie).

---

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

I. OBSERVATIONS GENERALES.

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

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

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

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

.../...

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

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

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

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

II. OBSERVATIONS PARTICULIERES.

Article ler.

1. Si la suggestion faite au point 1 de la rubrique I est adoptée, les dispositions de l'article ler, § ler, peuvent être considérées comme superflues. L'on peut toutefois, le cas

échéant, modifier le champ d'application de la loi sur les hôpitaux dans le sens de ces dispositions.

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

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

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

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

Article 2.

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

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

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

.../...

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

"§ ler. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

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

2° directeur : la personne ou le collège chargé de la direction générale des activités journalières de l'hôpital;

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

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

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

Article 3.

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

.../...

Les normes devraient être formulées de manière plus directe.

Texte proposé.

"§ ler. Dans chaque hôpital il y a :

1° un staff médical groupant tous les médecins de l'hôpital;

2° un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical;

3° un médecin-chef de service, pour chacun des différents services du département médical.

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

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

.../...

Article 5.

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

1. Contenu de l'article.

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

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

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

Ces six points sont les suivants :

1) le règlement concernant l'organisation et la coordination des services médicaux (§ 3, 1°);

2) la fixation et la modification du cadre du personnel financé à charge des honoraires (§ 3, 4°);

3) la révocation et autres sanctions infligées aux médecins (§ 3, 6°) (1);

4) la réglementation générale des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visée à l'article 8 (§ 3, 7°);

- - - - - - - - - - - ...//...

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

5) l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé en tout ou en partie à charge des honoraires (§ 3, 12°);

6) la nomination du médecin en chef (§ 3, 18°).

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

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

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

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

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

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

.../...

2. Observation générale.

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

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

3. Dans le paragraphe 1er, le projet utilise pour la première fois la notion de "médecin hospitalier", sans toutefois la définir.

4. Le paragraphe 2 dispose que le cadre général dans lequel le Conseil médical exerce sa mission ne peut porter atteinte aux compétences du médecin en chef. Or, sous réserve du minimum prévu par l'article 3, § 1er, alinéa 3, du projet, ces compétences sont fixées par le Roi. La portée d'une disposition législative se trouve ainsi limitée par une disposition arrêtée par le pouvoir exécutif.

5. Les matières sur lesquelles le Conseil médical doit donner son avis ont déjà fait l'objet d'observations. Pour d'autres matières, il est clair qu'il n'appartient pas au législateur national d'attribuer une compétence d'avis au Conseil médical qu'il institue, étant donné qu'il s'agit de matières qui relèvent des Communautés. C'est très certainement le cas pour les matières dont il est question à l'article 5, § 3, 16° et 17°.

.../...

6.a) Le paragraphe 5 prévoit une procédure de concertation entre le gestionnaire et le Conseil médical ou une délégation de celui-ci. Faut-il entendre par cette délégation le comité permanent de concertation, tel qu'il est réglé par l'article 7 ?

b) Selon le texte du projet, la majorité des deux tiers doit se calculer comme suit :

- l'avis obligatoire du Conseil médical requiert les deux tiers des membres ayant droit de vote (et donc pas des membres présents);

- la décision des médecins attachés à l'hôpital qui fait suite à la proposition motivée faite par le gestionnaire après l'échec de la concertation avec le Conseil médical, requiert les deux tiers des médecins présents. Le texte devrait le faire apparaître de manière plus explicite, à moins que l'intention ne soit d'exiger, ici aussi, la majorité des deux tiers des membres.

7. Le médiateur est choisi sur une liste de médiateurs dressée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Par cela seul, il y a lieu d'associer le Ministre ou Secrétaire d'Etat dont relève la Santé publique à la proposition et au contreseing du projet.

8. La procédure exposée ci-dessus ne peut être appliquée lorsqu'il s'agit de révoquer un médecin du C.P.A.S. sous régime statutaire ou de lui infliger une autre sanction. En pareille

occurrence, ce sont les articles 51, 52 et 54 de la loi du 8 juillet 1976 qui règlent la procédure et les voies de recours (1).

9. Selon le paragraphe 5, alinéa 2, le médiateur est de préférence désigné d'un commun accord. Quelles sont les parties qui prennent part à cet accord ? Le gestionnaire et le Conseil médical ou un délégué de celui-ci ?

Si aucun accord n'intervient, le Ministre désigne le médiateur. Quel est ce Ministre ?

10. Il vaudrait mieux rédiger le paragraphe 6 comme suit :

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

## Article 6.

Cet article concerne la composition du Conseil médical. Il pose comme principe que les membres de ce conseil sont élus en leur sein par les médecins attachés à l'hôpital.

.../...

- - - - - - - - - - -

(1) Sur ce point, l'exposé des motifs est trop peu nuancé : "Il ne faut donc pas considérer le projet comme en contradiction avec la loi sur les C.P.A.S., mais bien comme une législation spécifique en vue de résoudre un problème posé dans tous les hôpitaux et qui exige une approche particulière qui à certains égards demande une adaptation de la prise de décision usuelle selon la loi sur les C.P.A.S. Par rapport aux hôpitaux de C.P.A.S., le projet de loi doit donc être considéré comme une loi spéciale complétant la loi générale sur les C.P.A.S. en ce qui concerne les points traités dans le projet" (p. 17).

1. a) A l'alinéa 2 du paragraphe 1er, il y a lieu d'écrire :

"Le Roi fixe le niveau minimum d'activité que les médecins doivent remplir pour avoir droit de vote d'une part et être éligibles d'autre part".

b) Dans le texte néerlandais de l'alinéa 3 du paragraphe 1er, il y a lieu d'écrire :

"De Koning bepaalt eveneens de regelen betreffende de samenstelling ...".

2. Que faut-il entendre par : "mode de désignation des membres" ? Ne devrait-il pas s'agir du "mode d'élection des membres" ?

3. A la fin du paragraphe 2, il y a discordance entre les versions française et néerlandaise. La version néerlandaise doit être formulée comme suit : "De Koning bepaalt de nadere regelen tot uitvoering van deze paragraaf". Dans la version française, il convient d'écrire "Le Roi détermine les modalités d'exécution de ce paragraphe".

Article 7.

1. Ainsi qu'il a été relevé lors de l'examen de l'article 5, l'application de la procédure prévue par cet article peut être évitée lorsqu'une concertation directe est organisée entre le gestionnaire et le Conseil médical. A cette fin, un comité permanent de concertation doit être créé.

.../...

Pour la bonne compréhension de ce système, il convient de souligner les points suivants :

a) La concertation au sein du comité permanent se substitue à la compétence d'avis que le Conseil médical possède en vertu de l'article 5, § 3.

Ainsi qu'il a été observé lors de l'examen de l'article 5, le Conseil médical dispose d'une double compétence d'avis. Dans la plupart des matières, son avis n'est pas obligatoire. Dans les six matières mentionnées à l'article 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° et 18°, il est obligatoire à condition que la décision soit écrite, motivée et prise à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote.

L'article 7 entend remplacer la compétence d'avis - aussi bien l'obligatoire que l'autre - par une concertation directe entre le gestionnaire (ou son délégué) et une délégation du Conseil médical.

b) Le gestionnaire et le Conseil médical sont représentés au comité permanent de concertation par des délégués. Il ressort de l'article 7, § 3, que les délégués ne possèdent pas de pouvoir de décision : ils doivent défendre l'accord conclu auprès de leurs mandants.

c) A défaut d'accord, la procédure décrite à l'article 5 est reprise, ce qui signifie que l'avis du Conseil médical doit être recueilli pour les matières énumérées à l'article 5, § 3.

.../...

2. Dans le paragraphe 1er., alinéa 2, il y a lieu d'insérer après les mots "comité permanent de concertation" les mots "dénommé ci-après le Comité,".

3. Dans le texte français du paragraphe 2, il est question d'un "avis préalable" alors que le texte néerlandais parle d'"advies". Le terme "préalable" est superflu dans le texte français.

4. Il conviendrait de remplacer l'article 7, § 4, 2° et 3°, par le texte ci-dessous :

"2° Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du Comité, il motive son point de vue et soumet la question au Conseil médical, qui émet un avis conformément à l'article 5, § 4.

Lorsque le Conseil médical ne peut se rallier à l'accord conclu au sein du Comité, il émet un avis écrit et motivé.

Les avis du Conseil médical sont soumis à l'application de l'article 5, § 4. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 5, § 3, 1°, 4°, 6°, 7°, 12° ou 18°, l'article 5, § 5, est d'application pour autant que l'avis ait été émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote".

.../...

Article 8.

1. Selon cet article, chaque hôpital doit élaborer une réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins. Cette réglementation générale doit, selon l'exposé des motifs, servir de "cadre général et (de) directive pour la réglementation individuelle de chaque médecin".

Le texte et le commentaire ne concordent donc pas : une réglementation générale est par définition obligatoire, en ce sens qu'il ne peut y être dérogé.

A cela s'ajoute, en ce qui concerne les hôpitaux publics (C.P.A.S.), qu'au cas où la réglementation générale revêt le caractère d'un statut, il ne sera pas possible d'y déroger dans des cas individuels, en application du principe "patere legem ...", à moins que le statut lui-même ne contienne une règle autorisant de telles dérogations.

Toutefois, les médecins peuvent aussi être engagés dans les liens d'un contrat de travail ou d'un contrat d'entreprise. Il n'est pas interdit à l'autorité d'engager du personnel sous régime contractuel. Le projet ne porte pas atteinte à cette faculté.

S'il est opté pour un régime statutaire, la compétence de l'autorité sera, en cas d'adoption du projet, limitée à la nomination : les droits et les obligations du médecin seront alors définis dans la réglementation générale.

.../...

Si l'autorité opte pour le régime contractuel, elle pourra conclure des contrats individuels contenant des clauses spécifiques, qui, selon le texte du projet, ne pourront toutefois pas être contraires à la "réglementation générale". La même observation s'applique aux hôpitaux privés qui concluent des contrats individuels.

2. L'article 8 dispose en outre que la réglementation générale fixe les conditions d'organisation et les conditions de travail. Il convient de distinguer les dispositions relatives à l'organisation interne du service et les dispositions statutaires concernant les droits et les obligations. Il se recommande dès lors de prévoir un règlement distinct pour l'organisation du service.

3. Le règlement relatif à l'organisation interne, arrêté en exécution de la loi en projet, ne pourra contenir aucune disposition concernant des matières relevant de la compétence des Communautés; il n'est qu'à songer au droit de visite.

4. Une observation analogue s'applique aux dispositions du § 3, 5° et 6°.

5. Au § 2, on écrira, dans la version néerlandaise, "procedure" au lieu de "werkwijze".

6. A première vue, le § 3, 1°, peut créer l'incertitude quant à la procédure à appliquer. En effet, l'article 5, § 3, 7°, considère "la réglementation générale des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, visée à l'article 8" comme une matière pouvant faire l'objet d'un avis obligatoire du Conseil médical.

.../...

Cette réglementation générale doit déterminer "les conditions de nomination, d'engagement, d'admission et de promotion"

L'article 5, § 3, 5°, mentionne toutefois "la nomination, l'engagement, l'admission et la promotion des médecins" parmi les matières qui ne peuvent pas faire l'objet d'un avis obligatoire du Conseil médical.

Si "la nomination, l'engagement ..." visés à l'article 5, § 3, 5°, ne sont pas considérés comme des actes réglementaires, mais comme des actes individuels, il n'y a pas de contradiction entre l'article 5, § 3, 5°, et l'article 8, § 3, 1°. Il se recommande dès lors de scinder en une série d'actes réglementaires, d'une part, et une série d'actes individuels, d'autre part, l'énumération des 18 points pour lesquels l'avis du Conseil médical doit être pris.

7. La réglementation générale doit déterminer entre autres "dans quels genres de cas, pour quels motifs et selon quelles procédures il peut être mis fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et les médecins".

Ce qui importe, à cet égard, c'est la nature, statutaire ou contractuelle, du régime auquel le médecin d'un hôpital public est soumis.

Il n'entre sans doute pas dans l'intention du Gouvernement de faire en sorte qu'une réglementation générale en matière disciplinaire et de cessation de fonctions applicable dans un hôpital public se substitue aux dispositions légales qui s'appliquent à ceux des médecins qui ont été engagés sous régime statutaire.

.../...

8. L'observation formulée ci-avant vaut aussi pour les arrangements financiers visés à l'article 8, § 3, 4°, en d'autres termes, pour la fixation du statut pécuniaire des médecins fonctionnaires.

9. La disposition de l'article 8, § 3, 6°, aux termes de laquelle "les arrangements pris pour garantir, d'une part, la promotion de l'hôpital ... et, d'autre part, le respect de l'autorité liée à la fonction du médecin", est extrêmement vague. On peut se demander si elle est bien à sa place dans le projet, étant donné qu'elle n'est pas une norme juridique au sens propre du terme.

On se reportera, pour le surplus, à ce qui a été dit au point 4.

Article 9.

La disposition du § 2, 3°, n'est guère à sa place dans un régime contractuel.

Article 10.

Cet article délègue au Roi, sans limitation dans le temps et sans en définir l'objet, le pouvoir de modifier, en ce qui concerne les médecins hospitaliers, l'article 1er, § 3, de la loi du 27 juin 1969 revisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

.../...

L'article 1er de la loi du 27 juin 1969 comprenait deux paragraphes; l'article 106 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-1976 y a ajouté un paragraphe 3, rédigé comme suit :

> "§ 3. Cette loi ne s'applique pas davantage aux institutions hospitalières créées par des personnes privées ou appartenant au secteur public, aux services d'orientation scolaire ou professionnelle, centres psycho-médico-sociaux et services de surveillance médicale scolaire, ainsi qu'aux médecins qui y sont occupés, si ces médecins sont également soumis à l'application du statut social des travailleurs indépendants pour raison d'exercice de la médecine en dehors de ces institutions, services et centres, à moins que ceux-ci ne leur octroient exclusivement qu'une rémunération fixe".

Article 12.

1. A l'article 12, § 2, le membre de phrase "sans préjudice de l'application de l'article 15" peut être omis. La disposition transitoire de l'article 15 suffit à elle seule.

2. A l'article 12, § 3, on écrira : "...; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles qui sont prévues au § 2, 2°, pour le Conseil médical et au § 2, 3°, pour les médecins".

.../...

Article 13.

1. L'article 13 doit être réécrit du point de vue de la forme.

2. La portée des mots "En outre, le Conseil médical garantit que ..." n'est pas claire. Cette disposition s'applique-t-elle également lorsque le "quorum d'engagements requis" n'a pas été atteint ? (1). L'intention du Gouvernement est-elle de faire en sorte qu'en pareille hypothèse le Conseil médical fasse néanmoins respecter les tarifs de l'engagement pour les chambres de plus d'une personne ? Le malade doit-il choisir un médecin parmi les médecins engagés ou peut-il désigner un autre médecin engagé, lequel pourra alors pratiquer dans l'hôpital ?

Article 14.

1. Cet article règle l'affectation des honoraires perçus de façon centrale. Selon l'exposé des motifs, il ne serait pas applicable au médecin qui bénéficie d'un traitement fixe. Cela

.../...

---

(1) L'article 34, § 3, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dispose que les "accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords".

devrait être dit expressément dans le texte de la loi en projet et devrait valoir également dans le cas où le médecin perçoit une indemnité forfaitaire.

Le paragraphe ler devrait dès lors être complété comme suit :

"L'affectation obligatoire ne s'applique pas aux montants visés aux 2°, 3° et 4° lorsque le médecin bénéficie d'un traitement ou est rétribué forfaitairement".

2. Le paragraphe 3 dispose que les tarifs sont fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical.

Le paragraphe 4 dispose que la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux peut fixer les critères et pourcentages généraux pour les tarifs.

Il serait préférable, dans un souci de clarté, d'inclure cette disposition dans le paragraphe 3.

Article 15.

1. L'expression "les dispositions générales relatives à l'organisation et au contrôle" est trop vague. Le texte demande à être précisé.

2. Le texte néerlandais de l'article 15, § 2, doit être corrigé comme suit : " ... en die op 31 december 1983 zelf zijn honoraria int, zijn honoraria verder zelf innen voor zover hij zijn voornemen bekendmaakt aan de Medische

.../...

Raad en aan de beheerder binnen drie maand na de datum van inwerkingtreding van deze wet en voor zover de Medische Raad hiermede zijn akkoord betuigt. De Medische Raad geeft aan de beheerder kennis van dit akkoord".

Dans le texte français, l'on insérera le mot "lui-même" après le mot "percevoir" et l'on rédigera la fin comme suit : " ... son accord. Le Conseil médical notifie cet accord au gestionnaire".

3. Qu'adviendrait-il dans l'éventualité où le Conseil médical n'aurait pas été créé dans les trois mois de l'entrée en vigueur de la loi, qui interviendra dix jours après la publication de celle-ci au Moniteur belge ?

Article 16.

Le Gouvernement ne s'oppose pas à une intégration plus étroite du médecin pour autant qu'elle existât à la date du 31 décembre 1983.

Les hôpitaux où cette intégration n'existait pas devront s'en tenir strictement aux dispositions de la loi qui résultera du présent avant-projet.

Quelle est l'autorité qui sera appelée à apprécier si une situation existant au 31 décembre 1983 - avec des structures sans doute différentes de celles décrites dans le projet - implique une intégration juridique ou financière plus étroite du médecin à l'hôpital ? Sera-ce l'autorité qui est compétente pour l'agrément ?

.../...

Dispositions générales.

Il vaudrait mieux écrire : "Dispositions finales".

Article 18.

1. Le respect des dispositions des chapitres II et III de la loi en projet constitue pour les hôpitaux une condition d'agrément.

L'agrément d'un hôpital relève de la compétence de la Communauté (1). En vertu de l'article 5, § 2, de la loi spéciale du 8 août 1980, les Exécutifs de Communauté informent l'autorité nationale compétente de leurs décisions en matière d'agréation, de fermeture et d'investissements.

2. Le respect des dispositions du chapitre II et, plus particulièrement, de celles du chapitre III devra faire l'objet d'une vérification permanente. L'inobservation de ces dispositions pourra, le cas échéant, entraîner le retrait de l'agrément.

3. La disposition pénale qui figure à l'article 18, § 2, du projet est par trop imprécise. Les infractions doivent être clairement définies, comme c'est le cas à l'article 18 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

.../...

---

(1) Voir, en ce qui concerne la procédure d'agrément, l'arrêté de l'Exécutif flamand du 23 février 1983, qui abroge l'arrêté royal du 10 octobre 1974.

Article 19.

Selon le texte, tel qu'il est rédigé, le Roi devra prendre des arrêtés individuels pour rendre la loi applicable à chaque hôpital. Il peut aussi prendre des arrêtés pour des catégories déterminées (par exemple, selon le nombre de lits ou le nombre de médecins).

A défaut d'arrêté, la loi sera applicable à la fin de la deuxième année qui suit sa promulgation (dans le texte néerlandais il faut lire : "afkondiging" au lieu de "uitvaardiging").

Article 20.

Cet article prévoit que, "endéans la période fixée conformément à l'article 19", chaque hôpital informe le secrétariat de la Commission paritaire de la façon dont il "respecte" la loi.

1. De quelle période s'agit-il ? L'article 19 prévoit uniquement une période de deux ans. Il serait souhaitable de le rappeler expressément à l'article 20.

2. Il est permis de se demander comment un hôpital pourra faire une déclaration sur la manière dont il respecte la loi, aussi longtemps que la loi ne lui aura pas été rendue applicable.

3. Le secrétariat de la Commission paritaire est chargé d'une mission qui consiste à vérifier la conformité des décisions

.../...

d'un hôpital avec la loi.

Une procédure est organisée en cas de non-conformité (constitution d'un groupe de travail ad hoc et, finalement, intervention du bureau de la Commission paritaire).

---

De kamer was samengesteld uit

de Heren : G. BAETEMAN, kamervoorzitter,
Messieurs : président de chambre,

J. NIMMEGEERS, staatsraden,
J. BORRET, conseillers d'Etat,

G. VAN HECKE, assessoren van de afdeling wetgeving,
S. FREDERICQ, assesseurs de la section de législation,

Mevrouw : S. VAN AELST, griffier,
Madame : greffier.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de H. G. BAETEMAN.

Het verslag werd uitgebracht door de H. W. VAN ASSCHE, auditeur-generaal.

La chambre était composée de

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. G. BAETEMAN.

Le rapport a été présenté par M. W. VAN ASSCHE, auditeur général.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER, DE VOORZITTER - LE PRESIDENT,

S. VAN AELST. G. BAETEMAN.