

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

19 april 2001

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de ziekenhuiswet
van 7 augustus 1987,
teneinde de bijzondere kenmerken van de
openbare ziekenhuizen te erkennen**

(ingediend door de heer Yvan Mayeur)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

19 avril 2001

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi sur les hôpitaux,
coordonnée le 7 août 1987,
en vue de la reconnaissance des
spécificités des hôpitaux publics**

(déposée par M. Yvan Mayeur)

SAMENVATTING

Een openbaar ziekenhuis dient ingevolge zijn publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid bijzondere lasten te dragen die niet gelden voor de privé-ziekenhuizen (opname van de sociaal-economisch achtergestelde patiënten, loonkosten enzovoort). Een en ander weegt op zijn financiën. De Belgische ziekenhuiswereld heeft de jongste jaren aanzienlijke veranderingen ondergaan, in het voordeel van de privé-ziekenhuizen. Om de belangrijke rol van de openbare ziekenhuizen te vrijwaren, voegt dit wetsvoorstel in de op 7 augustus 1987 gecoördineerde ziekenhuiswet specifieke bepalingen in (begripsbepaling, opdrachten, toereikende financiering, tenlasteneming van de financiële tekorten enzovoort).

RÉSUMÉ

En raison de son statut d'institution de droit public, l'hôpital public doit supporter des charges particulières que ne connaissent pas les hôpitaux privés (prise en charge des patients socio-économiquement précarisés, coûts salariaux, etc...) et qui pèsent sur ses finances. On assiste dès lors depuis plusieurs années à une profonde mutation du paysage hospitalier belge au profit des hôpitaux privés. Afin de garantir le rôle essentiel que remplissent les hôpitaux publics, la présente proposition introduit dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, des dispositions spécifiques aux hôpitaux publics (définition, missions, financement adéquat, prise en charge des déficits, etc...).

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social-chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het Beknopt Verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)	CRIV :	Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers Bestellingen : Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.deKamer.be e-mail : alg.zaken@deKamer.be	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants Commandes : Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.laChambre.be e-mail : aff.generales@laChambre.be
---	--

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De Belgische ziekenhuiswereld ondergaat grondige wijzigingen: naast de ook in de andere West-Europese landen heersende algemene tendensen (vermindering van het aantal bedden, verkorting van de verblijfsduur, opkomst van de alternatieve verzorgingswijzen) voltrekken zich in ons land twee andere evoluties, met name de almaar grotere omvang van de ziekenhuizen door opeenvolgende fusies en de ommekeer in de spreiding van de bedden over openbare en privé-ziekenhuizen; in de jaren '20 behoorde meer dan 75 % van de ziekenhuisbedden tot de openbare sector, thans is dat nog amper iets meer dan 35 %¹.

Volgens sommigen² is dat het gevolg van de gewijzigde regelgeving inzake subsidiëring van de werken en voorzieningen. In 1949 werd immers alleen de openbare ziekenhuissector gesubsidieerd, tegen 100 %. Sinds 1975 is de subsidie, ten belope van 60 % van de investeringsuitgaven, dezelfde voor alle ziekenhuizen, ongeacht of het openbare dan wel privé-ziekenhuizen betreft. In de privé-sector blijven de aldus gesubsidieerde voorzieningen nochtans eigendom van de aandeelhouders.

Bovendien worden sinds een twintigtal jaren vaak bedden overgeheveld van de openbare naar de privé-sector, wellicht omdat de Staat sinds 1983 niet langer de financiële tekorten van de openbare ziekenhuizen draagt en de opeenvolgende wijzigingen van de regelgeving ter zake er in 1989 toe hebben geleid dat het tekort uitsluitend ten laste valt van de gemeente waar het ziekenhuis gevestigd is.

Dat tekort heeft evenwel vaak verscheidene oorzaken: de bijzondere lasten van de openbare ziekenhuizen worden niet gefinancierd, er zijn geen eigen fondsen voorhanden (geen of ontoereikende kapitaalvorming) en er is een gebrek aan beheersautonomie.

Ten slotte moet erop worden gewezen dat de organiserende instanties van de openbare ziekenhuizen met-tertijd gevarieerder van aard zijn geworden. Er zijn nieuwe rechtsvormen ontstaan waardoor het voor de openbare ziekenhuizen mogelijk werd voor het ziekenhuisbeheer samen te werken met privé-partners (intercommunale verenigingen, verenigingen « hoofdstuk XII »).

¹ Bron : ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; Ph. Quertainmont, « Ziekenhuiswetgeving, Story Scientia ».

² B. André en C. Bourgeois, *De overlevingskansen van de openbare ziekenhuizen*, Het Tijdschrift van het Gemeentekrediet, 1997.

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le paysage hospitalier belge est en profonde mutation : outre les tendances générales communes aux pays d'Europe Occidentale (diminution du nombre de lits, diminution des durées de séjour, émergence de formes alternatives de soins), notre pays connaît deux autres évolutions : augmentation de la taille des hôpitaux, par la voie de fusions successives, et modification de la répartition des lits entre gestionnaires publics et gestionnaires privés. Si dans les années '20, le secteur public pesait plus de 75 % du total des lits, il ne représente plus actuellement qu'un peu plus de 35 % du total des lits hospitaliers¹.

Selon certains analystes², ce phénomène est la conséquence de la modification des règles en matière de subside des travaux et équipements : en effet, si en 1949, seul le secteur hospitalier public était subsidié, et à 100 %, depuis 1975, ce subside, qui s'élève à 60 % du coût de l'investissement, est identique pour tous les hôpitaux, publics comme privés. Et ce, alors même que les infrastructures ainsi subventionnées dans le secteur privé restent propriété de leurs actionnaires.

Depuis une vingtaine d'années, on assiste en outre fréquemment à la cession de lits publics au secteur privé : ce qui s'explique sans doute par le fait que l'État n'assume plus, depuis 1983, les déficits des hôpitaux publics, et que les modifications successives de la réglementation à cet égard ont abouti, en 1989, à reporter la charge du déficit sur la seule commune-mère.

Or, ce déficit est bien souvent la conséquence tant du non-financement des charges particulières pesant sur les hôpitaux publics, que de l'absence de fonds propres (non ou sous-capitalisation) et de l'absence d'autonomie de gestion.

Enfin, il convient de noter que les pouvoirs organisateurs des hôpitaux publics se sont diversifiés au fil du temps, avec l'apparition de nouvelles formes juridiques, permettant aux pouvoirs publics de s'associer à des partenaires privés pour la gestion hospitalière (intercommunales, associations « chapitre XII »).

¹ Sources : ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement; Ph. Quertainmont, « Législation hospitalière », Story Scientia.

² B. André et C. Bourgeois, « Maintenir les hôpitaux publics, une gageure ? », Bulletin trimestriel du Crédit communal, 1997.

Naast die aanbodvermindering van de openbare ziekenhuizen stelt men de jongste jaren het volgende vast³ :

1. een grotere behoefte aan professionele verzorging omdat de netwerken voor informele verzorging en de buurtsolidariteit wegwijnen;
2. hogere kosten ten laste van de patiënt, ondanks de recente hervormingen die bedoeld zijn om die kosten voor de zwakste bevolkingsgroepen draaglijker te maken (sociale en fiscale vrijstelling, hervorming van de verzekeraarbaarheid enzovoort);
3. de minstbedeelde patiënten grijpen bijgevolg steeds vaker terug naar zelfmedicatie, stellen verzorging uit en doen helemaal geen beroep op de preventieve geneeskunde⁴.

De openbare ziekenhuizen vervullen in die context een belangrijke rol ten aanzien van het recht op bescherming van de gezondheid en van het recht op sociale en geneeskundige bijstand, die door artikel 23 van de Grondwet voor eenieder gewaarborgd zijn.

Personen die het moeilijk hebben en aan de rand van de samenleving leven, kunnen immers vaak terecht in de openbare ziekenhuizen als ze verzorging nodig hebben.

Bovendien maken de openbare ziekenhuizen de door de zorgverzekering niet of amper terugbetaalde technieken (bijvoorbeeld de verschillende technieken inzake medisch ondersteunde voortplanting) toegankelijk voor bevolkingscategorieën met een laag of een gemiddeld inkomen.

De openbare ziekenhuizen hebben een regulerende functie inzake tarieven en zorgaanbod. Mochten ze die niet hebben, dan bestaat het gevaar van een afglijding naar een duale geneeskunde. De openbare ziekenhuizen zijn de plaats bij uitstek waar de solidariteit tot uiting kan komen. Ze moeten dus worden gesteund bij het volbrengen van hun opdracht en worden aangemoedigd om zowel de opvang als de verzorging te verbeteren.

Die verbetering kan ook worden verwezenlijkt via steun voor de activiteiten inzake klinisch onderzoek en opleiding, waarvoor veel openbare ziekenhuizen een partnerschap hebben gesloten met de universiteiten. Een en ander veronderstelt dus ook dat aan die ziekenhuizen de voor de uitoefening van hun activiteit vereiste instrumenten worden aangereikt, zowel op financieel vlak als met het oog op een doeltreffend beheer.

³ Zie Pr. Peers c.s., *Les soins de santé en Belgique. Défis et opportunités*, 2000.

⁴ Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur, *Gezondheidsenquête 1997. De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten*.

Parallèlement à cette diminution de l'offre hospitalière publique, on constate ces dernières années³ :

1. une augmentation des besoins de soins professionnels suite à l'affaiblissement des réseaux de soins informels et de la solidarité de proximité ;
2. un alourdissement des frais à charge du patient, malgré les réformes récentes visant à amortir le choc pour les populations les plus faibles (franchises sociale et fiscale, réforme de l'assurabilité, ...) ;
3. et, par conséquent, une tendance de plus en plus forte des patients précarisés à l'auto-médication, au report de soins et à l'absence de tout recours à la médecine préventive⁴.

Dans ce contexte, les hôpitaux publics remplissent un rôle essentiel pour garantir une certaine effectivité au droit à la protection de la santé et au droit à l'aide sociale et médicale, garantis à tout citoyen par l'article 23 de la Constitution.

Les hôpitaux publics sont en effet bien souvent le refuge des personnes fragilisées et marginalisées lorsqu'elles requièrent des soins.

Par ailleurs, les hôpitaux publics permettent également à des populations à revenus faibles ou à revenus moyens d'accéder à des techniques non ou faiblement remboursées par l'assurance-soins de santé (sondeurs, par exemple, aux différentes techniques de procréation médicalement assistée).

Sous peine d'assister à une dérive dramatique vers une médecine duale, les hôpitaux publics ont une fonction régulatrice sur les tarifs et sur l'offre de soins ; lieu d'expression par excellence de la solidarité, ils doivent être soutenus dans l'exercice de leurs missions, et encouragés à améliorer tant l'accueil que les soins qu'ils prodiguent.

Cette amélioration, qui passe également par le soutien aux activités de recherche clinique et de formation qui sont menées dans bon nombre d'entre eux en partenariat avec les universités du pays, suppose également que leur soient accordés les moyens, tant financiers que de gestion efficace, nécessaires à l'exercice de leur activité.

³ cf. Pr. Peers et consorts, « Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités », 2000.

⁴ cf. Institut Pasteur, « L'État de santé de la population en Belgique, Enquête sur la santé en Belgique », 1997 ».

COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELEN

Art. 2

Bepaling van het begrip «openbaar ziekenhuis»

Dit artikel strekt ertoe in de ziekenhuiswet een definitie van het begrip «openbaar ziekenhuis» op te nemen (artikel 4bis (nieuw)). In tegenstelling tot de wetgeving in de buurlanden (zie bijvoorbeeld de artikelen L6112-1 tot 9 van het Franse *Code de la Santé publique*) bevat de Belgische wetgeving geen omschrijving van dat begrip.

De organiserende instantie van een openbaar ziekenhuis kan een provinciale overheid, een gemeentelijke overheid, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, een bovengemeentelijke vereniging, een zogenoemde «hoofdstuk XII»-vereniging of iedere andere publiekrechtelijke rechtspersoon zijn.

Om een democratische controle te kunnen uitoefenen op de wijze waarop het openbaar ziekenhuis zijn opdrachten vervult, moeten overheidsvertegenwoordigers in de meerderheid zijn in de beheersorganen van het openbaar ziekenhuis.

Opdrachten van het openbaar ziekenhuis

Bovendien preciseert dit artikel de verplichtingen van het openbaar ziekenhuis die voortvloeien uit de drie wetten die van toepassing zijn op elke overheidsdienst, te weten de vereisten van gelijkheid, continuïteit en aanpassing aan veranderingen (artikel 4ter (nieuw)).

De gelijkheid inzake toegang en verzorging (artikel 4quater (nieuw)) houdt in dat het openbaar ziekenhuis geen enkel onderscheid mag maken tussen de patiënten en dat het hun diversiteit in acht neemt, wat onder meer tot uiting moet komen in:

1. de mogelijkheid om in het ziekenhuis een beroep te doen op een vertegenwoordiger van elk van de erkende erediensten of op een lekenconsulent;
2. een organisatie van een ziekenhuiskeuken die zoveel mogelijk rekening houdt met de overtuigingen van eenieder (zoals het verstrekken van aangepaste maaltijden op aanvraag);
3. de mogelijkheid om, in de mate van het mogelijke, in de eigen taal te woord te worden gestaan (beroep op tolken, meertalig personeel, vertalers, ...).

Voorts behoort een openbaar ziekenhuis weliswaar doeltreffend te worden beheerd, maar het mag niet worden gedreven door winstbejag; het moet bijgevolg een

COMMENTAIRES DES ARTICLES

Article 2

Définition de l'hôpital public

Cet article vise à inscrire dans la loi sur les hôpitaux une définition de l'hôpital public (article 4bis nouveau). En effet, contrairement aux législations des pays voisins (cf. par exemple, les articles L6112-1 à 9 du Code de la Santé publique français), la législation belge ne propose aucune définition de l'hôpital public.

Le pouvoir organisateur de l'hôpital public peut être une autorité provinciale, une autorité communale, un centre public d'action sociale, une association intercommunale, une association dite « chapitre XII » ou toute autre personne morale de droit public.

Pour garantir un contrôle démocratique sur la manière dont l'hôpital public remplit ses missions, les organes de gestion de l'hôpital public doivent être majoritairement composés de représentants des pouvoirs publics.

Missions de l'hôpital public

En outre, cet article précise les obligations qui pèsent sur l'hôpital public, et qui découlent des trois lois applicables à tout service public, à savoir les lois d'égalité, de continuité et d'adaptation au changement (article 4ter nouveau).

L'égalité d'accès et de traitement (article 4quater nouveau) implique que l'hôpital public ne pratique aucune forme de sélectivité des patients, et qu'il respecte les patients dans leur diversité, ce qui doit se traduire notamment par :

1. la possibilité de pouvoir faire appel, au sein de l'hôpital, à un représentant de chacun des cultes reconnus, ainsi qu'à un conseiller laïc;
2. une organisation de l'hôtellerie respectueuse au maximum des convictions de chacun (ex. : fourniture de repas adaptés sur demande) ;
3. la possibilité de pouvoir être accueilli dans sa langue dans la mesure du possible (appel à des interprètes, personnel multilingue, traducteur, ...).

Par ailleurs, l'hôpital public, s'il doit être géré efficacement, n'est pas animé d'un esprit de lucre : il se doit donc de pratiquer « une politique des prix » la plus sus-

prijsbeleid voeren dat het best eenieder toegang tot de verzorging kan waarborgen en dat zo transparant mogelijk is, in het bijzonder via de inachtneming van de RIZIV-overeenkomsten, een bekendmaking van de tarieven en de informatie van de patiënt.

Het openbaar ziekenhuis moet tevens gebruik maken van aangepaste instrumenten (overeenkomst met de OCMW's, sociale dienst in het ziekenhuis, ...) ten einde voor de minstbedeelde patiënten een optimale tenlasteneming en een adequate geneeskundige nazorg te waarborgen. Als georganiseerd en solidair geheel van medische, medisch-technische, paramedische, sociale en medisch-sociale diensten moet een openbaar ziekenhuis het lichamelijk, geestelijk en sociaal leed van zijn patiënten kunnen lenigen.

De inachtneming van de rechten van de patiënten, in het bijzonder inzake informatie en klachtenbehandeling (bemiddelaar, groen nummer), moet er gewaarborgd zijn.

De continuïteitsvereiste, toegepast op de activiteit van openbare ziekenhuisdienst, houdt het volgende in:

1. de klok rond, eventueel via spoedopname, moet opvang worden gewaarborgd voor eenieder die een beroep wil doen op die ziekenhuisdiensten; zo dat niet kan, moeten patiënten kunnen worden opgenomen in een ander openbaar ziekenhuis, of in een ziekenhuis waar dezelfde toegangsvoorwaarden gelden;

2. een in het openbaar ziekenhuis geboden soort van verzorging mag niet worden afgeschaft door de organiserende instantie of door de beheerder (bijvoorbeeld om redenen van rentabiliteit) als de patiënten als gevolg van die afschaffing geen toegang meer zouden hebben tot die activiteit in gelijkwaardige voorwaarden van toegankelijkheid, ook op geografisch vlak;

3. het openbaar ziekenhuis moet zijn werking inpassen in een zorgnetwerk dat de patiënten een algemene en ononderbroken verzorging kan bieden; het openbaar ziekenhuis sluit daartoe samenwerkingsovereenkomsten met de gezondheidswerkers van zijn werkingsgebied (huisartsen, voorzieningen voor korte en lange opnames, diensten voor thuiszorg, centra voor geestelijke gezondheidszorg enzovoort).

Het openbaar ziekenhuis moet zijn patiënten een kwalitatief hoogstaande verzorging waarborgen; de aanpassingsvereiste (artikel 4^{sexies}) verplicht het ertoe zijn praktijkvoering voortdurend aan te passen aan de technologische vooruitgang en aan de andere medische ontdekkingen; het moet ook zorgen voor de permanente scholing van zijn personeel en een kwaliteitsprogramma opstellen.

ceptible de garantir l'accès aux soins pour tous et la plus transparente possible. Ce qui se concrétise en particulier par le respect des conventions et accords INAMI, par une publicité sur les tarifs et par l'information du patient.

L'hôpital public doit également mettre en œuvre des mécanismes adaptés (convention avec les CPAS, service social au sein de l'hôpital, ...) de nature à assurer aux patients les plus fragilisés une prise en charge optimale et un suivi adéquat ; ensemble organisé et solidaire de services médicaux, médico-techniques, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux, l'hôpital public doit être apte à soulager les souffrances physiques, mentales et sociales de ses patients.

Le respect des droits des patients, à l'information et au traitement des plaintes (médiateur, numéro vert, ...) en particulier, doit y être garanti.

La loi de continuité, appliquée à l'activité de service public hospitalier, implique :

1. que l'accueil de toute personne qui requiert ses services ou, à défaut, l'admission dans un autre hôpital public (ou garantissant les mêmes conditions d'accessibilité), doit être assuré, de jour comme de nuit, éventuellement en urgence ;

2. qu'une activité offerte par l'hôpital public ne peut être supprimée par son pouvoir organisateur ou gestionnaire, pour des raisons de rentabilité par exemple, lorsque cette suppression priverait ses patients de cette activité à des conditions d'accessibilité équivalentes, en ce compris géographiques ;

3. que l'hôpital public doit inscrire son action dans un réseau de soins, apte à offrir à ses patients une prise en charge globale et continue ; à cette fin, l'hôpital public passe des accords de collaboration avec les acteurs de la santé de sa zone d'activité (médecins généralistes, structures de court et long séjour, services de soins à domicile, centres de santé mentale, etc).

L'hôpital public se doit de garantir à ses patients des soins de qualité ; la loi d'adaptabilité (article 4^{sexies}) lui impose donc d'adapter en permanence ses pratiques aux progrès technologiques et aux autres découvertes médicales ; il se doit également d'assurer la formation continue de son personnel et développer un programme-qualité.

Als ziekenhuis in de samenleving (artikel 4septies (nieuw)) beschouwt het openbaar ziekenhuis de patiënten niet alleen als «zorgzoekenden», maar als partners. Dat partnerschap kan uiteenlopende vormen aannemen (handvest van goede betrekkingen met de organisaties die de patiënten vertegenwoordigen en met de verzekeringsinstellingen, regelmatige raadpleging van de patiënten aan de hand van vragenlijsten over de kwaliteit van de opvang enzovoort), hetgeen impliceert dat het ziekenhuis programma's voor patiënten-educatie en preventieve geneeskunde ontwikkelt of aan dergelijke programma's deelneemt.

De ethische attitude van het medisch en verplegend personeel van het ziekenhuis dient de opdrachten van het openbaar ziekenhuis weer te geven, inzonderheid met betrekking tot de uiteenlopende persoonlijke waarden van degenen die er verzorgd worden. Die attitude staat de therapeutische vrijheid niet in de weg. Daarom moet het plaatselijk ethisch comité bij de bespreking van netelige, specifieke of moeilijke gevallen bijzondere aandacht besteden aan de opdrachten van het openbaar ziekenhuis zoals die zijn vastgesteld en aan het persoonlijke waardestelsel van elke patiënt.

Art. 3

Eigen rechtspersoonlijkheid

Zowel om redenen van transparantie als wegens de specificiteit van het ziekenhuisbeheer zou elk ziekenhuis op termijn een vorm van rechtspersoonlijkheid moeten genieten die verschilt van die van zijn organiserende instantie, bijvoorbeeld het OCMW.

Niettemin zou het toegestaan moeten worden dat een zelfde rechtspersoon ook andere verzorgingsinstellingen (in de ruime zin ⁵) beheert. Zo wordt het mogelijk dat de patiënten in het licht van een blijvende zorgverlening een alomvattende behandeling krijgen.

Art. 4 tot 6

Programmatie en erkenning

Aangezien het openbaar ziekenhuis een van de essentiële instrumenten is om eenieder toegang tot verzorging te geven, ook tot de geavanceerde medische en medisch-technische disciplines, moet dat ziekenhuis, wanneer het voldoet aan de erkenningsnormen en met inachtneming van de programmatiecriteria, in het kader van de erkenningsprocedures een «recht van voorrang» genieten.

⁵ Rust- en verzorgingstehuizen, rusthuizen voor bejaarden enzovoort.

Hôpital-citoyen (article 4septies nouveau), l'hôpital public considère ses malades non seulement comme des « demandeurs de soins », mais comme des partenaires, ce partenariat pouvant prendre des formes diverses (charte de bonnes relations avec les organisations représentatives de patients et les organismes assureurs ; consultation régulière des patients par voie de questionnaires sur la qualité de l'accueil, etc), et impliquant que l'hôpital développe ou s'associe à des programmes d'éducation des patients et de médecine préventive.

L'attitude éthique des corps médicaux et soignants de l'hôpital doit traduire, sans que cela constitue une entrave à la liberté thérapeutique, les missions de l'hôpital public, et en particulier la diversité des valeurs personnelles de celles et ceux qui sont appelés à le fréquenter. C'est pourquoi une attention particulière doit être accordée par le Comité local d'éthique, lors de la discussion de cas délicats, particuliers ou difficiles, aux missions de l'hôpital public telles que définies et au système de valeur personnel propre à chaque patient.

Art. 3

Personnalité juridique propre

Tant pour des raisons de transparence, qu'en raison de la spécificité de la gestion hospitalière, tout hôpital devrait, à terme, jouir d'une personnalité juridique distincte de son pouvoir organisateur le CPAS par exemple.

Afin de permettre une prise en charge globale des patients dans le cadre d'un continuum de soins, il doit néanmoins être admis qu'une même personne morale exploite également d'autres établissements de soins au sens large ⁵.

Art. 4 à 6

Programmation et agrément

Dès lors que l'hôpital public est l'un des instruments essentiels aux fins de garantir l'accès aux soins pour tous, y compris aux techniques médicales et médico-techniques pointues, il doit jouir, lorsqu'il satisfait aux normes d'agrément et dans le respect des critères de programmation, d'un « droit de préférence » dans le cadre des procédures d'agrément.

⁵ Maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, etc...

Art. 7 tot 11

Overleg

Overeenkomstig de vigerende wettelijke bepalingen zijn de openbare ziekenhuizen gebonden door de op gewestelijk vlak gesloten sociale akkoorden die financiële verplichtingen opleggen, die de ziekenhuizen ten aanzien van hun personeel moeten nakomen. Aangezien de financiering van de ziekenhuizen een federale aangelegenheid is, blijkt vóór de aanneming van de financieringsnormen overleg nodig te zijn tussen de minister van Sociale Zaken, de vertegenwoordigers van de werkgevers en de vertegenwoordigers van de werknemers van de openbare ziekenhuizen.

Toereikende financiering

Het openbaar ziekenhuis is een publiekrechtelijke instelling en draagt precies daarom bijzondere lasten die in de privé-ziekenhuizen niet voorkomen.

De regelgeving inzake toezicht, die de burger de naleving van de wettelijkheid en het algemeen belang waarborgt, rekt in de feiten het besluitvormingsproces in de openbare ziekenhuizen; hetzelfde geldt voor de wettelijke voorschriften inzake overheidsopdrachten. Om al die bepalingen in acht te nemen, moet het openbaar ziekenhuis werkings- en personele kosten maken. De financiering van de administratieve kosten van de ziekenhuizen gebeurt op grond van een vergelijking met ziekenhuizen van een zelfde groep (ongeacht of het om openbare dan wel privé-ziekenhuizen gaat), wat een nadeel is voor de openbare ziekenhuizen; meer nog, de privé-ziekenhuizen worden door die vergelijking indirect bevoordeeld.

Wat de personeelszaken betreft, ondervinden voorts alleen de openbare ziekenhuizen de beperkingen van het openbaar statuut.

De regeling omtrent de financiering van de loopbaanbeëindiging die in de privé-sector geldt, is niet van toepassing op het personeel van de openbare ziekenhuizen: in die laatste sector ligt de gemiddelde leeftijd van het personeel dus hoger, hetgeen de gemiddelde loonkosten niet alleen duurder doet uitvallen, ook de zware arbeidsomstandigheden van het verplegend personeel worden er scherper aanvoeld.

Daar komt nog bij dat de openbare ziekenhuizen in tegenstelling tot de privé-ziekenhuizen, waarvan de oprichting afhankelijk is van kapitaalinbreng, heel vaak niet over eigen fondsen⁶ beschikken.

⁶ Zie ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, «Financiële analyse van de ziekenhuissector», 1998.

Art. 7 à 11

Concertation

Dans le cadre légal actuel, les hôpitaux publics sont liés par les accords sociaux négociés au niveau des Régions et qui créent des obligations financières que les hôpitaux sont tenus de respecter à l'égard de leur personnel. Dès lors que le financement des hôpitaux est fédéral, une concertation, préalable à l'adoption des normes de financement, entre le ministre des Affaires sociales, les représentants des employeurs et les représentants des travailleurs des hôpitaux publics, s'avère nécessaire.

Financement adéquat

L'hôpital public, en raison de son statut d'institution de droit public, supporte des charges particulières que ne connaissent pas les hôpitaux privés.

Ainsi, les règles de tutelle, si elles garantissent au citoyen le respect de la légalité et de l'intérêt général, allongent dans les faits le processus décisionnel au sein des hôpitaux publics ; il en va de même des prescrits légaux sur les marchés publics. Pour respecter l'ensemble de ces dispositions, l'hôpital public doit engager des frais de fonctionnement et des frais de personnel. Dès lors que le financement des frais administratifs des hôpitaux s'établit par comparaison entre hôpitaux d'un même groupe, qu'ils soient publics ou privés, les hôpitaux publics s'en trouvent désavantagés ; bien plus, les hôpitaux privés se trouvent indirectement favorisés par ce jeu de comparaison.

De même, en ce qui concerne le personnel, seul l'hôpital public connaît les contraintes du statut public.

Les règles de financement des fins de carrière que connaît le secteur privé ne s'appliquent pas au personnel des hôpitaux publics : la moyenne d'âge est donc plus élevée dans le secteur hospitalier public, ce qui a pour conséquences, d'une part, que les coûts salariaux y sont en moyenne plus importants, et, d'autre part, que la pénibilité des conditions de travail du personnel infirmier par exemple, y est ressentie avec plus d'acuité.

Signalons en outre, que les hôpitaux publics, au contraire des hôpitaux privés dont la constitution est liée à l'apport de fonds, ne jouissent bien souvent pas de fonds propres⁶.

⁶ cf. Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, « Analyse financière du secteur hospitalier, 1998 ».

Gelet op de sociaal-economische kenmerken van het patiëntenbestand van de openbare ziekenhuizen kunnen die instellingen in mindere mate aanspraak maken op bepaalde ontvangsten die de privé-ziekenhuizen genieten (bijvoorbeeld honorarijsupplementen, betaling van een voorschot bij spoedopnames enzovoort).

Het openbaar ziekenhuis draagt daardoor ook bijzondere lasten⁷ (kosten in verband met de sociale enquêtes en het geschillenbeheer; allerlei infrastructuurverslechtingen; hoger percentage van niet-terugvorderbare schuldvorderingen, ...).

De betalingstermijnen van de OCMW's en de Belgische Staat voor de verzorging die werd verstrekt aan de personen die te hunnen laste vallen, blijken ook veel langer te zijn dan die waarbinnen de verzekeringsinstellingen betalen; de OCMW's bepalen overigens zelf hun criteria voor tegemoetkoming en nemen vaak alleen die prestaties voor hun rekening die door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging worden terugbetaald.

Zoals wetenschappelijk werd aangetoond, bestaat er ten slotte een nauwe band tussen sociaal-economische onzekerheid, de wijze waarop op de zorgverstrekking een beroep wordt gedaan⁸, de kosten en de opnameduur⁹. Zo blijkt behandeling via ambulante verzorging vaak moeilijk voor oudere of gehandicapte patiënten, geven sommige patiënten wier omgeving onvoldoende waarborgen biedt voor continue verzorging thuis de voorkeur aan verdere behandeling in het ziekenhuis boven vervroegd ontslag of een behandeling in dagopname; tot slot komt uitstel van verzorging totdat een overhaaste spoedopname nodig blijkt, steeds meer voor.

De subsidiërende overheidsinstanties zijn onlangs tot het besef gekomen dat zij voor de ziekenhuizen met een bestand van minderbedeelde patiënten solidair in een specifieke financiering moeten voorzien. Zo verdeelt het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu een jaarlijks vastgestelde enveloppe over vijftig ziekenhuizen met patiënten met een « sociaal » profiel; een andere enveloppe heeft betrekking op de ziekenhuizen die vrijwillig een beroep doen op de diensten van een intercultureel bemiddelaar.

⁷ Zie Netwerk Iris, Analyse van de kosten van de sociale taken van de Brusselse openbare ziekenhuizen, 1997.

⁸ Zie bijvoorbeeld D. Degraeve en I. Duchesne, UFSIA, Inkomensgerelateerde verschillen in gezondheid en in de consumptie van medische zorg, Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, 1ste trim. 1997; « Accessibilité et report de soins de santé », U.N.M.S., mei 2000; C. Vanroelen, Vakgroep Medische Sociologie, VUB, november 2000.

⁹ Zie prof. M.-C. Closos c.s., UCL, « Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjour dans les hôpitaux », 1997-1998.

L'hôpital public, en raison des caractéristiques socio-économiques de sa patientèle, ne peut prétendre que dans une moindre mesure à certaines recettes dont bénéficient les hôpitaux privés (cf. suppléments d'honoraires, paiement de provision en cas d'hospitalisation via le service d'urgence, etc).

De plus, il supporte également de ce fait des charges particulières⁷ (coût des enquêtes sociales et de la gestion du contentieux ; dégradations diverses ; pourcentage plus important de créances irrécouvrables ; ...).

En outre, les délais de paiement par les CPAS et l'État belge s'avèrent, pour les soins fournis aux personnes à leur charge, bien plus longs que ceux dans lesquels interviennent les organismes assureurs ; les CPAS fixent par ailleurs eux-mêmes leurs critères d'intervention et ne prennent bien souvent à leur charge que les prestations remboursées par l'assurance-obligatoire soins de santé.

Enfin, comme cela a été démontré scientifiquement, il existe un lien étroit entre la précarité socio-économique, le mode de recours aux soins⁸, le coût et la durée de l'hospitalisation⁹. C'est ainsi, par exemple, que des mises au point en ambulatoire s'avèrent souvent difficiles pour des patients âgés ou handicapés, que le suivi en hospitalisation sera préféré à une sortie anticipée ou à un traitement en hospitalisation de jour pour certains patients dont l'entourage n'offre pas suffisamment de garantie d'une continuité des soins en cas de retour à domicile, que le report de soins jusqu'à l'arrivée en catastrophe au service d'urgence est un phénomène de plus en plus fréquemment observé.

Les autorités subsidiantes ont pris récemment conscience de la nécessité d'assurer, solidairement, un financement spécifique aux hôpitaux ayant une patientèle précarisée : une enveloppe fixée annuellement est répartie par le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement entre cinquante hôpitaux caractérisés par leur profil « social », et une autre enveloppe concerne les hôpitaux qui, volontairement, font appel aux services d'un médiateur interculturel.

⁷ cf. réseau Iris, Analyse du coût des missions sociales des hôpitaux publics bruxellois, 1997.

⁸ cf par exemple D. Degraeve et I. Duchesne, UFSIA « Différences en matière de santé et de consommation de soins médicaux liées au revenu », Revue belge de sécurité sociale, 1^{er} trimestre 1997 ; « Accessibilité et report de soins de santé », U.N.M.S., mai 2000 ; C. Vanroelen, Vakgroep Medische sociologie, VUB, novembre 2000.

⁹ cf. Prof. Mc Closos et consorts, UCL, « Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjour dans les hôpitaux », 1997-1998.

Die bedragen zijn echter volstrekt ontoereikend om de openbare ziekenhuizen te compenseren voor de kosten en de minderontvangsten.

Wat meer is, de bestaande financieringsregeling van de ziekenhuizen belooft «performantie» inzake verblijfsduur en overschakeling naar dagopname, en bestraft «non-performantie»; dat is dus twee keer in het nadeel van de openbare ziekenhuizen. Er geldt namelijk een systeem van «communicerende vaten» tussen verliezers en winnaars (te weten de ziekenhuizen met relatief gegoede patiënten die aldus onterecht worden beloond).

Het ware dus onontbeerlijk de berekening van de prestatie structureel bij te sturen door ook rekening te houden met de sociale factoren, volgens de recent door het C.I.E.S. (*Centre interdisciplinaire en économie de la santé, UCL*) uitgewerkte methode¹⁰.

Tenlasteneming van de eventuele tekorten

Het aantal ziekenhuizen neemt af en het logische gevolg daarvan is dat de ziekenhuiscentra die uit de opeenvolgende herstructureringswerken ontstaan een groter geografisch werkingsgebied hebben. Een en ander brengt mee dat de gemeenten waar de openbare ziekenhuizen gevestigd zijn, lasten moeten dragen voor een dienstverlening die heel wat verder reikt dan het grondgebied waarvoor ze bevoegd zijn.

De voorgestelde verplichting (zie artikel 6) om het ziekenhuis eigen rechtspersoonlijkheid te geven, voorkomt dat lasten van de gemeente(n) naar haar (hun) ziekenhuis zouden worden overgeheveld, zoals in het verleden is gebeurd. Het bedrijfsresultaat van het openbaar ziekenhuis zal in de toekomst de weerspiegeling zijn van de reële economische situatie van zijn exploitatie.

Er wordt dus voorgesteld het eventuele exploitatie-tekort van het openbaar ziekenhuis te laten dragen door de gemeenten die voor een aanzienlijk deel bijdragen tot de ziekenhuisopnames, teneinde het aantal ervan te beperken en een problematische boekhouding voor het ziekenhuis en de gemeenten te voorkomen. Die gemeenten zouden ook ten minste 80 % van het totale tekort voor hun rekening moeten nemen, zodat geen te groot deel van de lasten wordt overgedragen naar de gemeenten die tot de organiserende instantie behoren.

Er wordt ook voorzien in de storting van een voorschot van 80 % van het exploitatieresultaat, met als doel een verlichting van de financiële lasten die voortvloeien uit de zeer laattijdige tegemoetkoming vanwege de gemeenten in de tenlasteneming van het tekort, als

¹⁰ Prof. M.-C. Closon, *Analyse multivariée permettant de mettre en évidence les facteurs ayant un impact sur la durée de séjour et de quantifier cet impact*, C.I.E.S., 2000.

Néanmoins, ces montants sont loin de compenser les coûts et les pertes de recettes encourues par les hôpitaux publics.

Bien plus, le mode actuel de financement des hôpitaux récompense « la performance » en termes de durée de séjour et de substitution vers l'hospitalisation de jour, et pénalise la « non-performance » : il joue donc doublement contre les hôpitaux publics, par un système de « vases communicants » entre perdants et gagnants (à savoir les hôpitaux à patientèle relativement aisée qui sont ainsi injustement récompensés).

Il serait donc indispensable de corriger structurellement le calcul de la performance en tenant compte des facteurs sociaux, suivant la méthode mise récemment au point par le C.I.E.S. (*Centre interdisciplinaire en économie de la santé*)¹⁰.

Prise en charge des déficits éventuels

La diminution du nombre d'hôpitaux, et son corollaire, à savoir l'augmentation du rayonnement des centres hospitaliers résultant de ces restructurations successives, conduisent les communes-mères des hôpitaux publics à supporter des charges pour un service à la population qui dépasse largement leur champ de compétences territoriales.

L'obligation proposée (voir article 6) de doter l'hôpital d'une personnalité juridique propre, évite les risques liés à des transferts de charges de la ou les communes vers son hôpital, tels qu'ils apparaissaient par le passé. Le résultat de l'hôpital public traduira à l'avenir la situation économique réelle de son exploitation.

Il est donc proposé de faire supporter le déficit éventuel d'exploitation de l'hôpital public par les communes qui contribuent pour une part significative aux admissions dans l'hôpital (et ce, afin d'en limiter le nombre et d'éviter une comptabilité fastidieuse dans le chef de l'hôpital et des communes). Il convient également que ces communes participent pour un minimum de 80 % du total du déficit, de façon à ne pas reporter sur les communes membres du pouvoir organisateur une part trop importante de la charge.

Le versement d'une avance équivalente à 80 % du résultat d'exploitation est également prévu. Ce dispositif tend à alléger les charges financières liées à l'intervention très tardive des communes dans la prise en charge du déficit, compte tenu de l'important retard

¹⁰ Analyse multivariée permettant de mettre en évidence les facteurs ayant un impact sur la durée de séjour et de quantifier cet impact, Prof. M.-C. Closon, C.I.E.S., 2000.

gevolg van de grote vertraging waarmee de besturen het tekort definitief vaststellen.

Er wordt voorgesteld de storting van dat voorschot afhankelijk te maken van de certificering van de rekeningen door de revisor; zodoende krijgen de gemeenten de zekerheid van een transparante situatie.

Een ziekenhuis waarvan verscheidene gemeenten de organiserende instantie vormen, moet via statutaire bepalingen de verdeling van het eventuele tekort onder de verschillende leden van die instantie kunnen regelen.

Art. 12

Afwijking van de wet op de overheidsopdrachten

De wet op de overheidsopdrachten, die alleen voor de openbare ziekenhuizen geldt, blijkt in de praktijk moeilijk te verzoenen met de eigenheid van de ziekenhuisactiviteiten. Meer nog, die wet leidt soms tot meeruitgaven als gevolg van de lange procedures die ze vereist; op grond van de wet worden soms ook keuzes opgelegd die niet helemaal stroken met de medische behoeften.

Art. 13

Artsen en andere zorgverstrekkers

De aan het openbaar ziekenhuis opgedragen taken en het waardepatroon van die instelling impliceren voor de artsen en de andere zorgverstrekkers in het ziekenhuis logischerwijze een grote betrokkenheid, die wel degelijk verder reikt dan een «technisch platform» dat aan de hulpverleners ter beschikking wordt gesteld. Het medisch korps moet ertoe worden aangemoedigd zich in hoofdzaak voor het ziekenhuis in te zetten; dat heeft gevolgen zowel voor de werktijdregeling in de instelling als voor de structurering van de artsactiviteiten en hun betrokkenheid bij het beheer.

Deze bepalingen zouden het best worden aangevuld door voor de ziekenhuisartsen eindelijk een rechtspositie uit te werken.

accumulé par les administrations dans la fixation définitive du déficit.

Afin de garantir aux communes une situation transparente, il est proposé de subordonner le versement de cette avance à la certification des comptes par le réviseur.

Un hôpital dont le pouvoir organisateur est composé de plusieurs communes doit pouvoir en son sein, via des dispositions statutaires, régler la répartition du déficit éventuel entre ses différents associés.

Art. 12

Dérogation à la loi sur les marchés publics

La loi sur les marchés publics, qui ne s'applique qu'aux hôpitaux publics, s'avère, dans la pratique, difficilement compatible avec les spécificités de l'activité hospitalière; bien plus, elle aboutit parfois à générer des surcoûts en raison de la longueur des procédures qu'elle implique ou à imposer légalement des choix qui ne répondent pas entièrement aux besoins sur un plan médical.

Art. 13

Médecins et autres prestataires de soins

Les missions dévolues à l'hôpital public, et les valeurs qui doivent l'animer, ont pour corollaire une large implication des médecins et autres prestataires dans l'hôpital, qui doit être bien plus qu'un « plateau technique » mis à disposition des prestataires. Le corps médical doit être encouragé à s'investir à titre principal dans l'hôpital, ce qui a des conséquences tant en ce qui concerne le «timat» qu'en ce qui concerne la structuration de l'activité des médecins, et leur association à la gestion.

La création, attendue de longue date, d'un statut du médecin hospitalier viendrait utilement compléter ces dispositions.

Yvan MAYEUR (PS)

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In titel I, hoofdstuk I, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een afdeling 3*bis* ingevoegd, luidend als volgt:

«Afdeling 3*bis*. Openbare ziekenhuizen

Art. 4*bis*. Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als openbare ziekenhuizen beschouwd de ziekenhuizen waarvan de organiserende instantie een publiekrechtelijke rechtspersoon is, waarvan de beheersorganen in meerderheid zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de overheid, en die de bij deze wet aan de openbare ziekenhuizen opgedragen taken vervullen.

Art. 4*ter*. Het openbaar ziekenhuis leeft de verplichtingen inzake openbare dienstverlening na, zoals gelijke toegang en behandeling, continuïteit en het principe van permanente aanpassing. De openbare ziekenhuizen waarborgen eenieder gelijke toegang tot alle behandelingen die zij verstrekken; zij staan open voor alle personen wier toestand hun diensten vereist.

Art. 4*quater*. § 1. Het openbaar ziekenhuis neemt eenieder op die verzorging nodig heeft of zorgt ervoor dat de betrokkene wordt opgenomen in een ander ziekenhuis, bij voorkeur een openbaar ziekenhuis, ongeacht zijn of haar ziektebeeld, sociaal-economische situatie, afkomst, ideologische of levensbeschouwelijke overtuiging en verzekeraarheid.

§ 2. Het openbaar ziekenhuis is zo georganiseerd dat het er maximaal garant voor staat dat met name de culturele, levensbeschouwelijke of taalkundige diversiteit van de patiënten wordt geëerbiedigd.

§ 3. Teneinde de patiënten een maximale tarieftransparantie te waarborgen, voldoet het openbaar ziekenhuis aan de volgende vereisten:

1. alle honoraria worden centraal geïnd;
2. alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis nemen de tarieven en honoraria in acht, zoals die in de RIZIV-conventies en -akkoorden zijn vastgelegd;
3. er werken geen niet-geconventioneerde artsen

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Une section 3*bis*, rédigée comme suit, est insérée dans le titre I^{er}, chapitre I^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 :

« Section 3*bis* Hôpitaux publics

Art. 4*bis*. - Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme hôpitaux publics, les hôpitaux dont le pouvoir organisateur est une personne morale de droit public, dont les organes de gestion sont composés majoritairement de représentants des pouvoirs publics, et qui remplissent les missions dévolues aux hôpitaux publics par la présente loi.

Art. 4*ter*. - L'hôpital public doit respecter les obligations de service public, telles que l'égalité d'accès et de traitement, la continuité et le principe d'adaptation constante. Les hôpitaux publics garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ; ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leur service.

Art. 4*quater* § 1^{er}. L'hôpital public se doit de prendre en charge toute personne nécessitant des soins, quelles que soient sa pathologie, sa situation socio-économique, ses origines, ses convictions idéologiques ou philosophiques, sa situation d'assurabilité ou d'assurer l'admission dans un autre hôpital, de préférence public.

§ 2. L'hôpital public est organisé de façon à assurer au maximum le respect des patients dans leur diversité, notamment culturelle, philosophique ou linguistique.

§ 3. Aux fins de garantir une transparence maximale des tarifs aux patients, l'hôpital public répond aux obligations suivantes :

1. perception centrale de tous les honoraires ;
2. respect par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital, des tarifs et honoraires tels que fixés dans les conventions et accords INAMI ;
3. aucun médecin n'est non-conventionné et maxi-

en het aantal gedeeltelijk geconventioneerde artsen bedraagt er niet meer dan 30 %;

4. de patiënt wordt zo volledig mogelijk ingelicht, zowel in geval van consult als bij dagopname, alsook vóór elke opname; de tarieven en honoraria worden uitgehangen.

§ 4. Wat de administratieve contacten met zijn patiënten betreft, gelden voor het openbaar ziekenhuis de bepalingen van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurs-handelingen, alsook de wettelijke bepalingen in verband met de openbaarheid van bestuur.

§ 5. Ongeacht de omvang van het openbaar ziekenhuis beschikt het over een sociale dienst die ten minste beantwoordt aan de door de Koning bepaalde normen.

§ 6. Het openbaar ziekenhuis sluit met de gemeentelijke openbare centra voor maatschappelijk welzijn waaraan het in hoofdzaak diensten verleent, overeenkomsten teneinde te garanderen dat de door de OCMW's van die gemeenten geholpen patiënten in optimale omstandigheden worden verzorgd; in die overeenkomsten worden met name de nadere voorwaarden bepaald inzake de financiële inbreng van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in de kostprijs van de door het ziekenhuis geleverde prestaties, alsook van de sociale begeleiding tijdens en na de opname in het ziekenhuis.

§ 7. In het openbaar ziekenhuis gelden aangepaste procedures voor de behandeling van de klachten van de patiënten.

Art. 4^{quinqüies}. § 1. Het openbaar ziekenhuis organiseert de klok rond een wachtdienst voor de belangrijkste medische, heelkundige en medisch-technische disciplines. Deze bepaling geldt niet voor de psychiatrische ziekenhuizen als bedoeld in deze wet.

§ 2. Het openbaar ziekenhuis beschikt over een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de door de Koning bepaalde kwaliteitsvereisten, met toepassing van artikel 68 en volgende van deze wet.

§ 3. Het openbaar ziekenhuis zet een activiteit die ambulante verzorging of verzorging met opname vereist, voort of brengt die op gang, indien die activiteit niet onder dezelfde toegangsvoorwaarden wordt geboden aan de bevolking van het gebruikelijke werkingsgebied van het ziekenhuis.

§ 4. Het openbaar ziekenhuis oefent zijn activiteit uit binnen een zorgnetwerk dat zijn patiënten een conti-

num 30 % des médecins sont conventionnés partiels ;

4. information la plus complète possible du patient, tant en consultation, qu'en hospitalisation de jour et préalablement à toute hospitalisation ; affichage des tarifs et honoraires.

§ 4. Dans ses relations administratives avec ses patients, l'hôpital public est soumis aux obligations imposées par la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que par les prescrits légaux relatifs à la publicité de l'administration.

§ 5. L'hôpital public dispose, quelle que soit sa taille, d'un service social répondant au minimum aux normes fixées par le Roi.

§ 6. L'hôpital public conclut avec les centres publics d'action sociale des communes qu'il dessert à titre principal, des accords conventionnels aux fins de garantir une prise en charge optimale des patients aidés par les centres publics d'action sociale de ces communes; ces accords fixent notamment les modalités de l'intervention financière des centres publics d'action sociale dans le coût des prestations fournies par l'hôpital ainsi que de l'encadrement social pendant l'hospitalisation et à la sortie.

§ 7. L'hôpital public dispose de procédures adaptées de traitement des plaintes des patients.

Art. 4^{quinqüies}. § 1^{er}. L'hôpital public assure une permanence médicale 24 heures sur 24 dans les principales disciplines médicales, chirurgicales et médico-techniques. Cette disposition n'est pas applicable aux hôpitaux psychiatriques, au sens de la présente loi.

§ 2. L'hôpital public dispose d'un service d'urgence répondant aux exigences de qualité fixées par le Roi, en application des articles 68 et suivants de la présente loi.

§ 3. L'hôpital public se doit de poursuivre ou d'initier l'exploitation d'une activité ambulatoire ou d'hospitalisation, lorsque cette activité n'est pas offerte, dans les mêmes conditions d'accessibilité, à la population de la zone d'activité qu'il dessert habituellement.

§ 4. L'hôpital public exerce son activité dans le cadre d'un réseau de soins garantissant à ses patients une

nue en doeltreffende verzorging waarborgt. Met naleving van de geldende wetgeving verstrekt het openbaar ziekenhuis in het kader van dat zorgnetwerk alle relevante gegevens over zijn patiënten.

Art. 4*sexies*. § 1. Het openbaar ziekenhuis neemt de jongste praktijkrichtlijnen in acht, teneinde een optimale en multidisciplinaire verzorging van de patiënt te waarborgen. Daartoe zorgt het ziekenhuis met name voor geregeld onderhoud en modernisering van zijn infrastructuur en uitrusting.

§ 2. Het openbaar ziekenhuis ziet erop toe dat al het personeel, met inbegrip van de artsen, permanente bijscholing geniet.

§ 3. Het openbaar ziekenhuis voert een beleid dat gericht is op constante kwaliteitsverbetering; het stelt een systeem in dat die kwaliteit permanent evalueert.

Art. 4*septies*. § 1. Het openbaar ziekenhuis zet zich in om de patiënt zo veel mogelijk bij de werking van de diensten en de organisatie van de zorgverstrekking te betrekken.

§ 2. Het openbaar ziekenhuis ontwikkelt en/of sluit zich aan bij educatieve programma's ten behoeve van de patiënt en inzake ziektepreventie.

§ 3. Het plaatselijk ethisch comité wordt opgenomen in de werking van het openbaar ziekenhuis, in verband met de taak om via algemene analyse dieper in te gaan op de wijze waarop het ziekenhuis aan zorgverstrekking moet doen.

Bij de bespreking van specifieke gevallen houdt het plaatselijk ethisch comité rekening met het waardepatroon van elke patiënt en met eenieders eigenheid.».

Art. 3

Artikel 10 van dezelfde wet wordt aangevuld met het volgende lid:

«Het beheer van het ziekenhuis wordt aan een rechtspersoon opgedragen; de rechtspersoon die het ziekenhuis beheert, mag behoudens door de Koning bepaalde uitzonderingen geen andere activiteiten uitoefenen dan het beheer van een of meer ziekenhuizen of andere verzorgingsinstellingen.».

prise en charge continue et adéquate. Dans le respect des législations en vigueur, l'hôpital public communique, dans ce cadre, toutes les informations pertinentes concernant ses patients.

Art. 4*sexies*. § 1^{er}. L'hôpital public doit se conformer aux dernières recommandations de bonne pratique aux fins d'assurer une prise en charge optimale et multidisciplinaire du patient. A cette fin, il assure notamment l'entretien et la modernisation régulière de ses infrastructures et équipements.

§ 2. L'hôpital public veille à la formation permanente de l'ensemble de son personnel, y compris médical.

§ 3. L'hôpital public met en œuvre une politique d'amélioration permanente de la qualité ; il organise un système d'évaluation permanente de cette qualité.

Art. 4*septies*. § 1^{er}. L'hôpital public s'efforce d'impliquer au maximum le patient dans le fonctionnement des services et l'organisation des soins.

§ 2. L'hôpital public développe et/ou s'associe à des programmes d'éducation des patients et de médecine préventive.

§ 3. Le Comité local d'éthique intègre les missions de l'hôpital public, dans le cadre de ses missions de réflexion globale sur la manière de mener les soins dans l'hôpital.

Lors de la discussion de cas, le Comité local d'éthique prend en considération les systèmes de valeurs personnelles propres à chaque patient et tient compte de la diversité de ceux-ci. ».

Art. 3

L'article 10 de la même loi est complété par l'alinéa suivant :

« L'hôpital doit être exploité par une personne morale ; sauf exceptions déterminées par le Roi, la personne morale qui gère l'hôpital ne peut exercer d'autres activités que l'exploitation d'un ou plusieurs hôpitaux ou autres établissements de soins. ».

Art. 4

In artikel 69 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 30 december 1988 en 21 december 1994, wordt een 1°*bis* ingevoegd, luidend als volgt:

«1°*bis* voor de openbare ziekenhuizen en de diensten ervan;».

Art. 5

Artikel 70*bis* van dezelfde wet, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, wordt aangevuld met een § 3, luidend als volgt:

«§ 3. De overheid die overeenkomstig de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet bevoegd is voor het beleid inzake gezondheidszorg, besteedt in haar erkenningsbeleid bijzondere aandacht aan de bevordering van de taken die deze wet aan de openbare ziekenhuizen toewijst.».

Art. 6

Artikel 71 van dezelfde wet wordt aangevuld met het volgende lid:

«Zo wordt voldaan aan de met toepassing van deze wet vastgelegde erkenningsnormen, worden de ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, programma's en medisch-technische diensten van een openbaar ziekenhuis bij voorrang erkend, met inachtneming van de door de Koning bepaalde programmatiecriteria.».

Art. 7

Artikel 87, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 30 maart 1994 wordt aangevuld met de woorden «, na overleg met de representatieve organisaties van de beheerders van de openbare ziekenhuizen en met de representatieve organisaties van de werknemers van die ziekenhuizen.».

Art. 8

In dezelfde wet wordt een artikel 87*bis* ingevoegd, luidend als volgt:

«Art. 87*bis*. Bij de financiering van de exploitatiekosten, zoals bepaald met toepassing van dit hoofdstuk, wordt rekening gehouden met de specifieke aard van de kosten van de openbare ziekenhuizen en die financiering mag voor de openbare ziekenhuizen direct noch indirect een manifest obstakel vormen voor de behoorlijke uitvoering van de taken die de wet hen toewijst.».

Art. 4

A l'article 69 de la même loi, modifié par les lois des 30 décembre 1988 et 21 décembre 1994, il est inséré un 1°*bis*, rédigé comme suit :

« 1°*bis* pour les hôpitaux publics et leurs services ; ».

Art. 5

L'article 70*bis* de la même loi, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997, est complété par un § 3, rédigé comme suit :

« § 3. L'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution accorde, dans sa politique d'agrément, une attention particulière à la promotion des missions dévolues aux hôpitaux publics par la présente loi. ».

Art. 6

L'article 71 de la même loi est complété par l'alinéa suivant :

« Lorsqu'il est satisfait aux normes d'agrément fixées en exécution de la présente loi, les services hospitaliers, fonctions, sections, programmes et services médico-techniques de l'hôpital public sont agréés par priorité, dans le respect des critères de programmation fixés par le Roi. ».

Art. 7

L'article 87, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié par la loi du 30 mars 1994, est complété par les mots « après concertation avec les organisations représentatives des gestionnaires des hôpitaux publics et les organisations représentatives des travailleurs de ces hôpitaux ».

Art. 8

Un article 87*bis*, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« Art. 87*bis*. Le financement des coûts d'exploitation, tel qu'il est déterminé en exécution du présent chapitre, doit prendre en compte les caractéristiques des coûts spécifiques des hôpitaux publics, et ne peut en aucun cas, directement ou indirectement, constituer une entrave manifeste à la bonne exécution, par les hôpitaux publics, des missions qui leur sont dévolues par la loi. ».

Art. 9

Het opschrift van titel III, hoofdstuk VII, van dezelfde wet wordt vervangen door het volgende opschrift:

«Hoofdstuk VII - Specifieke bepalingen met betrekking tot de openbare ziekenhuizen».

Art. 10

In titel III, hoofdstuk VII, van dezelfde wet, wordt afdeling 1 vervangen door de volgende afdelingen:

«Afdeling 1 - Financiering van de specifieke taken van het openbaar ziekenhuis

Art. 109. De federale Staat kan per verpleegdag of per opname een aanvullende subsidie toekennen ter dekking van de specifieke kosten inzake de ziekenhuisopname van een patiënt voor wie, met name gelet op zijn sociaal-economische situatie, een aangepaste opvang en opvolging nodig is.

De Koning bepaalt de regels en de voorwaarden inzake de toekenning van die bijkomende subsidie.

Afdeling 1 *bis* - Tegemoetkoming door de gemeenten

Art. 110. De voor Volksgezondheid bevoegde minister stelt jaarlijks, overeenkomstig de door de Koning bepaalde regels, het bedrag van de tekorten vast.

De aldus vastgestelde tekorten komen ten laste van de gemeenten waarvan het aantal in het ziekenhuis opgenomen inwoners, voor elke afzonderlijke gemeente, een door de Koning bepaald percentage overschrijdt.

Het totaal aantal patiënten van die gemeenten dient ten minste 80 % van alle opnames te vertegenwoordigen.

Het in het tweede lid bepaalde percentage wordt, in voorkomend geval, opwaarts bijgesteld tot 80 % van het totaal aantal opnames.

De gemeente(n) die deel uitmaakt (uitmaken) van de organiserende instantie van het ziekenhuis dragen, op de wijze die zij conform de statuten bepalen, het saldo van het tekort, met inbegrip van de niet in aanmerking genomen tekorten.

De gemeenten storten als voorschot 80 % van het tekort van het boekjaar, op basis van de jaarrekening van het ziekenhuis, binnen zes maanden na goedkeuring van die jaarrekening door de ziekenhuisinstanties.

Art. 9

L'intitulé du chapitre VII du titre III de la même loi, est remplacé par l'intitulé suivant :

« Chapitre VII : Dispositions spécifiques aux hôpitaux publics ».

Art. 10

Dans le chapitre VII du titre III de la même loi, la section 1^{ère} est remplacée par les sections suivantes :

« Section 1^{ère} : Financement des missions spécifiques de l'hôpital public

Art. 109. L'État fédéral peut accorder un subside complémentaire par journée d'hospitalisation ou par admission pour couvrir les frais spécifiques à l'hospitalisation d'un patient qui, en raison notamment de sa situation socio-économique, nécessite un accueil et un suivi adaptés.

Le Roi détermine les règles et les conditions de fixation et d'octroi de ce subside complémentaire ».

Section 1^{ère bis} : Intervention des Communes

Art. 110. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions détermine chaque année le montant des déficits selon les règles fixées par le Roi.

Les déficits ainsi déterminés sont à charge des communes dont le nombre d'habitants admis dans l'hôpital est supérieur, pour chaque commune, prise séparément, à un pourcentage fixé par le Roi.

Le nombre total des patients de ces communes doit représenter au moins 80 % du total des admissions.

Le pourcentage fixé à l'alinéa 2 est, le cas échéant, ajusté jusqu'à atteindre 80 % du total des admissions.

Le solde du déficit, y compris les déficits qui n'ont pas été pris en considération, est supporté par la ou les communes qui composent le pouvoir organisateur de l'hôpital selon les modalités qu'elles déterminent statutairement.

Les communes versent, à titre d'avance, 80 % du déficit de l'exercice, sur base du compte annuel de l'hôpital, dans les 6 mois qui suivent l'approbation de ce dernier par les organes de l'hôpital.

Die bepaling is niet van toepassing op de rekeningen die niet door de bedrijfsrevisor werden gecertificeerd.».

Art. 11

Artikel 114 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 29 april 1996, wordt opgeheven.

Art. 12

Niettegenstaande iedere andersluidende bepaling vallen de openbare ziekenhuizen, bedoeld in artikel 4*bis* van de op 7 augustus 1987 gecoördineerde ziekenhuiswet, onder de toepassing van de wet van 24 december 1993 betreffende de overheidsopdrachten en sommige opdrachten voor aanneming van werken, leveringen en diensten, voor zover zulks is opgelegd door de in het raam van de Europese Unie bepaalde regelgeving inzake mededinging.

Art. 13

De artsen en andere zorgverstrekkers die hun activiteit uitoefenen in een openbaar ziekenhuis, als bedoeld in artikel 4*bis* van de op 7 augustus 1987 gecoördineerde ziekenhuiswet, doen dat krachtens een contractuele band met dat ziekenhuis, waarbij met name wordt voorgeschreven dat die activiteit als volgt wordt uitgeoefend:

1° voor ten minste 8/11^{de} in het ziekenhuis, behoudens uitzonderlijke omstandigheden en in elk geval voor de belangrijkste disciplines;

2° in het raam van een geïntegreerde structuur als omschreven in of conform de ziekenhuiswet of, bij ontstentenis daarvan, de in het ziekenhuis vigerende reglementaire bepalingen.

Art. 14

De Koning kan de op 7 augustus 1987 gecoördineerde ziekenhuiswet coördineren met de bepalingen die de wet uitdrukkelijk of impliciet zouden hebben gewijzigd zodra de coördinatie zal zijn uitgevoerd.

Daartoe kan Hij

1° de volgorde, de nummering en algemeen de voorstellingswijze van de te coördineren bepalingen wijzigen;

Cette disposition ne s'applique pas aux comptes n'ayant pas fait l'objet d'une certification par le réviseur d'entreprise. ».

Art. 11

L'article 114 de la même loi, modifié par la loi du 29 avril 1996, est abrogé.

Art. 12.

Nonobstant toute disposition contraire, les hôpitaux publics visés à l'article 4*bis* de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ne sont soumis à l'application de la loi du 24 décembre 1993 relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services, que pour autant que cela soit imposé par les règles de concurrence prévues dans le cadre de l'Union européenne.

Art. 13

Les médecins et autres prestataires qui exercent leur activité dans un hôpital public visé à l'article 4*bis* de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, le font dans le cadre d'une relation contractuelle avec cet hôpital, laquelle prévoit notamment que :

1° sauf circonstances exceptionnelles et en tout cas dans les principales disciplines, cette activité est exercée dans l'hôpital à raison de 8/11^{èmes} au minimum ;

2° cette activité est exercée dans le cadre d'une structure intégrée, telle qu'elle est définie par ou en vertu de la loi sur les hôpitaux, ou, à défaut, par les règlements en vigueur dans l'hôpital.

Art. 14

Le Roi peut coordonner la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, avec les dispositions qui l'auraient expressément ou implicitement modifiée au moment où la coordination sera établie.

A cette fin, il peut :

1° modifier l'ordre, le numérotage et, en général, la présentation des dispositions à coordonner ;

2° de eventueel in de te coördineren bepalingen voorkomende referenties wijzigen, teneinde ze in overeenstemming met de nieuwe nummering te brengen;

3° de redactie van de te coördineren bepalingen wijzigen, teneinde ze in onderlinge overeenstemming te brengen en ze terminologisch te stroomlijnen, zonder dat aan de in die bepalingen opgenomen beginselen mag worden getornd.

De Koning kan bovendien de weergave wijzigen van de niet in de coördinatie opgenomen bepalingen die verwijzen naar de andere daarin wel opgenomen bepalingen.

Art. 15

De Koning bepaalt de datum waarop artikel 3 in werking treedt.

1 maart 2001

2° modifier les références qui seraient contenues dans les dispositions à coordonner, en vue de les mettre en concordance avec le numérotage nouveau ;

3° modifier la rédaction des dispositions à coordonner en vue d'assurer leur concordance et d'en unifier la terminologie, sans qu'il puisse être porté atteinte aux principes inscrits dans ces dispositions ;

Le Roi peut, en outre, adapter la présentation des références que font aux dispositions reprises dans la coordination, d'autres dispositions qui n'y sont pas reprises.

Art. 15

Le Roi fixe la date de l'entrée en vigueur de l'article 3.

1^{er} mars 2001

Yvan MAYEUR (PS)
Jean-Marc DÉLIZÉE (PS)
Bruno VAN GROOTENBRULLE (PS)
Colette BURGEON (PS)