

# DE RECHTSPOSITIE VAN DE ZIEKENHUISARTS

Een proeve van diepte-juridische analyse (\*)

door Kris SCHUTYSER

Assistent aan de Katholieke universiteit te Leuven

## § 1. Inleiding

1. Het thema van de rechtspositie van de ziekenhuisarts is niet zomaar een theoretisch-wetenschappelijk kluitje. Het is in de realiteit van de gezondheidszorg een levensgroot deelprobleem, waaraan al meer dan 10 jaar wordt gesleuteld, onderhandeld, bevroren. Het is, hoe delicaat en belangrijk ook, toch slechts een *deel*probleem. Het ziekenhuis is niet de enige pool van de gezondheidszorg, en men kan zelfs betwijfelen of het wel de belangrijkste pool is. Het spreekt natuurlijk wel meer dan een gezondheidscentrum of een huisartspraktijk tot de verbeelding van ons allen omwille van de apparatuur die er staat opgestapeld, omwille van de wetenschappelijk hoog gekwalificeerde en de maatschappelijk zeer hoog aangeschreven personen die men er kan opzoeken en vooral omwille van de decisieve ingrepen die er gebeuren en die zich situeren op de grens van onbekommerd verder leven, blijvende vermindering of invaliditeit en onherroepelijke dood. Het is nochtans nodig deze subjectieve ingesteldheid wat opzij te dringen om het gestelde probleem van de rechtspositie van de ziekenhuisarts in het geheel van de gezondheidszorg wat te relativieren en eveneens om dit probleem zelf aan een koele ontleding te kunnen onderwerpen.

2. Het is in dit kort bestek onmogelijk een zeer exhaustief en volledig beeld van de rechtspositie van de ziekenhuisarts, van de arts dus die in een ziekenhuis werkzaam is, te tekenen. Hierover bestaat ten andere voldoende literatuur. Ik wil dan ook pogen vooral de aandacht te centreren op datgene wat in die literatuur niet zo uitdrukkelijk wordt onderzocht en verwoord : m.n. op de oorzaak waarom die rechtspositie van de ziekenhuisarts zo slepend problematisch is. Daarom gaf ik deze les als ondertitel „Een proeve van diepte-juridische analyse”.

---

(\*) Tekst van de openbare les gegeven op 3 april 1974 met het oog op het behalen van het diploma van geaggregeerde voor het hoger onderwijs.

3. Men zal er zich dan ook niet over verwonderen dat ik vooreerst zal pogen het archetype van de rechtspositie van de ziekenhuisarts dat in onze huidige gezondheidswetgeving is terug te vinden, op te sporen (§ 2). Vervolgens wil ik de huidige realiteit kort beschrijven (§ 3) om nadien, via enkele knelpunten de conflictologie van de bestaande situaties te concretiseren (§ 4). Besloten wordt met enkele overwegingen voor de toekomst (§ 5).

## § 2. Het archetype van rechtspositie van de ziekenhuisarts dat in de gezondheidswetgeving is terug te vinden

4. Ik wil hier de aandacht vestigen op een viertal teksten : de ziekenhuiswetgeving, de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, het wetsbesluit op de uitoefening der geneeskunst en de daaraan verbonden beroepen en het wetsbesluit tot instelling van een nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen.

5. Laten we de chronologische volgorde primeren op de logische en beginnen we derhalve met de *Z.I.V.-wetgeving*, die inderdaad de eerste regelingen in verband met in de ziekenhuizen beoefende geneeskunde inhiel. Van 1945 tot 1963 bestond er immers wel reeds een *Z.I.V.-wetgeving*, maar nog helemaal geen ziekenhuiswetgeving. Van meet af aan sprak men van ziekenhuis*verpleging*, die zeer duidelijk van de geneeskundige behandeling werd gescheiden. Deze scheiding tussen verpleegdagprijs en honoraria vindt men thans nog steeds in de huidige *Z.I.V.-wetgeving* terug. In de wet zelf worden de ziekenhuizen ten andere regelmatig *verplegingsinrichtingen* genoemd (zo bv. in artikel 31 dat het overeenkomstensysteem regelt, en in de volledige nationale overeenkomst van 1967). De bepaling van de verpleegdagprijs is echter sinds 1964 volledig naar het Ministerie van Volksgezondheid overgeheveld en behoort niet meer tot de bevoegdheid van de overeenkomstencommissie. Wat wel in de ziekteverzekering bleef is de volledige regeling van de afspraken over de medische honoraria. De vergoedingen voor de geneeskundige behandeling, ook wanneer deze in ziekenhuizen plaatsgrijpt, behoren tot de bevoegdheid van een commissie van artsen en verzekeringsinstellingen (mutualiteiten), de medico-mutualistische commissie. Men constateert dus niet alleen een scheiding tussen de prijs voor de verpleging en die voor de geneeskundige behandeling binnen in de ziekteverzekering zelf, de kloof is zelfs zeer breed geworden sinds de eerste uit de overeenkomstentechniek van de sociale zekerheid werd gehaald en naar het departement van volksgezondheid werd overgeheveld.

6. De *ziekenhuiswet* die gelijktijdig met de laatste grote hervormingswet van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in voege trad (1 januari 1964) consacreeerde de uit de Z.I.V. gegroeide situatie. Uit de ligdagprij, een door de Minister per dienst vastgesteld forfaitair bedrag, wordt het honorarium van de artsen uitdrukkelijk uitgesloten (1). Nochtans gebruikt deze wet reeds niet meer het woord verplegingsinstelling, maar hanteert resoluut en consequent de term ziekenhuis. De Koning wordt zelfs gemachtigd normen te bepalen die o.m. betrekking hebben op de minimumvereisten inzake *medisch personeel* en zeer recent op de organisatie van de verstrekking van dringende geneeskundige verzorging (2). Na 10 jaar constateert men echter dat heel wat min of meer gedetailleerde normen verschenen van architectonische, functionele en organisatorische aard, maar dat daarin de *medische bezetting*, de *medische organisatie* en het *medisch optreden* zeer minimaal werden genormeerd. Zo wordt wel geëist dat de leiding over de behandeling van de zieken uitsluitend bij de geneesheren moet berusten en verder dat de directie van de inrichting door een doctor in geneeskunde, technisch adviseur wordt bijgestaan. Voor de verschillende medische diensten wordt bovendien als allerstrikst minimum geëist dat er een geneesheer voor het voor de dienst relevante specialisme een zekere verantwoordelijkheid heeft ... De normering is op dit punt nogal dispaaraat en ... slordig wat de terminologie betreft. De nieuwe normen voor de psychiatrische diensten A en T zijn wat de medische bezetting en organisatie betreft iets explicieter.

In de *ziekenhuiswet* ziet men dus duidelijk de eenheidsopvatting over het ziekenhuis, de geïntegreerde ziekenhuisopvatting naar voor komen. Maar deze wet blijft de hypotheek meedragen van de optie die voordien in de ziekte- en invaliditeitsverzekering werd genomen, nl. de financiering van de verpleegdag en de geneeskundige activiteiten te splitsen.

7. Het *K.B. nr. 78* van 10 november 1967 betreffende de geneeskunst, enz. spreekt *niet* zeer *uitdrukkelijk* over geneeskunde uitgeoefend in ziekenhuizen, tenzij door in een paar artikelen (art. 15 en 17) de aandacht te vestigen op mogelijke akkoorden in de na-

---

(1) De Franse tekst van artikel 5, § 2 W. 23 december 1963 (W.Z.H.) spreekt ten onrechte van de „*practiciens de l'art de guérir*”. In ditzelfde artikel worden eveneens uitgesloten : de prijs van de farmaceutische specialiteiten en het honorarium van de opgesomde paramedische practici. Voor deze beide laatste categorieën is er nochtans afwijking van deze regel mogelijk door de Koning.

(2) Artikel 2 W.Z.H. Het laatste werd toegevoegd bij artikel 1 W. 6 juli 1973.

tionale paritaire commissie artsen-ziekenhuizen gesloten (zie verder). In die artikelen wordt een zeer algemene regeling gegeven, voor het geval o.m. er zo geen akkoorden bestaan. Zo wordt in artikel 15 voor de artsen het recht op honoraria of forfaitaire bezoldigingen voor hun prestaties geponeerd. Voor de honoraria wordt de arts de mogelijkheid gelaten zelf de hoogte ervan te bepalen tenzij een wet of een statuut of een overeenkomst waartoe hij toetrad hem dit zou verbieden. In artikel 17 wordt bepaald dat wanneer een arts voor de uitoefening van zijn beroep personeel, lokalen en materiaal gebruikt dat hem door een derde wordt terbeschikking gesteld en waarvoor deze derde op geen andere wijze betaling ontvangt, de voorwaarden voor dit gebruik in een statuut of een uitdrukkelijke overeenkomst tussen de artsen en die derde moeten worden bepaald. Een verwijzing naar het m.i. al te breed gestelde artikel 18, § 2 verhindert een overdrijven, zowel naar boven als naar beneden, van deze gebruiksvergoeding (1). Ook artikel 15 wordt tenandere getemperd door dit artikel 18, § 2.

Poneert het K.B. nr. 78 dus nergens uitdrukkelijk de noodzaak aan scheiding tussen ligdag en geneeskundige activiteit, men kan het er evenmin van verdenken op een geïntegreerde ziekenhuisgeneeskunde te hebben aangestuurd. Het bevat zelfs uitdrukkelijke regelen voor het geval de scheiding bestaat (de zojuist genoemde artikelen 17 en 18) en belast de artsenorganisaties zelf bv. met het regelen van de wachtdiensten, ook in de ziekenhuizen (art. 9) (2). Best kan gesteld worden dat veel mogelijkheden werden opengelaten door de reeds genoemde verwijzingen naar de eventuele activiteiten van de paritaire commissie artsen-ziekenhuizen.

8. Het K.B. nr. 47 van 24 oktober 1967 tot instelling o.m. van die Nationale paritaire commissie artsen-ziekenhuizen had tot doel de betrokken partijen zelf oplossingen te laten zoeken voor de verwarde toestand die, volgens de ontwerpers van het besluit, in de voorbije jaren was gegroeid in de betrekkingen tussen ziekenhuizen en geneesheren. In het verslag aan de Koning kan men lezen : „De verhouding waarin zij (d.i. de artsen) staan tot de inrichting is juridisch vaak moeilijk definieerbaar, veelal ongelijk van instelling tot instelling en weinig doorzichtig. Het gaat hier inderdaad ook om een vrij delicate

(1) Delhuvence spreekt hier van dichotomie (zie : DELHUVENCE, M., *De gebruiksvergoeding, Acta hospitalia*, 1971, 27 e.v.), maar hierdoor voegt hij een bijkomende voorwaarde aan de besluittekst toe. Zie ook : STEENBERGEN, J., *Professionele vennootschappen, T.P.R.*, 1974, blz. 219 e.v.

(2) De toevoeging aan artikel 2 W.Z.H. (zie noot (2), blz. 299) verwijst er uitdrukkelijk naar.

aangelegenheid : het gaat om een traditioneel vrij beroep met eigen uitgebouwde plichtenleer en onafstaanbare individuele beroepsverantwoordelijkheid, dat zijn hoge diensten presteert in een georganiseerd verband dat zijn eigen onvermijdelijke eisen van doelmatigheid en geordend groepsstreven moet kunnen opleggen". Deze paritaire commissie is eigenlijk geboren als prematuur... Ze lag inderdaad drie jaar in de couveuse, (want pas in 1970 werd ze werkelijk geïnstalleerd en kon ze beginnen werken). Tot op heden werd erin nog geen enkel officieel akkoord afgesloten tussen de beide partijen. Persoonlijk zie ik als hoofdreden hiervoor dat er — in tegenstelling tot de in het bedrijfsleven werkende paritaire commissies — geen akkoord bestond over de basisverhouding tussen artsen en ziekenhuizen op het ogenblik dat men de bewuste paritaire commissie oprichtte. Integendeel, deze commissie kreeg juist als opdracht hierover tot een akkoord te komen. Dit geschiedt dan ook moeizamer dan in het bedrijfsleven waarin de arbeidsverhouding duidelijk door werknemers en werkgevers wordt erkend en de besprekingen en de akkoorden in hun paritaire commissies slechts concrete problemen in verband met loon- en arbeidsvoorwaarden als voorwerp hebben (1).

9. Om het *archetype van de rechtspositie van de ziekenhuisarts* op te sporen kan men het K.B. nr. 47 in verband met de paritaire commissie dat nog geen positieve resultaten opleverde en het wetsbesluit nr. 78 dat in die commissie zijn grote hoop stelde, terzijde laten. In de ziekenhuiswet constateert men een splitsing tussen ligdagprijs en honoraria, optie die haar oorsprong vond in de ziekte- en invaliditeitsverzekering, die deze splitsing nog steeds aanhoudt. Deze splitsing in belangrijke wetteksten als de tweegenomde neergelegd, kan niet anders dan een juridische verwoording zijn van de in 1945 en waarschijnlijk nog in 1963 bestaande (of verdedigde) realiteit. Deze realiteit was m.i. de volgende : het ziekenhuis was een verplegingsinstelling waarnaar de artsen hun patiënten die ze thuis niet konden behandelen en verzorgen, overbrachten. De verhouding ziekenhuis-arts was van dien aard dat de arts toelating kreeg over een aantal bedden te beschikken teneinde er zijn verhouding (zijn medisch contract) met de patiënt, die opname behoefde, verder te zetten. Het ziekenhuis bood aan artsen en hun patiënten slechts onderdak en verpleging. Het is duidelijk dat uit die situatie volgde dat de arts door zijn patiënt zelf betaald werd bij middel van honoraria, zoals dat buiten het ziekenhuis het geval was, terwijl het ziekenhuis voor de verpleging werd betaald.

(3) Zie : BLANPAIN, R., *De collectieve arbeidsovereenkomst*, blz. 29-30.

10. Hoe kan men dit in de wetgeving neergelegde archetype van de rechtspositie van de ziekenhuisarts nu best juridisch vertalen? Het gaat om een *contract*, een wilsovereenstemming tussen twee partijen waardoor verbintenissen tussen beiden ontstaan. Vooreerst weze benadrukt dat zo'n contract helemaal geen geschrift veronderstelt. Het geschrift is immers slechts een — overigens zeer waardevol — bewijsstuk van het contract, van de wilsovereenstemming dus.

Het ziekenhuis verbond zich ertoe de arts zijn patiënten binnen het ziekenhuis te laten behandelen en voor de verpleging van die patiënten in te staan. Anderzijds verbond de arts er zich toe de nodige aanwezigingen te geven voor de verpleging van de patiënten en de gang van zaken in het ziekenhuis niet nodeloos te verstoren. Zo'n contract vindt men niet gecatalogeerd in het burgerlijk wetboek. Het is geen benoemd contract zoals de koop-verkoop, de lening, de huur-verhuur; het is een onbenoemd contract, een contract *sui generis*. Het liet een contractuele relatie met de patiënt mogelijk zowel voor het ziekenhuis (inzake de verpleging) als voor de arts (het medisch contract). Beiden verzekerden dan ook afzonderlijk hun eigen aansprakelijkheid (contractuele en burgerrechtelijke). Beiden werden eveneens afzonderlijk door de patiënt betaald omwille van de uitvoering van hun eigen contractuele verbintenissen jegens de patiënt. Het ziekenhuis liet zich als onderneming niet in met de geneeskunde.

11. Dit type van de rechtspositie van de ziekenhuisarts waarop de Z.I.V.-wetgeving is geconstrueerd en dat later in de ziekenhuiswet werd overgenomen, was nochtans *niet het enige* dat in 1945 bestond. In die periode bestond reeds twintig jaar een wettelijke regeling voor de Commissies van de openbare onderstand en de door hen beheerde ziekenhuizen. In haar ziekenhuizen stelde de C.O.O. artsen aan die voor de behoeftigen dienden te zorgen. De C.O.O. bezoldigde die statutair benoemde artsen forfaitair om de patiënten van de C.O.O. te verzorgen. (Maar diezelfde artsen behandelden in diezelfde ziekenhuizen ook vermogende patiënten en beantwoordden dus voor een gedeelte van hun praktijk toch aan het beschreven archetype). Het is begrijpelijk dat de Z.I.V.-wetgeving dit type niet in haar reglementering neerlegde : het sloeg immers op behoeftige patiënten. Deze waren *niet* verzekerd en daarmee had de Z.I.V. dus geen uitstaans. Naarmate het aantal verzekerden steeg (thans is theoretisch zelfs 100 % van de Belgische bevolking verzekerd tegen de kosten voor gezondheidszorgen), breidde het impact van het archetype zich uit en kwam zelfs in de publieke sector in botsing met het tweede type.

Een gelijkaardig type vond men sinds 1850-1873 in de gesloten psychiatrische ziekenhuizen voor gecolloqueerde patiënten, maar hier werden de artsen door het Ministerie van Volksgezondheid benoemd en forfaitair bezoldigd uit een apart fonds. Ook deze artsen hadden binnen de muren van de instelling andere patiënten in de open diensten en leefden dus gedeeltelijk in het eerste type.

12. Het archetype van ziekenhuisgeneeskunde roept thans heel wat *bedenkingen* op. Het dateert uit een tijd waar de geneeskunde, ook de specialistische, solistisch kon worden beoefend. Ze vereiste nog geen al te zware medische infrastructuur en daarvoor noodzakelijk personeel; om het wat simplistisch te zeggen: de stethoscoop was nog betaalbaar. Ze vereiste evenmin equipevorming: de specialisatie was nog in haar beginstadium en de subspecialisatie nog helemaal niet gestart... voor het vormen van equipes waren er bovendien niet zo heel veel artsen beschikbaar. En als men met equipevorming ook de paramedische beroepen viseert, dan was deze zeker onmogelijk vermits deze paramedische beroepen ook nog tot ontwikkeling moesten komen. *Ziekenhuisgeneeskunde had toen nog geen eigen identiteit*. Het was specialistische solo-geneeskunde onder een ander dak, tussen andere muren: m.n. het ziekenhuis.

Thans vindt men in de literatuur, niet alleen uit de pen van ziekenhuisbeheerders, maar ook uit die van meer objectief wetenschappelijke denkers, en zelfs uit die van geneesheren dat ziekenhuisgeneeskunde toch iets anders is of zou moeten zijn dan de louter rekenkundige som van individuele medische praktijken onder het dak van het ziekenhuis... iets meer dan een winkelgalerij waarin elke arts afgescheiden van de anderen zijn bedrijfje uitoefent.

Ziekenhuisgeneeskunde, zo leest men in deze geschriften, vereist bv. full-time interdisciplinaire samenwerking, samenwerking met alle instanties welke rechtstreeks of onrechtstreeks bij de hospitalisatie en de verzorging betrokken zijn, de organisatie van wachtdiensten, het gesloten karakter van de instelling (d.i. dus een beperkte staf), een degelijke medische infrastructuur van de instelling (1). Men kan daar zeker nog een degelijke medische organisatie aan toevoegen, alsook de noodzaak aan eenvormige medische dossiers, aan evaluatie van de kwaliteit van het medisch werk (*medical audit*).

---

(1) VANDENDRIESSCHE, R., in *De geneesheer en het ziekenhuis*, Verslagboek van het Colloquium van het Algemeen syndicaat der Geneesheren van België (1970), blz. 15.

13. De vraag stelt zich *wie de geneeskunde in de ziekenhuizen tot ziekenhuisgeneeskunde moet omvormen*. Is dit een opdracht voor de overheid, voor de ziekenhuizen, voor de geneesheren?

De analyse van de basisteksten van de gezondheidswetgeving laat toch de conclusie toe dat de overheid hier in zeer beperkte mate is opgetreden : de ziekenhuiswet maakte nochtans een resolute aanpak in die richting mogelijk. Maar de praktijk was, zoals we reeds zagen zeer karig. In 1970 nog verklaarde de directeur-generaal van — en men lette hier op de zeer typische terminologie — de bestuursafdeling voor de *verplegingsinrichtingen* van het departement voor volksgezondheid op een colloquium : „Het zal U in de loop van mijn uiteenzetting wellicht opvallen dat het aantal richtlijnen of wettelijke bepalingen met betrekking tot de verhouding tussen ziekenhuisbeheer en artsen betrekkelijk gering is. Van meet af aan wil ik onderstrepen dat dit ongetwijfeld in verband moet worden gebracht met de zeer uiteenlopende toestanden die in onze ziekenhuisinfrastructuur historisch zijn gegroeid, en met de relatief beperkte taak die terzake aan de overheid werd toevertrouwd” (1). Met deze laatste overweging kan ik me evenwel moeilijk akkoord verklaren, vermits via het spel der normen heel wat aan de overheid werd mogelijk gemaakt.

De artsen hebben zich *officieel* zeer verdedigend opgesteld in deze mogelijke evolutie, en deze houding is de laatste jaren zelfs merkwaardig verstrakt. Het advies van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren (nr. 3934/4620) van 25 september 1971 is in dit opzicht teleurstellend te noemen : het toont niet de minste bekommernis om wat ziekenhuisgeneeskunde is en blijft de deontologische regels bouwen op het reeds beschreven archetype. Bij de artsensyndicaten zijn twee strekkingen waar te nemen : enerzijds de strekking Wynen die in de stellingname van de Orde der geneesheren nogal goed doorklinkt en anderzijds de strekking De Brabander die de realiteitsverandering minder defensief tegemoet treedt, hoewel ook van deze strekking vooralsnog geen belangrijke concrete initiatieven uitgingen. Hun houding tegenover concrete voorstellen van anderen is echter veel positiever gericht op de veranderende werkelijkheid. Die afremmende of toch weinig creatieve houding van het geneesherenkorps was natuurlijk niet van aard om *die* oplossing te realiseren die door de overheid in 1967 werd gekozen : m.n. beide partijen (ziekenhuizen en artsen) in een paritaire commissie bij elkaar brengen.

---

(1) DE SCHOUWER, P., in hetzelfde verslagboek, blz. 3.



De voorstellen tot omvorming van de geneeskunde in de ziekenhuizen tot ziekenhuisgeneeskunde gingen tot nog toe uit van de ziekenhuisverenigingen. Men denke aan het Ontwerp van statuut van de ziekenhuisartsen opgemaakt door het Verbond van Verplegingsinstellingen van Caritas Catholica (18 juli 1972). Mag ik hier terug de aandacht trekken op het historisch zeer revelerend fenomeen van de terminologie : Verbond van *Verplegingsinstellingen* ? Dit ontwerp werd in een ietwat aangepaste vorm overgenomen in het ontwerp van statuut van de ziekenhuisarts van de Nationale confederatie van verzorgingsinstellingen (3 oktober 1972) die alle Belgische ziekenhuisverenigingen groepeert. Dit wijst m.i. op een zeer belangrijk fenomeen : de oude verplegingsinrichtingen zijn zich niet alleen meer en meer voor de binnen hun muren uitgeoefende geneeskunde gaan interesseren, ze beginnen zich in stijgende mate verantwoordelijk te voelen voor het geneeskundig aanbod dat aan hun patiënten wordt gedaan... En van zodra deze bewustwording in actie overslaat, begint de schoen te wringen. De schoen wringt al meer dan 10 jaar en de voet van de gezondheidszorg die het ziekenhuiswezen toch is, staat vandaag dan ook vol opengetrapte blaren. Hij is dringend aan verzorging en aan een nieuwe schoen toe.

In de ziekenhuisverenigingen voelt men inderdaad de noodzaak aan een oplossing te vinden voor de institutionele geneeskunde en dit liefst op zo ruim mogelijke schaal. Men wil blijkbaar niet langer bij elke aanwerving of aanstelling of toelating van een nieuw arts in een concreet ziekenhuis, steeds maar over dezelfde fundamentele vragen discussiëren en vaak moeten toegeven om lokale conflicten te vermijden. Ondertussen zijn jaar na jaar en thans nog dag na dag lokale *modi vivendi* ontstaan, die nu eens veel, dan weer weinig van het oorspronkelijke archetype afwijken.

### § 3. De huidige realiteit

14. Ik zou thans — zeer kort — het resultaat van deze verregaande contractsvrijheid tussen artsen en ziekenhuizen willen schetsen. Het gaat om een bont palet van mogelijkheden die in zeer veel variaties met elkaar kunnen worden gecombineerd.

Vooreerst dient de aandacht er op gevestigd dat, voorlopig althans, de juridische basisverhouding tussen het ziekenhuis en de *individuele* artsen is geregeld en dat er nog geen regelingen bestaan waarbij deze basisverhouding tussen het ziekenhuis en een rechtspersoon van

artsen (bv. een v.z.w. of een burgerlijke vennootschap onder de artsen) is geregeld.

De bestaande individuele relaties zou ik willen beschrijven vanuit twee dragende vragen die niet parallel lopen, maar elkaar dwarsen : a) is er juridische ondergeschiktheid of niet ? b) welke zijn de financiële regelingen ?

15. *Is er juridische ondergeschiktheid of niet?* Of er juridische ondergeschiktheid bestaat in een concrete verhouding ziekenhuis-arts is niet het gevolg van een expliciete tekst in het contract tussen beiden, het is het gevolg van de *feitelijke* verhouding waarin genoemde partijen zich tot elkaar gedragen. (Niet het etiket op de fles telt, het is de inhoud van de fles die van belang is). Het is deze feitelijke verhouding die decisief is voor de al dan niet toepasbaarheid van enkele belangrijke sociale wetten van openbare orde : o.m. de arbeidsovereenkomstenwetgeving en de wetgeving op de maatschappelijke zekerheid der werknemers. Theoretisch kan men volgend onderscheid maken :

a) het *archetype* is voor heel wat artsen blijven bestaan en praktisch voor allen wat betreft hun eventuele in de gebouwen van het ziekenhuis uitgeoefende polyklinische activiteit. De stijgende kosten voor apparatuur en personeel ontnamen hun wel een stimulus om daarin zelf te voorzien. De ziekenhuizen stellen dus meer en meer zelf medische apparatuur en eventueel personeel van het ziekenhuis ter beschikking van de artsen, hoewel dat alles ook hun eigendom of personeel kan zijn.

b) sommige artsen waren bereid een zekere verantwoordelijkheid op te nemen voor het ziekenhuis en patiënten van het ziekenhuis te behandelen maar dit in wat Blanpain noemt *afhankelijke onafhankelijkheid* d.i. volgens eigen inzichten met hoogstens richtlijnen vanwege het ziekenhuis (1). Voor bepaalde artsen slaat die bereidheid niet op het behandelen van patiënten, maar wel op het opnemen van een verantwoordelijkheid in de organisatie van het ziekenhuis. Soms slaat zo'n aannemingscontract op beiden.

c) enkele artsen aanvaardden expliciet een *bediendencontract*, een arbeidsovereenkomst voor bedienden dus, en derhalve ondergeschikt verband. Dit betekent dat zij in ondergeschikt verband voor het

---

(1) BLANPAIN, R., in CENTRUM VOOR ZIEKENHUISWETENSCHAP, *Medische aansprakelijkheid in ziekenhuisverband* (1972), blz. 84.

ziekenhuis patiënten behandelen en/of voor het ziekenhuis een organisatorische functie uitoefenen.

d) in de openbare ziekenhuizen (de C.O.O. dus) zijn m.i. alle in a tot c opgesomde schakeringen mogelijk. Het K.B. van 27 februari 1961 voorziet deze mogelijkheid uitdrukkelijk. In C.O.O.-middens wordt nochtans steeds sterker geponereerd dat de artsen die in deze instellingen werkzaam zijn statutair zouden zijn benoemd (en dus niet contractueel). Deze visie van de statutaire ondergeschiktheid die ook door Blanpain wordt verdedigd o.m. op basis van het advies Nimmegeers in een recent arrest van de Raad van State (1), komt mij overtuigend voor in verband met de artsen die en in zoverre zij de behoeftigen verzorgen, wat de uitvoering is van de overheidstaak die de C.O.O. heeft. Voor het overige zijn de betrekkingen van de artsen met de C.O.O. m.i. van contractuele aard (zoals dit het geval is met de artsenspsychiaters van de gesloten psychiatrische diensten, voor hun patiënten in de open diensten). Voor de niet-behoeftigen, de verzekerde patiënten dus kan de C.O.O. slechts aan de honoraria van de artsen wanneer deze ermee akkoord gaan die honoraria in eigendom af te staan, of minstens deze te laten innen door de C.O.O. Ik laat het aan specialisten in het administratief recht over deze stelling te bevestigen of te weerleggen. Wanneer ze wordt weerlegd, zijn de volgende beschouwingen in hun totaliteit slechts van toepassing op de privé-ziekenhuizen, hoewel toch heel wat van die beschouwingen ook in de publieke ziekenhuissector een aanknopingspunt vinden.

Ofschoon men theoretisch wel enig onderscheid kan aanbrengen, is de werkelijke toestand een zeer verwarde flora. Een arts kan tezelfdertijd in hetzelfde ziekenhuis bv. volgens verschillende of zelfs volgens elk van de opgesomde mogelijkheden werkzaam zijn. Bovendien constateert men vaak dat — of er nu een geschreven of een mondeling contract bestaat — de afspraak de werkelijke bedoelingen van de partijen camoufleert. Het is mogelijk dat hierdoor een formeel bediendencontract niet de daaraan verbonden rechtsgevolgen resorteert. Het is ook mogelijk — en dit is in de praktijk veel meer het geval — dat de organisatorische functie die de arts aanvaardt (bv. arts-diensthoofd, hoofdgeneesheer), louter een titel is die aan geen concrete bevoegdheden beantwoordt. Het is tenslotte ook mogelijk dat bepaalde anders betitelde overeenkomsten als bediendencontracten moeten worden gekwalificeerd. Persoonlijk ben ik zelfs van oordeel dat de marge tussen het archetype en de bediendenovereenkomst,

(1) BLANPAIN, R., o.c., blz. 94 e.v. Arrest nr. A/A14689/VII.419.

de ruimte dus voor de afhankelijke onafhankelijkheid, niet zeer breed is in het ziekenhuisgebeuren. Men leest immers in de arbeidsrechtelijke literatuur dat een beetje ondergeschikt verband voldoende is opdat deze essentiële voorwaarde voor een arbeidsovereenkomst (*i.c.* voor bedienden) zou zijn vervuld. Dit ondergeschikt verband wordt reeds aanvaard van zodra de juridische mogelijkheid voor de werkgever (het ziekenhuis dus) bestaat gezag uit te oefenen op de arts, zelfs indien het niet de medische prestaties op zichzelf betreft, maar nevenkwesties als bv. het uurrooster, de samenstelling van het medisch dossier, welke patiënten moeten worden behandeld enz.

16. *Welke zijn de financiële regelingen?* De bezoldiging van de activiteiten van C.O.O.-artsen ten gunste van behoeftigen en de bezoldiging van de psychiaters in de gesloten psychiatrie is een apart probleem. De eerste bezoldiging valt ten laste van het C.O.O.-budget, de tweede ten laste van het Geneesherenfonds in volksgezondheid. (In verband met dit fonds en de situatie van gans de gesloten psychiatrie rijzen de laatste maanden wel ingewikkelde problemen). Op deze uitzonderingssituaties wens ik hier niet dieper in te gaan.

Uit de ziekenhuiswet volgt dat een ziekenhuispatiënt afzonderlijke nota's ontvangt voor de verplegingsactiviteit en voor de geneeskundige activiteit. Hierbij rijzen als vragen wie hem de nota voor de geneeskundige activiteit aanbiedt, wie de daarop vermelde bedragen int, voor wiens rekening de innende persoon of instantie int en wie derhalve eigenaar is van de geïnde sommen. Op dit punt zijn de verhoudingen tussen ziekenhuizen en artsen nog verwarder dan inzake de ondergeschiktheid. De vraagstelling wordt bovendien in ruime mate bemoeilijkt door de ziekteverzekering. Laten we een poging wagen ook hierin enige lijnen te trekken.

#### A. HET ARCHETYPE

17. a) Het archetype met zijn financiële consequenties m.n. betaling van een honorarium door de patiënt aan de arts, speelt nog onveranderd in heel wat ziekenhuizen, en zeker in zeer velen voor de polyklinische activiteit van artsen.

b) Soms slaagde een ziekenhuis erin in de contracten met elke arts te bekomen dat het ziekenhuis voor elk van hen centraal zou innen. De arts vergoedt in dit geval de administratiekosten voor de inning.

c) Een verdere mogelijkheid is dat het ziekenhuis de artsen ertoe brengt het derdebetalerssysteem te aanvaarden : de patiënt betaalt in dit geval niets, of slechts het eventuele remgeld en de eventuele

opleg (voor behandeling in twee- of eenpersoonskamers), terwijl de verzekeringsinstelling (de mutualiteit) het terugbetaalbare gedeelte van het honorarium niet aan de patiënt terugbetaalt, maar aan het ziekenhuis voor de arts.

In al deze gevallen (a tot c) kan de arts uit eigen beweging de verbintenis met de ziekteverzekering hebben geweigerd ofwel aanvaard. In dit laatste geval is hij verplicht de tarieven die de akkoorden artsenziekenfondsen voor de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen vastleggen, te respecteren. Het ziekenhuis kan hem ook contractueel verplichten dit te doen. Die tariefverplichting kan slaan op zijn volledige praktijk, in het ziekenhuis, of bv. niet op zijn polyklinische activiteit of op een gedeelte ervan. In al deze gevallen rijst bovendien het probleem van de vergoeding voor de aan het ziekenhuis veroorzaakte kosten, maar hierover later meer.

In al deze gevallen tenslotte is het inkomen van de in het ziekenhuis werkzame artsen zeer verschillend en ongelijk. Soms is het zelfs onevenredig met hun ziekenhuisarbeid.

#### B. POOLING VAN HONORARIA

18. In sommige ziekenhuizen is men daarom reeds in die mate van het archetype en zijn varianten weggeëvolueerd dat er door de geldstroom individuele patiënt-individuele arts (al dan niet via de omweg van het ziekenhuis) op een bepaald ogenblik een dam is getrokken, waarachter een geldmassa, een pool ontstaat. Soms bestaan in een ziekenhuis beperkte pools (per dienst, of voor een gedeelte van het ziekenhuis), soms gaat het om een algemene pool van het ganse ziekenhuis. Dit is in alle gevallen wettelijk, indien men tenminsten artikel 18, § 1 K.B. nr. 78 ruim interpreteert (1). Soms ontstonden die pools op verzoek, of onder druk of als contractuele eis vanwege het ziekenhuis, soms ontstonden die door een interne afspraak vanwege de geneesheren (o.m. door associatieovereenkomsten). Soms ziet men de combinatie van beide : de oudere artsen maakten vrijwillig samen een pool en dit poolsysteem wordt dan verplichtend gemaakt door het ziekenhuis voor nieuwe artsen. Soms slaat de pool op de volledige ziekenhuisactiviteit, soms niet op de polyklinische activiteiten.

De verdeling van deze pools biedt, na aftrek van de vergoeding van de aan het ziekenhuis veroorzaakte kosten, waarover later meer, ook

(1) Zie de gerechtvaardigde kritiek van R. MEERT tegen Cass., 23 maart 1970, (*Rev. dr. soc.*, 1970, 160) in : *Bruxelles-Médical*, 1972, nr. 1, 63 e.v.

allerlei mogelijkheden. Soms geschiedt vooraf een fixe of procentuele afname ten voordele van diegenen die een organisatorische functie in het ziekenhuis waarnemen (in sommige gevallen wordt de vergoeding voor dergelijk werk nochtans in de ligdagprijs opgenomen). De overige geldmassa kan procentueel worden verdeeld in gelijke delen of in functie van anciënniteit, of nog door uitbetaling van een vaste basissom en een procentuele verdeling van de resterende som.

Benadrukt weze dat de gelden waarover hier gesproken wordt eigendom zijn van de artsen. Het gaat om door henzelf of het ziekenhuis voor hen geïnde honoraria of verzekeringstegemoetkomingen voor hun prestaties. De verbintenissenproblematiek geschetst aan het einde van A blijft hier dan ook spelen.

#### C. AFSTAND VAN HET RECHT T.O.V. DE PATIËNT HONORARIA TE VORDEREN

19. In enkele ziekenhuizen is men volledig van een mogelijke financiële verhouding arts-patiënt weggestapt en is men met de erin werkende artsen overeengekomen dat zij door het ziekenhuis worden betaald. Vermits de ligdagprijs nochtans geen geneeskundige activiteiten dekt, kan het ziekenhuis slechts aan het nodige geld ter betaling van haar artsen geraken door hen initiaal hun recht tot het aanrekenen van honoraria aan de patiënten te doen verzaken ten voordele van het ziekenhuis. Is in zulke gevallen de normale vergoeding voor de arts een forfaitaire wedde, dan zijn nochtans ook alle variaties van het poolsysteem (zie B) mogelijk. Maar zelfs indien de artsen met een forfaitaire wedde worden vergoed, blijven de terugbetalingen uit de ziekteverzekering *per prestatie* het ziekenhuis binnenstromen. De ziekteverzekering kent immers *geen uitgewerkte formule* van forfaitaire terugbetaling voor forfaitaire geneeskunde. Wel bestaat de wettelijke mogelijkheid om hiertoe te komen (1), maar ook deze zit toch nog vast in de archetypische verhouding : de Z.I.V.-wet voorziet immers dat deze eventuele forfaitaire akkoorden moeten worden gesloten tussen artsen en ziekteverzekering. De ziekenhuizen zijn hierin geen partij! Maar zelfs deze wettelijke mogelijkheid is niet in de praktijk omgezet. Het financieringssysteem van het ziekenhuis voor de geneeskundige activiteiten blijft dus, hoe de financiële afspraken tussen de artsen en ziekenhuizen ook mogen zijn, op tweevoudige wijze tributair aan het archetype : scheiding tussen ligdag en geneeskundige akten enerzijds en anderzijds terugbetaling alsof er voor elke genees-

(1) Artikel 34<sup>ter</sup> W. 9 augustus 1963, zoals ingevoegd bij artikel 22, W. 8 april 1965 en gewijzigd bij artikel 4, W. 26 maart 1970.

kundige akt voorzien in de nomenclatuur een honorarium zou verschuldigd zijn.

#### D. DE VERGOEDING VAN DE KOSTEN

20. Uit het archetype spruit voort dat de arts aan het ziekenhuis de kosten moet vergoeden die hij door zijn praktijkvoering in het ziekenhuis veroorzaakt, in zoverre die kosten niet door de verpleegdagprijs worden gedekt. In het archetype betaalt de arts persoonlijk die kosten (of worden deze bij inning door het ziekenhuis afgehouden van de sommen die het ziekenhuis uiteindelijk aan de arts stort). In het poolsysteem worden ze normaal voor elke verdeling van de pool afgetrokken. In de onder C vermelde gevallen van werkelijke vergoeding van de arts door het ziekenhuis worden deze kosten natuurlijk niet afgetrokken van bv. de wedde van de arts, maar dienen ze toch berekend om te weten of het ziekenhuis wel voldoende inkomsten uit de medische activiteiten heeft om én die kosten te dragen én de wedden van de artsen te betalen.

Rond die kostenvergoeding (1) bestaan heel wat deontologische, financieel-boekhoudkundige en zelfs juridische betwistingen. Ook hier zijn er weer verscheidene variaties. Wat de wijze van berekening bv. betreft, kan men onderscheiden : een forfaitair bedrag, een met de reële kosten overeenstemmend bedrag, een percentage van de honoraria dat de reële kosten benadert, of een forfaitair percentage.

#### § 4. Conflictologie van de bestaande situaties

21. Na deze schets van de bestaande situaties wordt het misschien eenvoudiger een aantal (regelmatig voorkomende) concrete knelpunten in de verhouding arts-ziekenhuis te verduidelijken. De tijd dwingt me er slechts een tweetal te reveleren.

Een eerste knelpunt rijst door de *inmenging van de Orde der geneesheren* in deze verhouding. De geneesheren worden inderdaad deontologisch verplicht hun contract met een ziekenhuis aan de bevoegde provinciale raad van de Orde voor te leggen. Een al te absolute opvatting over de autonomie van de individuele arts en een nogal dogmatisch vasthouden aan de archetypische financiële verhouding

---

(1) Delhuvonne spreekt van gebruiksvergoeding (*art. cit.*, noot 8). Daaruit leidt hij het bestaan van een gebruiksovereenkomst af. Dit is misschien iets te veralgemenend, vermits m.i. deze gebruiksvergoeding ook een clause kan zijn in een globalere en anders te benoemen overeenkomst.

tussen arts en patiënt, doet deze instanties dan ook regelmatig besluiten tot de deontologische onaanvaardbaarheid van bepaalde door beide partijen gewilde verhoudingen en afspraken. Zo acht de Orde het deontologisch onaanvaardbaar dat de arts de kosten van zijn ziekenhuisactiviteit zou vergoeden aan het ziekenhuis door een procentuele afhouding op zijn honoraria. De arts dient de reële kosten te betalen of laten afhouden. Deze stellingname geeft, waar ze wordt gevolgd, aanleiding tot heel wat uitgesponnen boekhoudkundige discussies over de werkelijke kosten, die altijd in zekere mate forfaitair zijn. Maar ze geeft ook aanleiding tot heel wat — eigenlijk kinderachtige — ontduikingen. Bij de Orde komen inderdaad heel wat contracten van radiologen en klinische biologen binnen die deontologisch mooi in regel zijn, maar waarbij de financiële verhouding tussen het ziekenhuis en de arts door een tegenbrief — die als 't ware onder de tafel wordt geschreven — toch in percentages wordt geregeld.

Deze percentages scheppen misschien wel een deontologisch probleem, maar ze zijn m.i. ook sociaal problematisch. Het is immers duidelijk dat zij in heel wat ziekenhuizen noodzakelijk zijn om financieel rond te komen. Onze ziekenhuisreglementering is inderdaad zo dat grote ziekenhuizen die geen supplementair inkomen hebben uit het labo en de radiologie, verlieslatend zijn. Oorspronkelijk bedoeld als kostenvergoeding, worden deze percentages uiteindelijk een deel ziekenhuisfinanciering (bovenop de reële kosten). En de honoraria van de arts die gebruik maakt van technische ziekenhuisapparatuur lopen inderdaad soms zeer hoog op door de automatisering van de betrokken prestaties. Wanneer hij alleen de reële kosten vergoedt, moet hij bekennen — zoals ik het ooit meemaakte — dat het immoreel zou zijn wanneer hij de resterende bedragen totaal zelf zou opstrijken. Mogen dergelijke toestanden blijven duren? *Dwingt de sociale moraal niet te twijfelen aan een financieringssysteem waarin het van het moreel oordeel van elke arts afhangt of het ziekenhuis waarin hij werkt verlieslatend zal zijn of niet?*

In dit opzicht is het zuiver honorarium een interessante vondst. In dit geval bevat het honorarium geen kostenvergoedingselement meer en worden die kosten rechtstreeks via de ligdagprijs aan het ziekenhuis toebedeeld. Zo'n zuiver honorarium is m.i. nochtans slechts logisch voor de medische activiteiten die enkel in een ziekenhuis kunnen worden verricht, wat dus bv. al niet het geval is voor radiologie en klinische biologie. Bovendien bestendigt dit zuiver honorarium de archetypische splitsing tussen ligdag en medische activiteit en



beperkt het de ziekenhuisgeneeskunde tot de in de nomenclatuur opgesomde akten.

22. Een tweede knelpunt dat in het licht van de geschetste situaties dient beschouwd is dat van de *inspraak der artsen in het ziekenhuis*. Het is duidelijk dat in het archetype-geval een arts niet zoveel gedachten koestert over inspraak in het ziekenhuis-verplegingsinstelling. Hij werkt immers eventueel zelfs met eigen personeel en materiaal in het ziekenhuis als zijn eigen meester. De inspraakgedachte groeide naargelang het ziekenhuis zich meer en meer met het aanbod van de geneeskunde en de medische infrastructuur ging bezig houden, dus eigenlijk zelf ging inspreken in de geneeskunde die in het ziekenhuis wordt gepresteerd. Dat in dergelijke gevallen medische raden ontstonden, vergaderingen dus van de artsen werkzaam in het ziekenhuis, is normaal. Het ontstaan is bovendien typerend voor hun opdracht : ze beogen zowel de uitoefening van de geneeskunde tegen het optreden van het ziekenhuis te beschermen als de belangen van de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn te verdedigen. Deze medische raden zijn zich ondertussen aan het uitbreiden tot alle ziekenhuizen, zelfs diegene die nog quasi-volledig in de archetypische situatie zitten. Ze kunnen zowel een integrerende ontwikkeling bevorderen als — en dit is helaas dikwijls het geval — deze afremmen of gewoon voorkomen.

Een argument voor hun inspraak halen de artsen niet alleen uit hun arts zijn, maar bovendien uit hun financiële (kosten) bijdrage aan het ziekenhuis. Dit argument wordt zeer sterk in de gevallen die boven werden besproken, m.n. wanneer een individuele arts (of de artsen-equipe uit de pool) een of meerdere miljoenen aan het ziekenhuis afstaan bovenop de kosten. Men krijgt dan het zowat berucht wordend probleem van de *saldi* (Jolimont, 1972, A.Z. Gent, 1974).

Het probleem van de inspraak is m.i. zeer nauw verwant met de juridische verhouding van de arts tot het ziekenhuis. Men mag deze inspraak zeker niet van overheidswege eenvormig regelen zolang er niet meer eenvormigheid bestaat of is gebracht in de relatie tussen de ziekenhuizen en hun (?) artsen. De graad van inspraak zal tenandere moeten afhangen van de aard van deze relatie. Het voorstel inzake de algemene raad door Minister De Saeger in de ziekenhuisraad gedaan op 14 januari 1974 was dan ook, in zoverre het de artsen betrof, enigszins voorbarig.

23. De conflictologie van de bestaande situaties is veel uitgebreider dan de boven vermelde punten. Tijdsgebrek dwingt me slechts enkele

te noteren koptitels ervan aan te duiden. Men denke aan de rechtsverhoudingen van de patiënten met het ziekenhuis en de erin werkzame artsen; aan de ganse aansprakelijkheidsregeling die daaruit voortvloeit en de daarmee verband houdende verzekeringsproblematiek; aan de problemen gesteld door eventuele associatieovereenkomsten tussen artsen; aan het geneesherensyndicalisme en de ziekenhuizen; aan de medische organisatie en infrastructuur; aan de betwisting over het al dan niet ambtenarenstatuut van de artsen in de C.O.O.-ziekenhuizen.

## § 5. Naar een nieuwe ziekenhuisstructuur?

24. Het chronisch conflict tussen ziekenhuizen en artsen uitleggen als een gevolg van de zovele variaties die in hun verhoudingen bestaan, is aanlokkelijk maar foutief. Die flora van variaties is slechts een verschijnsel dat zijn diepere oorzaak vindt in dezelfde bron als dit conflict, m.n. de drang vooral in ziekenhuismiddens om van geneeskunde *in* ziekenhuizen naar ziekenhuisgeneeskunde over te stappen. De drang met andere woorden om van verplegingsinrichting een volwaardige medische verzorgingsinstelling te worden. Deze drang komt fataal voortdurend in botsing met de gevestigde toestand van scheiding tussen ligdagactiviteit en geneeskunde, die geconsacreerd ligt in de wetgeving in verband met de financiering van de ziekenhuizen en die door de artsen hardnekkig wordt verdedigd. Voorlopig hangt het telkens van de individuele artsen in een bepaald ziekenhuis af of men tot een zekere integratie van de geneeskunde in de instelling kan evolueren. De financiering voorziet in een betaling per geneeskundige akt van de individueel presterende geneesheer. Integratie in een medische groep, en nog verder in het ziekenhuis zelf hangt af van de bereidheid van elke individuele arts, en nadien van de groep om van die financiële verworvenheden gedeeltelijk of helemaal afstand te doen.

Deze integratie van de geneeskunde in het ziekenhuis is een dringende noodzaak geworden... het gaat er slechts om de gepaste structuren te vinden om die maximaal te verwezenlijken. Mag ik hier tot slot in dit verband enkele mijlpalen zetten, zonder al te veel wegen tussenin te trekken?

1) Het is een elementaire opdracht van de centrale overheid die zich om de volksgezondheid bekommert diepgaand stelling te nemen inzake de medische organisatie en structuur van de ziekenhuizen. De partijen (ziekenhuizen en artsen) hebben nu lang genoeg kunnen

experimenteren. De ontstane verhoudingen zijn onnodig ingewikkeld en gevarieerd, maar de bereikte integratie is, misschien niet steeds op papier, maar dan toch in werkelijkheid eerder schraal. De regeling van de rechtspositie van de ziekenhuisarts is fundamenteel een politiek probleem geworden.

2) De politieke regeling van dit probleem zal van beide partijen consequente luciditeit vereisen en bereidheid tot het afstappen van niet meer houdbare dogma's.

3) Aan de zijde van de artsen zal moeten overwogen worden of de sologeneeskunde en haar socio-financiële omkadering in het ziekenhuis nog langer verdedigbaar blijft. De al te gemakkelijke verwarring tussen de juridisch-financiële relatie met de patiënt en de therapeutische relatie dient uitgezuiverd. Wanneer de arts bv. niet door de patiënt maar door het ziekenhuis wordt betaald, blijft een vertrouwensrelatie met de patiënt mogelijk. Bovendien moet gezocht worden naar een passend evenwicht tussen een redelijke therapeutische vrijheid en een noodzakelijke medische organisatie.

4) Aan de zijde van de ziekenhuizen zal duidelijk de beheers- en de directiebevoegdheid dienen omschreven. Wat het beheer betreft zal dienen nagegaan te worden of het houdbaar blijft te stellen dat men geïntegreerde verzorgingsinstelling wil zijn, zonder de beheersstructuur als dusdanig in die zin te veranderen. De beheersstructuren — zeker van de privé-instellingen — stoelen nog maar al te vaak op de feitelijkheid van de verplegingsinstelling : onder de religieuzen, leden van de beheerraad, bevinden zich inderdaad meestal verplegenden. Wordt het niet nodig ofwel de verplegenden in het beheer van de ziekenhuizen door meer neutrale personen te vervangen ofwel artsen in het beheer op te nemen ?

5) Het overheidsoptreden moet een al te eenzijdige oplossing vermijden. Gekozen kan worden uit meerdere mogelijkheden. Als voorbeeld, volgend drietal :

a) de huidige ziekenhuis-rechtspersonen krijgen de opdracht volgens uitgevaardigde normen de uitoefening van de geneeskunde binnen hun muren te organiseren en te structureren. De hierdoor geëiste integratie van de geneesheren maakt een maximale inspraak in het beheer voor de artsengroep en een zeer uitgebreide delegatie naar de medische directie toe noodzakelijk.

b) de huidige ziekenhuizen-rechtspersonen krijgen bovengenoemde opdracht niet. De geneesheren van het ziekenhuis worden wel verplicht een rechtspersoon (v.z.w., burgerlijke vennootschap) te vormen die dan belast wordt volgens aan deze rechtspersoon opgelegde

normen de geneeskunde te organiseren en te structureren. Een model-contract tussen het ziekenhuis en deze rechtspersoon zal dan wel onontbeerlijk zijn.

c) de huidige ziekenhuizen-rechtspersonen worden verplicht met de door hun geneesheren te creëren rechtspersoon een nieuwe rechtspersoon tot stand te brengen. Deze nieuwe rechtspersoon is dan het ziekenhuis-*verzorgingsinstelling* en is verantwoordelijk voor de totale ziekenhuisorganisatie.

De rechtspositie van de individuele arts wordt in twee (a en c) van de drie opties die van ondergeschikte van het ziekenhuis. In de tweede optie wordt hij lid van een v.z.w. of vennoot.

De bestaande scheiding in de financiering van de ziekenhuizen kan in dezelfde twee opties worden afgeschaft. In de tweede optie dient ze behouden. De huidige financierings- en verzekeringsystematiek dient nochtans in elk geval aan een grondige herziening onderworpen.

6) De gekozen optie dient slechts mits een voldoende lange overgangperiode (bv. vijf jaar) verplichtend gesteld. Maatregelen zouden kunnen worden gezocht om de instellingen die tijdens die periode de optie reeds realiseren te bevoordeligen.

7) Mijn persoonlijke voorkeur gaat naar de eerste formule omdat ze de beste integratie verwezenlijkt. Ze ligt m.i. ook best in de lijn van de evolutie van de ziekenhuiswetgeving. Ze vereist nochtans een tegenover alle groepen van werkers in het ziekenhuis zeer neutraal staand beheer, een vooruitstrevende luisterbereidheid naar deze werkers toe en een intelligente en soepele delegatie van de werking naar de directie toe.