

*LOI SUR LES HÔPITAUX,
COORDONNÉE LE
7 AOÛT 1987*

Coordination Officieuse

Mise à jour le 15 janvier 2003

**7 AOUT 1987. - ARRETE ROYAL PORTANT COORDINATION DE LA LOI SUR
LES HOPITAUX**

BAUDOUI N, Roi des belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 13 juin 1961 relative à la coordination et à la codification des lois ;

Vu la demande formulée par Notre Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles ;

Vu le projet de coordination établi par le Bureau de coordination du Conseil d'Etat, et les notes juridiques qui l'accompagnent ;

Vu l'avis du Conseil d'Etat ;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Sont coordonnées conformément au texte annexé au présent arrêté :

1° les articles 1er à 10, 12 à 19, 21 à 49 de la loi du 23 décembre 1963, modifiée par les lois du 11 juillet 1966, 6 juillet 1973, 28 décembre 1973, 5 janvier 1976, 24 décembre 1976, 22 décembre 1977, 27 juin 1978, 8 août 1980, 10 février 1981, 11 avril 1983, 28 décembre 1984, 13 mars 1985 et par les arrêtés royaux n° 60 du 22 juillet 1982, n° 162 du 30 décembre 1982, n° 243 du 31 décembre 1983, n° 284 du 31 mars 1984, n° 407 du 18 avril 1986 et n° 421 du 18 juillet 1986 ;

2° l'article 15 de la loi du 6 juillet 1973, modifié par la loi du 27 juin 1978, article 4.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Motril, 7 août 1987.

BAUDOUI N

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles,

J.-L.

DEHAENE.

LOI SUR LES HOPITAUX, COORDONNEE LE 7 AOUT 1987

TITRE IER

Dispositions générales

CHAPITRE I^{er}.

Champ d'application et
définitions

Section 1^{ère}. – Hôpitaux

Article 1^{er}. La présente loi coordonnée est applicable à tout hôpital, qu'il soit géré [par une personne morale de droit public ou de droit privé]¹, à l'exception du Ministère de la Défense nationale.

Art. 2. Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des [patients]² qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

¹ rempl. L. 14/01/2002, art.50, M.B. 22/02/2002

² rempl. L. 14/01/2002, art. 51, M.B. 22/02/2002

Section 2. - Hôpitaux psychiatriques

Art. 3. Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques.

Section 3. - Hôpitaux universitaires

[Art. 4. Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux universitaires, les hôpitaux qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche scientifique appliquée, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur la proposition des autorités académiques d'une université belge.]³

Section 4. - Etablissements médico-sociaux

Art. 5. Pour l'application de la présente loi coordonnée ne sont pas considérés comme hôpitaux, [...] ⁴ les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées ou d'enfants.

Après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrégation, institué par les articles 18 et 19, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre en tout ou en partie, et avec d'éventuelles adaptations, les dispositions de la présente loi coordonnée à ces diverses sortes d'établissements.

³ rempl. L. 22/08/2002, MB 10/09/2002, art.38 § 1^{er}, art. 38§ 2 « A partir d'une date à fixer par le Roi et, au plus tard, le 31 mars 2003, l'article 4 de la même loi, tel que modifié au § 1^{er}, est remplacé par la disposition suivante : « Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme hôpitaux universitaires, services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires, ou programmes de soins universitaires, les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur la proposition des autorités académiques d'une université belge qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet. En application de l'alinéa 1^{er}, un seul hôpital peut être désigné pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet. »

⁴ suppr. L. 14/01/2002 , art. 53, M.B. 22/02/2002

[Section 5. -Places d'habitations protégées et homes de séjour provisoire.

Art. 6. Les dispositions de la présente loi coordonnée peuvent, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrément, être également élargies, en tout ou en partie et avec d'éventuelles adaptations, par le Roi, aux initiatives d'habitations protégées et de homes de séjour provisoire pour les patients psychiatriques[...] ⁵ [et d'autres groupes désignés par le Roi par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres] ⁶ ⁷

Section 6. - Petits hôpitaux.

Art. 7. [Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, soustraire en tout ou en partie, à l'application des dispositions des chapitres III et IV du Titre Ier, de l'article 70 et du Titre IV :] ⁸

1° les hôpitaux qui disposent d'un nombre très limité de services et/ou de lits ;

2° les hôpitaux où un nombre très limité de médecins hospitaliers sont en fonction.

Le Roi fixera des règles spécifiques similaires pour les hôpitaux visés à l'alinéa précédent.

Section 7. - Autres définitions

Art. 8. Pour l'application de la présente loi coordonnée :

1° il faut entendre par gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital ;

2° il faut entendre par directeur : la ou les personnes chargées par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital ;

⁵ suppr. L. 20/07/1990, art. 6, M.B. 01/08/1990

⁶ ins.Loi sociale 29/04/1996, art.174 , M.B. 30/04/1996

⁷ rempl.L. 30/12/1988, art. 54 , M.B. 05/01/1989

⁸ rempl. Loi-progr. 29/12/1990, art.125, M.B. 09/01/1991

- 3° il faut entendre par médecin : le praticien de l'art médical visé à l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales ;
- 4° il faut entendre par médecin hospitalier : le médecin attaché à l'hôpital.
- [5° il faut entendre par infirmier : le praticien de l'art infirmier visé à l'article 21bis, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales ;
- 6° il faut entendre par infirmier hospitalier : l'infirmier attaché à un hôpital]⁹ ;
- [7° il faut entendre par « personnel soignant » , l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité du 10 novembre 1967 et qui assistent le personnel infirmier pour soigner les patients.
- 8° il faut entendre par aide soignant : l'aide soignant visé dans *l'article 21 sexiesdecies* de l'arrêté royal n° 78 précité du 10 novembre et attaché à l'hôpital;]¹⁰

Art. 9. Les dispositions des articles 13 à 17 et du Titre IV, applicables aux médecins hospitaliers, sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, exerçant à l'hôpital l'art dentaire de même qu'aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité.

⁹ aj. Loi-progr. 29/12/1990, art.126, M.B. 09/01/1991

¹⁰ rempl. L. 14/01/2002, art.54, M.B. 22/02/2002

[Section 8. - Associations d'institutions de soins et de services

Art. 9bis. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avoir entendu le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section programmation et agrément, étendre en tout ou en partie, avec les adaptations nécessaires, l'application des dispositions de la présente loi aux associations, relatives aux domaines de soins [ou autres domaines]¹¹ qu'Il précise, entre établissements de soins et services précisés par Lui.]¹².

[...]¹³

[Section 8 bis. Réseau et circuit de soins.

[Art. 9ter. §1er, Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

- 1° réseau d'équipements de soins : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux ;
- 2° circuit de soins : l'ensemble de programmes de soins et autres équipements de soins, qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins qui peuvent être parcourus par le groupe cible ou le sous-groupe cible visé au 1°.

§2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section programmation et Agrément, désigner les groupes-cibles pour lesquels les soins sont offerts par un réseau d'équipements de soins. Le cas échéant, Il peut désigner les catégories de prestataires de soins qui font en tout cas partie du réseau visé.

¹¹ aj. L. 25/01/1999, art. 190, M.B. 06/02/1999

¹² aj. L. 30/12/1988, art.55, M.B. 30/01/1989, rempl. par L. soc. 29/04/1996, art.175 et Art.176, M.B. 30/04/1996

¹³ par arrêt n° 108/2000 du 31/10/2000, M.B.21/11/2000, p. 38518-23, la Cour d'Arbitrage a annulé l'art. 191 de la L. du 25/01/1999 qui insérait une section 8 bis « Réseau et circuit de soins » et un art. 9 ter.

§3 Le Roi peut préciser les règles pour l'application des §§ 1er et 2 et étendre, en tout ou en partie et moyennant les adaptations requises, les dispositions de la présente loi aux réseaux visés au §1er, aux circuits de soins qui en font partie et aux éléments constitutifs du circuit de soins.]¹⁴

[Section 9. Programmes de soins

[Art.9 quater]¹⁵.§1er. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, la liste des programmes de soins, tels que précisés par Lui et qui doivent être agréés par l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la constitution.

§2. Le Roi peut, pour chacun des programmes de soins visées au §1er, définir des caractéristiques pour pouvoir être agréées telles que :

- 1° le groupe cible;
- 2° le type et le contenu des soins;
- 3° le niveau minimum d'activité;
- 4° l'infrastructure requise;
- 5° l'expertise et les effectifs de personnes médicaux et non médicaux requis;
- 6° les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité;
- 7° les critères micro-économiques;
- 8° les critères relatifs à l'accessibilité géographique.

§3. Le roi peut, après avoir entendu le Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, étendre l'application des dispenses de cette loi, totalement ou partiellement et avec les adaptations nécessaires, aux programmes de soins visés au §1er"]¹⁶.

¹⁴ Rempl. L. 14/01/2002, art.55, M.B. 22/02/2002

¹⁵ anc. art. 9 ter. Mod. L. 25/01/1999 art. 192, M.B. 06/02/1999

¹⁶aj. A.R. 25/04/1997, art.9, M.B. 30/04/1997

[Section 10. - Accoucheuses attachées à l'hôpital

[Art. 9quinquies.]¹⁷ Les dispositions des articles 17bis à 17sexties applicables aux praticiens de l'art infirmier, le sont également aux accoucheuses attachées à l'hôpital, visées à l'article 2, § 2 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.]¹⁸

[Section 11- Centres de référence.

Art. 9 sexies. §1. Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, déterminer des caractéristiques en vue de désigner des centres de référence parmi les services, sections, fonctions, services médicaux et médico-techniques et programmes de soins agréés.

§2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section programmation et Agrément, étendre, entièrement ou partiellement et avec les adaptations qui s'imposent, l'application des dispositions de la présente loi aux centres de références visés au § 1^{er}.]¹⁹

¹⁷ anc. Art 9 quater. Mod. L. 25/01/1999 art. 192, M.B. 06/02/1999, anc. art. 9 ter devenu art. 9 quater par A.R. 25/04/1997, M.B. 30/04/1997

¹⁸ aj. Loi-progr. 29/12/1990, art.127, M.B. 09/01/1991

¹⁹ ins. L. 14/01/2002, art.56, M.B. 22/02/2002

CHAPITRE II.

Gestion des hôpitaux

Section 1ère. – Généralités

[Art. 10 § 1er. Chaque hôpital a une gestion distincte.

§ 2. Les hôpitaux sont exploités, conformément aux conditions fixées par le Roi par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, par une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissement de soins de santé ou institutions médico-sociales.

Le Roi peut définir les établissements de soins de santé, visés à l'alinéa précédent, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, prévoir des dérogations à la disposition visée à l'alinéa 1^{er}.

§3. Le Roi peut fixer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les catégories de personnes morales qui peuvent exploiter un hôpital.]²⁰

Section 2. - Le gestionnaire

Art. 11. § 1er. La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire.

§ 2. Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital ; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV.

²⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 57, M.B. 22/02/2002

Section 3. - Le directeur

[Art. 12. Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire.

Le directeur collabore étroitement avec le médecin en chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier]²¹.

²¹rempl. Loi-progr. 29/12/1990, Art.128, M.B. 09/01/1991

CHAPITRE III.

Structuration de l'activité médicale

Art. 13. Dans chaque hôpital, l'activité médicale doit être structurée.

Dans chaque hôpital, il y a :

- 1° un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical ; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire ;
- 2° un médecin - chef de service pour chacun des différents services du département médical ; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire ;
- 3° un staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital.

Le Roi détermine le minimum de tâches à confier au médecin en chef et aux médecins-chefs de service ; ces tâches concernent l'organisation et la coordination de l'activité médicale à l'hôpital.

La fonction de médecin - chef est incompatible avec la présidence du Conseil Médical.

Art. 14. L'activité médicale doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité médicale puisse s'y déployer dans des conditions optimales.

[Art. 15 § 1er. L'activité médicale doit faire l'objet d'une évaluation qualitative aussi bien interne qu'externe ; à cet effet, il faut, entre autres, tenir à jour pour chaque patient un dossier médical ; ce dossier est conservé à l'hôpital. En outre, un enregistrement interne doit être mis sur pied à l'hôpital. Sur la base de cet enregistrement et pour ce qui concerne les services ou fonctions désignés par le Roi, un rapport doit être rédigé sur la qualité de l'activité médicale.

§ 2. En outre, il faut créer par service ou fonction, désignés par le Roi les structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation de l'activité médicale à l'hôpital. Le Roi fixe la composition et le fonctionnement des structures précitées, étant entendu que des médecins exerçant l'activité hospitalière concernée doivent siéger dans ces structures.

§ 3. L'évaluation visée au § 2 peut porter sur des critères en matière d'infrastructure, de personnel, de pratique médicale pour l'ensemble du service ou de la fonction, ainsi que sur leurs résultats.

§ 4. Le Roi peut préciser des règles d'application des §§ 1er, 2 et 3 du présent article]
22

Art. 16. Le médecin en chef prend [conformément à des règles pouvant être précisées par le Roi]²³ les initiatives nécessaires afin d'associer, entre autres par une activité effective du staff médical, les médecins hospitaliers au fonctionnement intégré de l'hôpital visé à l'article 14 et à l'évaluation qualitative visée à l'article 15 et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité médicale.

Art. 17.[§ 1er.] ²⁴ Le Roi peut déterminer les conditions générales minimales pour répondre aux exigences imposées par les articles 13 à 16.

[§ 2. Le médecin en chef et le médecin-chef de service sont nommés ou désignés pour une durée indéterminée, sauf disposition contraire prévue dans le règlement visé à l'article 125, 2° .]²⁵

²² aj. Loi sociale 29/04/1996, Art.143 - M.B. 30/04/1996

²³ aj. Loi sociale 29/04/1996, Art.144 - M.B. 30/04/1996

²⁴ mod. Loi prog. 22/12/1989, Art.106, §1, M.B. 30/12/1989

²⁵ aj. Loi-progr. 22/12/1989, art. 106 § 1, Art.106, §2 : « à titre de mesure transitoire, les médecins qui exercent la fonction de médecin en chef ou médecin-chef de service au moment de la publication de la présente loi restent nommés ou désignés pour une durée indéterminée sous réserve de dispositions contraires prévues dans leur contrat passé avec l'hôpital ou dans leur acte de nomination »

[CHAPITRE IV.

Structuration de l'activité infirmière]²⁶

Art. 17bis. L'activité infirmière doit être structurée dans chaque hôpital.

Chaque hôpital comprend :

- 1° un chef du département infirmier, responsable de l'organisation et de la coordination des soins infirmiers dans le cadre du département des soins infirmiers et qui, sans préjudice de la disposition de l'article 8, 2 , assure la gestion journalière **[des infirmiers hospitaliers, des aides soignants et du personnel soignant]**²⁷ de l'ensemble de l'établissement en ce qui concerne l'exercice de l'art infirmier. Le chef du département infirmier doit être un infirmier gradué ou accoucheuse et est nommé et/ou désigné par le gestionnaire, après avis du directeur et du médecin en chef.
- 2° les infirmiers-chefs de service qui assistent le chef du département infirmier. L'ensemble des infirmiers-chefs de service qui assistent le chef du département infirmier forme le cadre intermédiaire.

Les infirmiers-chefs de service sont responsables des activités infirmières dans :

- a) soit, plusieurs unités de soins ;
- b) soit, un ou plusieurs services médico-techniques
- c) soit, un ou plusieurs domaines de l'art infirmier au sein de l'établissement ;
- d) soit, une ou plusieurs fonctions visées sous a), b) et c)

Les infirmiers-chefs de service sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et du médecin en chef.

- 3° un cadre infirmier comprenant tous les infirmiers en chef assisté le cas échéant des infirmiers en chef-adjoint. Les infirmiers en chef sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et de l'infirmier-chef de service, visé selon le cas, en a), en b) ou en d).
- 4° un staff infirmier comprenant tous les infirmiers hospitaliers et le personnel soignant.

²⁶ ins. L. 29/12/1990, Art.129, M.B. 09/01/1991

²⁷ rempl. L. 14/01/2002, art.58, M.B. 22/02/2002

Le Roi détermine le minimum des missions à confier au chef du département infirmier, aux infirmiers-chefs de service, aux infirmiers en chef, aux infirmiers chef-adjoints, aux infirmiers hospitaliers et au personnel soignant. Le Roi peut également définir les modalités de leurs relations professionnelles . Ces tâches concernent la planification, l'organisation, la coordination, l'exécution, l'évaluation, le maintien et l'amélioration de la qualité des soins en rapport avec l'art infirmier et la pratique du personnel soignant à l'hôpital

Art. 17ter. § 1er. L'activité infirmière doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité infirmière puisse s'y déployer dans des conditions optimales.

§ 2. Le chef du département infirmier collabore étroitement avec le médecin en chef en vue de la réalisation de l'objectif visé au § 1er.

Art. 17quater. § 1er. L'activité infirmière doit faire l'objet d'une évaluation qualitative[aussi bien interne qu'externe]²⁸ ; à cet effet, il faut, entre autres, sous la responsabilité du chef du département infirmier, tenir à jour, pour chaque patient un dossier infirmier, qui constitue avec le dossier médical le dossier unique du patient et qui est conservé à l'hôpital sous la responsabilité du médecin en chef. En outre, un enregistrement interne doit être mis sur pied à l'hôpital. Sur la base de cet enregistrement et pour ce qui concerne les services ou fonctions désignés par le Roi, un rapport doit être rédigé sur la qualité de l'activité infirmière.

§ 2. Le Roi crée , pour les services ou fonctions désignés par Lui, les structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation de l'activité infirmière à l'hôpital.

Le Roi fixe la composition et le fonctionnement des structures précitées, étant entendu que des infirmières exerçant l'activité hospitalière concernée doivent siéger dans ces structures.

[...]²⁹

§ 3. L'évaluation visée au § 2 peut porter sur des critères en matière d'infrastructure, de personnel, de pratique infirmière pour l'ensemble du service ou de la fonction, ainsi que sur leurs résultats.

§ 4. Le Roi peut préciser des règles d'application des § 1er, 2 et 3 du présent article.

²⁸ aj. Loi sociale 29/04/1996, Art. 145, M.B. 30/04/1996

²⁹Troisième alinéa est abrogé par la loi du 29/04/1996, Art. 145, M.B. 30/04/1996

Art. 17sexies. Le Roi peut déterminer les conditions générales minimales pour répondre aux exigences imposées par les articles 17bis à 17quinquies.

Art. 17septies. Le respect des articles 17bis à 17sexies est une condition d'agrément des hôpitaux.

Art. 17octies. Les arrêtés d'exécution des articles 17bis à 17sexies sont pris après l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers et du Conseil National de l'Art Infirmier et du Conseil Supérieur du Nursing sections "obstétrique" et "soins à l'enfance", chacun pour ce qui le concerne.

[...] ³⁰

³⁰ Le dernier alinéa est abrogé par la loi du 29/04/1996, Art. 147, M.B. 30/04/1996

[CHAPITRE V. - Respect des droits du patient.]³¹

[Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1^{er} et définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi de 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement.]³²

³¹ ins. Loi du 22/08/2002, Art 17, MB 26/09/2002

³² ins. Loi du 22/08/2002, Art 17, MB 26/09/2002

TITRE II

Conseil National des Etablissements Hospitaliers

CHAPITRE I er.

Institution

Art. 18. Il est institué auprès du Ministère de la Santé publique, un Conseil National des Etablissements Hospitaliers qui a pour mission d'émettre un avis sur tout problème relatif aux hôpitaux qui, suite à l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 sur la réformes des institutions, est resté de la compétence nationale.

[Les compétences du Conseil national des établissements hospitaliers, tel que visé dans la présente loi, sont exercées, sous réserve de l'application des articles 154 et 154ter de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.]³³

³³ ins. L. 22/08/02, art.39, MB 10/09/2002

CHAPITRE II.

Sections de programmation, d'agréation, de financement

Art. 19. Le Conseil se compose de trois Sections :

- a) une Section de programmation qui, outre les avis prévus aux articles 22, 23, 25, 27, 28, 39, 40, 45 et 108, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème de programmation hospitalière et sur tout problème d'application de la programmation relative aux hôpitaux pour lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision ;
- b) une Section d'agréation qui, outre les avis prévus aux articles 5, 6, 38, 43 et 68, a pour mission d'émettre l'avis sur tout problème de fonctionnement des hôpitaux et sur l'agréation ou la fermeture des hôpitaux pour lesquels l'autorité nationale a le pouvoir de décision ;
- c) une Section de financement qui, outre les avis prévus aux articles 46, 79, 88, 93, 94, 97, 98, 99 et 103, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème qui, dans le cadre de cette loi coordonnée, se pose concernant le financement des hôpitaux.[La Section financement formule un avis au sujet des éléments du coût des programmes de soins.]³⁴

[Le Roi peut fusionner la Section agrément et la Section programmation en une Section programmation et agrément. Cette nouvelle Section reprend, le cas échéant, les missions de la Section agrément et de la Section programmation]³⁵.

³⁴ aj. A.R.24/04/1997, M.B. 30/04/1997

³⁵ aj. .L.30/12/1988, Art.56, M.B.05/01/1989

CHAPITRE III.

Composition

Art. 20. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe la composition du Conseil et des Sections. Le Conseil et les Sections seront composés de façon à nommer des membres qui sont soit particulièrement familiarisés avec les missions des Sections, soit participent à la gestion administrative des hôpitaux ou sont concernés par les activités médicales ou infirmières des hôpitaux, ou encore appartiennent aux organismes d'assurance dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie-invalidité. Pourront également être désignés comme membres, des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés, ainsi que des représentants de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Si les Communautés en vue de l'application de la programmation et l'agrément des hôpitaux, ont institué leurs propres organes d'avis, des membres faisant partie desdits organes des Communautés seront désignés, après concertation avec les Exécutifs des Communautés, parmi les membres qui doivent être nommés dans la Section concernée du Conseil.

Le Roi nomme les membres.

CHAPITRE IV.

Présidence et fonctionnement

Art. 21. Le Conseil et le bureau sont présidés par le Président du Conseil nommé par le Roi. Chaque Section est présidée par un Président de la Section nommé par le Roi ; dans chaque Section, un ou plusieurs Vice-présidents peuvent être nommés par le Roi. Le président du Conseil, les Présidents et Vice-présidents des Sections constituent le bureau du Conseil.

Le bureau organise les activités du Conseil.

Le bureau examine les demandes d'avis et les transmet à la ou les Sections concernées.

Le bureau coordonne les avis des Sections et les transmet au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le secrétariat du Conseil, des Sections et du bureau est assuré par un fonctionnaire général désigné par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le Roi fixe les autres règles de fonctionnement du Conseil et détermine les délais dans lesquels les avis demandés doivent être fournis.

CHAPITRE V.

Mission de la Section de programmation

Art. 22. Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de programmation a pour mission :

- 1° d'émettre les avis sur la fixation des critères nationaux dont question aux articles 23 et 24 ;
- 2° de faire au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à sa demande ou d'initiative, toutes propositions ou recommandations qu'il juge nécessaires en matière d'infrastructure et d'équipements hospitaliers ;
- 3° d'émettre des avis sur tout problème d'application de la programmation relative aux hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision et notamment :
 - a) de donner au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à sa demande ou d'initiative, un avis sur les priorités qui doivent être respectées pour l'application des critères visés aux articles 23 et 24 ;
 - b) de faire au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à sa demande ou d'initiative, toutes propositions ou recommandations que la Section juge nécessaires sur le développement de l'infrastructure et des équipements hospitaliers de ces hôpitaux ;
 - c) d'émettre un avis au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, sur toute initiative dont il y a lieu de vérifier, conformément à l'article 26, si la réalisation s'inscrit dans le cadre du programme hospitalier ;
 - d) de fournir un avis au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sur l'application de la réduction de lits d'hôpitaux visée à l'article 45.

TITRE III

Programmation, financement et agrément des hôpitaux

CHAPITRE Ier.

Programmation

Section 1er. - Critères de programmation

[Sous-section 1ère.

Hôpitaux, services hospitaliers groupements hospitaliers, section hospitalière, fonctions hospitalières et lits.]³⁶

Art. 23. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de programmation, les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes sortes d'hôpitaux, services hospitaliers [sections hospitalières, fonctions hospitalières]³⁷ et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir et des impératifs d'une saine gestion, ainsi que des prévisions concernant l'évolution des équipements sanitaires qui, sans appartenir directement au secteur hospitalier, sont de nature à influencer ces critères de programmation.

La programmation hospitalière vise également à réaliser une répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux.

Art. 24. Les critères dont question à l'article 23 sont des règles ou formules forfaitaires mathématiques destinées à mesurer les besoins, compte tenu notamment des chiffres de la population, de la structure d'âge, de la morbidité, de la répartition géographique de la répartition équitable dont question à l'article 23, alinéa 2. Ces critères sont d'application sur l'ensemble du territoire.

³⁶ rempl. L. 30/12/1988. Art. 57, M.B.05/01/1989

³⁷ aj. L.30/12/1988, Art.58, M.B. 05/01/1989

Sous-section 2. - Nombre de lits dans les hôpitaux universitaires

Art. 25. En attendant que le Roi ait fixé après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de programmation, les critères pour la programmation des hôpitaux universitaires, le nombre de lits dans les hôpitaux universitaires, désigné sur proposition de l'autorité académique d'une université déterminée, ne pourra être supérieur au nombre de lits admis à la date du 1er janvier 1976, éventuellement majoré par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil précité.

Section 2.- Travaux

Sous-section 1ère. - Autorisation

Art. 26. Il est interdit de construire, d'étendre, de reconvertir, de remplacer ou de modifier la destination d'un hôpital ou d'un service hospitalier si ces travaux ne s'insèrent pas dans le cadre du programme hospitalier.

La mise en service de nouveaux lits d'hôpitaux en remplacement de lits existants entraîne automatiquement la suppression des lits dont le remplacement était visé.

L'interdiction visée à l'alinéa 1er s'applique également aux travaux de reconditionnement qui n'entraînent pas d'augmentation de lits dans aucun service hospitalier. Le Roi peut cependant déterminer dans quel cas et à quelles conditions cette interdiction ne s'applique pas à de tels travaux de reconditionnement.

La décision qui fait apparaître qu'un projet s'insère dans le cadre du programme hospitalier est dénommée "l'autorisation". Le Roi peut fixer le délai de validité juridique de l'autorisation.

Sous-section 2 - Procédure

Art. 27. Toute décision de refus de considérer, soit un hôpital, soit un service, soit sa construction, son extension ou sa reconversion ou les travaux visés à l'article 26, alinéa 1er, comme s'intégrant dans le programme précité doit être motivée.

[...] ³⁸

³⁸ al. 2 et 3 abrg, L. 14/01/2002, art.59, M.B. 22/02/2002

Sous-section 3. - Mesures transitoires

Art. 28. Par mesures transitoires :

1° Les dispositions de l'article 26, alinéa 1er, ne visent, ni la poursuite des travaux entrepris au 29 septembre 1973, ni la réalisation des projets ayant bénéficié avant la date de la publication de l'arrêté prévu à l'article 23, d'un accord de principe du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Il est interdit, jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, d'entamer des travaux tendant à l'extension, au reconditionnement et à la reconversion d'un hôpital existant ou à la construction d'un nouvel hôpital sans l'accord préalable **[de l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution]**³⁹

L'interdiction précitée relative au reconditionnement ne s'applique pas si le reconditionnement n'entraîne dans aucun des services de soins une augmentation du nombre de lits.

Il est interdit, jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, d'entamer des travaux de constructions nouvelles tendant au remplacement de lits existants sans l'accord préalable **[de l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution]**⁴⁰.

2° Les établissements existants au 29 septembre 1973 et ceux qui seront érigés au bénéfice des dispositions du 1° du présent arrêté, sont réputés être intégrés d'office dans le programme visé à l'article 23.

Section 3. - Autorisation de mise en service et d'exploitation

Sous-section 1ère. - Autorisation spécifique pour hôpitaux généraux et psychiatriques

Art.29. § 1er. Jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, il est interdit de procéder sans autorisation spécifique à la mise en service et à l'exploitation de services hospitaliers.

§ 2. Cette autorisation ne pourra être délivrée, si la mise en service et l'exploitation des services hospitaliers amène un dépassement du nombre de lits agréés existants au 1er juillet 1982, en ce qui concerne les hôpitaux généraux ou du nombre de lits accordés en programmation et existants avant le 1er juillet 1986, en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques.

Art. 30. Pour l'application des articles 87, 88, 93 à 98, 100 à 104 et 106, l'autorisation de mise en service n'aura d'effet que si le pouvoir organisateur prouve que les lits mis

³⁹ rempl. L. 14/01/2002, art. 60, M.B. 22/02/2002

⁴⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 60, M.B. 22/02/2002

en service remplacent des lits existants ou sont en diminution par rapport au nombre de lits antérieurs.

Art. 31. Si, par rapport à la capacité antérieure de l'hôpital, les lits concernés constituent une extension, la condition prévue à l'article 30 pourra cependant être satisfaite, si le pouvoir organisateur apporte la preuve que leur mise en service s'accompagnent d'une diminution d'un nombre de lits au moins égale dans un autre hôpital, ou si le pouvoir organisateur apporte la preuve que la délivrance de l'autorisation de mise en service va de pair avec l'accord du Ministre national qui a la Santé publique dans ses attributions selon lesquels les lits en extension, visés par l'autorisation, entrent en ligne de compte pour l'application des articles 87, 88, 93 à 98, 100 à 104 et 106.

[Art. 32. Pour l'application des articles 29, 30 et 31, le Roi peut fixer des règles relatives au nombre de lits désaffectés, par type de service hospitalier, qui peuvent entrer en ligne de compte en vue de permettre une extension du nombre de lits dans un autre type de service hospitalier ou dans un autre hôpital.

Le roi peut également fixer des règles relatives au nombre de lits supplémentaires qui peuvent être agréés et mis en services dans les types de services hospitaliers désignés par lui.]⁴¹

[Art. 32bis. Le Roi peut fixer les conditions dans lesquelles les articles 29, 30, 31 et 32 ne sont pas applicables à l'hospitalisation de jour]⁴².

Sous-section 2. Autorisation spécifique pour places d'habitations protégées [et homes de séjour provisoires]⁴³

Art. 33. Jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, il est interdit de procéder sans autorisation spécifique à la mise en service de places d'habitations protégées [et de homes de séjour provisoires]⁴⁰ visées à l'article 6.

Art. 34. Le Roi fixe le nombre maximal de places d'habitations protégées [et de homes de séjour provisoires]⁴⁰ qui peuvent être mises en service[...]⁴⁴

Art. 35. L'autorisation ne pourra être délivrée que si la mise en service s'accompagne, dans les hôpitaux [...],⁴⁵d'une réduction équivalente, à fixer par arrêté royal, [d'un nombre de lits]⁴⁶.

Art. 36. Le Roi peut préciser les modalités d'application des articles 33 à 35.

⁴¹ rempl. L. 14/01/2002, art. 61, M.B. 22/02/2002

⁴² ins.L.30/12/1988, Art.59, M.B. 05/01/1989

⁴³ aj. L. 30/12/1988. Art. 60 M.B. 05/01/1989

⁴⁴ suppr. Loi-progr. 22/12/1989, Art.107 M.B. 30/12/1989

⁴⁵ suppr.L. 29/04/1996, Art.177 , M.B. 30/04/1996

⁴⁶ mod. Loi-progr. 22/12/1989, Art.108, M.B. 30/12/1989

Section 4. - Appareillage lourd et [services médicaux et services médico-techniques]⁴⁷

Sous-section 1ère. - Appareillages médicaux lourds

Art. 37. Les appareillages médicaux lourds sont des appareils ou équipements d'examen ou de traitement coûteux soit en raison de leur prix d'achat, soit en raison de leur manipulation par du personnel hautement spécialisé.

Art. 38. Le Roi fixe,[après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrégation]⁴⁸, la liste des appareils et équipements qui, conformément à la définition précitée, doivent être considérés comme appareillage médical lourd.

Art. 39. L'intervention [**dans le financement des frais d'investissement en matière d'appareillage médical lourd, visée à l'article 46**]⁴⁹ ne sera octroyée qu'à condition que l'installation dudit appareillage s'inscrive dans le cadre d'un programme élaboré par le Roi sur base des critères qu'Il fixe après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de programmation.

[**Art. 40.** Les appareils et équipements qui, en application de l'article 38, sont désignés par le Roi comme étant de l'appareillage médical lourd, ne peuvent pas être installés ni exploités sans l'autorisation préalable de l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution. Cette autorisation est requise même lorsque l'initiateur ne fait pas appel à l'intervention visée à l'article 46 et même lorsque l'investissement a lieu en dehors d'un hôpital ou d'une institution médico-sociale.]⁵⁰

Art-.40 bis [...] ^{51 52}

[**Art. 41.** Le Roi peut préciser, par appareil figurant sur la liste de l'appareillage médical lourd visée à l'article 38, des règles concernant le nombre maximum d'appareils pouvant être mis en service et exploités.

Il peut, sans préjudice de l'alinéa 1er, soumettre l'autorisation visée à l'article 40 ainsi que la mise en service et l'exploitation aux critères de programmation ou au nombre maximum fixés par Lui.

Il peut fixer la date à partir de laquelle est interdite l'exploitation de tout appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre du nombre maximum d'appareils visé à l'alinéa 1er ou de la programmation visée à l'alinéa 2.]⁵³

⁴⁷L. 30/03/1994. Art. 43, M.B. 31/03/1994

⁴⁸ mod. L. 12/08/2000 art. 124 , M.B. 31/08/2000

⁴⁹ rempl. L. 14/01/2002, art.62, M.B. 22/02/2002

⁵⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 63, M.B. 22/02/2002

⁵¹aj. Loi-progr. 21/12/1994, Art.128, M.B. 23/12/1994

⁵² abrg. L. 14/01/2002, art. 64, M.B. 22/02/2002

⁵³ rempl. L. 14/01/2002, art. 65, M.B. 22/02/2002

Art. 42. Afin de permettre une application efficace de la programmation de l'appareillage médical lourd, les appareils ou équipements d'examen ou de traitement mis dans le commerce peuvent être soumis à un enregistrement auprès du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le Roi.

Sous-section 2. Laboratoires de biologie clinique

Art. 43. Par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrément, le Roi peut assimiler les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd et les soumettre en tout ou en partie aux règles déterminées par les articles 38 à 42 et 53 à 55.

Sous-section 3. .[Services médicaux et services médico-techniques]⁵⁴

Art. 44. Le Roi, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, peut étendre, en tout ou en partie, et avec les adaptations qui pourraient s'avérer nécessaires, les règles relatives à l'appareillage médical lourd, prévues aux articles 39 à 42 [et 46]⁵⁵, aux [services médicaux et services médico-techniques]⁵¹, que ceux ci soient créés dans le cadre de l'hôpital ou non.

[...]⁵⁶

Le Roi définit, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, les normes auxquelles les services doivent répondre pour être agréés comme [service médical et service médico-technique]⁵¹.

[Art. 44 bis. Le nombre de services de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs, le nombre de services de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle, le nombre de services d'hémodialyse chronique en milieu hospitalier et le nombre de services d'autodialyse collective sont limités au nombre de services qui, à la date de la publication de la loi du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales et diverses, au Moniteur belge, étaient agréés conformément aux normes d'agrément y afférentes en vigueur.

Afin de tenir compte de l'évolution scientifique ou technologique en la matière, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, définir les conditions et les modalités selon lesquelles il peut être dérogé au blocage visé à l'alinéa précédent.

Art. 44ter. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer, par type de services autres que ceux visés à l'article 44bis, des règles plus précises concernant le nombre maximal pouvant être mis en service.]⁵⁷ **[ou des critères de programmation.]⁵⁸**

⁵⁴ rempl. L. 30/03/1994. art. 43, M.B. 31/03/1994

⁵⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 66, M.B. 22/02/2002

⁵⁶ al. 2 abrg L. 30/03/1994 art.43, M.B. 31/03/1994

Section 5. - Suppression des lits existants

Art. 45. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de programmation, entendu, les règles et les modalités de suppression des lits existants et excédentaires par rapport aux critères de programmation.

[Section 6. - Besoins par zone d'attraction

Art. 45 bis. Les hôpitaux qui souhaitent être repris dans la programmation ou obtenir un agrément ou une prorogation de celui-ci pour les services, fonctions, sections, services médicaux ou médico-techniques ou programme de soins, à désigner par le Roi, doivent introduire une demande motivée qui prouve l'existence d'un besoin relatif à l'activité en question dans la zone d'attraction, laquelle peut être précisée par le Roi pour chaque type d'activité.

Cette preuve consiste en un rapport décrivant la situation au sein de la zone d'attraction dont question et en un plan pluriannuel précisant les actions à mener pour répondre aux besoins constaté.⁵⁹

⁵⁷ins. Loi-progr. 21/12/1994, Art.29, M.B. 23/12/1994

⁵⁸aj. L.14/01/2002 , art 67, M.B. 22/02/2002

⁵⁹ins. L. 25/01/1999, art. 193, M.B. 06/02/1999

CHAPITRE II.

Financement des investissements

Section 1ère. – Subsidés

Art. 46. Pour autant que le maître de l'ouvrage, demandeur, soit une administration subordonnée, une association sans but lucratif, un établissement d'utilité publique ou une institution régie par la loi du 12 août 1911 accordant la personnification civile aux Universités de Bruxelles et de Louvain, modifiée par la loi du 28 mai 1970, ou par la loi du 7 avril 1971 portant création et fonctionnement de "l'Universitaire Instelling Antwerpen", [l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la constitution]⁶⁰ intervient sous forme de subside, dans les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que dans les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils, à la condition que la création, le maintien ou la reconversion de cet hôpital ou de ce service s'insèrent dans le cadre du programme cité à l'article 23.

[L'autorité visée à l'alinéa 1er peut également intervenir dans le financement des frais d'investissement de l'appareillage médical lourd.]⁵⁷

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section de financement, fixe les normes pour le calcul de ces subventions, ainsi que les conditions et les modalités de leur octroi.

[Art. 46bis.. L'autorité [visée aux articles 128, 130 ou 135]⁶¹ de la Constitution doit approuver, pour tous les travaux pour lesquels l'intervention, visée à l'article 46, est octroyée, un calendrier de l'exécution des travaux.

La règle visée à l'alinéa précédent vaut pour tous les travaux, pour autant que l'autorisation visée à l'article 26 ait été délivrée après le 31 décembre 1986, et pour autant que l'autorité précitée ait respectivement désigné l'adjudicataire des travaux et des fournitures et engagé les crédits nécessaires après le 15 septembre 1988.

Le Roi détermine, après concertation avec [l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135]⁶² de la Constitution, des critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'alinéa 1er.]⁶³

⁶⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 68, M.B. 22/02/2002

⁶¹ rempl. L. 14/01/2002, art. 69, M.B. 22/02/2002

⁶² rempl. L. 14/01/2002, art. 69, M.B. 22/02/2002

⁶³ ins. L. 30/12/1988. art. 61, M.B. 05/01/1989

Section 2. - Indemnité

Art. 47. Une indemnité peut être accordée à charge du budget de l'Etat pour les frais d'étude et d'élaboration de projets de construction pour lesquels un accord de principe a été donné, à condition qu'il soit renoncé à leur exécution totale ou partielle.

Une indemnité peut également être accordée à charge du budget de l'Etat pour les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier **[ou de non-exploitation ou d'arrêt d'utilisation de l'appareillage médical lourd.**

L' indemnité visée à l'alinéa 2 ne peut être octroyée dans le cas où des services ont été créés et/ou exploités sans l'agrément requis ou si un appareillage médical lourd a été installé et/ou exploité sans l'autorisation requise.]⁶⁴

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe les conditions d'octroi et les modalités de calcul de cette indemnité.

Art. 48 à 67 [...]⁶⁵

⁶⁴ ins. L. 14/01/2002, art. 70, M.B. 22/02/2002

⁶⁵ Section 3. - Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales-
Art.48 à 67 abrg. L. 14/01/2002, art.71, M.B. 22/02/2002

CHAPITRE III.

Agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers

Section 1. - Normes

Sous-section 1ère. - Normes générales

Art. 68. Les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrément.

Ces normes concernent :

1° l'organisation générale des hôpitaux ; à cet effet, le Roi peut fixer des normes notamment relatives aux conditions en matière [de niveau minimum d'activité de l'hôpital, de ou types de programmes de soins]⁶⁶ de type ou types de services hospitaliers, aux services administratifs, techniques et médico-techniques et à la capacité minimale de lits par hôpital, tenant compte éventuellement de la nature des activités des hôpitaux.

2° l'organisation et le fonctionnement de chaque type de services ; à cet effet, le Roi peut fixer des normes relatives notamment aux conditions minimales en matière de capacité de lits, d'équipement technique, de personnel médical, paramédical et soignant, et au niveau d'activité ;

3° l'organisation de la dispensation des soins médicaux urgents en collaboration avec le corps médical, sans préjudice des dispositions de l'article 9 de l'arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier des professions paramédicales et aux commissions médicales.

Sous-section 2. - Normes spéciales

Art. 69. Des normes spéciales peuvent être fixées :

1° pour les hôpitaux universitaires et pour les services ;

2° pour des services qui répondent à des exigences de qualification particulière dans les hôpitaux non universitaires

3° pour des groupements, [des fusions et des associations]⁶⁷ d'hôpitaux, tels que le Roi les précise.

⁶⁶aj. A.R. 25/04/1997, art.12,1 , M.B. 30/04/1997

⁶⁷ins. L. 30/12/1988, art.62, M.B.05/01/1989; rempl. L. 21/12/1994, art.30, M.B. 23/12/1994

[4° Pour les sites des hôpitaux, tels que précisés par le Roi.]⁶⁸

Section 2. - Agrément des hôpitaux

Art. 70. Le respect des dispositions [des articles 10 à 17octies]⁶⁹ et des chapitres I er et III, sections II et III du Titre IV, constitue pour les hôpitaux une condition de leur agrément.

[Section 3. - Agrément des hôpitaux.

Art.70bis.§1er. Tout hôpital doit être agréé par l'autorité compétente pour la politique en matière de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

Pour être agréé:

- 1° l'hôpital doit répondre aux normes visées à l'article 68, 1 ;
- 2° chaque service, fonction, section, service médical et service médico-technique créé(e) dans l'hôpital doit être agréé(e) conformément aux normes d'agrément en vigueur;
- 3° chaque programme de soins dispensé par l'hôpital répond aux conditions fixées en vertu de cette loi;
- 4° le cas échéant, l'hôpital doit disposer de l'autorisation visée à l'article 26;
- 5° le cas échéant, l'hôpital doit disposer de l'autorisation visée aux articles 40, 43 et 44.

§2. Lorsqu'il est répondu aux normes précitées, l'agrément est octroyé pour un délai limité qui peut être prolongé.]⁷⁰

[Art. 70 ter. Tout hôpital doit disposer d'un comité local d'éthique, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles ce Comité peut fonctionner dans le cadre d'un accord de collaboration entre hôpitaux.

⁶⁸ aj.L. 14/01/2002, art. 72, M.B. 22/02/2002

⁶⁹ rempl. L. 29/04/1996, art.148, M.B. 30/04/1996

⁷⁰ aj. A.R. 25/04/1997, art.12, 3°, M.B. 30/04/1997

Le comité exerce les missions suivantes, lorsque la demande lui en est adressée :

- 1° une mission d'accompagnement et de conseil concernant les aspects éthiques de la pratique des soins hospitaliers ;
- 2° [...] ⁷¹
- 3° une fonction d'avis sur tous protocoles d'expérimentations sur l'homme et le matériel reproductif humain.

Les missions visées ci-dessus peuvent être précisées par le Roi, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers.

Le Roi peut, après avis du conseil national des établissements hospitaliers, fixer les conditions, règles et modalités selon lesquelles la mission visée au 3° doit être exécutée conjointement par les Comités d'éthique de plusieurs hôpitaux.

Le Roi fixe, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, la composition et le fonctionnement du Comité local d'éthique.] ⁷²

[Section 3bis] ⁷³ Agrément des services hospitaliers

[Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux.] ⁷⁴

Art. 71. Tout service organisé dans un hôpital doit être agréé par [l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.] ⁷⁵

L'agrément est subordonné au respect des normes prévues aux articles 68 et 69, ainsi qu'à l'intégration de l'hôpital ou du service dans le programme visé à l'article 23.

Lorsqu'il est satisfait aux conditions qui précèdent, l'agrément est accordé pour une période limitée qui peut être prorogée

⁷¹ par arrêt n° 108/2000 du 31/10/2000, M.B. du 21/11/2000, p. 38518-23, la Cour d' Arbitrage a annulé l' art. 194 de la loi du 25/01/1999 en tant qu'il insère un alinéa 2,2° dans l'art. 70 ter de la présente loi

⁷² ins. L. 25/01/1999 art. 194, M.B. 06/02/1999

⁷³ anc. section 3 devenue section 3 bis par A.R. 25/04/1997, art. 12, 2° - M.B.30/04/1997

⁷⁴ ins. L. 22/08/2002, art.17, MB. 26/09/2002

⁷⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 73, M.B. 22/02/2002

Art. 72. Un agrément provisoire est accordé par [**l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution**]⁷⁶, aux services qui font l'objet d'une première demande, pour autant que celle-ci réponde aux conditions de recevabilité fixées par le Roi.

Cette disposition ne s'applique pas aux services qui demandent un changement de qualification sur base de l'article 69, 2° , ou qui ont fait l'objet d'une décision de fermeture.

Cet agrément prend cours à la date de la demande ; il est valable pour une durée de six mois, renouvelable, et il est notifié au pouvoir organisateur dans les quinze jours de la réception de la demande.

Section 4. Retrait de l'agrément

Art. 73. Lorsqu'il est constaté que les conditions déterminées par l'article 71 ne sont plus respectées, l'agrément peut être retiré [..]⁷⁷.

Toutefois, en cas d'agrément accordé en fonction des normes spéciales prévues à l'article 69, 2° , [**l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution**]⁷⁸, après avoir constaté que ces normes ne sont plus respectées, peut maintenir l'agrément dans le cadre des normes visées à l'article 68 [..].⁷⁹

Le Roi fixe les modalités selon lesquelles les décisions de retrait ou de refus d'agrément devenues définitives sont notifiées et exécutées

Section 5. – Fermeture

Art. 74[**L'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution peut**]⁸⁰ ordonner la fermeture d'un hôpital ou d'un service qui ne répond pas aux normes visées aux articles 68 et 69.

Le Roi fixe, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section d'agrément, la procédure de fermeture et les modalités générales propres à assurer l'exécution de cette décision.

[..]⁸¹

⁷⁶ rempl. L. 14/01/2002, art. 74, M.B. 22/02/2002

⁷⁷ Suppr. L. 14/01/2002, art. 75, M.B. 22/02/2002

⁷⁸ Rempl. L. 14/01/2002, art. 75, M.B. 22/02/2002

⁷⁹ Suppr. L. 14/01/2002, art. 75, M.B. 22/02/2002

⁸⁰ Rempl. L. 14/01/2002, art. 76, M.B. 22/02/2002

⁸¹ al. 3 abrg. L. 14/01/2002, art. 76, M.B. 22/02/2002

Art. 75. Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, [L'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution]⁸² peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire, la fermeture immédiate d'un hôpital ou d'un service.

[...]⁸³

[Section 5bis - Disposition commune relative à l'agrément, au retrait de l'agrément et à la fermeture.

Art.75bis. Les décisions en matière d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture, visées aux articles 72, 73 et 74, qui, en application de l'article 5, § 2 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, sont communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, sont notifiées par ce dernier à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

La notification visée à l'alinéa 1^{er} vaut également pour toute décision d'octroi ou de retrait de l'autorisation, visée à l'article 41.]⁸⁴

Section 6. - Recours suspensif

Art. 76. Un recours suspensif peut être introduit auprès d'une juridiction administrative contre toute décision de fermeture d'un hôpital ou d'un service ainsi que de refus ou de retrait d'agrément d'un service.

Le Roi règle la composition et le fonctionnement de cette juridiction. Il détermine la procédure et les délais du recours.

Lorsqu'il a été fait application de l'article 75, le recours n'est pas suspensif.

[Section 7. - Sections et fonctions

Art. 76 bis. Le Roi peut, après avoir pris l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section agrément, étendre en tout ou en partie les règles prévues aux articles 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75 et 76 y compris des adaptations éventuelles, aux sections et fonctions des hôpitaux ou des services hospitaliers précisées par Lui.]⁸⁵

Art. 76 ter[...]⁸⁶

⁸² Rempl. L. 14/01/2002, art. 77, M.B. 22/02/2002

⁸³ al. 2 abrg. L. 14/01/2002, art. 77, M.B. 22/02/2002

⁸⁴ Ins. L. 14/01/2002, art. 78, M.B. 22/02/2002

⁸⁵ aj. L 30/12/1988, art.63, M.B. 05/01/1989

⁸⁶ art. 76 ter, inséré par la loi du 21/12/1994, abrg. L. 14/01/2002, art. 79 , M.B. 22/02/2002

Art. 76 quater. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer, par type de sections autres que celles visées à l'article 76ter et par type de fonctions, des règles plus précises concernant le nombre maximal pouvant être mis en service.]⁸⁷

[Art. 76 quinquies. Le Roi peut , après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, préciser par arrêté délibéré en Conseil des Ministres des règles relatives aux actes médicaux dont l'exécution requiert un cadre hospitalier ou qui doivent être effectuées en dehors de celui-ci.]⁸⁸

⁸⁷aj. Loi-progr. 21/12/1994, art.31, M.B. 23/12/1994

⁸⁸ins. L 25/01/1999, art. 195, M.B. 06/02/1999

CHAPITRE IV.

Comptabilité, contrôle par le réviseur d'entreprise et communication de données

Section 1ère. – Comptabilité

Art. 77. Chaque hôpital a une comptabilité distincte ; cette comptabilité doit faire apparaître le prix de revient de chaque service.

Art. 78. Les articles 2 à 4, 6 à 9, 10, § 1er, 11, 1° et 3° de la loi du 17 juillet 1975 relative à la comptabilité et aux comptes annuels des entreprises, sont applicables aux hôpitaux.

Art. 79. Le Roi règle, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement, entendu, l'application aux hôpitaux des arrêtés pris en exécution des dispositions visées à l'article 78.

Section 2. - Contrôle par le réviseur d'entreprise

Art. 80. L'organe statutairement compétent de l'hôpital désigne un réviseur d'entreprise qui a la tâche de contrôler la comptabilité et les comptes annuels de l'hôpital.

Art. 81. Le réviseur d'entreprise désigné peut, de tout temps, prendre connaissance sur place des livres, de la correspondance et, en général, de tous les documents et écritures de l'hôpital, dont il a besoin pour l'accomplissement de sa mission. Il peut requérir toutes les explications et informations et procéder aux vérifications nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Art. 82. Le réviseur d'entreprise rédige un rapport circonstancié sur les résultats de son contrôle qui indique particulièrement :

- 1° comment il a effectué son contrôle et s'il a obtenu toutes les explications et informations qu'il a demandées ;
- 2° si la comptabilité est tenue et si les comptes annuels sont établis conformément aux dispositions légales et administratives applicables ;
- 3° si, à son avis, les comptes annuels donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de l'hôpital.

Dans son rapport, le réviseur d'entreprise indique et justifie avec clarté et précision les réserves et les objections qu'il estime devoir formuler. Sinon il mentionne expressément qu'il n'a aucune objection ou réserve à formuler.

Art. 83. Le rapport de contrôle visé à l'article 82 est joint aux comptes annuels soumis pour approbation à l'organe statutairement compétent de l'hôpital.

Art. 84. La mission de contrôle du réviseur d'entreprise visée à l'article 80 s'étend aux activités du service qui, conformément à l'article 135 ou 136, fait la perception centrale. Le réviseur rédige, à ce sujet, un rapport comme celui visé à l'article 82. Ce rapport est communiqué aussi bien au gestionnaire de l'hôpital qu'au président ou au délégué du Conseil médical.

Art. 85. Le Roi peut préciser des règles pour l'application des articles 80 à 84.

Section 3. - Communication de données

Art. 86. Le gestionnaire de l'hôpital est tenu de communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, selon les modalités prévues par le Roi, et dans les délais qu'il fixe, la situation financière, les résultats d'exploitation, le rapport visé à l'article 82, et tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement et aux activités médicales, ainsi que l'identité du directeur et/ou de la ou des personnes chargées des communications précitées.

[Les données visées à l'alinéa 1er se rapportant aux activités médicales ne peuvent pas comprendre de données qui identifient directement la personne physique sur laquelle elles portent. Aucun acte ne peut être posé qui viserait à établir un lien entre ces données et la personne physique identifiée à laquelle elle se rapportent, à moins que celui-ci soit nécessaire pour faire vérifier par *[les fonctionnaires, les préposés ou les médecins-conseils]*⁸⁹ désignés dans l'article 115 la véracité des données communiquées.]⁹⁰

[Le Roi peut étendre, en tout ou en partie et moyennant les adaptations qui s'imposeraient, les dispositions des alinéas précédents aux services médicaux ou médico-techniques visés à l'article 44 et créés en dehors d'un contexte hospitalier.]⁹¹

[**Art. 86bis.** Le Roi peut, après avis du Conseil National du Travail, selon les règles à préciser par Lui, déterminer quels données ou documents doivent être transmis par le gestionnaire, selon le cas, au Conseil d'entreprise ou au comité des services publics locaux.]⁹²

⁸⁹ rempl. L. 22/08/2002, art.40, M.B. 10/09/2002

⁹⁰ rempl. L. 12/08/2000, art 125, M.B. 31/08/2000

⁹¹ins. L. 29/04/1996, art.149, M.B. 30/04/1996

⁹²aj. Loi-progr. 29/12/1990, art.132, M.B.09/01/1991

[Art. 86ter . § 1^{er}. Au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, une Commission pour le contrôle de l'enregistrement des données relatives à l'activité médicale à l'hôpital et pour l'évaluation d'une politique justifiée en matière d'admissions peut être créée, ci-après dénommée « la Commission ».

§ 2. Le Roi détermine les règles de fonctionnement, la composition de la Commission, ainsi que le nombre de membres effectifs et suppléants.

Les membres visés à l'alinéa 1^{er} sont nommés par le Roi.

La Commission est présidée par le Directeur général de l'Administration des soins de santé.

§ 3. La Commission formule, d'initiative ou à la demande du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou du Président de la Commission ou du Président de la Structure multipartite en ce qui concerne les points 1° à 3°, des propositions relatives aux matières suivantes :

- 1° la méthodologie pour le contrôle des données relatives à l'activité médicale à l'hôpital, visée à l'article 86;*
- 2° la méthodologie pour l'évaluation de la politique d'admission;*
- 3° l'organisation et la réalisation du contrôle et de l'évaluation visés aux points 1° et 2°;*
- 4° les problèmes soumis à la Commission, relatifs, d'une part, à l'exactitude et à l'exhaustivité des enregistrements visés au point 1°, et ce conformément aux constatations et aux conclusions des fonctionnaires, des préposés ou des médecins-conseils visés à l'article 115, et d'autre part, relatifs à l'évaluation de la politique d'admission visée au point 2°;*
- 5° les problèmes soumis à la Commission en ce qui concerne les remarques des intéressés consécutives à la notification d'un procès-verbal, tel que visé à l'article 115, § 2, ou à la notification d'une correction ou d'une retenue concernant le budget des moyens financiers, telle que visée à l'article 107, § 4, pour autant que ces documents se rapportent à un enregistrement de données relatives à l'activité médicale de l'hôpital.*

Les compétences visées à l'alinéa 1^{er}, 4° et 5°, ne sont exercées par la Commission que dans la mesure où les problèmes en question ont été soumis par le Directeur général de l'Administration des soins de santé. La Commission exerce les compétences visées, sur la base de dossiers anonymes par hôpital.

§ 4. La méthodologie visée au § 3, 1° et 2° est fixée par le Roi.⁹³

⁹³ ins. L 22/08/2002, art.41, M.B. 10/09/2002

CHAPITRE V.

Financement des coûts d'exploitation

[...] ⁹⁴

[Art.87. Le budget des moyens financiers est fixé pour chaque hôpital distinct par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Le budget des moyens financiers visé à l'alinéa 1^{er} est composé d'une partie fixe et d'une partie variable .] ⁹⁵

Art. 88. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, pour un ou pour plusieurs services [sections, fonctions ou programmes de soins] ⁹⁶ hospitaliers, [fixer un budget distinct de moyens financiers] ⁹⁷.

Les règles plus précises pour l'application de cet article sont fixées par le [Roi] ⁹⁸, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement

[Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, aux budgets distincts visés à l'alinéa 1er, et ce moyennant les adaptations qu'Il juge nécessaires.] ⁹⁹

Art. 89 [...] ¹⁰⁰

[Art.90. § 1er. Pour le séjour en chambre individuelle ou en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour, un supplément au-delà du budget des moyens financiers peut être facturé au patient qui a exigé une telle chambre à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments.

Le nombre de lits disponibles visé à l'alinéa 1^{er}, doit comprendre un nombre suffisant de lits pour les enfants accompagnés par un parent pendant le séjour à l'hôpital .

⁹⁴ les intitulés des différentes sections et sous-section du chapitre 5 du titre III sont supprimés. L. 14/01/2002, art. 80, M.B. 22/02/2002

⁹⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 81, M.B. 22/02/2002

⁹⁶ rempl. -Les mots "sections ou fonctions" ins. L. 30/12/1988, art.64, M.B. 05/01/1989- L.14/01/2002 , art. 82, M.B. 22/02/2002

⁹⁷ rempl. L. 14/01/2002, art. 82, M.B. 22/02/2002

⁹⁸ rempl. L. 14/01/2002, art. 82, M.B. 22/02/2002

⁹⁹ Aj. L. 14/01/2002, art. 82, M.B. 22/02/2002

¹⁰⁰ Art. 89 abrogé. L. 14/01/2002, art. 83, M.B. 22/02/2002

Le Roi fixe le maximum du montant du supplément visé à l'alinéa 1^{er}, qui peut être facturé pour le séjour en chambre individuelle et en chambre de deux patients, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance soins de santé et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

§2. Pour le séjour en chambre à individuelle, y compris en hospitalisation de jour, aucun supplément visé à l'alinéa 1^{er} ne peut être facturé dans les cas suivants :

- a) lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle ;
- b) lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle ;
- c) lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.

Le séjour en chambre de deux patients ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres communes , ainsi que dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, c) .

§3. Pour l'application des §§ 1^{er} et 2, l'hospitalisation de jour peut être précisée par le Roi.]¹⁰¹

[Art. 91. § 1^{er}. Le Roi peut préciser des règles en ce qui concerne:

- a) la nature des montants à charge du patient , qui doivent lui être communiqués au préalable, tels que les suppléments visés aux articles 90 et 138;
- b) les modalités selon lesquelles les montants visés au point a) doivent être communiqués au patient.
- c) la présentation à la signature du patient d'un document mentionnant des montants visés au a).

A l'égard des patients admis en hospitalisation de jour, l'alinéa précédent n'est d'application, en ce qui concerne les suppléments visés à l'article 138, que pour les prestations définies par le Roi en exécution de l'article 138, §1^{er}, alinéa 3.]¹⁰²

¹⁰¹ rempl. L. 14/01/2002, art. 84 , M.B. 22/02/2002

¹⁰² rempl. L. 14/01/2002, art. 85, M.B. 22/02/2002

[Art. 92. Le Roi fixe les modalités selon lesquelles les montants visés aux articles 90, 104bis et 104ter doivent être communiqués au public.]¹⁰³

[...] ⁸⁸

Art. 93 [...] ¹⁰⁴

[...] ⁸⁸

[Art. 94. Sans préjudice de l'article 90, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre commune et de la dispensation des soins aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hospitalisation de jour telle que définie par le Roi.

Le Roi définit les coûts visés à l'alinéa 1^{er}.] ¹⁰⁵

[Le budget peut, selon les conditions et règles qui sont précisées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, couvrir aussi des coûts résultant des prestations visées dans l'article 95, 2^o, a) jusqu'à e), y compris aux patients qui sont admis dans un hôpital et qui peuvent y séjourner.

L'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux est demandé sur l'exécution de l'alinéa précédent.

Lorsqu'un ou les deux groupes représentés au sein de ladite Commission ne peuvent marquer leur accord sur les mesures proposées à cette fin par le Ministre qui a la prévoyance sociale dans ses attributions, la procédure d'approbation desdites mesures est suspendue pendant une période de trente jours à dater de l'émission dudit avis.

Ce délai n'est pas renouvelable.] ¹⁰⁶

Art. 95. Ne sont pas repris dans le budget [des moyens financiers] ¹⁰⁷ de l'hôpital :

1^o le prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments génériques ;

¹⁰³ Rempl. L. 14/01/2002, art. 86, M.B. 22/02/2002

¹⁰⁴ Abrg. L. 14/01/2002, art. 87, M.B. 22/02/2002

¹⁰⁵ Rempl. L. 14/01/2002, art. 88, M.B. 22/02/2002

¹⁰⁶ al. 3 : rempl. L. 06/08/1993, art.28, M.B. 09/08/1993; al.4 - 6 : aj. L. 06/08/1993, art.28

¹⁰⁷ ins. L. 14/01/2002, art. 89, M.B. 22/02/2002

2° les honoraires des médecins et des praticiens paramédicaux pour les prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins de médecine générale et les médecins spécialistes, ainsi que les soins dentaires conservateurs et réparateurs ;
- b) les soins donnés par les kinésistes ;
- c) les accouchements par les accoucheuses diplômées ;
- d) la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, orthopédiques et autres prothèses ;
- e) tous autres soins et prestations nécessités pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle, pour autant que leur exécution ne soit pas liée aux activités spécifiques du service où le malade est hospitalisé.

[3° la rémunération des prestations effectuées par des pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques habilités à effectuer des analyses de biologie clinique.]¹⁰⁸

[4° les coûts liés au matériel endoscopique et au matériel de viscérosynthèse, lorsque ceux-ci, soit font l'objet d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité, soit figurent sur une liste à établir par le ministre des Affaires sociales, après qu'une proposition d'insertion dans la nomenclature des prestations de santé a été formulée conformément à l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.]¹⁰⁹

Art. 96. Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, peut déroger, en tout ou en partie, à l'article 95, pour tous les hôpitaux ou pour certains types d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ou dans les cas et conditions, définis par Lui.

[Art.97. § 1er. Le Roi détermine, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Financement, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs.

Il détermine entre autres :

- a) la période d'octroi du budget ;
- b) la scission du budget en une partie fixe et une partie variable ;

¹⁰⁸ ins. Loi-progr. 22/12/1989, art.110, M.B. 30/12/1989

¹⁰⁹ ins. Loi-progr. 24/12/2002, art. 209, MB 31/12/2002, entrée en vigueur : 01/04/2003

- c) les critères et les modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation ;
- d) en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées ;
- e) la fixation du nombre de référence visé au point d), concernant les paramètres d'activités pris en considération ;
- f) les conditions et les modalités de révision de certains éléments ;
- g) le décompte sur la base des années antérieures, telle que visé à l'article 104 quater.

Pour l'application de l'alinéa 2, le Roi désigne les dispositions applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques. Il fixe des règles spécifiques pour ces services et établissements.

L'exécution des dispositions visées aux alinéas précédents peut être différente selon la catégorie de l'hôpital ou des parties d'un hôpital.

Le Roi peut procéder à la comparaison des coûts des hôpitaux afin d'appliquer les mêmes conditions de financement aux hôpitaux dont la mission et les activités sont similaires et qui travaillent dans des conditions analogues.

§2. Après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Financement, Le Roi peut déterminer des conditions et des règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes , en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies .

§ 3. Le Roi peut, après avis de la Structure de Concertation visée au chapitre XII de la loi du 29 avril 1996 contenant des dispositions sociales et dans le cadre de la fixation du budget des moyens financiers, déterminer des critères et modalités en ce qui concerne l'évaluation des activités hospitalières, et ce en vue de déterminer les activités de l'hôpital pouvant être considérées comme « justifiées ».]¹¹⁰

¹¹⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 90, M.B. 22/02/2002

Art. 97bis. [Les travaux visés à l'article 46bis ne peuvent entrer en ligne de compte pour le financement par le [**budget des moyens financiers**]¹¹¹ que pour autant que le pouvoir organisateur apporte la preuve que le calendrier visé à l'article susmentionné est approuvé par le Ministre national qui a la Santé publique dans ses attributions.

Les modalités de la preuve visée à l'alinéa précédant sont fixées par le Ministre précité.]¹¹²

[...] ⁸⁸

[Art. 97 ter. Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes.]¹¹³

Art. 98. Préalablement à toute décision sur la fixation [d'un budget des moyens financiers d'un hôpital , d'un service hospitalier, d'une fonction hospitalière ou d'un programme de soins]¹¹⁴, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou le fonctionnaire de l'[Administration des soins de santé]¹¹⁵ délégué par lui, communique le projet de décision, avec les éléments justificatifs nécessaires, au gestionnaire. Celui-ci dispose de 30 jours pour faire valoir ses observations qui sont transmises avec le projet de décision par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou le fonctionnaire délégué, pour avis, au Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement. La décision du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est motivée et communiquée au gestionnaire et, pour information, au Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement.

[...] ⁸⁸

Art.99. [Un montant spécifique peut être prévu dans le budget des moyens financiers pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital lorsque cela s'accompagne d'une décision du gestionnaire débouchant sur une diminution réelle du budget et ce, dans le cadre d'une restructuration de l'établissement ou d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux.]¹¹⁶

[LeRoi]¹¹⁷, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement, fixe les règles et conditions suivant lesquelles ce montant est accordé.

[...] ⁸⁸

¹¹¹ rempl. L. 14/01/2002, art. 91, M.B. 22/02/2002

¹¹² ins.L. 30/12/1988, art. 65, M.B. 05/01/1989

¹¹³ ins. L. 14/01/2002, art. 92, M.B. 22/02/2002

¹¹⁴ rempl. L. 14/01/2002, art. 93, M.B. 22/02/2002

¹¹⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 93, M.B. 22/02/2002

¹¹⁶ rempl. L. 14/01/2002, art. 94, M.B. 22/02/2002

¹¹⁷ rempl. L. 22/08/2002, art.42, M.B. 10/09/2002

Art. 100. Lorsque l'hospitalisation donne lieu à une intervention, soit des organismes assureurs [tels que visés dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soit de l'Office de sécurité sociale d'outre-mer, soit de la Caisse auxiliaire et de prévoyance pour les marins, soit]¹¹⁸ de l'Institut National des Invalides de Guerre, anciens combattants et victimes de guerre, dans le cadre de leur réglementation propre, soit d'un Centre Public d'Aide Sociale en faveur des indigents, l'Etat octroie un subside de 25 p.c. du [budget des moyens financiers]¹¹⁹, fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Sans préjudice de l'application des dispositions de [l'article 37, § 7 de la loi coordonnée précitée]¹²⁰, la partie restante du [budget des moyens financiers]¹²¹ fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est, selon le cas, à charge, soit des organismes assureurs, soit [de l'Office de sécurité sociale d'outre-mer, soit de la Caisse auxiliaire et de prévoyance pour les marins, soit]¹²² de l'Institut National des Invalides de Guerre, anciens combattants et victimes de guerre, soit des Centres Publics d'Aide Sociale.

[La proportion fixée aux alinéas 1er et 2 s'applique tant à la partie du budget des moyens financiers liquidée en douzièmes, telle que visée à l'article 104bis, alinéa 1er, qu'à la partie du budget des moyens financiers versée sur la base d'un paramètre d'activité, telle que visée à l'article 104bis, alinéa 2, et à la partie visée à l'article 104ter qui sert de base pour la fixation d'un prix par paramètre.]¹²³

Art. 101. Le pourcentage visé à l'article 100, alinéa 1er peut être modifié par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pour la totalité du [budget des moyens financiers tel que visé à l'article 87]¹²⁴ ou pour certains de ses éléments.

[Art. 102 § 1^{er} L'Etat peut accorder une subvention complémentaire pour couvrir des frais spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées par un hôpital universitaire, un service hospitalier universitaire, une fonction hospitalière universitaire ou un programme de soins universitaire, notamment dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.]¹²⁵

¹¹⁸ rempl. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹¹⁹ rempl. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹²⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹²¹ rempl. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹²² rempl. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹²³ Aj. L. 14/01/2002, art. 95, M.B. 22/02/2002

¹²⁴ rempl. L. 14/01/2002, art. 96, M.B. 22/02/2002

¹²⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 97, M.B. 22/02/2002

Le Roi détermine les règles et les conditions **[de fixation, d'octroi et de paiement]**¹²⁶ de ce subside complémentaire.

Les dispositions des articles 100 et 101 sont applicables au **[budget des moyens financiers]**¹²⁷, dans les hôpitaux avec un ou plusieurs services , **[fonctions ou programmes de soins]**¹²⁸ universitaires, après déduction de ce subside complémentaire.

[§ 2. L'Etat peut octroyer une subvention complémentaire afin de couvrir des coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.

Le Roi fixe les règles et les conditions suivant lesquelles cette subvention complémentaire est fixée, octroyée et liquidée.

Les dispositions des articles 100 et 101 sont applicables au budget des moyens financiers visé à l'article 87, après déduction de la subvention complémentaire visées dans le présent paragraphe.]¹²⁹

Art. 103. L'octroi des subsides prévus **[à l'article 100]**¹³⁰, peut être subordonné par le Roi à la conclusion par les hôpitaux d'une convention prévue par **[la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou ses arrêtés d'exécution]**¹³¹ et approuvée par le Ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions, ainsi que par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section financement.

Art. 104. Le Roi détermine les conditions et les modalités suivant lesquelles les subsides sont liquidés.

Il peut prescrire notamment que des avances sur ces subsides soient liquidées directement aux hôpitaux, [. . .]¹³².

[Art.104bis. Pour les patients qui relèvent d'un des organismes assureurs visés dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, une partie du budget, telle que fixée par le Roi, est liquidée en douzièmes par les organismes assureurs. Cette liquidation par les organismes assureurs s'effectue en proportion de leur part respective dans les dépenses totales pour l'hôpital concerné au cours du dernier exercice connu.

¹²⁶ rempl. L. 14/01/2002, art. 97, M.B. 22/02/2002

¹²⁷ rempl. L. 14/01/2002, art. 97, M.B. 22/02/2002

¹²⁸ rempl. L. 14/01/2002, art. 97, M.B. 22/02/2002

¹²⁹ Aj. L. 14/01/2002, art. 97, M.B. 22/02/2002

¹³⁰ Rempl. L. 14/01/2002, art. 98, M.B. 22/02/2002

¹³¹ Rempl. L. 14/01/2002, art. 98, M.B. 22/02/2002

¹³² Suppr. L. 14/01/2002, art. 99, M.B. 22/02/2002

La partie restante du budget, visé à l'alinéa 1er, est liquidée par les organismes assureurs visés à l'alinéa 1er selon un ou plusieurs paramètres d'activité à définir par le Roi.

Le Roi peut fixer des règles complémentaires relatives au mode de paiement visé à l'alinéa 2, plus particulièrement en ce qui concerne le nombre de référence des activités qui est pris en considération pour le calcul du montant à liquider par paramètre.

Nonobstant toute stipulation contraire, Le prix qui peut être facturé est le prix qui est fixé par le Roi, conformément aux dispositions de l'alinéa précédent.

Le Roi peut fixer des règles et modalités précises de la liquidation visée aux alinéas 1^{er} et 2 .]¹³³

[Art. 104ter. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 104bis, alinéa 1er, le Roi peut fixer un prix par paramètre d'activité selon les conditions et les règles déterminées par Lui, .

Nonobstant toute stipulation contraire, Le prix qui peut être facturé, est le prix qui est fixé par le Roi, conformément aux dispositions de l'alinéa précédent.]¹³⁴

[Art. 104quater. § 1er. Au cas où au terme de la période pour laquelle est fixé le budget des moyens financiers, il existe, au niveau national, une différence entre le budget visé à l'article 87 et les dépenses, à l'exclusion des dépenses visées à l'article 104ter, cette différence est dans un période ultérieure déterminée par le Roi, imputée totalement ou partiellement sur le budget des moyens financiers de chaque hôpital séparément .

Le Roi peut déterminer des règles et des conditions plus précises pour la constatation de la différence visée à l'alinéa 1^{er} et pour l'imputation visée à l'alinéa 1^{er}, notamment en ce qui concerne la fixation du caractère total ou partiel.

L'imputation visée à l'alinéa 1er peut être effectuée par groupe d'hôpitaux, selon les règles et les conditions fixées par le Roi.

Le Roi constate chaque année la différence visée à l'alinéa 1^{er} et détermine la part respective de chaque organisme assureur, tel que visée à l'article 104 bis, dans cette différence,

¹³³ Ins. L. 14/01/2002, art. 100, M.B. 22/02/2002

¹³⁴ Ins. L. 14/01/2002, art. 101, M.B. 22/02/2002

§2 A l'issue de la période pour laquelle est fixé le budget des moyens financiers, les douzièmes liquidés par les organismes assureurs sur la base de l'article 104bis, alinéa 1er, sont adaptés entre les organismes assureurs par imputation mutuelle sur la base de la part effective de chaque organisme assureur au cours de la période en question.

Le Roi peut déterminer des règles et modalités plus précises en ce qui concerne l'imputation visée à l'alinéa 1^{er}.]¹³⁵

Art. 105. Les subsides prévus aux articles 100 à 102 sont inscrits au budget du Ministère de la Santé publique.

[...] ⁸⁸

Art. 106. [§ 1er.]¹³⁶ L'Etat et les organismes visés à l'article 100 sont, à concurrence de leur paiement aux hôpitaux des frais d'hospitalisation de malades pour qui ils sont tenus d'intervenir, subrogés de plein droit dans les droits que ces personnes peuvent faire valoir contre le tiers, auteur responsable de la maladie ou de l'accident qui a nécessité l'hospitalisation.

Lorsque ces dommages sont la suite d'une infraction à la loi pénale, l'action subrogatoire peut être exercée en même temps et devant le même juge que l'action publique.

Le Roi fixe les règles suivant lesquelles les organismes visés à l'alinéa 1er remboursent à l'Etat le subside compris dans les sommes récupérées en vertu du présent article.

[§ 2. Nonobstant d'autres dispositions légales, les créances que les hôpitaux détiennent, dans le système du tiers payant, contre les organismes assureurs visés dans la présente loi, peuvent faire l'objet d'une dation en gage.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les modalités d'application de l'alinéa précédent.]¹³⁷

[...]

¹³⁵ Ins. L. 14/01/2002, art. 102, M.B. 22/02/2002

¹³⁶ aj. L. 05/08/1992, art.1, M.B. 21/11/1992

¹³⁷ aj. L 05/08/1992, art.1, M.B. 21/11/1992 et erratum, M.B. du 28/11/1992

[Art. 107. §1. L'application des articles 87 à 97 et 99 à 104ter peut, conformément aux règles fixées par le Roi, être subordonnée en tout ou en partie :

- a) aux communications qui doivent être faites conformément à l'article 86 de la présente loi et à l'article 156 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales ainsi qu'à l'exactitude et l'exhaustivité des données visées ;
- b) à l'obtention d'un agrément visé aux articles 44, 68 et 69, d'une autorisation visée à l'article 26 ou d'une autorisation visée aux articles 40 et 43;
- c) au respect des règles déterminant le nombre maximal ou le nombre programmé d'appareils médicaux lourds, de services médico-techniques, de fonctions ou de programmes de soins visés aux articles 31, 32, 41, 44ter et 76quater ;
- d) à la tenue d'un dossier médical conformément aux dispositions de l'article 15 et de ses arrêtés d'exécution.

§2. Le Roi peut, après avis de la structure de concertation visée dans la loi précitée du 29 avril 1996, déterminer les règles selon lesquelles l'exactitude et l'exhaustivité des données visées au §1^{er},a), peuvent être vérifiées et constatées.]¹³⁸

[§ 3. S'il est constaté par les personnes visées à l'article 115 que l'enregistrement des données se rapportant aux activités médicales, visé à l'article 86, ne correspond pas à la réalité ou est incomplet, chaque répercussion au niveau du financement est, en application de la présente loi et de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, corrigée d'office.

A cette fin, le Directeur général de l'Administration des soins de santé signale chaque infraction constatée à l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Le Roi peut déterminer des règles et des modalités en ce qui concerne l'application du présent paragraphe.

§ 4. Avant que les dispositions visées aux §§ 1^{er} et 3, ne soient appliquées, l'hôpital concerné en est informé.

¹³⁸ rempl. L. 14/01/2002, art. 103, M.B. 22/02/2002

Dans un délai de quatre semaines après la notification, l'hôpital peut faire valoir ses remarques par écrit auprès du Directeur général de l'administration des Soins de Santé.]¹³⁹

[...] ⁸⁸

Art. 107 bis [...] ¹⁴⁰

[...] ⁸⁸

[Art. 107ter. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avoir entendu le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, étendre en tout ou en partie et avec des adaptations, les dispositions de ce chapitre aux associations visées à l'article 69, 3°] ¹⁴¹

[107quater. § 1^{er}. Une contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence ne peut être exigée par l'hôpital que conformément aux conditions fixées par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Le Roi fixe le montant de cette contribution par un arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 2. Le Roi procède à une évaluation du présent dispositif deux ans après l'entrée en vigueur de celui-ci et présente un rapport à ce sujet aux Chambres législatives fédérales. »] ¹⁴²

¹³⁹ ins. L. 10/09/2002, art. 43, M.B. 10/09/2002

¹⁴⁰ Art. 107 bis , inséré par la loi du 30/04/1988, abrg. L. 14/01/2002, art. 104, M.B. 22/02/2002

¹⁴¹ins. Loi-progr. 21/12/1994, art.32, M.B. 23/12/1994

¹⁴² ins. L. 22/08/2002, art.44, M.B. 10/09/2002

CHAPITRE VI .

Suppression d'une sorte de service hospitalier

Art. 108. Le Roi peut, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section agréation et Section programmation, entendu, supprimer une ou plusieurs sortes de services hospitaliers qui ne peuvent plus être considérés comme tels.

CHAPITRE VII .

Financement des déficits des hôpitaux publics

Section 1. - Octroi d'un montant spécifique

[Art. 109. Les déficits éventuels dans les comptes de gestion des hôpitaux, respectivement des centres publics d'aide sociale, des associations visées à l'article 118 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale et des associations intercommunales comprenant un ou plusieurs centres publics d'aide sociale ou communes, sont couverts comme suit:

- 1° Pour la fixation des déficits, toutes les recettes et charges sont prises en considération, sauf les déficits qui résultent:
 - a) d'activités qui ne relèvent pas de l'hôpital;
 - b) d'activités dont il n'est pas tenu compte pour la fixation du budget des moyens financiers.

Le Roi détermine, pour la fixation des déficits, dans quelle mesure il est tenu compte des charges qui résultent du non-respect des règles et limites fixées pour les différents éléments du budget des moyens financiers.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions détermine chaque année le montant de ces déficits selon les règles fixées par le Roi.

- 2° En attendant que toutes les recettes et toutes les charges soient connues, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, à titre provisoire, fixer le déficit à 80% de la perte courante figurant dans le compte de résultats de l'exercice considéré en déduisant de cette perte courante les provisions pour risques et charges mentionnées dans le compte de résultats qui sont prises en considération pour déterminer la perte courante.
- 3° Le déficit est supporté par la commune dont le centre public d'aide sociale gère l'hôpital. Au cas où l'hôpital est exploité par une association visée à l'article 118 de la loi organique précitée du 8 juillet 1976 ou par une association intercommunale, le déficit est supporté par les administrations locales qui composent l'association, au prorata de leur propre part dans l'association.

4° Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut déléguer, en tout ou en partie, les compétences visées au point 1° à un fonctionnaire du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.]¹⁴³

Art. 110. Le Roi détermine les modalités d'exécution de l'article 109.

Section 2. - Plan d'assainissement

Art. 111[...] ¹⁴⁴

Art. 112[...] ¹⁴⁵

Art. 113[...] ¹⁴⁶

Art. 114[...] ¹⁴⁷

¹⁴³ rempl. L. 14/01/2002, art. 105, M.B. 22/02/2002

¹⁴⁴ Art. 111 abrg. L. 14/01/2002, art. 106, M.B. 22/02/2002

¹⁴⁵ Art. 112 abrg. L. 14/01/2002, art. 106, M.B. 22/02/2002

¹⁴⁶ Art. 113 abrg. L. 14/01/2002, art. 106, M.B. 22/02/2002

¹⁴⁷ Art. 114 abrg. L. 14/01/2002, art. 106, M.B. 22/02/2002

CHAPITRE VIII.

Surveillance et dispositions pénales

Section 1^{ère}. – Surveillance

Art. 115. § 1^{er}. Sans préjudice des attributions des officiers de police judiciaire, les **[fonctionnaires ou préposés]**¹⁴⁸ du Ministère de la Santé publique désignés par le Roi, surveillent l'application des dispositions de la présente loi coordonnée et des arrêtés pris en exécution de celle-ci ; à cette fin, ils peuvent pénétrer dans les hôpitaux [et les services visés au dernier alinéa de l'article 86]¹⁴⁹, y contrôler sans déplacement la comptabilité et les statistiques, se faire fournir tous renseignements nécessaires à ce contrôle, ainsi que se faire remettre et au besoin adresser dans le délai qu'ils fixent, tous autres documents et renseignements qu'aux termes de l'article 86 le pouvoir organisateur est tenu de communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Ils constatent les infractions par des procès verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Une copie en est transmise aux contrevenants dans les **[dix]**¹⁵⁰ jours au plus tard de la constatation de l'infraction.

[Dans un délai de quatre semaines après la notification, les contrevenants visés à l'alinéa 1^{er} peuvent faire valoir leurs observations par écrit auprès du Directeur général de l'Administration des Soins de Santé.

§ 3. Pour le contrôle de l'enregistrement des données qui concernent l'activité médicale, visée à l'article 86, les fonctionnaires ou préposés visés à l'alinéa 1^{er} peuvent se faire assister par des médecins-conseils des organismes assureurs, visés à l'article 154 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui sont désignés par le Roi sur la proposition du Collège intermutualiste.

Pour l'accomplissement de leur mission visée à l'alinéa 1^{er}, les médecins-conseils visés à l'alinéa 1^{er} ont accès aux dossiers médicaux visés à l'article 15.

Le Roi détermine les conditions et les règles auxquelles les médecins-conseils visés à l'alinéa 1^{er} doivent répondre. Ces conditions et règles peuvent entre autres avoir trait à des incompatibilités avec la mission visée au présent paragraphe et le délai durant lequel ils sont mis à disposition pour cette mission.

¹⁴⁸ rempl. L. 14/01/2002, art. 107, M.B. 22/02/2002

¹⁴⁹ ins. L.29/04/1996, art.150, M.B. 30/04/1996

¹⁵⁰ rempl. L. 22/08/2002, art.45, M.B. 10/09/2002

Toute irrégularité commise par un médecin-conseil dans l'exercice de sa mission est signalée par le Directeur général de l'Administration des soins de santé au Comité du service de l'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et ce en vue de l'application de l'article 155, § 1^{er}, de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994.]¹⁵¹

Section 2. – Peines

Art. 116. Sans préjudice de l'application des peines comminées par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs ou d'une de ces peines seulement :

- 1° celui qui, en contravention avec les articles 68 et 69, exploite un hôpital qui ne répond pas aux normes imposées ou celui qui, en contravention avec les articles 71 à 73, exploite un service sans avoir reçu l'agrément ;
- 2° celui qui, en contravention de l'article 77, ne tient pas une comptabilité distincte, ou qui n'applique pas les dispositions prévues dans les arrêtés pris en exécution de l'article 79 ;
- [3° celui qui, en violation de l'article 90, facture des suppléments ou qui facture un prix autre que le prix par paramètre, qui, en application des articles 104bis et 104ter est fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;**
- 4° celui qui, en violation de l'article 91, ne communique pas aux patients ou ne soumet pas à leur signature les montants à leur charge, conformément aux règles déterminées par le Roi ou qui, en violation de l'article 92, ne porte pas à la connaissance du public les montants visés aux articles 90, 104bis et 104ter selon les modalités fixées par le Roi;]¹⁵²
- 5° celui qui, en contravention avec l'article 74 et 75 exploite au-delà des délais impartis pour la cessation effective de cette exploitation, un hôpital ou un service qui a fait l'objet soit d'une décision de fermeture provisoire, soit d'une décision de fermeture définitive non suivie d'un recours suspensif ou confirmée après recours ;
- 6° celui qui, en contravention avec l'article 26, construit, aménage ou reconvertit un hôpital ou un service qui ne s'intègre pas dans le programme prévu à l'article 23 ;
- 7° celui qui refuse l'accès de l'établissement aux fonctionnaires et agents visés à l'article 115, § 1er ;

¹⁵¹ ins. L. 22/08/2002, art.45, M.B. 10/09/2002

¹⁵² rempl. L. 14/01/2002, art. 108, M.B. 22/02/2002

[8° celui qui, en violation des articles 40 ou 41, met en service et/ou exploite un appareillage médical lourd, soit sans l'autorisation nécessaire, soit qui ne s'inscrit pas dans le cadre de la programmation ou qui dépasse le nombre maximal d'appareils;]¹⁵³

9° celui qui, en contravention avec l'article 42, met dans le commerce des appareils ne répondant pas aux conditions et règles en matière d'enregistrement ;

10° celui qui, en contravention aux dispositions de l'article 44, crée ou exploite des [services médicaux et services médico-techniques]¹⁵⁴ sans être agréé ou sans répondre aux conditions requises.

[11° celui qui, en violation de l'article 15, § 1er, ou 17quater, § 1er, néglige de constituer et/ou de tenir à jour pour chaque patient un dossier médical ou infirmier conformément aux dispositions y afférentes visées par la présente loi ou ses arrêtés d'exécution.]¹⁵⁵

Art. 117. En cas de récidive dans les deux années qui suivent un jugement de condamnation du chef d'une des infractions visées à l'article 116, passé en force de chose jugée, les peines peuvent être portées au double.

Art. 118. La personne physique ou morale qui exploite un hôpital ou un service, en infraction aux dispositions de la présente loi coordonnée, est civilement responsable du paiement des amendes et des frais de justice.

Art. 119. Les dispositions du livre 1er du Code pénal, le chapitre VII et l'article 85 non exceptés, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi coordonnée.

¹⁵³ rempl. L. 14/01/2002, art. 108, M.B. 22/02/2002

¹⁵⁴ rempl. L. 30/03/1994, art. 43, 3°, M.B. 31/03/1994

¹⁵⁵ aj. L. 14/01/2002, art. 108, M.B. 22/02/2002

TITRE IV

Dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers

CHAPITRE Ier.

De l'association des médecins hospitaliers à la prise de décisions

Section 1ère. - Du Conseil Médical

Art. 120. Dans chaque hôpital est créé un Conseil Médical.

Art. 121. Le Conseil Médical est l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital.

Art. 122. § 1er. Les membres du Conseil Médical sont élus par les médecins hospitaliers.

§ 2. Le Roi fixe le niveau minimum d'activités requis des médecins pour, d'une part, être admis au vote et, d'autre part, être éligibles.

§ 3. Le Roi arrête également les règles relatives à la composition du Conseil Médical, au mode d'élection des membres, à la désignation du président ou de son délégué, à la durée de leur mandat et au fonctionnement du Conseil Médical.

Art. 123. Le Conseil Médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée des médecins convoquée à cet effet.

Le Roi détermine les modalités d'exécution du présent article.

Art. 124. En vue de dispenser à l'hôpital, dans des conditions optimales, les soins médicaux aux patients, et sans préjudice des tâches du médecin en chef visées aux articles 13 à 17, le Conseil Médical veille à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à :

- 1° favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital ;
- 2° promouvoir l'esprit d'équipe entre les médecins hospitaliers
- 3° favoriser la collaboration avec les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical ;

- 4° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et d'autres médecins, en particulier le médecin généraliste ou le médecin traitant qui a envoyé le patient;
- 5° stimuler les activités médicales à caractère scientifique, compte tenu des possibilités de l'hôpital.

Art. 125. Dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 124, le Conseil Médical donne au gestionnaire un avis sur les matières suivantes :

- 1° la réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers visée à l'article 130 ;
- 2° le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale à l'hôpital ;
- 3° la fixation et la modification du cadre du personnel médical
- 4° la nomination du médecin en chef ;
- 5° la nomination ou la désignation des médecins chefs de service ;
- 6° l'admission, l'engagement, la nomination et la promotion des médecins hospitaliers;
- 7° la révocation de médecins hospitaliers, sauf révocation pour motif grave ;
- 8° les autres sanctions à l'égard des médecins hospitaliers ;
- 9° les prévisions budgétaires annuelles relatives à l'activité médicale de l'hôpital ;
- 10° la détermination des besoins en équipement médical et la fixation des priorités dans les limites des possibilités budgétaires fixées par le gestionnaire ;
- 11° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ;
- 12° les conventions passées avec des tiers, ayant une incidence sur l'activité médicale à l'hôpital ;
- 13° la création de nouveaux services médicaux, la modification, le dédoublement et la suppression de services médicaux existants ;
- 14° la construction et la transformation de l'hôpital ou le changement d'affectation de locaux pour autant qu'ils aient une répercussion sur l'activité médicale ;

- 15° le changement du régime concernant l'accès de médecins hospitaliers à l'activité médicale de l'hôpital ;
- 16° le cadre du personnel infirmier et paramédical, y compris les qualifications requises dans ce cadre ;
- 17° la fixation et la modification du cadre du personnel financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ;
- 18° les plaintes au sujet du fonctionnement des services médicaux que le gestionnaire et le président du Conseil Médical s'accordent à soumettre au Conseil.

Le médecin hospitalier concerné peut demander que l'avis du Conseil Médical prévu au présent article et concernant les sanctions visées au 8 soit remplacé par un avis du président du Conseil Médical.

En cas de révocation pour motif grave, le gestionnaire communique au président du Conseil Médical le motif qui a été invoqué pour justifier la révocation.

Une révocation pour motif grave ne peut être donnée sans avis du Conseil Médical, si le fait qui en constitue la justification est connu, depuis plus de trois jours ouvrables, du gestionnaire qui l'invoque.

Peut seul être invoqué pour justifier la révocation sans avis du Conseil Médical, le motif grave notifié dans les trois jours ouvrables qui suivent la révocation.

A peine de nullité, la notification du motif grave se fait soit par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier de justice.

Cette notification peut également être faite par la remise d'un écrit au médecin hospitalier concerné.

La signature apposée par ce médecin hospitalier sur le double de cet écrit ne vaut que comme accusé de réception de la notification.

Le gestionnaire qui invoque le motif grave doit prouver la réalité de ce dernier ; il doit également fournir la preuve qu'il a respecté les délais prévus aux alinéas 4 et 5.

Art. 126. § 1er. Dans tous les cas énumérés à l'article 125, le gestionnaire est tenu de demander l'avis du Conseil Médical. En outre, le Conseil Médical donne un avis sur toutes les matières que le gestionnaire lui soumet.

§ 2. Sauf si le gestionnaire et le Conseil Médical ont convenu d'un autre délai, l'avis doit être émis dans le mois. Si, à l'expiration du délai, l'avis n'a pas été rendu, le gestionnaire peut décider.

§ 3. Sauf si le gestionnaire et le Conseil Médical en conviennent autrement, les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit ; toutefois, les demandes d'avis qui se rapportent aux points visés à l'article 127, § 1er, doivent toujours être formulées par écrit.

Le résultat du vote est joint à l'avis ; à sa demande, la minorité peut joindre une note à l'avis de la majorité, avec son point de vue.

§ 4. Le Conseil Médical est également en droit de donner d'initiative un avis au gestionnaire sur toutes les questions relatives à l'exercice de la médecine à l'hôpital.

Art. 127. § 1er. Lorsqu'à la suite d'une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés à l'article 125, 1° , 2° , 4° , 7° , 11° et 17° , le Conseil Médical donne un avis écrit et motivé émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, la décision ne peut être prise que selon la procédure prévue aux paragraphes 2 et 3 et à l'article 128.

§ 2. Si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis visé au § 1er, il se concerta avec le Conseil Médical ou avec une délégation de celui-ci.

Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil Médical, être soumis à un médiateur.

Le médiateur est désigné d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil Médical. .

Faute d'accord sur le choix du médiateur, le gestionnaire en informe le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ; celui-ci désigne d'office dans le mois, un médiateur choisi sur une liste de médiateurs dressée par lui, sur proposition de la Commission Nationale Paritaire médecins-hôpitaux.

§ 3. Lorsque la concertation visée au paragraphe précédent n'a pas abouti à un consensus après deux mois et que le gestionnaire n'a pas demandé l'avis du Conseil Médical sur une nouvelle proposition de décision, soit le gestionnaire, soit le Conseil Médical peut demander que le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions désigne un médiateur auquel le problème sera soumis ; le Ministre désigne dans le mois un médiateur, choisi sur la liste visée au paragraphe 2.

Art. 128. § 1er. Le médiateur tente de rapprocher les points de vue. Si aucun accord n'intervient dans le mois, le médiateur fait lui-même une proposition de solution dans le mois qui suit.

§ 2. Si le médiateur a constaté qu'un accord n'a pu être dégagé parce que la divergence de vues se rapporte au respect des objectifs de l'hôpital tels qu'ils sont explicitement formulés dans la réglementation générale de l'hôpital visée à l'article 130 ou dans l'arrangement individuel écrit visé à l'article 131, le médiateur tiendra également compte de cet élément pour formuler sa proposition.

§ 3. Le gestionnaire peut prendre une décision conformément à cette proposition.

Si le gestionnaire ne peut se rallier à cette proposition, il ne peut prendre de décision contraire que s'il formule lui-même une nouvelle proposition de décision sur laquelle le Conseil Médical marque son accord.

§ 4. Le gestionnaire peut également prendre une décision contraire à la proposition de décision du médiateur si la décision concerne une matière visée au point 1° de l'article 125 et pour autant que la décision prise ne soit applicable qu'aux médecins hospitaliers encore à engager pour la première fois à l'hôpital et non aux médecins hospitaliers travaillant déjà à l'hôpital.

La décision prise en application du précédent alinéa ne peut porter sur l'article 130, § 3, 2° et 5° .

Le gestionnaire prend une décision motivée. La motivation doit au moins faire apparaître que les nouvelles dispositions du règlement général sont compatibles, soit avec les possibilités légales reprises dans les dispositions des articles 13 à 17 ou du Titre IV, soit avec les modèles de règlement élaborés par la Commission Nationale Paritaire Médecins Hôpitaux et relatifs aux dispositions mentionnées.

Les clauses du règlement général qui sont incompatibles avec les dispositions susmentionnées de la présente loi coordonnée sont réputées non écrites.

La décision prise en application à l'alinéa 1er fixera la date à partir de laquelle les nouvelles dispositions du règlement général sortiront leurs effets ; la mise en application ne pourra de toute façon pas débuter avant neuf mois après la date de la prise de la décision, sauf si, soit le Conseil Médical, soit la Commission Paritaire a communiqué plus tôt au gestionnaire qu'ils n'ont pas d'objection à la mise en vigueur à une date qui se rapproche plus de la date de la décision.

Le gestionnaire communique endéans le mois la décision motivée au Conseil Médical, au médiateur et au Secrétaire de la Commission Paritaire.

[Art. 128 bis. Le Roi peut, selon les règles [[et conditions]]¹⁵⁶ déterminées par Lui, fixer les données financières ou statistiques qui doivent être communiquées par le gestionnaire au Conseil Médical d'un hôpital.]¹⁵⁷

¹⁵⁶ aj. L.02/01/2001, art. 60, M.B.03/01/2001

¹⁵⁷ aj. L. 22/02/1998, art.102, M.B. 03/03/1998

Section 2. - Du Comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

Art. 129. § 1er. La procédure prévue aux articles 125 à 128 peut, sur proposition du gestionnaire, être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil Médical, à la condition que ce dernier marque son accord par écrit.

§ 2. La concertation directe se fait au sein d'un Comité permanent de concertation, créé dans ce but et ci-après dénommé le Comité. Le Comité est composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée par le Conseil Médical.

§ 3. Le Comité s'efforce de parvenir à un consensus sur les matières qui, conformément à l'article 126, requièrent l'avis du Conseil Médical. Lorsqu'ils sont parvenus à un consensus, les membres du Comité sont tenus à le défendre auprès de leurs mandants.

§ 4. Lorsque le Comité ne parvient pas à un consensus et que le gestionnaire veut néanmoins prendre une décision, il soumet pour avis la décision envisagée au Conseil Médical ; dans ce cas, les dispositions des articles 126 et 128 sont applicables.

Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier au consensus dégagé au sein du Comité, il motive son point de vue et soumet pour avis la question au Conseil Médical, conformément aux dispositions des articles 126 à 128.

Lorsque le Conseil Médical ne peut se rallier au consensus dégagé au sein du Comité, il émet un avis écrit et motivé. S'il s'agit de l'une des matières mentionnées à l'article 127, § 1er, les dispositions des articles 127 et 128 sont applicables, pour autant que l'avis ait été émis dans le mois à la majorité des deux tiers des voix des membres ayant droit de vote.

§ 5. Si le gestionnaire ou le Conseil Médical décide de ne plus appliquer la forme de concertation prévue à la présente section, ils doivent en informer par écrit respectivement le Conseil Médical ou le gestionnaire. Dans ce cas, la forme de concertation directe prévue à la présente section devient caduque dans les trois mois.

[Section 3. - Transparence financière

Art. 129bis . § 1^{er}. *Afin de garantir la transparence financière des flux financiers à l'intérieur de l'hôpital, une concertation régulière entre le gestionnaire et le conseil médical est requise.*

A cette fin, une commission financière est créée dans chaque hôpital, à moins qu'un

comité permanent de concertation ne soit déjà institué et assure les missions de la commission financière.

§ 2. La commission financière est composée paritairement, d'une part, d'une délégation du gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation du conseil médical. Les délégations se composent respectivement de membres de la gestion et de la direction visée à l'article 12, dont au moins un gestionnaire, et de médecins hospitaliers désignés par le conseil médical.

Ces derniers peuvent se faire assister par un expert financier.

§ 3. La commission financière dispose de toutes les données comme prévu à l'article 128bis .

§ 4. La commission financière examine au moins :
- les estimations budgétaires annuelles;
- les comptes annuels;
- les rapports du réviseur d'entreprise visé aux articles 82 et 84;
- la nature des frais imputés.

§ 5. Si, à la suite des discussions visées au § 4, des mesures sont proposées en consensus, les membres de la commission financière sont tenus de les défendre auprès du gestionnaire, d'une part, et du conseil médical, d'autre part.

§ 6. Les données visées au § 3 peuvent être communiquées au conseil médical par le délégué du conseil médical.]¹⁵⁸

¹⁵⁸ ins. L. 22/08/2002, art.46, M.B. 10/09/2002

CHAPITRE II.

Des rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers

Art. 130. § 1er. Dans chaque hôpital est élaborée une réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, les conditions d'organisation et les conditions de travail, y compris les conditions financières de travail. Sans préjudice de l'application des articles 13 à 17, le règlement général ne peut contenir de dispositions qui mettraient en cause l'autonomie professionnelle du médecin hospitalier individuel sur le plan de l'établissement du diagnostic ou de l'exécution du traitement.

§ 2. Cette réglementation générale est élaborée à l'initiative du gestionnaire, dans le respect de la procédure prévue au chapitre Ier, section 1ère, ou, le cas échéant, section 2.

Dans la réglementation générale, certaines matières peuvent être réglées d'une manière différente selon qu'il s'agit de médecins exerçant déjà à l'hôpital ou de médecins à engager pour la première fois à l'hôpital.

§ 3. La réglementation générale doit au moins traiter des matières suivantes :

- 1° les conditions d'admission, d'engagement, de nomination et de promotion ;
- 2° dans quelles catégories de cas, pour quels motifs et selon quelles procédures il peut être mis fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers ;
- 3° les conditions de travail dans lesquelles les médecins hospitaliers exercent leurs activités à l'hôpital, y compris les dispositions types relatives aux points énumérés à l'article 131, § 2 ;
- 4° les dispositions financières relatives à l'activité médicale, y compris les modalités de rémunération des médecins, le mode de perception des honoraires et, s'il échet, la réglementation des frais, ainsi que les dispositions types qui s'y rapportent ;
- 5° les droits et devoirs respectifs concernant la permanence des soins médicaux.

Art. 131. § 1er. Par référence à la réglementation générale visée à l'article 130, les droits et devoirs respectifs du médecin hospitalier individuel et du gestionnaire, et en particulier les conditions de travail du médecin hospitalier, seront fixés par écrit, soit dans une convention, soit dans l'acte de nomination ; les modifications à ces droits et devoirs respectifs seront également fixées par écrit.

§ 2. Ces dispositions écrites portent au moins sur l'application concrète au médecin hospitalier individuel des points de l'article 130, § 3, ainsi que sur les éléments ci-après :

- 1° la fonction, les prestations, le service, les conditions de remplacement du médecin hospitalier en cas d'absence et, le cas échéant, les dispositions relatives à l'activité médicale en dehors de l'hôpital ;
- 2° la durée de la période d'essai éventuelle ;
- 3° le respect du règlement d'ordre intérieur de l'hôpital et des services et, le cas échéant, du règlement du staff ;
- 4° les modalités du respect par les deux parties de leurs obligations relatives à l'organisation de la permanence des soins.

CHAPITRE III.

Du statut pécuniaire du médecin hospitalier

Section 1ère. - Des systèmes de rémunération

Art. 132. § 1er. Dans les hôpitaux, les médecins hospitaliers ne peuvent être rémunérés que selon les systèmes suivants :

- 1° la rémunération à l'acte ;
- 2° la rémunération fondée sur la répartition d'un "pool" de rémunérations à l'acte, établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service ;
- 3° la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un "pool" de rémunérations à l'acte ;
- 4° la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire ;
- 5° une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du "pool" des rémunérations à l'acte.

§ 2. Si un hôpital applique plus d'un des systèmes de rémunération susmentionnés, le choix du système ou une modification de ce choix fait l'objet d'un accord écrit entre le médecin hospitalier et le gestionnaire. Le système ainsi choisi est porté à la connaissance du Conseil Médical.

Section 2. - De la perception des honoraires

Art. 133. Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, sont perçus de façon centrale.

Art. 134. Le Roi peut étendre l'obligation de perception centrale visée à l'article 133, en tout ou en partie et dans des conditions fixées par Lui, aux prestations des médecins hospitaliers qui sont accomplies dans les services médico-techniques pour des patients qui sont examinés ou soignés à l'hôpital sans y être hospitalisés.

Art. 135. Sauf si le Conseil Médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires, la perception centrale se fait par l'hôpital, dans le respect des conditions suivantes :

1° le règlement relatif au fonctionnement du service de perception est établi d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil Médical.

Ce règlement précise entre autres le délai dans lequel les attestations de soins doivent être transmises par le médecin hospitalier ainsi que les mesures applicables au médecin hospitalier qui ne les transmet pas dans le délai fixé. Le règlement fixe également le délai dans lequel, d'une part, les factures seront présentées aux débiteurs et, d'autre part, les montants dus aux médecins hospitaliers seront payés. Sauf disposition contraire du règlement, ce délai court à partir de la perception et l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne sont pas payées en temps voulu, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le médecin hospitalier intéressé soit nécessaire ;

2° le président ou un membre délégué du Conseil Médical peut contrôler le fonctionnement du service de perception.

A cette fin, tous les documents relatifs à la perception ou, le cas échéant, au paiement et aux retenues, sont mis à sa disposition et peuvent être consultés par lui sur place ;

3° tous les documents justificatifs des opérations le concernant sont mis, au moins tous les trois mois, à la disposition de chaque médecin hospitalier intéressé.

Art. 136. Si la perception centrale est effectuée par un service organisé à cette fin par le Conseil Médical, un règlement relatif au fonctionnement du service sera arrêté d'un commun accord avec le gestionnaire ; en particulier seront fixés le mode et la date de transfert des montants dont les médecins hospitaliers sont redevables à l'hôpital ; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles prévues à l'article 135, 2° , pour le Conseil Médical et à l'article 135, 3° , pour les médecins hospitaliers. Sauf dispositions contraires du règlement, ce délai court à partir de la perception et l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne seront pas payées en temps voulu, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le gestionnaire soit requise.

La procédure prévue aux articles 127 et 128 n'est d'application qu'à partir du moment où le règlement relatif au fonctionnement du service de perception centrale a été arrêté d'un commun accord avec le gestionnaire.

Art. 137. Le Roi peut fixer les modalités d'exécution des articles 133 à 136, en ce compris des règles uniformes de comptabilité.

[Le règlement visé à l'article 135, 1^o, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1^{er}, détermine notamment les modalités d'imputation, à l'égard des médecins individuels, de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence portée en déduction des montants imputés, par le service de perception centrale à l'assurance maladie obligatoire, tel que visé à l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Tant que la réglementation, visée à l'alinéa précédent, n'est pas reprise dans le règlement visé, l'imputation par rapport aux médecins hospitaliers s'effectue selon la part de chacun d'eux dans la masse des honoraires du groupe des prestataires auquel il appartient dans les trois mois précédant l'imputation, le montant à imputer du groupe concerné étant fixé sur la base de la part relative de ce groupe dans le dépassement constaté, compte tenu de l'utilisation des honoraires visés en application de l'article 140, à l'exclusion du § 1^{er}, 2^o, et du § 2. Dans le cas où l'application de l'article 140, § 1, 1^o, donne lieu pour les honoraires concernés, à un « pool » de rémunérations par prestation, la part de celles-ci est également imputée proportionnellement par rapport au « pool » et suivant les règles en vigueur à l'égard des médecins hospitaliers individuels.

Pour l'application de l'alinéa 3, il n'est pas tenu compte de l'affectation visée à l'article 140, § 1^{er}, 3^o, et § 3, pour autant que la couverture des coûts soit exprimée sur la base de coûts attestés et réels et en accord avec le conseil médical; dans tout autre cas, l'imputation visée s'effectue à charge du médecin hospitalier à concurrence de 75 p.c. et du gestionnaire de l'hôpital à concurrence de 25 p.c.]¹⁵⁹

Section 3. - De la fixation des honoraires

[Art. 138, § 1^{er}. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes.

Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, §2.

¹⁵⁹ ins. L.22/08/2002, art.47, M.B. 10/09/2002

Les alinéas 1er et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambre de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Dans le cas prévu au § 1er, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1er, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1er peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1er, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 3. Le gestionnaire et le Conseil médical se portent garants du fait que tous les patients visés au § 1er pourront être soignés aux tarifs de l'accord. Le gestionnaire, après concertation avec le Conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le Conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1er.

§ 4. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance, dans la mesure où, conformément aux règles prévues au § 2, alinéa 2, des tarifs maximaux ont été fixés et sont respectés par les médecins. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 1er est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 5. Le Roi définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins visés au § 2 ne peuvent appliquer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord.

En ce qui concerne les patients visés à l'alinéa 1er et au cas où il n'existe aucun accord tel que visé au § 4, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention

de l'assurance constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués par les médecins.]¹⁶⁰

Art. 139. Le gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour que les patients puissent consulter la liste mentionnant, d'une part, les médecins hospitaliers qui se sont engagés à appliquer les tarifs de l'engagement et, d'autre part, les médecins hospitaliers qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs de l'engagement.

[...]¹⁶¹

[**Section 3 bis** - Le contenu des honoraires

Art.139 bis. Sans préjudice à l'article 140, les honoraires, perçus ou non de façon centrale, couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales tels que notamment les frais afférents aux personnels médical, infirmier, paramédical, soignant, technique, administratif, d'entretien ainsi qu'à un autre personnel auxiliaire, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs, qui ne sont pas financés par **[le budget des moyens financiers]¹⁶²**¹⁶³

Section 4. - De l'affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale

Art. 140. § 1er. Les honoraires perçus de façon centrale sont affectés :

- 1° au paiement aux médecins hospitaliers des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 131 ;
- 2° à la couverture des frais de perception des honoraires, conformément au règlement du service ;
- 3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le **[budget]**¹⁶⁴;
- 4° à titre de contribution à la mise en oeuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital.

¹⁶⁰ rempl. L. 14/01/2002, art. 109, M.B. 22/02/2002

¹⁶¹ Abrg. L. 14/01/2002, art. 110, M.B. 22/02/2002

¹⁶² A.R. 16/04/1997, M.B. 30/04/1997

¹⁶³ rempl. L. 14/01/2002, art. 111, M.B. 22/02/2002

¹⁶⁴ rempl. L. 14/01/2002, art. 112, M.B. 22/02/2002

Sans préjudice de l'application des articles 125 à 129, l'affectation des honoraires pour les médecins hospitaliers qui ne sont pas rémunérés selon l'article 132, § 1er, 4° ou 5° , se fait conformément aux paragraphes suivants.

§ 2. Avant de payer aux médecins hospitaliers les sommes qui leur sont dues, le service de perception applique à chaque montant, pour la couverture de ses frais, une retenue correspondant aux frais engagés conformément au règlement du service et d'un maximum de 6 p.c.

§ 3. En outre, le service de perception applique aux montants perçus, pour la couverture de tous les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le **[budget]**¹⁶⁵, des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et qui sont établies sur la base de tarifs fixés d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil Médical.

Le Roi peut énumérer les frais à prendre en compte pour la fixation des tarifs susmentionnés. Il peut également fixer des critères d'évaluation et d'imputation des frais.

[...]¹⁶⁶

§ 4. A propos des retenues qui peuvent être exprimées en pourcentage et de l'affectation de celles-ci en application du § 1er, 4 , le gestionnaire et le Conseil Médical décident d'un commun accord.

[§ 5. L'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical tel que visé aux §§ 3 et 4, est contraignant pour les médecins hospitaliers concernés, nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions ou les actes de nomination individuels visés à l'article 131.]¹⁶⁷

Section 5. - Réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés

Art. 141. Sans préjudice de l'application des articles 133 à 136, le paiement des prestations médicales dispensées aux patients hospitalisés ne peut être réclamé séparément, mais la facturation des sommes dues doit être jointe à la facturation par le gestionnaire des autres montants dus pour l'hospitalisation.

Le Roi fixe les modalités d'application de cet article.

[Pour l'application de l'alinéa précédent, il faut entendre par patient hospitalisé : le patient admis dans un hôpital, y séjournant ou non, et bénéficiant de prestations

¹⁶⁵ rempl. L. 14/01/2002, art. 112, M.B. 22/02/2002

¹⁶⁶(suppr. L 06/08/1993, art.29, M.B.09/08/1993).

¹⁶⁷ aj. L. 14/01/2002, art. 112, M.B. 22/02/2002

médicales pour lesquelles s'applique l'obligation du tiers payant. Le Roi peut adapter la définition de patient hospitalisé.]¹⁶⁸

Section 6. - De la procédure

Art. 142. Faute, pour le gestionnaire et le Conseil Médical, de dégager endéans les trois mois l'accord visé aux articles 135 et 136 et à l'article 140, §§ 3 et 4, le gestionnaire fait une proposition de solution et la soumet au Conseil Médical.

Lorsqu'à la suite de cette proposition, le Conseil Médical donne dans le mois un avis écrit et motivé, émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, la procédure prévue aux articles 127 et 128, §§ 1er, 2 et 3, est suivie.

¹⁶⁸ aj. L. 22/12/1989 , art.112

[CHAPITRE III BIS.

Pension pour les médecins des institutions hospitalières relevant du secteur public

Art. 142bis. § 1er. Les médecins des hôpitaux gérés par une personne morale de droit public peuvent prétendre à une pension de retraite à charge du Trésor public ou à une pension de retraite accordée en vertu du chapitre VI de la nouvelle loi communale pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- 1° être nommé à titre statutaire de l'autorité compétente par un acte dont ressortent les conditions de rémunération, de l'ancienneté pécuniaire et, le cas échéant, de l'avancement de grade ;
- 2° avoir eu droit à charge de l'hôpital soit à une rémunération forfaitaire constitué d'un salaire soit à une indemnité fixe, telles que prévues à l'article 132, § 1er, 4° et 5° de cette loi.

§ 2. Pour les services prestés au sein des institutions visées au § 1er, seules les années durant lesquelles ces médecins ont été rémunérés selon les modalités prévues au 2° du § 1er sont prises en compte pour le calcul de la pension, quelle que soit l'institution chargée du paiement de la pension. En outre, s'ils ont été rémunérés selon le système prévu à l'article 132, § 1er, 5°, précité, seule l'indemnité fixée est prise en considération.

§ 3. Les médecins visés au § 1er qui, antérieurement à l'entrée en vigueur du présent article, étaient rémunérés selon un des systèmes prévus à l'article 132, § 1er, 1° , 2° et 3° , de cette loi et qui, pour leurs activités à l'hôpital, ont cotisé exclusivement dans le régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants, sont réputés avoir été légalement assujettis à ce dernier régime.

La présente disposition n'est toutefois pas applicable aux médecins qui ont exercé à temps plein leur activité au sein de l'hôpital et n'ont pas perçu pour celle-ci directement les honoraires.

§ 4. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'exécution des §§ 2 et 3.]¹⁶⁹

¹⁶⁹ins. L. 20/07/1991, art.62, M.B. 01/08/1991

CHAPITRE IV.

Dispositions transitoires

Art. 143. § 1er. Les systèmes de perception centrale tels qu'ils sont organisés le 31 décembre 1983, continuent à s'appliquer selon les modalités en vigueur à cette date, sauf si le gestionnaire et le Conseil Médical en décident autrement d'un commun accord ; toutefois, les conditions relatives à l'organisation et au contrôle, fixées aux articles 133 à 136 doivent être remplies au 16 mai 1986.

§ 2. Par dérogation aux articles 133 et 134, le praticien qui, à la date du 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans une institution soumise à la présente loi coordonnée et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires, peut continuer à les percevoir lui-même pour autant qu'il notifie ses intentions au Conseil Médical et au gestionnaire dans les trois mois qui suivent le 16 mai 1986 et pour autant que le Conseil Médical marque son accord. Le Conseil Médical notifie cet accord au gestionnaire.

§ 3. Le médecin qui, en application du § 2, continue à percevoir lui-même ses honoraires, n'est pas éligible comme membre du Conseil Médical.

Art. 144 Les dispositions du Titre IV ne portent pas préjudice à l'application ultérieure des régimes en vigueur au 31 décembre 1983 qui, par rapport à la présente loi coordonnée, impliquent soit une association plus poussée des médecins hospitaliers à la prise de décisions, soit une intégration juridique ou financière plus étroite des médecins hospitaliers à l'hôpital.

CHAPITRE V.

Dispositions finales

Art. 145. L'avis de la Commission Nationale Paritaire médecins-hôpitaux est demandé sur l'exécution des articles 7 et 9 et sur tous les arrêtés d'exécution du Titre IV.

Art. 146. § 1er. Chaque hôpital doit informer le Secrétariat de la Commission Paritaire Médecins-Hôpitaux de la façon dont le Titre IV est respecté ; le cas échéant, il communique pour quelles matières les dispositions des articles 143 et/ou 144 sont invoquées ; il communique aussi pour quel médecin le Conseil Médical a donné l'accord prévu à l'article 143, § 2.

Le contenu des informations à transmettre par le gestionnaire est soumis au Conseil Médical. Si le gestionnaire et le Conseil Médical divergent de vues quant au contenu des informations, les remarques du Conseil Médical sont jointes à la communication du gestionnaire.

§ 2. Le Secrétariat de la Commission Paritaire examine les documents transmis. Si le Secrétariat estime qu'il y a doute quant à la conformité avec la loi ou s'il apparaît qu'il y a divergence de vues entre le gestionnaire et le Conseil Médical concernant l'application de la loi, le dossier accompagné des remarques du Secrétariat est examiné par un groupe de travail ad hoc constitué au sein de la Commission Paritaire.

Si, malgré la concertation avec les intéressés, le doute quant à la conformité avec la loi subsiste ou si les divergences de vues entre gestionnaire et le Conseil Médical ne peuvent être levées, le dossier est transmis au bureau de la Commission Paritaire ; le bureau prend toute initiative utile permettant de lever les divergences de vues.

Art. 147. En ce qui concerne les hôpitaux gérés par un Centre Public d'Aide Sociale et les médecins qui travaillent dans ces hôpitaux, les dispositions de la présente loi coordonnée complètent la loi organique du 8 juillet 1976 des Centres Publics d'Aide Sociale et plus particulièrement les articles 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 et 94 de cette loi.

Art. 148. Sans préjudice de l'application des peines comminées par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs, ou d'une de ces peines seulement :

- 1° celui qui, en contravention à l'article 120, exploite un hôpital sans qu'il soit créé un Conseil Médical ou celui qui empêche qu'un Conseil Médical soit créé ;
- 2° celui qui, en contravention à l'article 126, ne demande pas l'avis obligatoire du Conseil Médical ou qui le cas échéant, ne suit pas la procédure visée aux articles 127 et 128 ;

- 3° celui qui, en contravention aux articles 133 à 137 et 143, n'applique pas les dispositions en matière de perception centrale ou qui rend cette dernière difficile d'une manière quelconque ;
- 4° celui qui, en contravention aux articles 138 et 139, ne respecte pas ou ne fait pas respecter les dispositions concernant l'application des tarifs ;
- 5° celui qui, en contravention à l'article 140, n'applique pas les dispositions relatives à l'affectation des honoraires perçus d'une façon centrale ;
- 6° celui qui, en contravention à l'article 146, ne communique pas les données à la Commission Paritaire médecins-hôpitaux.

Art. 149. En cas de récidive dans les 2 années qui suivent un jugement de condamnation du chef d'une des infractions visées à l'article 148, passées en force de chose jugée, les peines peuvent être portées au double.

Art. 150. La personne physique ou morale qui exploite un hôpital ou un service, en infraction aux dispositions de l'article 70 et du Titre IV, est civilement responsable du paiement des amendes et des frais de justice.

Art. 151. Les dispositions du livre premier du Code pénal, le Chapitre VII et l'article 85 non exceptés, sont applicables aux infractions prévues par le Titre IV.