

Cours d'administration et de gestion des établissements de soins

Mr. Didier Coemelck

Licencié chargé de cours

Tél : 069/88.54.66

Mail : didier.coemelck@chwapi.be

Évolution du contexte hospitalier

- Avant Révolution française :
 - Hôtel Dieux
 - Léproserie
 - Hospices
 - Religieux
 - Pas de chirurgie – pas de médecins
 - Réservés aux pauvres et indigents
 - Personnel bénévole
- Après Révolution française :
 - Laïcisation (confiscation des biens)
 - Personnel qualifié
 - Enseignement
 - Etablissements publics (commissions des hôpices)
 - Médecins
 - Chirurgiens entrent à l'hôpital
 - Hôpitaux pavillonnaires

Évolution du contexte hospitalier

- 19^{ème} siècle :
 - Anesthésie quartier opératoire
 - Hôpitaux privés catholiques
 - Hôpitaux privés médicaux
 - Hôpitaux communaux
 - Conventions universitaires
- 20^{ème} siècle :
 - Création de l'INAMI en 1944
 - 1900 - 1960 :
 - Hôpitaux mutuellistes et hôpitaux d'assurances
 - Hôpitaux d'état
 - Transformation des pathologies
 - 1960 – 1980 :
 - Loi sur les hôpitaux (1963)
 - Assurance maladie obligatoire pour les travailleurs
 - Grève médicale 1964 – convention médico-mut
 - Constructions hospitalières +++

Évolution du contexte hospitalier

- Depuis la fin des années 1980 :
 - Moratoire puis fermeture des lits (1982)
 - Loi coordonnées sur les hôpitaux en 1987
 - Statut du médecin hospitalier en 86
 - Structuration de l'activité infirmière
- Années 1990 :
 - Groupement et fusion +++
 - Comparaison entre hôpitaux
 - Utilisation de bases de données
- Années 2000 :
 - Notion  des bassins de soins
 - Sous financement structurel des hôpitaux
 - Scission de la sécu?

Historique de la loi sur les hôpitaux

- 23 décembre 1963
 - 1^{er} loi sur les hôpitaux
 - Droits socio économique du citoyen :
 - Accès soins de santé (programmation)
 - Garantir la qualité des soins de santé (agrément)
 - Coûts acceptables des soins de santé (budget)
 - Conditions de assurance soins de santé
- En 1973
 - Approfondissement des normes
 - Générales
 - Architecturales
 - Organisationnelles
- En 1986
 - Notion d'hôpital AR 407
 - Capacité hospitalière
 - Service minimum
 - Normes services médico-techniques
 - Groupement d'hôpitaux
- Entre 1981 ET 1986
 - Pouvoir spéciaux, année de rupture, diminution de la capacité hospitalière, conditions d'agrément
- De 1997 à 2005
 - Introduction du BMF (2002)
 - Programmation de soins

Les principes d'agrément

- Pour fonctionner (et facturer) un hôpital doit être agréé :
 - Répondre aux normes
 - Normes fixées par le Roi
 - Avis du conseil national des établissements hospitaliers (CNEH)
- Ensemble de normes à respecter :
 - Programmation de soins
 - Normes fonctionnelles
 - Normes particulières
 - Normes de groupement
 - Normes relatives à la protection contre la panique et l'incendie (délivrance d'attestations du Bourgmestre)
- Normes fédérales fixées par le SPF Santé Publique
- Application et suivi des normes (compétence Région Wallonne)

Le concept de l'hôpital

- Depuis réforme de 1988 (AR407)
- Orienté vers
 - L'hébergement
 - L'intégration de l'activité médicale
- But de l'AR 407 :
 - Intégration des activités de l'hôpital
 - Établissements de soins de santé :
 - *..., 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 personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. (Art 2 Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987)*
- Objectif :
 - Déterminer que l'hôpital est un ensemble intégré
- Application :
 - Hôpitaux publics et privés
 - Quelque soit la forme juridique de la personne morale qui assure l'autorité.

Hôpital

- Exceptions:
 - les établissements psychiatriques fermés;
 - les établissements médico-pédagogiques;
 - les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées ou d'enfants.(art 4)
- Les hôpitaux psychiatriques :
 - ..., les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques. (art 3)
- Les hôpitaux universitaire :
 - ..., 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 proposition des autorités académiques d'une université belge. (art 4).

La capacité juridique

- « La capacité juridique est le fait d'être titulaire de droits et d'obligations.
- Sont titulaires de droits et obligations, les personnes physiques mais aussi morales pour autant qu'elles adoptent l'une des formes juridiques prévues par la loi pour la reconnaissance de cette capacité. »

Forme juridique des hôpitaux :

- Publics (- 40% du parc hospitalier) :
 - CPAS
 - Intercommunales
 - Chapitre XII
 - Région Wallonne :
 - Les Marronniers Tournai
- Privés (+/- 60%) :
 - ASBL
- Exceptions :
 - hôpital militaire
 - et défense sociale

Nouveau régime pour les asbl

- La Belg. Compte 100.000 associations en tous genres. Depuis le 1^{er} juillet 2003, une loi régit leur fonctionnement. Elle concerne surtout la comptabilité, la prise de décision et la publicité des activités via l'ouverture d'un dossier au greffe du tribunal de commerce. L'application des nouvelles disposition prend cours depuis le 1^{ER} janvier 2006.

Nouvelle rôle de l'hôpital dans le paysage de soins

- Le 2 juillet 2015 a été signée une déclaration commune à tous les niveaux de pouvoirs
- La déclaration consacre également les principes qu'ils s'engagent à respecter pour ce faire, à savoir notamment :
 - le patient est au centre de la politique de soins de santé ;
 - la poursuite de l'amélioration de la qualité et des soins aux patients est le critère essentiel
 - pour évaluer une décision ;

Nouvelle rôle de l'hôpital dans le paysage de soins

- la formation de réseaux et la collaboration entre hôpitaux sont des leviers importants ;
- les pouvoirs publics laissent de la marge à l'innovation et à l'entrepreneuriat social ;
- tous les intéressés se concertent régulièrement.

Il est également prévu que :

- les entités fédérées vérifient si les nouveaux projets d'infrastructures hospitalières cadrent avec la conception du futur paysage hospitalier tandis que le Fédéral prévoit un financement des hôpitaux qui rembourse correctement les soins justifiés au patient;
- les différents niveaux de pouvoir passent des accords sur la répartition des tâches au sein du paysage hospitalier lorsque c'est nécessaire;
- enfin, le niveau fédéral et les entités fédérées passent des accords sur le partage de données entre hôpitaux et la réduction des charges liées à l'enregistrement. L'élaboration du dossier électronique des patients jouera un rôle important dans ce contexte.

1. Défis communs

- redessiner le rôle des hôpitaux dans le paysage des soins de santé
- Les besoins et attentes modifiés du patient qui nécessitent la réforme, sont suffisamment connus :
 - une population vieillissante, une augmentation du
 - nombre de maladies chroniques, une hausse de la
 - multimorbidité et l'évolution médicale et technologique.
 - Durée de séjour dans certains traitements
 - Nécessité d'investir dans les moyens financiers et humains plus efficaces
 - Nouvelle répartition des compétences (Vième réforme de l'état)

2. Objectifs de la déclaration

1. développer une vision partagée en matière de politique hospitalière en vue d'adapter l'offre aux besoins tout en tenant compte des réalités et spécificités propres aux Communautés/Régions. A cet égard, il doit être possible d'établir des accords sur mesure d'une communauté/région.

Il est indispensable de développer une vision partagée si on veut garantir la cohérence d'ensemble logique, en fonction des moyens d'actions dont disposent les différents niveaux de pouvoir (p.ex. agrément, programmation, financement, etc.).

Objectifs de la déclaration

2. adresser un signal politique au secteur hospitalier indiquant que leurs problèmes seront abordés conjointement dans les différents niveaux de pouvoir.

3. **Principes validés**

Nous déclarons appliquer les principes directeurs suivants pour les décisions que nous prendrons vis-à-vis du secteur hospitalier :

- Le patient est au centre des préoccupations de la politique de santé: la perspective et les besoins et attentes du patient déterminent l'offre de soins justifiés ; le principe du libre choix du patient est ici respecté ;

Principes validés

- Le patient est au centre des préoccupations de la politique de santé: la perspective et les besoins et attentes du patient déterminent l'offre de soins justifiés; le principe du libre choix du patient est ici respecté ;
- Un nouveau renforcement de la qualité et du vécu des soins pour le patient comme pierre angulaire ultime

Principes validés

- La création de **réseaux et la collaboration** entre hôpitaux ;
 - La réorientation d'une offre hospitalière avec une infrastructure adaptée aux **besoins** qui devront être **objectivés**;
 - L'attention à l'interaction entre les hôpitaux (aigus et psychiatriques), les institutions de revalidation, les formes de soins extramurales et transmuraux.
 - Une répartition concertée des tâches au sein de et entre **réseaux d'hôpitaux de base, d'hôpitaux de référence et d'hôpitaux universitaires** ;
 - Une concentration de soins hautement spécialisés en hôpital (notamment les traitements et technologies coûteux, complexes et rares) ;
 - Éviter les hospitalisations inutiles et inutilement longues ;

Principes validés

La création des réseaux et la collaboration entre hôpitaux et d'autres prestataires de soins et structures de soins, en vue de répondre aux besoins de soins intégrés du patient, où différents épisodes de soins forment un tout cohérent ;

- Favoriser le développement de l'entrepreneuriat social et l'innovation dans l'organisation des soins;
- Développer une concertation systématique avec l'ensemble des parties concernées. Les niveaux de pouvoir approcheront ces parties prenantes dans une philosophie de confiance et leur signalant leur responsabilité.

- Un nouveau renforcement de la qualité et
- du vécu des soins pour le patient comme pierre
- angulaire ultime

Organes obligatoires

- Regroupement d 'après *leur nature* même de la manière suivante :
 - A) Organes généraux
 - B) Organes sociaux
 - C) Organes professionnels

Organes obligatoires

- A) **Organes généraux :**
 - Comité de gestion
 - Conseil d 'administration et l'assemblée générale
 - Conseil médicaux
 - Comité permanent de concertation
 - Comité de contrôle budgétaire
- B) **Organes sociaux :**
 - Conseil d 'entreprise
 - Comité de sécurité, d 'hygiène et d 'embellissement des lieux de travail
- C) **Organes professionnels :**
 - Comité d 'hygiène hospitalière
 - Comité médico-pharmaceutique
 - Comité du matériel médical
 - Comité d'éthique
 - Comité de transfusion

Remarques

- D 'autres organes, conseils qui fonctionnent actuellement dans certains hôpitaux sur base volontaire, pourraient à l 'avenir faire l 'objet de mesures légales.
 - Le Conseil infirmier,
 - Commission des infrastructures,
 - Commission de l'affectation des surfaces,
 - Comité médico-infirmier
 - ...
- Le cours (UF) concerne les matières légiférées par la loi des hôpitaux.

Dispositions générales

- Définitions :
 - Gestionnaire;
 - Directeur
 - Médecin;
 - Médecin hospitalier;
 - Infirmier(e);
 - Infirmier(e) hospitalier(e);
 - Personnel soignant.

Le gestionnaire

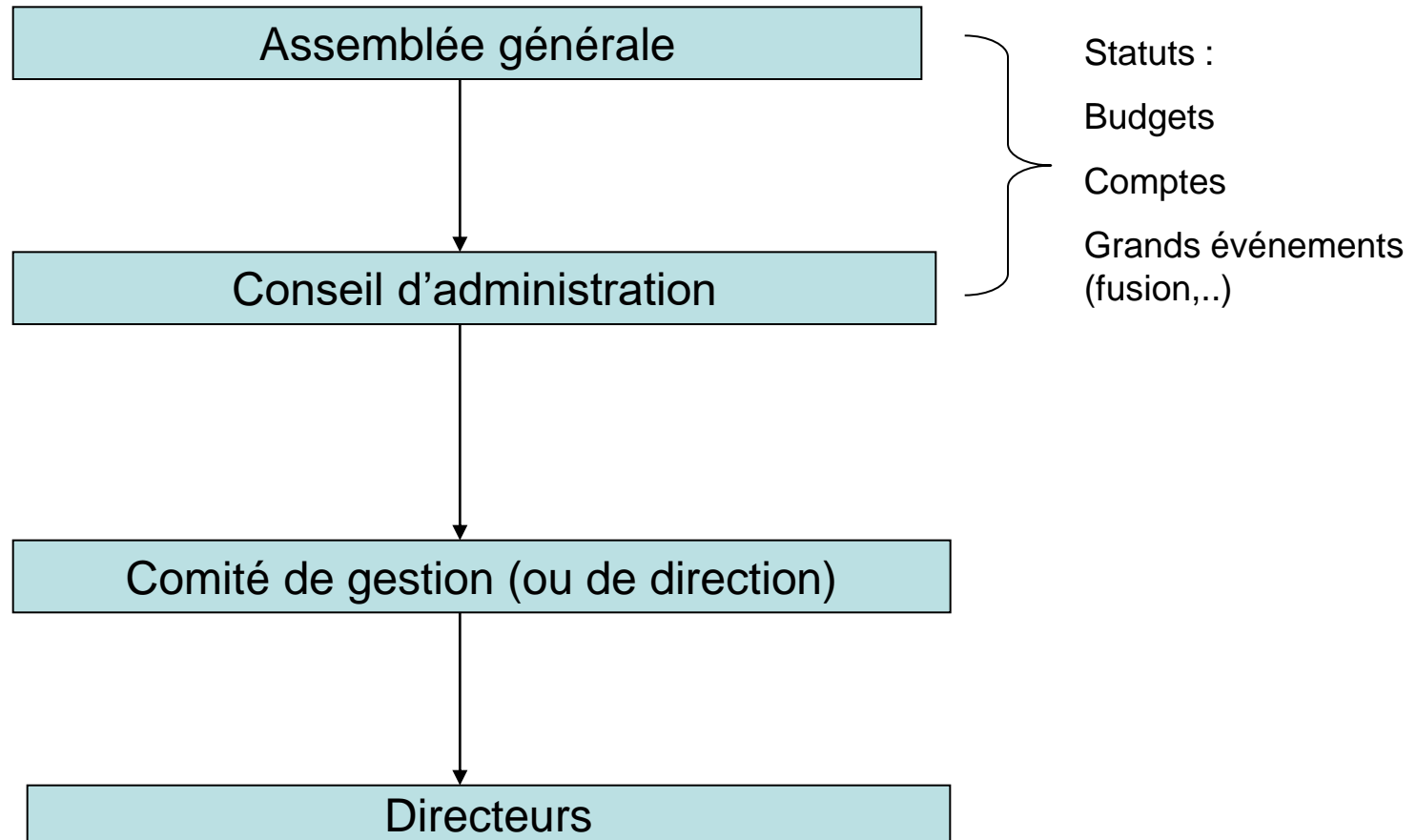
- Gestionnaire : *l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'hôpital;*

(art 8 - 1° *)

- Représente le Pouvoir Organisateur (PO)
- Chaque hôpital a une gestion distincte (art 10*)
- Assure la responsabilité de l'hôpital d'un point de vue :
 - Organisation
 - Fonctionnement
 - Financier
- Définit la politique générale (important, notion de valeur !)
- Prend les décisions de gestion dans le respect des prérogatives du Conseil médical (collaboration et intégration)
- Planifie et décide

(*) : loi sur les hôpitaux du 7 août 1987

Le gestionnaire : pouvoir organisateur

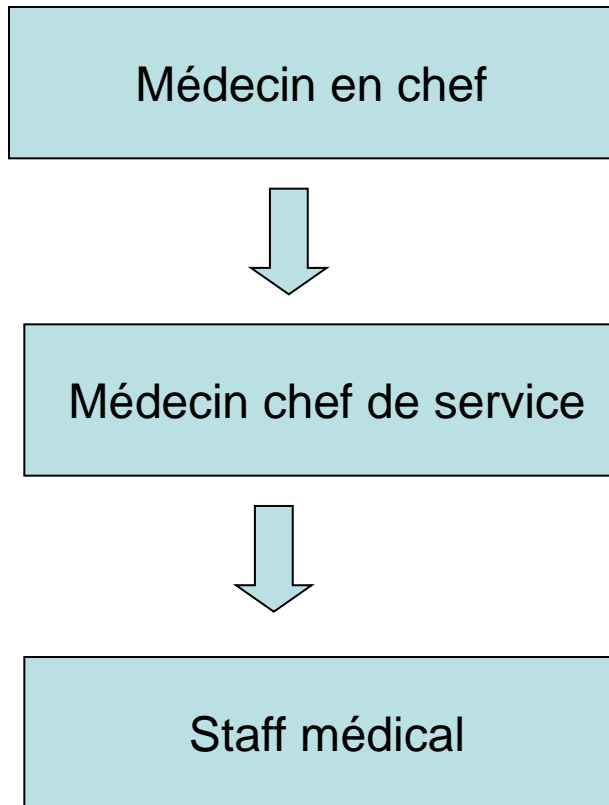


Directeur

- Définition:
 - *la ou les personnes chargées par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital; (art 8 -2°)*
 - *Un directeur (**général**) / hôpital directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire*
 - *Collabore étroitement avec les responsables des services d'activité hospitalière, notamment :*
 - *Le médecin-chef*
 - *Le chef du département infirmier*
 - *le chef du département paramédicaux*
 - *Le personnel administratif et financier*
 - *Les services techniques et logistiques*
 - *Le pharmacien hospitalier; (art 12)*

Le département médical

- L'activité médicale doit être structurée c'est à dire :



- responsable du bon fonctionnement du département médical;
- pour chacun des différents services du département médical;
- comprenant tous les médecins de l'hôpital. (art 13)

Le médecin hospitalier

- Médecin (*) attaché à l'hôpital; (art 8 - 4°)
- Lien juridique entre le médecin et gestionnaire
- Peut travailler dans un autre hôpital (impact pondération vote CM)
- Considéré comme médecins hospitaliers
 - Les dentistes
 - Les pharmaciens (spécialisé en biologie clinique)
 - N° d'agrément pour la tarification
 - Le licencié en sciences cliniques

(*) : 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

Structuration de l'activité médicale

- Le médecin-chef et aux médecins chefs de service assure un minimum de tâches relatives à l'organisation et la coordination de l'activité médicale à l'hôpital.
- 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 14)
- 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. (art 15 - § 1)
- ..., un enregistrement interne doit être mis sur pied à l'hôpital.
- ..., un rapport doit être rédigé sur la qualité de l'activité médicale ce qui concerne les services. (art 15 - § 1)
- ...,procéder systématiquement à l'évaluation de l'activité médicale à l'hôpital.(art 15 - § 2)

Le médecin - chef

- Organise l'activité médicale de manière à ce qu'elle fasse partie intégrante de l'activité infirmière
- Désigné et nommé par le gestionnaire après avis du Conseil médical
- Le médecin-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'art. 125, 2^o). (art 17 - § 2)
- Organise l'activité médicale de manière à ce qu'elle fasse partie intégrante de l'activité hospitalière
- Prend les initiatives pour intégrer les médecins hospitaliers au fonctionnement intégré de l'hôpital ainsi que dans le cadre de l'évaluation qualitative de l'activité médicale ... et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité médicale. (art 16)
- Veille pour chaque patient, à un dossier patient intégré mis à jour et conservé à l'hôpital

Le personnel nursing hospitalier

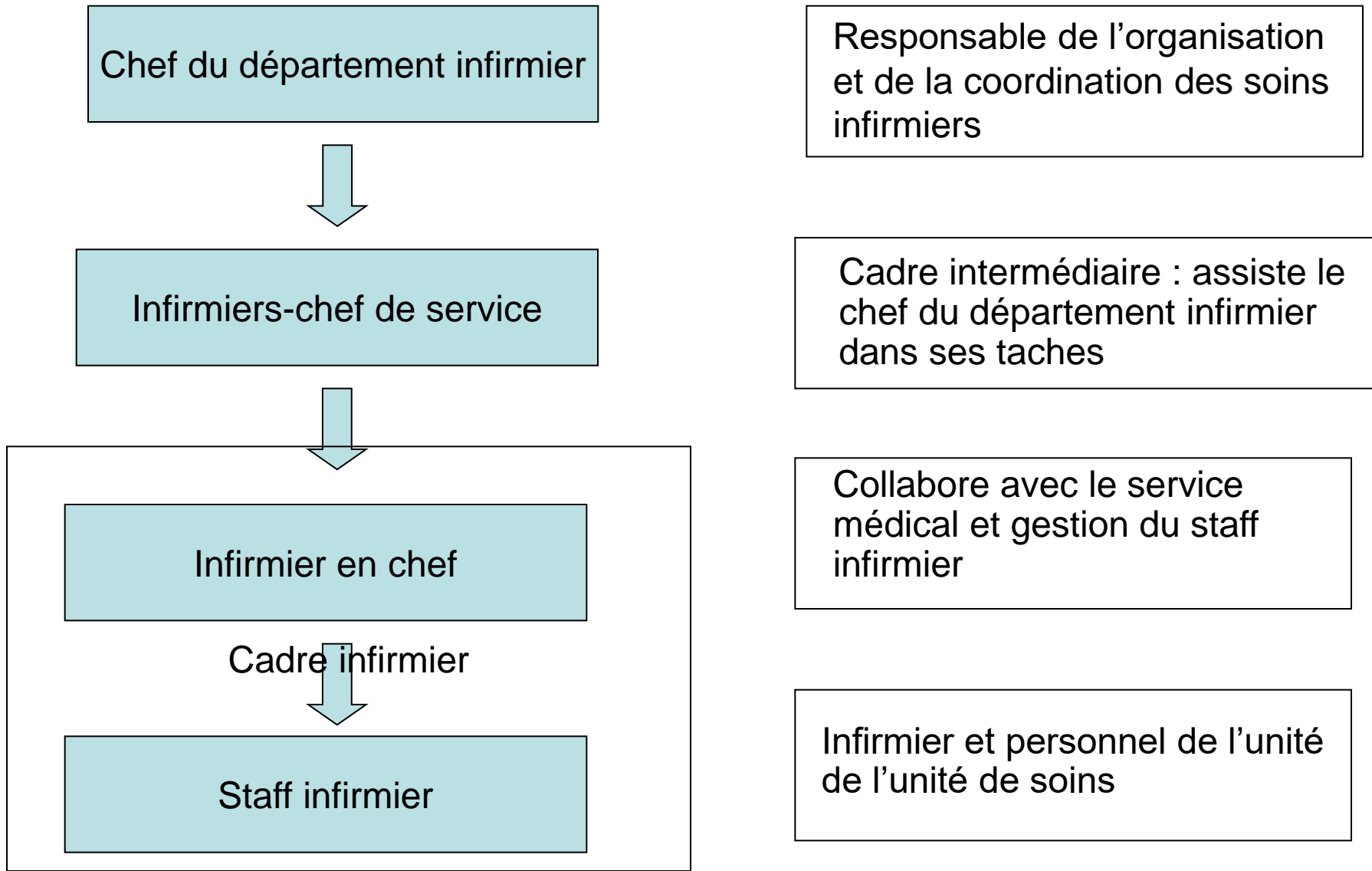
- L'infirmier (*) hospitalier :
 - Infirmier attaché à l'hôpital; (art 8 - 6°)
- Personnel soignant :
 - tous les membres du personnel qui ne sont ni médecin, ni accoucheuse, ni praticien de l'art infirmier, ni praticien d'une profession paramédicale ..., mais qui assistent le personnel infirmier lors de l'administration des soins aux patients. (art 8 - 7°)

(*) : le praticien de l'art infirmier visé à l'article 21, §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

Structuration de l'activité infirmière

Art 17 Bis

- L'activité infirmière doit être structurée c'est à dire :



Le chef du département infirmier

- Missions :
 - responsable de l'organisation
 - coordonne les soins infirmiers et ...,
 - assure la gestion journalière du personnel infirmier et soignant de l'ensemble de l'établissement en ce qui concerne l'exercice de l'art infirmier. (art 17 bis - 1°)
 - collabore étroitement avec le médecin chef (art 17 ter - § 2)
 - évalue en interne et externe à l'hôpital l'activité infirmière
 - Constitue un dossier infirmier à jour pour chaque patient
 - Le dossier unique du patient est constitué du dossier médical et infirmier
 - Prend toutes les initiatives pour associer le personnel infirmier au fonctionnement intégré de l'hôpital
 - Prend toutes les initiatives pour enregistrer, évaluer et améliorer la qualité de l'activité infirmière
- Qualification :
 - infirmier gradué ou accoucheuse
 - nommé et/ou désigné par le gestionnaire, après avis du directeur et du médecin-chef (art 17 bis - 1°)

Les infirmières-chef de service

- assistent le chef du département infirmier.
- forme le cadre intermédiaire.
- sont responsables des activités infirmières dans :
 - soit, plusieurs unités de soins;
 - soit, un ou plusieurs services médico-techniques;
 - soit, un ou plusieurs domaines de l'art infirmier au sein de l'établissement.(art 17 bis - 2°)
- sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et du médecin-chef. (art 17 bis - 2°)

Les infirmières chef d'unité

- Compose le cadre infirmier (attention différent du statut de cadre par rapport à la législation sociale)
- le cas échéant des infirmiers en chef-adjoint.
- sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef de département infirmier et de l'infirmier-chef de service. (art 17 bis - 3°)
- [Inclure sources légales cf.cwes et SFP Santé publique](#)
- Un staff infirmier comprenant tous les infirmiers hospitaliers et le personnel soignant.

Département infirmier :

missions générales

- le minimum des missions à confier au chef du département infirmier, aux infirmiers-chefs de service, aux infirmiers en chef, aux infirmiers chefs-adjoints, aux infirmiers hospitaliers et au personnel soignant concerne :
 - 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 17 bis - 4°)
 - l'organisation de l'activité infirmière 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. (art 17 ter - § 1)
 - La création de structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation de l'activité infirmière à l'hôpital; la composition et le fonctionnement des structures précitées, étant entendu que des infirmier(e)s exerçant l'activité hospitalière concernée doivent siéger dans ces structures. L'évaluation ... 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. (art 17 quater - §2 et 3)
- Le respect des articles 17 bis à 17 sexies est une condition d'agrément des hôpitaux. (art 17 septies)

Gestion des Hôpitaux

Le chef du département infirmier prend (conformément à des règles pouvant être précisées par le Roi) les initiatives nécessaires afin d'associer, entre autres par une activité effective du cadre intermédiaire, du cadre infirmier et du staff infirmier,

Gestion des Hôpitaux

- le personnel hospitalier infirmier au fonctionnement intégré de l'hôpital visé à l'art. 17 ter;
- à l'évaluation qualitative visée à l'article 17 quater et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité infirmière (art 17 quinquies)

Gestion des Hôpitaux

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

Disposition relatives au statut du médecins hospitaliers

Le Conseil Médical

- Un Conseil médical est créé dans chaque hôpital.
 - organe représentant des médecins hospitaliers qui les associent à la prise de décisions à l'hôpital.
 - les membres du Conseil Médical sont élus par les médecins hospitaliers (art 122 § 1)
 - conditions d'éligibilité définie par AR (art 122 § 2)
 - conditions des 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;
 - au fonctionnement du Conseil médical (art 122,§3)
 - rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée générale des médecins convoquée à cet effet (art 123).

Le Conseil médical

objectifs

- Favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital (art 124 - 1°);
- Promouvoir l'esprit d'équipe entre les médecins hospitaliers (art 124 - 2°);
- Favoriser la collaboration vers les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical (art 124 - 3°);
- Promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et d'autres médecins (généralistes) (art 124 - 4°);
- Stimuler les activités médicales à caractère scientifique, compte tenu des possibilités de l'hôpital (art 124 - 5°).

□ Préalable :

- Avis simple et non conforme; la décision adoptée *in fine* ne doit pas nécessairement se rallier à l'avis, à défaut de ne pouvoir être prise ⁽²⁾
 - Conseil médical n'est ni un organe de gestion, ni un organe de défense des intérêts ⁽²⁾
- (1) : vise au maintien de l'équilibre entre les intérêts et préoccupations du pouvoir organisateur de l'hôpital et ceux des médecins qui y travaillent; vise à associer les médecins à la prise de décision
- (2) : source : Avis Conseil d'État arrêté rendu le 29/10/1991

Le Conseil médical

organe d'avis (1) sur les matières suivantes (art 125)

1. *La réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers;*
 - les conditions d'engagement, de promotion et de rupture des relations avec les médecins.
 - Elle traite au moins des matières suivantes :
 - les conditions d'admissions, d'engagement, de nomination et de promotion des médecins;
 - Les cas, les motifs et les procédures à suivre pour mettre fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers
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

Le Conseil médical

organe d'avis (1) sur les matières suivantes (art 125)

7. *La révocation des 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;*

Le Conseil médical

(suite 16)

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 de 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 conseil médical : procédures

- Le gestionnaire est tenu de demander l'avis du MC pour tous les points repris à l'article 125
- Avis remis dans le mois par le CM sauf convention contraire entre parties
- Passé le délai, le gestionnaire décide seul
- Le CM peut d'initiative donner un avis sur toutes les questions relatives à la pratique médicale
- Pour les points repris en « italique » (cf. article 127), avis écrit obligatoire
- Articles 127 à 128 concernent :
 - Avis motivé = avis émis 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.
 - 2/3 à la majorité des 2/3 des membres présents du CM
 - Mécanismes de concertation entre délégation du CM et du gestionnaire
 - Recours à un médiateur si avis négatif
 - Puis recours au SPF Santé Publique
 - Commission paritaire hôpital – médecins
 - Médiateur et solution du médiateur validée (1 mois)
 - =comité de concertation

Le Conseil médical (suite 20 bis)

Le conseil médical peut s'entourer d'experts intérieurs et extérieurs (art. 32, §§1^{er} et 2 de AR 10/08/1987) :

- §1^{er}. Le CM peut inviter à assister à ses réunions :
 - Des experts étrangers à l'hôpital;
 - Éventuellement de manière permanente, les personnes visées au §2

- §2. Sont entendus, à la demande, par le CM :
 - Le médecin-chef de l'hôpital,
 - Le gestionnaire
 - Le(s) directeur(s)
 - Le pharmacien
 - Le chef de département infirmier
 - Le réviseur d'entreprise attaché à l'hôpital
 - Les médecins hospitaliers
 - Un représentant des médecins généralistes travaillant à l'hôpital

Le Comité Permanent de Concertation

- Un organe intermédiaire peut être créé entre le gestionnaire et le conseil médical (mise en place facultative).
- Organe intermédiaire entre le gestionnaire et le conseil médical régi par la loi sur les hôpitaux du 23/12/1963 dont la mise en place est facultative.
- Il ne se substitue pas aux compétences respectives des autres organes.
- Cet organe peut être de nature permanente et doit en principe permettre une gestion souple des questions dont les médecins doivent être saisis (articles 125 à 128), par l'intermédiaire du Conseil médical.

Le Comité Permanent de Concertation : fonctionnement

- ❑ **Le Comité est composé :**
 - d 'un délégation mandatée par le gestionnaire;
 - d 'une délégation mandatée par le Conseil médical (art 129 § 2).
- ❑ **Aucun régime spécifique organisé dans la loi (mode de convocation, ordre du jour, délai dans lequel un consensus peut ou doit être dégagé)**
- ❑ **C'est l'article 129 de la loi sur les hôpitaux qui organise la matière.**

Le Comité Permanent de Concertation :

article 129

- ❑ **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 (art 129 § 1).**

- ❑ **Le Comité est composé :**
 - d 'un délégation mandatée par le gestionnaire;
 - d 'une délégation mandatée par le Conseil médical (art 129 § 2).

- ❑ **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 mandats (art 129 § 3).**

- ❑ **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 (art 129 § 4).**

Le Comité Permanent de Concertation

- ❑ 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 (dispositions des articles 126 à 128 sont applicables).
- ❑ 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 (art 129).
- ❑ Lorsque le gestionnaire ne peut se rallier au consensus dégagé au sein du Comité, il émet un avis écrit et motivé.
- ❑ Si matière reprise à l'article 127, §1^{er}, les dispositions des articles 127 à 128 sont d'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.

Le Comité Permanent de Concertation

- **L'intervention du Comité permanent :**

« se fonde sur une option prise en toute liberté par le gestionnaire et approuvée par écrit par le C.M (§ 1^{er}); sitôt choisie, la méthode remplace la procédure de formation d'avis via le conseil médical; le C.M est cependant maintenu »

- **En résumé :**

Le recours à la procédure particulière de concertation au sein du Comité permanent de concertation ne soustrait pas les prérogatives du gestionnaire et du C.M dans les compétences qui leur sont dévolues en vertu des art. 125 à 128 de la loi sur les hôpitaux

MB 6 mai 1986, p 6490

La commission financière (art.129 bis)

- Assure la transparence des flux financiers
- Concertation gestionnaire et conseil médical
- Non obligatoire si comité permanent de concertation gestionnaire et médecins hospitaliers
- Paritaire
- Composé délégation gestionnaire (membres de la gestion et de la direction visée art 12) et conseil médical (médecins hospitaliers désignés)
- Assisté par expert financier
- Dispose des données financières
- Examine :
 - Les budgets annuels (estimation)
 - Les comptes annuels
 - Le rapport du réviseur d'entreprise
 - La nature des frais médicaux

NB : le réviseur d'entreprise établit la concordance entre les compte et la réalité; ne porte aucun jugement sur le management de l'hôpital; peut poser des signaux d'alerte et émettre des réserves.

Le système pécuniaire hospitalier

- Rémunération des médecins hospitaliers (art.132)
 - à l'acte;
 - Fondée sur la répartition d'un « pool » de rémunérations à l'acte, établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service;
 - Un mixte des deux : c'est-à-dire la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un « pool » de rémunération à l'acte;
 - Forfaitaire constitué d'un salaire
 - Une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du « pool » des rémunérations à l'acte
 - Possibilité d'appliquer plus d'un des systèmes de rémunération susmentionnés si accord écrit entre médecin et gestionnaire et porté à connaissance du CM.
- Perception des honoraires
 - Centralisé
 - Relatifs aux prestations des médecins hospitaliers qui sont accomplies dans les services médicaux techniques pour des patients qui sont examinés ou soignés à l'hôpital sans y être hospitalisés
 - L'hôpital l'organise sauf si le CM décide de le percevoir lui-même

Le contenu des honoraires (art.139 bis)

- Couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales :
 - Personnel médicale
 - Infirmiers
 - Paramédical
 - Soignant
 - Technique
 - Administratif
 - Entretien
 - Autre personnel auxiliaire
 - Utilisation des locaux
 - Acquisition, renouvellement réparation importante et entretien des équipements requis,
 - Frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux
 - Frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs (et non financés par le BMF)

Affectations du montant des honoraires (art. 140)

- Paiement des médecins hospitaliers
- Couverture de frais de perception (centrale) des honoraires
- Frais occasionnés par les prestations médicales (et non financé par BMF)
- Intervention dans le cadre de la couverture des ressources qui servent à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital:
 - Manifestation scientifique