

HET STATUUT VAN DE ZIEKENHUISARTS

De rechtsverhoudingen tussen
ziekenhuisartsen en ziekenhuizen

Filip DEWALLENS

Het statuut van de ziekenhuisarts. De rechtsverhoudingen tussen ziekenhuis-
artsen en ziekenhuizen
Filip Dewallens

© 2015 Intersentia
Antwerpen – Cambridge
www.intersentia.be

Omslagbeeld: ClassicStock / Alamy

ISBN 978-94-000-0686-7
D/2015/7849/161
NUR 823

Alle rechten voorbehouden. Behoudens uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van de uitgever.

WOORD VOORAF

Dit boek is de handelseditie van het proefschrift waarmee de heer Filip Dewallens op 13 juni 2015 aan de Universiteit Antwerpen de graad van doctor in de rechten verwierf. Dit doctoraat is een bijzonder doctoraat, geschreven door een bijzonder persoon.

Dit doctoraat is bijzonder, omdat het statuut van de ziekenhuisarts een aartsmoeilijk onderwerp is. Er is nagenoeg niets grondig over geschreven. Als enige bronnen kan men steunen op de Ziekenhuiswet en wat schaarse rechtspraak. Daarnaast is er de contractuele praktijk. Voor een beginnend vorser zou het een nachtmerrie zijn geweest over dit onderwerp een doctoraat te schrijven, zonder kennis van de ziekenhuiswereld en van de soorten contracten met ziekenhuisartsen. Het getuigt van intellectuele moed om deze uitdaging tot rechtsvinding aan te gaan.

Om een doctoraat over dit onderwerp te schrijven, moet je twee zaken combineren: juridisch vakmanschap en praktijkinzicht. Weliswaar is het onderscheid tussen beide, tussen theorie en praktijk, eerder kunstmatig. De praktijk heeft nood aan een stevige theoretische onderbouw en de theorie moet gekruid zijn met praktijkinzicht. Er moet m.a.w. een constante wederzijdse kruisbestuiving zijn tussen theorie en praktijk. Dit doctoraat is daar een perfecte illustratie van: met open blik en kritisch de praktijk aan de theorie toetsen en de theorie aan de praktijk.

Filip Dewallens is erin geslaagd om dit moeilijk te doorgronden leerstuk haarfijn te analyseren, vanuit verschillende kanten te bekritisieren en onbekende bronnen te ontsluiten. Als kers op de taart worden verschillende aanbevelingen geformuleerd ter verbetering van het statuut van de ziekenhuisarts en dus tot hervorming van de wetgeving.

Bijzonder is ook de vaststelling dat Filip Dewallens helemaal niet beantwoordt aan het klassieke profiel van doctorandus. Doorgaans is de doctorandus piepjong en heb je hem/haar gedurende een viertal jaar aan het werk gezien en opgeleid. Filip Dewallens is natuurlijk jong, ofschoon nu ook weer niet piepjong ... maar wel jong van geest in de zin van niet vastzitten in een stramien, maar open staan voor nieuwe inzichten ... en die verwerken in een doctoraat. Anders dan jonge vorsers die hun eerste publicaties moeten voorbereiden, heeft hij al meer dan 100 wetenschappelijke publicaties op zijn naam en het aantal lezingen in binnen- en

buitenland gaat naar de 300. Het vakmanschap was dus al aanwezig van bij de aanvang van het doctoraat.

In zijn hoedanigheid van juridisch adviseur van talrijke medische raden en ziekenhuizen kent hij de Ziekenhuiswet en het statuut van de ziekenhuisarts als geen ander. Hij was dus de geknipte persoon om over dit onderwerp te doctoren. Het enige probleem was of de doctorandus wel voldoende tijd zou kunnen vrijmaken binnen zijn drukke advocatenpraktijk en geduld zou kunnen opbrengen om het doctoraat af te werken.

Een eerste aanzet van dit doctoraat werd geschreven als hoofdstuk van het *Handboek Gezondheidsrecht* (Intersentia, 2014) waarvan we allebei editor zijn. Bij het bespreken van de teksten, in restaurant Au Vieux Port, is het idee ontstaan om het hoofdstuk over de ziekenhuisarts grondig uit te werken, met onderzoeksvragen, rechtsvergelijking en aanbevelingen voor verbetering van wetgeving. Tussen het idee, de uitwerking en de uiteindelijke doctoraatsverdediging ligt een nauwelijks te geloven periode van één jaar. Dit doctoraat is het werk van ont-zet-tend hard werken, van slavenarbeid, geschreven na de uren, 's avonds, 's nachts en in de weekends, en zelfs op een hotelkamer in Bali, waar hij tijdens het Wereldcongres voor Medisch Recht aan zijn teksten zat te schaven ...

In werkelijkheid zouden we ook kunnen zeggen dat Filip Dewallens 25 jaar heeft gedaan over zijn doctoraat: alle vakmanschap, kennis en ervaring van de laatste 25 jaar als gespecialiseerd advocaat zitten in dit doctoraat ... hoe dan ook is het doctoraat zeker het resultaat van een gerijpt denkproces!

Dit doctoraat is ook bijzonder, nu het weer een staaltje van succesvolle samenwerking is op interuniversitair vlak ... verbonden aan de KU Leuven en doctoren aan de UAntwerpen ... dat kan enkel als je elkaar 100% vertrouwt ... Die succesvolle interuniversitaire samenwerking uitte zich al via het reeds genoemde *Handboek Gezondheidsrecht*, maar ook via het 1ste Vlaams Interuniversitair Congres over Gezondheidsrecht georganiseerd in februari 2015 te Leuven en Antwerpen.

Ook Ahlec, de Leerstoel Gezondheidsrecht en Gezondheidsethiek is een voorbeeld van interuniversitaire samenwerking, tussen de universiteiten van Antwerpen, Leuven en Gent (www.ahlec.be)

Als bekroning voor het schrijven van een standaardwerk over het statuut van de ziekenhuisarts werd Filip Dewallens aangesteld als gastprofessor aan de UAntwerpen en als modulecoördinator van de Antwerp Health Law and Ethics Chair (Ahlec). Filip Dewallens zal zijn ruime kennis en inzichten nu kunnen delen met vele anderen.

Velen hebben hem overigens al steun toegezegd of waren nieuwsgierig naar de resultaten van zijn doctoraatsonderzoek. Het is immers nog maar zelden vertoond dat een doctoraatsverdediging zo'n talrijk opgekomen publiek, meer dan 150 man, kan begeisteren, en dat dan nog op een zaterdagochtend om 9u! Voor mij persoonlijk was dit doctoraat het 10de doctoraat dat ik als promotor heb mogen begeleiden, nog een bijkomende reden tot feest, nu elke doctoraatsverdediging al het ultieme academische hoogtepunt vormt.

Thierry VANSWEEVELT
Gewoon hoogleraar Universiteit Antwerpen
Voorzitter AHLEC

TEN GELEIDE

Maggie DE BLOCK

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Ons ziekenhuislandschap is dringend aan hervorming toe. Daar twijfelt intussen gelukkig niemand nog aan. Onze patiënten hebben recht op een gezondheidszorg met een infrastructuur aangepast aan hun snel wijzigende behoeften. Er is natuurlijk de vergrijzing en het chronischer worden van veel zorg. Maar tegelijkertijd is er ook de fragmentering van het zorgaanbod, de technologisering en de digitalisering van de zorg. Stuk voor stuk dure ontwikkelingen.

De beschikbare middelen kunnen efficiënter en doelgerichter ingezet worden opdat er meer zorg en meer kwaliteit kan worden geleverd met dezelfde middelen. Om dat te realiseren, zullen we onder meer het ziekenhuis opnieuw moeten uitvinden. Het ziekenhuis moet een medisch-technologisch expertisecentrum worden, niet zomaar een ‘beddenhuis’. We gaan de transmurale zorg actief stimuleren door netwerken mogelijk te maken met een gezamenlijk zorgaanbod van ziekenhuizen en extramurale zorg. Zo zal bepaalde medische technologie toegewezen worden aan een netwerk en niet langer aan een ziekenhuis, in functie van voldoende exposure om expertise op te bouwen en te onderhouden om zodoende kwaliteitsbevorderend te werken. De ziekenhuisfinanciering moet ook op een andere leest geschoeid worden. We beogen een correcte financiering van de reële kost van verantwoorde zorg. Daartoe zullen drie financieringsclusters ingevoerd worden (laagvariabel, mediumvariabel en hoogvariabel) die afhankelijk van de mate waarin de zorg gestandaardiseerd kan worden, elk een eigen vergoedingssysteem zal kennen. De bestaande financieringsstromen zullen stelselmatig in de verschillende clusters geïntegreerd worden.

Die hervormingen gaan ongetwijfeld een impact hebben op de manier waarop onze ziekenhuisartsen functioneren. De rol van de ziekenhuisarts als ‘productmanager’ die de patiënt begeleidt doorheen het zorgtraject zal vergroten. Hij zal ook actief en *bottom up* zijn medische dienst een plaats moeten geven in de zorgstrategie van het netwerk. Dat maakt van hem, veel meer dan vandaag mogelijk is, een ‘beleidsparticipant’ in het ziekenhuis, en bij uitbreiding van het netwerk. De ziekenhuisarts wordt een echte ‘klinisch ondernemer’.

Voor de ziekenhuishervorming zijn daarbij twee uitgangspunten cruciaal:

- 1) de bestaande polarisering tussen medisch korps en ziekenhuisbestuur over de verdeling van het budget van financiële middelen en de honoraria moet verdampen en moet vervangen worden door een nieuw evenwicht. De ziekenhuisarts moet evenwel zeggenschap houden over het volledig honorarium. Maar er moet ook transparantie gecreëerd worden over de samenstellende componenten van dat honorarium. Duidelijkheid over de verhouding tussen het professioneel deel (de medische handeling) en de praktijkkosten (de infrastructuur), is cruciaal. Pas dan worden rationale afspraken over de financieringsbronnen in het ziekenhuis mogelijk;
- 2) de ziekenhuisartsen krijgen als essentiële stakeholders van het ziekenhuis een doorslaggevende impact op de aanwending van de middelen en op het medisch beleid van het ziekenhuis.

Het statuut van de ziekenhuisarts zal mee moeten evolueren. Als de ziekenhuisarts ingeschakeld wordt in een transmuraal netwerk, dan zal dat meteen ook een impact hebben op de rechtsverhouding met zijn ziekenhuis van 'oorsprong'. Als de ziekenhuisarts meer betrokken moet worden bij het beleid, dan zal de rol van de medische raad, van de hoofdarts en van de arts-diensthoofden in functie daarvan mogelijk ook herijkt moeten worden.

Het onderzoek van Filip Dewallens naar het statuut van de ziekenhuisarts kon niet op een beter moment komen. Het statuut bestaat nu bijna 30 jaar, maar grondig juridisch onderzoek is er tot vandaag nooit naar gebeurd. Veel van de analyses en vaststellingen in dit boek zijn dan ook verrassend. Naast de diepgaande juridische analyses worden er ook meteen bruikbare aanbevelingen gedaan voor het beleid. Dat die aanbevelingen zo bruikbaar zijn, komt natuurlijk door de jarenlange ervaring van Filip Dewallens als advocaat, wetenschapper en adviseur van tal van onze ziekenhuizen en medische raden. Het is fundamenteel onderzoek dat hij meteen ook omgezet heeft in toepasbare beleidsaanbevelingen die zeker verdienen om in overweging te worden genomen bij de verdere uitwerking van het beleid. Als ik nu een keuze moet maken tussen de elementen die mij in dit boek het meest frappeerden, dan zijn dat de volgende drie zaken:

- 1) het statuut van de ziekenhuisarts heeft nergens een kwalitatieve doelstelling in de wetteksten gekregen. Door historisch de nadruk te leggen op de bescherming van het belang van de individuele ziekenhuisarts komt het belang van de patiënt vandaag onvoldoende uit de verf. Kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt moet overigens ook het uitgedrukte referentiekader zijn voor zowel het ziekenhuisbestuur als de ziekenhuisarts en, last but certainly not least, voor elk optreden van de overheid;
- 2) de interne normen in onze ziekenhuizen zijn moeilijk af te dwingen. Omdat de algemene regeling en het medisch reglement de ziekenhuisartsen niet automatisch binden kan er snel een onevenwicht ontstaan tussen de collectieve

- belangen van het medisch korps en het ziekenhuisbestuur enerzijds en de belangen van een individuele ziekenhuisarts anderzijds. Collectief tot stand gekomen interne regelingen die een zeer groot draagvlak hebben bij het medisch korps zouden meteen ook alle ziekenhuisartsen moeten verbinden;
- 3) het huidige financieringsmodel met haar kostenregelingen en afhoudingsregimes leidt vaak tot het oneigenlijk inzetten van de medische raad als adviesorgaan. Indien ziekenhuisartsen effectief beleidsverantwoordelijkheid krijgen in een model van medebestuur als gevolg van de nieuwe ziekenhuisfinanciering, dan moet het huidige model van collectieve vertegenwoordiging zeker ook herdacht en versterkt worden.

De volgende jaren zal er doelgericht, stapsgewijs maar ook heel hard gewerkt worden om ons plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen te realiseren. Het gaat om een meerjarenplan dat de legislatuur zal overschrijden. De uitvoering zal noodzakelijk ook gefaseerd verlopen samen met alle stakeholders. Door deze studie over het statuut van de ziekenhuisarts beschikken we nu over een grondige analyse die stakeholders en beleidsmakers de komende jaren kan en zal inspireren.

INHOUD

<i>Woord vooraf door Prof. dr. Thierry Vansweevelt</i>	v
<i>Ten geleide door dr. Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	ix
Inleiding	1
Afdeling 1. Situering en maatschappelijke relevantie	1
Afdeling 2. Opzet van het onderzoek en onderzoeksvragen	4
Afdeling 3. Onderzoeksmethode	5
Afdeling 4. Afbakening van het onderzoek	8
Hoofdstuk I.	
Het juridische kader	9
Inleiding	9
Afdeling 1. Definitie van de ziekenhuisarts	10
§ 1. De ziekenhuisarts moet een “geneesheer” zijn	11
A. Het diplomavereiste	12
1. Bronverificatie	12
2. De academische graad van arts/master in de geneeskunde	18
3. Vrijstelling van het diploma	20
4. Gelijktelling van buitenlandse diploma’s op grond van gelijkwaardigheid	21
a. Grondslag van de gelijkstelling	21
b. Het Europese regime voor Europese diploma’s	23
1° Vrijheid van dienstverrichting	23
2° Vrijheid van vestiging	26
c. Het regime voor niet-Europese diploma’s	28
B. De visumplicht	31
C. De inschrijving	32
1. Verplichting tot inschrijving	32
2. Weigering of uitstel van inschrijving	37
3. Weglating van de lijst	38
4. Herinschrijving	39
D. De erkende specialismen of beroepstitels	41
1. Een ziekenhuisarts dient geen erkend specialist te zijn	41
2. De erkenningsprocedure	43

§ 2.	De ziekenhuisarts moet met een “ziekenhuis” verbonden zijn.	54
A.	De ziekenhuisdefinitie: een beleidsverklaring of een juridisch afdwingbare norm?	54
B.	De Nederlandse definitie(s) van het ‘ziekenhuis’.	56
C.	De constitutieve elementen van de ziekenhuisdefinitie.	64
1.	Een instelling voor gezondheidszorg.	65
2.	Verstrekking van medisch specialistische onderzoeken en/of behandelingen.	65
3.	Behandelingen en onderzoeken in pluridisciplinair verband.	67
4.	Er moet op ieder ogenblik opgetreden kunnen worden.	67
5.	Mogelijkheid van opname en verblijf.	68
6.	Herstel of verbetering van de gezondheidstoestand	69
D.	Onttrekkingen aan het toepassingsgebied.	69
1.	Inrichtingen die uitsluitend bejaarden of kinderen herbergen.	69
2.	Kleine ziekenhuizen.	70
E.	Uitbreidingen van het toepassingsgebied.	70
1.	Beschut wonen.	70
2.	Samenwerkingsverbanden inzake verzorgingsdomeinen	71
3.	Netwerken en zorgcircuits.	71
4.	Zorgprogramma’s.	72
5.	Referentiecentra	73
F.	De ziekenhuisgebonden prestaties.	73
§ 3.	De ziekenhuisarts moet ‘verbonden’ zijn aan een ziekenhuis	75
A.	De juridische notie ‘verbonden’ zijn	75
B.	De noodzaak van een schriftelijke verbintenis	78
C.	Het onderscheid met ‘toegelaten artsen’.	81
D.	Feitelijk gedoogde artsen.	82
E.	Beperkingen in tijd, omvang en ruimte van de overeenkomst.	86
§ 4.	Er moet sprake zijn van een gekwalificeerde activiteit	87
A.	Een medische activiteit	87
B.	De hoofdarts als ziekenhuisarts.	91
§ 5.	De met ziekenhuisartsen gelijkgestelden	93
§ 6.	Besluit: een kritiek op de wettelijke definitie van de ziekenhuisarts.	95
A.	Het eerste constitutief bestanddeel: “geneesheer” zijn.	95
B.	Het tweede constitutief bestanddeel: aan een “ziekenhuis” verbonden zijn.	96
C.	Het derde constitutief bestanddeel: “verbonden” zijn aan een ziekenhuis	98
D.	Het vierde constitutief bestanddeel: “medisch actief” zijn	100
E.	Voorstel voor een nieuwe definiëring <i>de lege lata</i> : de ‘ziekenhuisarts’ <i>revisited</i>	100

Afdeling 2. Het categoriseren van ziekenhuisartsen	101
§ 1. De indeling in functie van de graad van exclusiviteit	102
A. De notie “exclusiviteit”	102
B. Het exclusiviteits- of concurrentiebeding	109
1. De toetsing aan de vrijheid van ondernemen.	109
2. Toetsing aan het mededingingsrecht.	113
3. Besluit na toetsing.	116
§ 2. De indeling in functie van het voltijds karakter.	117
§ 3. De indeling in functie van de specifieke opdracht of bekwaamheid.	121
A. Zaalartsen	121
B. <i>Privileging</i> versus diagnostische en therapeutische vrijheid	122
1. Professionele autonomie versus diagnostische en therapeu- tische vrijheid	123
2. Draagwijdte van de diagnostische en therapeutische vrijheid	124
3. Rechtsgevolgen van de schending van de diagnostische en therapeutische vrijheid.	126
4. Toegelaten beperkingen	129
§ 4. De indeling in functie van de duur van de aanstelling	134
§ 5. De indeling in functie van leeftijd.	135
A. Uitdovende tijdsbepaling of ontbindende voorwaarde?	135
B. De toetsing aan de Antidiscriminatiewet.	140
1. Leeftijd als wezenlijke en bepalende beroepsvereiste	141
2. Leeftijdsonderscheid op grond van een legitiem doel.	142
3. De leeftijdsgrens voor ziekenhuisartsen in de interne ziekenhuisnormering getoetst.	145
C. Implicaties voor het statuut van de ziekenhuisarts.	147
§ 6. De indeling in functie van het opleidingskarakter.	151
§ 7. Afdelingsbesluit: het gebruik van categorieën belemmert een dynamische rekrutering	152
Afdeling 3. De interne normen in het ziekenhuis en de normenhiërarchie.	156
§ 1. Het normatief kader van de rechtsverhoudingen in het ziekenhuis	156
§ 2. Bepalingen van openbare orde of van dwingend recht	157
§ 3. Absolute of relatieve nietigheid van ongeoorloofde afwijkingen van de Ziekenhuiswet	160
§ 4. De algemene regeling van de rechtsverhoudingen.	164
A. Een eenzijdig reglement van de ziekenhuisbestuurder	164
B. Een verplichte regeling	166
C. Neerlegging bij de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen	166
D. De inhoud van de algemene regeling	167

§ 5. De modellen van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen	169
§ 6. De individuele regeling.....	170
A. Verplichte vermeldingen.....	170
B. Schriftelijke regeling	171
C. Bewijs van de individuele regeling	172
§ 7. Het primaat van de individuele regeling op de algemene regeling	173
§ 8. Het medisch reglement.....	184
§ 9. Sancties tegen de ziekenhuisarts.....	188
§ 10. Besluit: de normenhierarchie belemmert een homogene toepassing van de rechtsverhoudingen	194
A. De Ziekenhuiswet voorziet in een minimumbescherming van de ziekenhuisarts	194
B. De algemene regeling is een verplicht eenzijdig reglement en geen overeenkomst.....	195
C. Het schriftelijk karakter en het bewijs van de individuele overeenkomst	196
D. Het primaat van de overeenkomst belemmert een homogene toepassing van de besluitvorming.....	197
E. Het medisch reglement	199
Afdeling 4. De sociaalrechtelijke kwalificatie van de rechtsverhouding.....	199
§ 1. De ziekenhuisarts als ambtenaar.....	200
A. Kwalificatie van de statutaire ziekenhuisarts.....	200
B. Het vermoeden van statutaire tewerkstelling	202
C. De benoeming van de statutaire ziekenhuisarts	204
D. Onverenigbaarheden voor statutaire ziekenhuisartsen.....	205
§ 2. De ziekenhuisarts als werknemer	207
A. Principiële mogelijkheid van het werken in dienstverband.....	207
B. Criteria voor het vaststellen van een arbeidsovereenkomst bij ziekenhuisartsen.....	209
C. De impact van de RSZ-wet op de kwalificatie.....	213
§ 3. De arts-specialist in opleiding.....	215
A. Een complexe meervoudige rechtsverhouding	215
B. Noodzaak van een stageplan en een geschreven overeenkomst....	215
C. Het sociaalrechtelijk statuut van de ASO	216
D. De rechtsverhouding met de stagemeester.....	217
E. De impact van de Wet Arbeidsduur	220
F. De toegelaten activiteit van de ASO	222
§ 4. De ziekenhuisarts als zelfstandige	223
A. Kwalificatie van de overeenkomst tussen ziekenhuisarts en ziekenhuisbestuurder.....	223
1. Een dienstverleningsovereenkomst.....	223

2.	Een aannemingsovereenkomst	225
a.	Definitie	225
b.	Een opdracht voor het verrichten van <i>werk</i>	227
c.	Een opdracht voor het verrichten van een ‘stoffelijk werk’	228
d.	Een evenwaardige tegenprestatie	229
B.	Rechtsgevolgen van de kwalificatie	235
1.	Totstandkoming van de overeenkomst	236
a.	Het vormvrije karakter	236
b.	De stilzwijgende wilsuiting	236
c.	De impliciete wilsuiting	238
d.	De bewijslast	239
e.	Voorovereenkomsten	242
2.	Verplichtingen van de ziekenhuisarts	244
a.	Instructiebevoegdheid van het ziekenhuis/hoofddarts/ arts-diensthoud	244
b.	Wijzigingsrecht van het ziekenhuis	246
c.	Afwijkingsrecht van de ziekenhuisarts	247
3.	Verplichtingen van de ziekenhuisbestuurder	248
a.	Het mogelijk maken van de uitvoering van de overeen- komst	248
b.	Het centraal innen en doorstorten van de erelonen	254
4.	Beëindiging van de overeenkomst	255
a.	De toepassing van artikel 1794 BW op de rechtsverhou- ding	255
b.	Opzegging van een aannemingsovereenkomst van bepaalde duur	257
§ 5.	De sociaalrechtelijke opties voor de Nederlandse ‘ziekenhuisarts’	261
A.	De verschuiving richting dienstverband	261
B.	Het voorwaardelijk weerlegbaar vermoeden van vrijgevestigde	264
C.	De ziekenhuisarts moet sinds 2015 uitdrukkelijk kiezen	265
D.	Tussenbesluit	267
§ 6.	De ziekenhuisarts werkzaam als zaakvoerder van een vennootschap	268
A.	De <i>ratio</i> van het werken in vennootschapsverband	269
B.	Niet toegelaten aansprakelijkheidsbeperking voor medische fouten	269
C.	De inbreng in de artsvennootschap	272
D.	De eenpersoonsvennootschap als ziekenhuisarts	273
§ 7.	Professionele samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuisartsen	274
A.	<i>Ratio</i> van de professionele samenwerking	274
B.	De samenwerkingsopties in functie van het doel van die samen- werking	275

C.	De professionele samenwerking	278
1.	Een professionele associatie is een maatschap	278
2.	De inbreng in de maatschap	280
D.	De interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking	285
1.	Wettelijke beperkingen	286
2.	Deontologische beperkingen.	288
a.	Deontologische beperking: de in- en uitstapregelingen	290
b.	Deontologische verruiming: de schenking van de naakte eigendom van aandelen	293
E.	Tussenbesluit.	294
§ 8.	Het aanbesteden van ziekenhuisartsen	295
A.	De aanwervingsprocedure	295
B.	De toepassing van de Wet Overheidsopdrachten	295
1.	Onderscheid tussen publieke en private ziekenhuizen	295
2.	De uitvoering van een dienst ‘ten bezwarende titel’	301
3.	De raming van de waardering	303
4.	De analogie met de uitsluiting van diensten verricht door werknemers	305
§ 9.	Besluit: De sociaalrechtelijke kwalificatie conditioneert het statuut van de ziekenhuisarts	307
A.	Recapitulatie: de toetsing van de definitie <i>de lege lata</i> van de ziekenhuisarts	307
B.	De kwalificatie van de rechtsverhouding	309
1.	De ziekenhuisarts als ambtenaar	310
2.	De ziekenhuisarts als werknemer.	310
3.	De arts-specialist in opleiding	311
4.	De ziekenhuisarts als aannemer	312
5.	De ziekenhuisarts als zaakvoerder van een vennootschap	316
6.	Professionele samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuis- artsen	317
7.	Het aanbesteden van ziekenhuisartsen	318

Hoofdstuk II.

De financiële rechtspositie van de ziekenhuisarts	319
--	------------

Afdeling 1. Het recht op ereloon en de mogelijkheid van kostenaanreke- ning	319
--	-----

§ 1. Het recht op ereloon	319
-------------------------------------	-----

§ 2. De aanrekening van kosten op de erelonen	319
---	-----

Afdeling 2. De vergoeding en de aanrekening van kosten	321
--	-----

§ 1. Vergoedingswijzen.	321
---------------------------------	-----

§ 2. De centrale inning van de erelonen	323
---	-----

A.	Toepassingsgebied van de centrale inning.	323
B.	De centrale inningsdienst als lasthebber van de ziekenhuisarts . . .	326
C.	Het reglement van de centrale inning.	330
§ 3.	De aanrekening van kosten	331
A.	De inningskost	333
B.	De kosten verbonden aan de medische prestaties.	333
1.	De kosten die in aanmerking komen.	333
2.	De kosten reeds vergoed door het BFM.	334
3.	De kosten opgesomd bij KB	339
4.	Aanrekening van kosten via afhoudingspercentages	341
5.	De aanrekening van werkelijke kosten	344
6.	De instandhoudingskosten	344
Afdeling 3.	Referentiebedragen	346
Afdeling 4.	De financiële rechtsverhoudingen in Nederland	348
§ 1.	Het vergoedingsmodel tot 31 december 2014	348
§ 2.	De integrale tarieven van toepassing sinds 2015	350
Afdeling 5.	Besluiten en vaststellingen m.b.t. de financiële rechtsverhoudingen	352
§ 1.	Een vervreemdbaar recht op erelonen	354
§ 2.	Een gesloten systeem van wettelijke vergoedingsstelsels.	354
§ 3.	De centrale inningsdienst beschikt over een wettelijk georganiseerd incassomandaat	354
§ 4.	Het toepassingsgebied van de centrale inning is niet waterdicht.	355
§ 5.	Het “reglement” van de centrale inning is een “collectieve overeenkomst”	355
§ 6.	Kosten worden maar éénmaal vergoed	355
§ 7.	Keuze tussen afhoudingspercentages of een factuur voor de werkelijke kosten	356
§ 8.	De hoogte van het afhoudingspercentage moet in functie staan van de werkelijke kosten.	356
§ 9.	Bij de aanrekening van werkelijke kosten kan de ziekenhuisarts de factuur protesteren	357
§ 10.	Alle kosten kunnen aangerekend worden op grond van artikel 155, § 4 Ziekenhuiswet	357

Hoofdstuk III.

Ziekenhuisartsen in ziekenhuisorganen	359	
Afdeling 1. De toetsing aan de onderzoeksvragen	359	
Afdeling 2. De hoofdarts	362	
§ 1. Statuut	362	
A.	De hoofdarts is een arts.	362
B.	De hoofdarts is exclusief verbonden met het ziekenhuis.	364

C.	De benoeming van de hoofdarts	365
D.	De afzetting van de hoofdarts	365
E.	De vergoeding van de hoofdarts	366
F.	De verhouding van de hoofdarts met de ziekenhuisbestuurder	367
G.	De verhouding tussen de hoofdarts en de medische raad	369
§ 2.	Bevoegdheid en taken van de hoofdarts	371
A.	De initiatieven van de hoofdarts	372
B.	De maatregelen van de hoofdarts	373
C.	Het aanleggen van een persoonlijk dossier per ziekenhuisarts	374
D.	Het bewaren van het patiëntendossier	376
E.	Het uitvoeren van een <i>medical audit</i>	377
§ 3.	Besluit: de hoofdarts heeft een slordig geredigeerd en inefficiënt statuut	381
	Afdeling 3. De arts-diensthoofd	384
§ 1.	Statuut	384
A.	Een arts-diensthoofd per “dienst”	384
B.	De arts-diensthoofd is exclusief verbonden met het ziekenhuis	389
§ 2.	Bevoegdheid en taken	390
§ 3.	Besluit: niet elk hoofd van een organisatorische eenheid is een arts-diensthoofd	391
	Afdeling 4. De medische raad	392
§ 1.	De positie van de medische raad in de ziekenhuisorganisatie	392
§ 2.	Verhouding medische raad en ziekenhuisbestuur	394
§ 3.	Verhouding tussen de medische raad en de algemene vergadering van ziekenhuisartsen	397
§ 4.	De unieke medische raad bij samenwerkende ziekenhuizen en na fusie	399
§ 5.	Stemgerechtigdheid	401
A.	Activiteitsniveau en gewogen stemrecht	402
B.	Kennisgeving van het stemmenaantal en bezwaarschriften-procedure	403
§ 6.	Verkiezbaarheid, bijzondere modaliteiten en samenstelling van de medische raad	406
A.	Verkiezbaarheid en kandidaatstelling	406
B.	Bijzondere modaliteiten	408
C.	Numerieke samenstelling	409
§ 7.	De organisatie van de verkiezingen: een draaiboek	410
A.	Startpunt van de organisatie van de verkiezingen	410
B.	Stem- en telbureau	410
C.	Opmaak van kandidaatlijsten en stembrieven, de stemming en de telling	411
§ 8.	De duur van het mandaat	412

§ 9. De werking van de medische raad	413
A. Voorzitter, ondervoorzitter en secretaris	413
B. Vergadering en agenda	415
C. Besluitvorming	417
D. Financiering van de kosten van de medische raad	418
§ 10. Reglement van inwendige orde	420
§ 11. De adviesbevoegdheid van de medische raad	422
A. Het gewoon advies	424
B. Het negatief bindend of “verzwaard” advies	425
C. De overleg- en bemiddelingsprocedure	427
D. De adviesprocedure	430
1. De termijn	430
2. De vorm van de adviesvraag	430
3. De vorm van het advies	431
E. De inhoudelijke adviesbevoegdheid	434
1. De in artikel 144 bedoelde algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de zieken- huisartsen	435
2. Het reglement inzake de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis	435
3. De vaststelling en de wijziging van het medisch personeels- kader	436
4. De benoeming van de hoofddarts	436
5. De benoeming of aanwijzing van de artsen-diensthoud.	437
6. De toelating, de aanwerving, de benoeming en de bevoor- ding van de ziekenhuisartsen	437
7. De afzetting van ziekenhuisartsen, behalve de afzetting om dringende redenen	437
8. De andere sancties tegen de ziekenhuisartsen	439
9. De jaarlijkse begrotingsramingen van de medische activi- teit in het ziekenhuis	439
10. De vaststelling van de behoeften inzake medische uitrust- ing en de bepaling van de prioriteiten binnen de budget- taire mogelijkheden vastgesteld door de ziekenhuisbestuur- der	440
11. De aanschaffing, de vernieuwing alsmede grote herstellin- gen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd.	440
12. De overeenkomsten met derden die een weerslag hebben op de medische activiteit in het ziekenhuis	441

13. De oprichting van nieuwe medische diensten, de wijziging, de splitsing en de opheffing van bestaande medische diensten	441
14. De bouw en de verbouwing van het ziekenhuis of de wijziging van de bestemming van lokalen, voor zover deze een weerslag heeft op de medische activiteit	442
15. De verandering van het stelsel met betrekking tot de toegang van ziekenhuisartsen tot de medische activiteit in het ziekenhuis	442
16. Het kader van het verpleegkundig en van het paramedisch personeel, met inbegrip van de daarin vereiste kwalificaties ..	443
17. De vaststelling en de wijziging van het kader van het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd.....	443
18. De klachten in verband met de werking van de medische diensten die, in overleg tussen de ziekenhuisbestuurder en de voorzitter van de medische raad, aan de medische raad worden voorgelegd	444
F. De adviesbevoegdheid van de Nederlandse “medische staf”	444
§ 12. Overige bevoegdheden van de medische raad	448
A. De bewakingsplicht	448
B. De aanduiding van leden of afgevaardigden in commissies en comités	449
C. Het sluiten van overeenkomsten met de ziekenhuisbestuurder	450
D. Het zelfstandig nemen van beslissingen en initiatieven	452
E. Het recht op informatie.....	452
F. Het uitoefenen van toezicht	453
Afdeling 5. Het permanent overlegcomité	453
Afdeling 6. De financiële commissie.....	455
Afdeling 7. Besluit: de medische raad “betaalt, dus bepaalt”	456

Hoofdstuk IV.

De beëindiging van de rechtsverhouding met de ziekenhuisarts

Afdeling 1. De beëindigingsmogelijkheden en -procedures.....	465
Afdeling 2. De beëindiging in wederzijds akkoord	470
Afdeling 3. De afzetting (materieel toepassingsgebied).....	471
§ 1. Het begrip afzetting.....	471
§ 2. Opzegging van de overeenkomst	475
§ 3. Gerechtelijke ontbinding van de overeenkomst	476
§ 4. Ontbinding door tussenkomst van een uitdrukkelijk ontbindend beding	477

§ 5. Ontbinding door tussenkomst van een ontbindende voorwaarde	479
§ 6. Ontbinding van rechtswege door het bereiken van een leeftijdsgrens ..	482
§ 7. Ontbinding door tussenkomst van het stilzwijgend ontbindend beding	484
Afdeling 4. De afzettingsprocedure	485
Afdeling 5. De rechtsgevolgen van de niet-rechtsgeldige afzetting	491
Afdeling 6. De afzetting om dringende reden.	494
§ 1. Draagwijdte van artikel 137, lid 4 Ziekenhuiswet.	494
§ 2. De dringende reden.	495
§ 3. De ziekenhuisbestuurder mag niet langer dan drie dagen op de hoogte zijn van de feiten	497
A. De bevoegde ziekenhuisbestuurder.	497
B. Niet langer dan drie dagen op de hoogte zijn van de feiten.	499
§ 4. De dringende reden moet binnen de drie werkdagen na de afzetting meegegeeld worden	502
A. Inhoud van de kennisgeving	502
B. De termijn en de materialiteit van de kennisgeving.	503
Afdeling 7. De beëindiging van de rechtsverhouding in Nederland	504
§ 1. De non-actiefstelling.	504
§ 2. De opzegging	505
§ 3. De gevolgen van de “samenwerkingsovereenkomst per 1 januari 2015”.	510
Afdeling 8. Besluit: de afzettingsprocedure is de gemeenrechtelijke beëindigingsprocedure	513
Hoofdstuk V.	
Recapitulatie, stellingen en aanbevelingen	521
Afdeling 1. Recapitulatie en herneming van de onderzoeksvragen.	521
Afdeling 2. Stellingen en aanbevelingen	530
§ 1. De juridische organisatie van het statuut van de ziekenhuisarts heeft, anders dan in Nederland, geen formele kwalitatieve finaliteit . . .	530
§ 2. Artsen verbonden aan een ziekenhuis zijn slechts ziekenhuisarts voor zover ze een voor artsen voorbehouden medische activiteit ontplooiën in het ziekenhuis	532
§ 3. Artsen die buiten een ziekenhuis werken, maar wel in een door de overheid georganiseerde zorgsetting werkzaam zijn, moeten gelijkgesteld worden met ziekenhuisartsen	533
§ 4. Het schriftelijk karakter van de individuele overeenkomst met de ziekenhuisarts moet als vormvereiste op straffe van nietigheid voorgeschreven worden	534
§ 5. Het aantal categorieën van ziekenhuisartsen in de interne normen van het ziekenhuis moet gereduceerd worden tot twee	535

§ 6. De arts-specialist in opleiding moet een samenhangend en eenduidig statuut krijgen	536
§ 7. De uitsluiting van arbeidsovereenkomsten uit het toepassingsgebied van de Overheidsopdrachtenwet moet uitgebreid worden naar de aanwerving van zelfstandige ziekenhuisartsen.	537
§ 8. De bepalingen in de Ziekenhuiswet die het statuut van de ziekenhuisarts raken, zijn van openbare orde	539
§ 9. Het verbod op bepalingen die de diagnostische en therapeutische vrijheid beperken moet niet enkel gelden voor de algemene regeling en de individuele overeenkomst, maar ook voor het medisch reglement.	540
§ 10. Een rechtsgeldig tot stand gekomen algemene regeling moet afdwingbaar zijn van de ziekenhuisartsen.	541
§ 11. Een rechtsgeldig tot stand gekomen medisch reglement moet afdwingbaar zijn van de ziekenhuisartsen.	542
§ 12. Het reglement van de centrale inning moet de ziekenhuisbestuurder en de ziekenhuisartsen van rechtswege verbinden zodat het wettelijk georganiseerd incassomandaat van de ziekenhuisbestuurder voldoende contractueel ingebed wordt	543
§ 13. De hoofddarts moet uitdrukkelijke instructiebevoegdheid krijgen ten aanzien van de ziekenhuisartsen	543
§ 14. Artikel 137, 7° Ziekenhuiswet dat de toepassing van de afzettingsprocedure van de ziekenhuisartsen bepaalt mag niet toepasselijk zijn op een eenzijdige beëindiging door de ziekenhuisarts en op een beëindiging in wederzijds akkoord	544
§ 15. Een leeftijdsbeding in de algemene regeling waardoor de rechtsverhouding met de ziekenhuisarts van rechtswege beëindigd is bij het bereiken van een bepaalde leeftijd, is mogelijk voor zover er voor dit leeftijdsonderscheid een rechtvaardigingsgrond gegeven wordt onder de vorm van een legitiem doel in de zin van de Antidiscriminatiewet	545
<i>Bibliografie</i>	547
<i>Trefwoordenregister</i>	569