

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 september 2018

WETSONTWERP

**tot wijziging van de gecoördineerde wet van
10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere
verzorgingsinrichtingen, wat de klinische
netwerking tussen ziekenhuizen betreft**

INHOUD

	Blz.
Samenvatting	3
Memorie van toelichting	4
Voorontwerp	42
Impactanalyse	57
Advies van de Raad van State	70
Wetsontwerp	88
Coördinatie van de artikelen	106

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 septembre 2018

PROJET DE LOI

**modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008
sur les hôpitaux et autres établissements
de soins, en ce qui concerne le réseautage
clinique entre hôpitaux**

SOMMAIRE

	Pages
Résumé	3
Exposé des motifs	4
Avant-projet	42
Analyse d'impact	64
Avis du Conseil d'État	70
Projet de loi	88
Coordination des articles	132

**DE SPOEDBEHANDELING WORDT DOOR DE REGERING GEVRAAGD
OVEREENKOMSTIG ARTIKEL 51 VAN HET REGLEMENT.**

**LE GOUVERNEMENT DEMANDE L'URGENCE CONFORMÉMENT À
L'ARTICLE 51 DU RÈGLEMENT.**

9295

De regering heeft dit wetsontwerp op 18 september 2018 ingediend.

Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 18 septembre 2018.

De “goedkeuring tot drukken” werd op 21 september 2018 door de Kamer ontvangen.

Le “bon à tirer” a été reçu à la Chambre le 21 septembre 2018.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellations (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel.: 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

SAMENVATTING

Het regeerakkoord bevat op blz. 64 en 65 volgende passage:

“De nieuwe organisatie van de sector gaat uit van de behoeften van de patiënt en bevordert de samenwerking tussen academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen in een klinisch netwerk, evenals de samenwerking tussen de ziekenhuizen en extramurale zorgverleners.”

Het voorliggend ontwerp van wet geeft uitvoering aan deze passage en maakt tevens onderdeel uit van de ruimere hervorming van het ziekenhuislandschap.

Het opzet van het ontwerp is het creëren van een wettelijk kader waarbinnen de ziekenhuizen verplicht zullen worden om samen te werken in locoregionale klinische netwerken. Het plan van aanpak “Hervorming ziekenhuisfinanciering” van 28 april 2015 stelde dat ziekenhuizen onderling en met andere zorgvoorzieningen frequenter en nauwer dienen samen te werken, om de zorg transmuraal, over de muren van de voorzieningen heen, beter te coördineren voor de patiënten.

RÉSUMÉ

L’Accord de gouvernement contient le passage suivant à la page 64 et 65 :

“La nouvelle organisation du secteur est basée sur les besoins du patient et promeut la coopération entre les hôpitaux universitaires, spécialisées et de base dans un réseau clinique, ainsi que la coopération entre les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires.”

Le présent projet de loi met en œuvre ces passage et s’inscrit également dans le cadre plus large de la réforme du paysage hospitalier.

Ce projet a pour but de créer un cadre légal obligeant les hôpitaux à collaborer au sein de réseaux cliniques locorégionaux. Dans le Plan d’approche « Réforme du financement des hôpitaux » du 28 avril 2015, il est stipulé que les hôpitaux doivent travailler ensemble et avec d’autres établissements de soins de manière plus étroite et plus fréquente, et ce, afin de mieux coordonner les soins transmuraux, au-delà des murs des établissements, en faveur des patients.

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

ALGEMENE TOELICHTING

Opdat de toekomstige generaties een beroep kunnen blijven doen op kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is er nood aan een nieuw model van zorgorganisatie, in eerste instantie voor de ziekenhuizen. Daarover bestaat er geen discussie. Het regeerakkoord van 2014 voorziet dan ook belangrijke hervormingen m.b.t. het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering. In mijn Plan van Aanpak van 28 april 2015 worden deze hervormingen meer geconcretiseerd. Een van de daarin beschreven middelen om de ziekenhuissector voor te bereiden op de toekomst en op lange termijn kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te behouden is de klinische samenwerking tussen ziekenhuizen. Deze samenwerking is geen doel op zich maar een hefboom voor een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod, door het optimaliseren van de ingezette middelen (van zowel expertise van de medewerkers, apparatuur als infrastructuur). Individuele ziekenhuizen werken daarbij samen in functie van het complementair aanbieden van zorgopdrachten. De samenwerking wordt geformaliseerd, enerzijds via loco-regionale klinische ziekenhuisnetwerken en anderzijds via supraregionale samenwerkingen. In deze loco- en supraregionale samenwerkingen staan zowel de bevolking als de individuele patiënt centraal. Enerzijds wordt een zorgaanbod gecreëerd dat een antwoord biedt op de zorgvraag van de doelpopulatie van de samenwerking. Anderzijds wordt de concrete zorgvraag van de individuele patiënt ingevuld. De zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd indien de patiënt in de opeenvolging van diagnose en behandeling in meerdere ziekenhuizen terechtkomt. Aan de principes van keuzevrijheid van de patiënt en therapeutische vrijheid van de artsen wordt geenszins geraakt.

De locoregionale klinische netwerken worden het nieuwe zwaartepunt in de organisatie van het ziekenhuislandschap. De individuele algemene ziekenhuizen organiseren zich verplicht in maximum 25 locoregionale klinische netwerken die locoregionale ziekenhuiszorg garanderen. Met locoregionale zorg worden zorgopdrachten bedoeld die om diverse redenen (prevalentie, lage kost, urgentie, ...) in de buurt van de woonplaats van elke patiënt moeten/kunnen aangeboden worden. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is met andere woorden een duurzaam samenwerkingsverband waarin de ziekenhuizen het algemeen medisch aanbod op elkaar afstemmen, rekening houdend met de noden

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et Messieurs,

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Afin de permettre aux générations futures de continuer à bénéficier de soins de santé de qualité, accessibles et abordables, un nouveau modèle d'organisation des soins est impératif, en premier lieu pour les hôpitaux. Sur ce point, il n'y a pas de discussion. C'est pourquoi l'accord de gouvernement de 2014 prévoit d'importantes réformes en matière de paysage hospitalier et de financement des hôpitaux. Dans mon plan d'approche du 28 avril 2015, ces réformes prennent une tournure plus concrète. L'un des moyens évoqués dans ce plan pour la préparation du secteur hospitalier à l'avenir et pour le maintien à long terme de soins de qualité, accessibles et abordables, est la collaboration clinique entre hôpitaux. Cette collaboration n'est pas une fin en soi, mais un levier pour parvenir à une offre hospitalière de meilleure qualité et plus rationnelle, par l'optimisation des moyens engagés (qu'il s'agisse de l'expertise des collaborateurs, de l'appareillage ou de l'infrastructure). Dans ce contexte, les hôpitaux individuels collaborent selon un principe consistant à proposer, en complémentarité, des missions de soins. La collaboration est formalisée par le biais, d'une part, de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et, d'autre part, de collaborations supraregionales. Dans ces structures de collaboration loco- et suprégionales, la population de même que le patient individuel occupent une position centrale. D'une part, une offre de soins est mise en place qui répond à la demande de soins de la population cible de cette collaboration. D'autre part, la demande de soins concrète du patient individuel est rencontrée. La continuité des soins est garantie en faisant passer le patient par plusieurs hôpitaux dans la succession des phases de diagnostic et de traitement. Il n'est touché en rien aux principes de liberté de choix du patient et de liberté thérapeutique des médecins.

Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont le nouveau centre de gravité dans l'organisation du paysage hospitalier. Les hôpitaux généraux individuels ont l'obligation de s'organiser en maximum 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux garantissant les soins hospitaliers locorégionaux. Par soins locorégionaux, il faut entendre les missions de soins qui, pour diverses raisons (prévalence, faible coût, urgence, ...), doivent/peuvent être proposées à proximité du domicile de chaque patient. Le réseau hospitalier clinique locorégional est, en d'autres termes, un lien de collaboration durable dans lequel les hôpitaux harmonisent l'offre médicale générale, en tenant compte des besoins du

van de patiënt. Het nieuwe organisatiemodel vereist dat er op netwerkniveau goede afspraken gemaakt worden over de zorgcontinuïteit, om de nodige kwaliteit en patiëntveiligheid te waarborgen. De nieuwe rechtsfiguur “locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” wordt door onderhavig ontwerp in de op 10 juli 2008 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen ingeschreven. Het duurzaam, gestructureerd en niet-vrijblijvend karakter van de samenwerking wordt daardoor benadrukt. Dit ontwerp voorziet eveneens minimale vereisten inzake governance; het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet beschikken over een eigen bestuursorgaan, een functie netwerkhoofdarts en een medische netwerkraad. Omtrent de concrete invulling qua structuur, organisatie en mate van integratie wordt een grote vrijheid aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gelaten. Dergelijke flexibiliteit zal de ontwikkeling van netwerken in de hand werken. Op termijn kan evenwel blijken dat bijsturingen van overheidswege nodig zijn. De nodige preciseringen zullen dan in de regelgeving worden aangebracht.

Supraregionale zorgopdrachten onderscheiden zich van locoregionale zorgopdrachten doordat ze om diverse redenen (zeldzamere pathologie, dure infrastructuur, multidisciplinaire, gespecialiseerde expertise, permanenties) best op een beperkt aantal locaties worden aangeboden in een beperkt aantal ziekenhuizen. Supraregionale zorgopdrachten worden niet in elk locoregionaal klinisch locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aangeboden. Ziekenhuizen waarin de supraregionale zorgopdrachten worden aangeboden worden referentiepunten genoemd. Dit kunnen zowel algemene als universitaire ziekenhuizen zijn. De locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken moeten voor supraregionale zorgopdrachten die ze zelf niet aanbieden een samenwerkingsovereenkomst sluiten met minimum 1 en maximum 3 referentiepunten. Voor supraregionale zorgopdrachten die het klinisch ziekenhuisnetwerk wel aanbiedt kan het bijkomend met maximaal één referentiepunt buiten het klinisch locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een samenwerking aangaan.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk onderscheidt zich duidelijk van een fusie van ziekenhuizen. De individuele ziekenhuizen blijven bestaan als operationele motoren van de zorgverlening rond de patiënt. Ze blijven verantwoordelijk voor alle bevoegdheden die niet uitdrukkelijk zijn toegewezen aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan ze deel uitmaken, in de eerste plaats de organisatie van het operationeel zorggebeuren (incl. het medewerkersbeleid). De

patient. Le nouveau modèle d'organisation exige la conclusion, au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, d'accords solides en matière de continuité des soins, afin de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient nécessaires. Le nouveau concept juridique de "réseau hospitalier clinique locorégional" est inscrit par le présent projet dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Le caractère durable, structuré et non facultatif de la collaboration s'en trouve souligné. Ce projet prévoit aussi des exigences minimales en matière de gouvernance: le réseau hospitalier clinique locorégional doit disposer d'un organe de gestion propre, d'une fonction de médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional et d'un conseil médical de réseau hospitalier clinique locorégional. Pour ce qui est de la réalisation concrète en termes de structure, d'organisation et de degré d'intégration, une grande liberté est laissée au réseau hospitalier clinique locorégional. Pareille flexibilité facilitera le développement des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. À terme cependant, des ajustements de la part de l'autorité peuvent s'avérer nécessaires. Les précisions voulues seront alors apportées dans la réglementation.

Les missions de soins suprarégionales se distinguent des missions de soins locorégionales en ce que pour diverses raisons (pathologie plus rare, infrastructure coûteuse, expertise spécialisée pluridisciplinaire, permanences ...), il est préférable qu'elles soient proposées sur un nombre limité de sites dans un nombre limité d'hôpitaux. Les missions de soins suprarégionales ne sont pas proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Les hôpitaux où sont proposées les missions de soins suprarégionales, sont appelés "points de référence". Il peut s'agir d'hôpitaux généraux comme d'hôpitaux universitaires. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux doivent conclure, pour les missions de soins suprarégionales qu'ils n'offrent pas eux-mêmes, un accord de collaboration avec minimum 1 et maximum 3 points de référence. Pour les missions de soins suprarégionales que le réseau hospitalier clinique locorégional offre lui-même, celui-ci peut contracter une collaboration avec au maximum un point de référence en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le réseau hospitalier clinique locorégional se distingue nettement d'une fusion d'hôpitaux. Les hôpitaux individuels continuent d'exister en tant que moteurs opérationnels de la dispensation de soins au patient. Ils restent responsables de toutes les compétences non attribuées explicitement au réseau hospitalier clinique locorégional dont ils font partie, notamment l'organisation des soins au niveau opérationnel (y compris la politique du personnel). Les hôpitaux individuels

individuele ziekenhuizen behouden bovendien hun rechtspersoonlijkheid, hun erkenningsnummer, hun financiële verantwoordelijkheid, ... Elk ziekenhuis behoudt met andere woorden zijn identiteit en beleid en kan deze zelfs versterken door zich bijvoorbeeld te specialiseren in welbepaalde locoregionale zorgopdrachten. Het behoud van een lokaal ziekenhuisaanbod is belangrijk voor het garanderen van de toegankelijkheid van de algemene ziekenhuiszorg, vooral in dunbevolkte gebieden. Door de hervorming zullen individuele ziekenhuizen wel enkel het statuut van ziekenhuis behouden indien ze deel uitmaken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Het locoregionaal ziekenhuisnetwerk onderscheidt zich van de ziekenhuisgroepering en -associatie. Daar waar de groepering van ziekenhuizen een vrijwillige samenwerking is tussen ziekenhuizen die elk hun eigen *governance* behouden en op bepaalde punten naar complementariteit streven is er wel degelijk een verplichting om tot een locoregionaal ziekenhuisnetwerk toe te treden. Een algemeen ziekenhuis mag niet afzonderlijk blijven functioneren. Bovendien betreft het in het geval van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk een duurzame samenwerking met rechtspersoonlijkheid; het locoregionaal netwerk heeft met andere woorden een eigen identiteit met een eigen *governance*. Bij een ziekenhuisassociatie worden één of meerdere ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's, functies... gezamenlijk uitgebaat door meerdere ziekenhuizen, waarbij aan de *governance* van het ziekenhuis zelf niet geraakt wordt. De associatie is m.a.w. een mini fusie op dienstniveau.

Om de realisatie van het gewenste ziekenhuislandschap aan te moedigen en te ondersteunen zijn tevens een beheersing van het ziekenhuisaanbod en een herziening van de ziekenhuisfinanciering nodig. Deze instrumenten maken evenwel geen deel uit van onderhavig wetsontwerp. In de voorgelegde tekst wordt het regelgevend kader uitgetekend met focus op het bevorderen van de samenwerking op het vlak van patiëntenzorg tussen ziekenhuizen via de vorming van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en via supraregionale samenwerking tussen bedoelde netwerken en referentiepunten.

Dit wetsontwerp is voornamelijk gebaseerd op de federale voorbehouden bevoegdheid inzake organieke wetgeving voor wat betreft het gezondheidsbeleid meer bepaald het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten verplegingsinrichtingen (artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980). Bij de Zesde Staatshervorming werd deze federale bevoegdheid behouden. Onder "organieke wetgeving" worden de basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid verstaan. In het kader van deze bevoegdheid worden

conservent en outre leur personnalité juridique, leur numéro d'agrément, leur responsabilité financière... En d'autres termes, chaque hôpital conserve son identité et sa politique et peut même les renforcer en se spécialisant dans certaines missions de soins locorégionales bien spécifiques. Le maintien d'une offre hospitalière locale est important pour garantir l'accessibilité des soins hospitaliers généraux, surtout dans les zones peu peuplées. En vertu de la réforme, toutefois, les hôpitaux individuels ne conserveront le statut d'hôpital que s'ils font partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional.

Le réseau hospitalier locorégional se distingue du groupement et de l'association d'hôpitaux. Alors que le groupement d'hôpitaux suppose une collaboration volontaire entre des hôpitaux qui conservent chacun leur gouvernance propre et qui visent une complémentarité sur certains points, il y a réellement obligation d'adhérer à un réseau hospitalier locorégional. Un hôpital général ne peut pas continuer à fonctionner isolément. En outre, dans le cas du réseau hospitalier locorégional, il s'agit d'une collaboration durable avec personnalité juridique; en d'autres termes, le réseau hospitalier locorégional possède une identité propre et une gouvernance propre. Dans le cas d'une association d'hôpitaux, un ou plusieurs services hospitaliers, programmes de soins, fonctions, ... sont exploités conjointement par plusieurs hôpitaux, sans qu'il soit touché à la gouvernance de l'hôpital lui-même. En d'autres termes, l'association est une mini-fusion au niveau d'un ou de plusieurs services.

Afin d'encourager et de soutenir la réalisation du paysage hospitalier souhaité, une maîtrise de l'offre hospitalière et une révision du financement des hôpitaux sont également nécessaires. Ces instruments ne font toutefois pas partie du présent projet de loi. Le texte soumis ici définit le cadre réglementaire en mettant l'accent sur la promotion de la collaboration entre hôpitaux au niveau des soins au patient par la constitution de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et la mise en place d'une collaboration suprarégionale entre les réseaux en question et les points de référence.

Ce projet de loi repose essentiellement sur la compétence réservée au fédéral en matière de législation organique pour ce qui concerne la politique de santé, en particulier la politique relative à la dispensation de soins dans et en dehors des établissements de soins (article 5, § 1^{er}, I, 1[°], a), de la loi spéciale du 8 août 1980). Cette compétence fédérale a été maintenue lors de la sixième réforme de l'État. Par "loi organique", on entend les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière. Dans le cadre de cette compétence,

door onderhavig ontwerp organieke regels vastgelegd voor de klinische netwerken van ziekenhuizen. Onder meer worden basiskenmerken, regels met betrekking tot het beheer en de besluitvorming, met inbegrip van interne adviesorganen, het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen, algemene regelen met betrekking tot de structurering van de medische activiteiten, algemene regelen inzake boekhouding, financiële controle en mededeling van gegevens bepaald. Deze domeinen worden uitdrukkelijk door de bijzondere wetgever bij de Zesde Staatshervorming in de voorbereidende werken als federaal aangeduid. In een aantal gevallen wordt bovendien een wettelijke basis gecreëerd voor het vaststellen van organieke regels bij koninklijk besluit. Telkens betreffen het organieke regels waaraan moet worden voldaan om erkend te worden.

De federale bevoegdheid voor de organieke wetgeving met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen belet evenwel niet (mag zelfs niet beletten) dat de deelstaten hun eigen bevoegdheden onder meer met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen uitoefenen. De federale overheid moet trouwens bij het uitoefenen van haar bevoegdheid het evenredigheidsbeginsel in acht nemen. De deelstaten kunnen in het kader van hun bevoegdheden erkenningsnormen vaststellen voor de klinische netwerken van ziekenhuizen (mits naleving van de door de bijzondere wetgever vastgestelde procedure bij het Rekenhof) en op basis daarvan overgaan tot de erkenning van de klinische netwerken. Zij zullen in het kader van hun erkenningsbeleid wel de organieke basisregels (geformuleerd als basisvereisten om erkend te worden), en trouwens ook de vastgestelde programmaticriteria, meenemen. De door de federale overheid bepaalde basiskenmerken hebben immers een normatieve draagwijdte en de deelstaten moeten ze respecteren bij het bepalen en toepassen van hun erkenningsnormen.

Gelet de raakpunten in de bevoegdheden van de federale overheid en de deelstaten en met het oog op een gecoördineerde beleidsuitoefening werden de deelstaten vooraf geconsulteerd in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Op suggestie van de Raad van State wordt in het definitief ontwerp de term "basiskenmerken" vervangen door "erkenningsnormen". Basiskenmerken zijn aldus de Raad van State erkenningsnormen die tot de "organieke" bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven behoren. Bedoelde erkenningsnormen zullen steeds aan de bevoegdheidsrechtelijke notie van "basiskenmerken" moeten worden getoetst. De Raad van State ziet voor

le présent projet de loi fixe les règles organiques pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. On y détermine, entre autres, les caractéristiques de base, les règles relatives à la gestion et au processus décisionnel, y compris celles des organes consultatifs internes, le statut du médecin hospitalier et son association au processus décisionnel des médecins hospitaliers, les règles générales relatives à la structuration des activités médicales, les règles générales en matière de comptabilité, de contrôle financier et de communication de données. Ces domaines sont explicitement désignés comme fédéraux par le législateur spécial dans les travaux préparatoires de la sixième réforme de l'État. Dans certains cas, en outre, une base légale est créée pour la fixation de règles organiques par arrêté royal. Chaque fois, il s'agit de règles organiques auxquelles il faut satisfaire pour obtenir un agrément.

La compétence fédérale afférente à la législation organique relative aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux n'empêche toutefois pas (et même ne peut pas empêcher) les entités fédérées d'exercer leurs compétences propres en relation, notamment, avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. L'autorité fédérale doit par ailleurs respecter le principe de proportionnalité dans l'exercice de sa compétence. Dans le cadre de leurs compétences, les entités fédérées peuvent établir des règles d'agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (à condition de respecter la procédure devant la Cour des comptes fixée par le législateur spécial) et, sur la base de celles-ci, procéder à l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Elles reprendront toutefois dans le cadre de leur politique d'agrément les règles organiques de base (formulées en tant qu'exigences de base pour l'obtention d'un agrément), de même par ailleurs les critères de programmation fixés. Les caractéristiques de base définies par l'autorité fédérale ont en effet portée normative et les entités fédérées sont tenues de les respecter lors de la définition et de l'application de leurs normes d'agrément.

Compte tenu des points de tangence entre les compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées et en vue d'un exercice coordonné de la politique, les entités fédérées ont été préalablement consultées dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Comme suggéré par le Conseil d'État, dans le projet définitif, le terme "caractéristiques de base" est remplacé par "normes d'agrément". Selon le Conseil d'État, les caractéristiques de base sont des normes d'agrément qui sont restées de la compétence "organique" de l'autorité fédérale. Les normes d'agrément en question devront toujours être confrontées à la notion juridique de "caractéristiques de base" sur le plan de

wat betreft de organieke erkenningsnormen van het ziekenhuis (evenals vestigingsplaatsen van ziekenhuizen en voorheen bestaande samenwerkingsverbanden) geen meerwaarde in een nieuwe afzonderlijke federale wettelijke basis. Ze bevestigt dat er geen twijfel kan over bestaan dat de rechtsgrond om erkenningsnormen vast te stellen, zoals vervat in de huidige artikelen 66 en 67 van de ziekenhuiswet, ook dienstig is om toekomstige "organieke" erkenningsnormen vast te stellen. Voor het uitwerken van organieke erkenningsnormen specifiek met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken wordt in onderhavig ontwerp wel een machtiging voor de Koning voorzien. Er wezen opgemerkt dat de Raad van State aanstipt dat de Gemeenschappen hoe dan ook een eigen rechtsgrond moeten aanleggen vooraleer hun regeringen bij besluit erkenningsnormen kunnen invoeren voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Naast de federale bevoegdheid voor organieke wetgeving wat betreft het gezondheidsbeleid bieden twee andere federale bevoegdheden een basis voor de ontworpen regeling. Het betreft enerzijds de federale voorbehouden bevoegdheid voor het vaststellen van basisregels betreffende de programmatie. Op basis daarvan worden de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen geprogrammeerd. Anderzijds biedt de blijvende federale voorbehouden bevoegdheid voor de financiering van de exploitatie wanneer geregeld door organieke wetgeving, een beperkte bevoegdheidsbasis.

Het opzet van onderhavig wetsontwerp is het volgende.

De specifieke samenwerking in het kader van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk van ziekenhuizen en de supraregionale samenwerking tussen deze netwerken en referentiepunten worden vooraan in de ziekenhuiswet, nl. titel I, hoofdstuk I, explicet onder het toepassingsgebied van de wet geplaatst. Dit hoofdstuk bevat op dit ogenblik trouwens reeds organieke regels met betrekking tot andere vormen van samenwerking. Zo heeft artikel 11 betrekking op het netwerk van zorgvoorzieningen dat voor een welbepaalde doelgroep van patiënten binnen een bepaald gebied één of meerdere zorgcircuits aanbiedt. Er worden een aantal definities gegeven met betrekking tot het klinisch netwerk, er wordt een wettelijke basis geformuleerd voor het uitwerken van organieke regels en er wordt een aantal algemene organieke regels met betrekking tot het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk opgenomen.

Verder in de wet wordt daar waar aangewezen/toe-passelijk specifieke bepalingen met betrekking tot het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ingebouwd.

la compétence. En ce qui concerne les normes d'agrément organiques de l'hôpital (de même que les sites d'implantation d'hôpitaux et les liens de collaboration qui existaient par le passé), le Conseil d'État ne voit pas de valeur ajoutée dans une nouvelle base légale fédérale distincte. Il confirme qu'il ne fait aucun doute que la base juridique pour la définition de normes, telle qu'énoncée aux articles 66 et 67 actuels de la loi sur les hôpitaux, peut également servir à la définition de futures normes d'agrément "organiques". Il est toutefois prévu dans le présent projet d'accorder au Roi une autorisation pour l'élaboration de normes d'agrément organiques portant spécifiquement sur les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Il est à souligner que le Conseil d'État stipule que les Communautés doivent de toute façon établir une base légale propre avant que leurs gouvernements puissent instaurer par voie d'arrêté des normes d'agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Outre la compétence fédérale pour la législation organique en ce qui concerne la politique de santé, deux autres compétences fédérales offrent une base à la réglementation élaborée. Il s'agit, d'une part, de la compétence réservée au fédéral pour la fixation de règles de base en matière de programmation. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont programmés sur cette base. D'autre part, la compétence résiduelle réservée au fédéral pour le financement de l'exploitation lorsque celle-ci est régie par une législation organique, offre une base de compétence limitée.

La philosophie du présent projet de loi est la suivante.

La collaboration spécifique dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional et la collaboration supraregionale entre ces réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et les points de référence sont explicitement incluses dans le champ d'application de la loi au début de la loi sur les hôpitaux, à savoir au titre I^{er}, chapitre I^{er}. Ce chapitre contient d'ailleurs déjà à l'heure actuelle des règles organiques relatives à d'autres formes de collaboration. Ainsi, l'article 11 se rapporte aux réseaux d'équipements de soins qui offrent un ou plusieurs circuits de soins à l'intention d'un groupe cible bien défini de patients dans un secteur déterminé. Quelques définitions sont données relativement au réseau clinique, une base légale est formulée pour l'élaboration de règles organiques et quelques règles organiques générales sont reprises en relation avec le réseau hospitalier clinique locorégional.

Plus loin dans la loi, des dispositions spécifiques relatives au réseau hospitalier clinique locorégional sont insérées là où elles sont indiquées/applicables.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

HOOFDSTUK 2

Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

Art. 2

Elk algemeen ziekenhuis moet deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal klinisch netwerk. Deelname aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt een bijkomend organiek kenmerk van een ziekenhuis.

Er wordt op deze organieke bepaling een uitzondering voorzien voor de algemene ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G), in de sector ook wel hybride ziekenhuizen genoemd. Dit betreffen immers atypische algemene ziekenhuizen; de hoofdactiviteit bestaat uit psychiatrische zorg. Dit sluit natuurlijk niet uit dat deze specifieke algemene ziekenhuizen zich op vrijwillige basis aansluiten bij een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

Voor een goed begrip van onderhavige wetswijziging, een universitair ziekenhuis is óók een algemeen ziekenhuis zij het een algemeen ziekenhuis met "hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten" dat beschikt over een specifieke aanwijzing.

Op psychiatrische ziekenhuizen rust de verplichting om deel uit te maken van locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk niet. Dit sluit evenwel niet uit dat zij op vrijwillige basis aansluiten.

De suggestie van de Raad van State om een specifieke wettelijke basis te voorzien om voorwaarden te bepalen waaronder psychiatrische en "hybride" ziekenhuizen vrijwillig kunnen aansluiten bij een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, werd gevuld.

Art. 3

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk van ziekenhuizen is in eerste instantie gericht op het uitstippen van het strategisch beleid voor de locoregionale

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 2

Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux

Art. 2

Chaque hôpital général doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional. La participation à un réseau hospitalier clinique locorégional devient une caractéristique organique supplémentaire d'un hôpital.

Une exception à cette disposition organique est prévue pour les hôpitaux généraux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), appelés aussi dans le secteur "hôpitaux hybrides". Il s'agit en effet d'hôpitaux généraux atypiques, dont l'activité principale consiste en des soins psychiatriques. Ceci n'exclut bien sûr pas la possibilité pour ces hôpitaux généraux spécifiques de s'affilier à un réseau hospitalier clinique locorégional sur une base volontaire.

Pour une bonne compréhension de la présente modification de loi, un hôpital universitaire est aussi un hôpital général, fût-ce un hôpital général remplissant une "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", disposant d'une désignation spécifique.

L'obligation de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional ne s'applique pas aux hôpitaux psychiatriques. Ceci n'exclut toutefois pas la possibilité qu'ils y adhèrent sur base volontaire.

La suggestion du Conseil d'État de prévoir une base légale spécifique pour déterminer les conditions dans lesquelles des hôpitaux psychiatriques et "hybrides" peuvent s'affilier sur base volontaire à un réseau hospitalier clinique locorégional, a été suivie.

Art. 3

Le réseau hospitalier clinique locorégional est avant tout axé sur la définition de la politique stratégique pour les soins locorégionaux dans un secteur de soins précis.

zorg binnen een bepaald zorggebied. Het operationele situeert zich evenwel nog steeds binnen de individuele ziekenhuizen. De gezondheidszorgbeoefenaars verbonden met het individuele ziekenhuis verstrekken *in concreto* de gezondheidszorg. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan evenwel opteren voor een verdere integratie en onder meer gezondheidszorgbeoefenaars op netwerkniveau aanstellen. Opdat dergelijke vrijwillige verdere integratie niet in strijd zou zijn met de ziekenhuiswet wordt door onderhavige wijziging voor de ziekenhuisarts, ziekenhuisverpleegkundige, zorgkundige, het verzorgend personeel en het ondersteunend personeel voorzien dat er sprake is van een verbondenheid aan het ziekenhuis of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Art. 4

Titel I van de ziekenhuiswet bevat algemene bepalingen. In hoofdstuk I worden het toepassingsgebied van de wet en een aantal cruciale begrippen omschreven. Aan dit hoofdstuk wordt een nieuwe afdeling 13 toegevoegd die betrekking heeft op het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Deze afdeling bevat een aantal definities, organieke regels en meerdere wettelijke basissen voor het uitwerken van organieke regels

Art. 5

In het in de nieuwe afdeling 13 ingevoegde artikel 14/1 worden een aantal definities geformuleerd met betrekking tot de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen.

Onder een punt 1° wordt het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gedefinieerd. Opstellers menen dat de bestaande rechtsvormen voor samenwerking de ziekenhuizen onvoldoende stimuleren tot het afstemmen van het locoregionaal zorgaanbod op de behoeften van een voldoende groot aantal patiënten in een welbepaalde regio. Bovendien zijn de bestaande samenwerkingsvormen steeds vrijblijvend van aard waardoor er geen hefboom voor taakafspraken bestaat. Daarom wordt een bijkomende rechtsfiguur "locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk" in de ziekenhuiswet geïntegreerd om de samenwerking tussen ziekenhuizen duurzaam, gestructureerd en niet-vrijblijvend te laten verlopen. Het betreft een samenwerking die wordt erkend door de bevoegde deelstaten. Gelet de raakpunten van de bevoegdheden van de federale overheid en de deelstaten en met het oog op een gecoördineerde beleidsuitoefening wordt vooraf overlegd in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

L'opérationnel se situe toutefois toujours au niveau des hôpitaux individuels. Concrètement, ce sont les praticiens des soins de santé attachés à l'hôpital individuel qui dispensent les soins de santé. Le réseau hospitalier clinique locorégional peut toutefois opter pour une intégration plus poussée et notamment engager des praticiens des soins de santé au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional. Afin qu'une intégration plus poussée volontaire de ce genre ne soit pas contraire à la loi sur les hôpitaux, la présente modification prévoit pour le médecin hospitalier, l'infirmier hospitalier, l'aide-soignant, le personnel soignant et le personnel de soutien qu'il s'agit d'un attachement à l'hôpital ou au réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 4

Le titre I^{er} de la loi sur les hôpitaux contient des dispositions générales. Au chapitre I^{er}, le champ d'application de la loi et quelques concepts cruciaux sont définis. À ce chapitre est ajoutée une nouvelle section 13 se rapportant au réseau hospitalier clinique locorégional. Cette section comprend quelques définitions, des règles organiques et plusieurs bases légales pour l'élaboration de règles organiques.

Art. 5

L'article 14/1 inséré dans la nouvelle section 13 formule quelques définitions relatives aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Le réseau hospitalier clinique locorégional est défini au point 1°. Les auteurs sont d'avis que les formes juridiques existantes de collaboration stimulent insuffisamment les hôpitaux à aligner l'offre de soins locorégionale sur les besoins d'un nombre suffisamment grand de patients dans une région précise. En outre, les formes de collaboration existantes sont toujours facultatives, de sorte qu'il n'existe aucun levier pour des accords sur les tâches. C'est pourquoi une forme juridique supplémentaire, le "réseau hospitalier clinique locorégional", est intégrée à la loi sur les hôpitaux afin de rendre la collaboration entre hôpitaux durable, structurée et non facultative. Il s'agit d'une collaboration agréée par l'entité fédérée compétente. Compte tenu des points de tangence entre les compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées et en vue d'un exercice coordonné de la politique, une concertation préalable a été menée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft verplicht rechtspersoonlijkheid. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kiest wel zelf de vorm van rechtspersoon.

De samenwerkende ziekenhuizen in een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn algemene (incl. universitaire) ziekenhuizen. De vorming van locoregionale klinische netwerken van algemene ziekenhuizen beoogt in een eerste fase de acute ziekenhuiszorg. Zoals voorheen reeds vermeld kunnen psychiatrische ziekenhuizen, indien gewenst, eveneens op vrijwillige basis participeren. De eventuele verplichte inschakeling van categorale ziekenhuizen is een beslissing die de gemeenschappen toekomt.

Op het ogenblik van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet er sprake zijn van minstens twee afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen. Deze vereiste dient te worden beoordeeld bij de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk daar het immers mogelijk is dat bij de ontwikkeling van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk blijkt dat een fusie wenselijk is met het oog op de verhoging van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg.

In artikel 2 werden de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G), uitgesloten van de verplichting om deel uit te maken van een locoregionaal klinisch netwerk. Er werd ook gesteld dat ze wel vrijwillig kunnen deel uitmaken van een netwerk. Opdat er sprake is van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is het evenwel niet voldoende dat een hybride ziekenhuis en een ander niet-psychiatrisch ziekenhuis van het klinisch netwerk deel uitmaken. Minstens twee "niet-hybride" algemene ziekenhuizen zijn noodzakelijk voor het vormen van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De partnerziekenhuizen in het locoregionaal klinisch locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bieden samen een locoregionaal zorgaanbod aan binnen een geografisch aaneenluitend gebied.

In een punt 2° wordt de term "zorgopdrachten" gedefinieerd. "Zorgopdracht" wordt als een generieke term gebruikt om zorgactiviteiten te typeren. In de praktijk kan een zorgopdracht gerelateerd zijn tot bepaalde apparatuur (bvb. PET en NMR), medisch-technische diensten (bvb. radiotherapie, dialyse), zorgprogramma's (bvb. geriatrie, pediatrie, reproductieve geneeskunde, beroertezorg), verpleegeenheden (bvb. heelkunde), functies (bvb. intensieve zorg).... Bij de zorgopdrachten

Le réseau hospitalier clinique locorégional est obligatoirement doté de la personnalité juridique. Le réseau hospitalier clinique locorégional choisit toutefois lui-même la forme de celle-ci.

Les hôpitaux qui collaborent au sein d'un réseau hospitalier clinique locorégional sont des hôpitaux généraux (hôpitaux universitaires inclus). La constitution de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux vise, dans une première phase, les soins hospitaliers aigus. Comme signalé plus haut, les hôpitaux psychiatriques peuvent, s'ils le souhaitent, y participer également sur base volontaire. L'éventuelle intégration obligatoire d'hôpitaux catégoriels est une décision qui appartient aux Communautés.

Au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional, il doit exister au moins deux hôpitaux non psychiatriques disposant d'un agrément distinct. Cette exigence doit être évaluée au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional car il se peut en effet qu'au cours du développement du réseau hospitalier clinique locorégional, une fusion s'avère souhaitable en vue d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins.

À l'article 2, les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) ont été exclus de l'obligation de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Il a également été stipulé qu'ils peuvent cependant faire partie d'un réseau sur une base volontaire. Toutefois, pour que l'on puisse parler d'un réseau hospitalier clinique locorégional, il ne suffit pas qu'un hôpital hybride s'associe à un autre hôpital non psychiatrique dans le réseau clinique. Au moins deux hôpitaux généraux "non hybrides" sont nécessaires pour constituer un réseau hospitalier clinique locorégional.

Les hôpitaux partenaires dans le réseau hospitalier clinique locorégional proposent conjointement une offre de soins locorégionale au sein d'une zone géographiquement continue.

Le terme "missions de soins" est défini au point 2°. "Mission de soins" est utilisé comme terme générique pour caractériser les activités de soins. Dans la pratique, une mission de soins peut être liée à un certain appareillage (p. ex. PET et RMN), à des services médico-techniques (p. ex. radiothérapie, dialyse), à des programmes de soins (p. ex. gériatrie, pédiatrie, médecine de la reproduction, soins en cas d'AVC), à des unités de soins (p. ex. chirurgie), à des fonctions

worden locoregionale en *supraregionale* zorgopdrachten onderscheiden. Deze worden in de volgende punten van artikel 14/1 gedefinieerd.

Locoregionale zorgopdrachten worden in punt 3° omschreven als zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden. Het betreft zorg die relatief dicht bij de patiënt kan of moet aangeboden worden, om meerdere redenen. Bijvoorbeeld omdat het gaat over zorg waaraan een groot aantal patiënten behoeft heeft, omdat de betrokken patiënten deze zorg frequent nodig hebben, omdat er voor die zorg geen nood aan zeer gespecialiseerde expertise of dure infrastructuur is of omdat de zorgverlening een dringend karakter heeft.

Supraregionale zorgopdrachten onderscheiden zich van locoregionale zorgopdrachten doordat ze op een beperkter aantal plaatsen worden aangeboden en dus niet in elk locoregionaal klinisch netwerk. Ze zijn gedefinieerd onder punt 4°. Er zijn verschillende redenen voor dit beperkter aanbod: lage incidentie van de pathologie (m.a.w. een gering aantal patiënten), nood aan sterk gespecialiseerde expertise, nood aan zeer dure infrastructuur, hoge permanentiekost. Met andere woorden, de aard van de zorg en de incidentie van de pathologie maken dat een zorgopdracht als *supraregional* wordt beschouwd. Voor *supraregionale* zorgopdrachten is het criterium (sub)specialisatie en concentratie belangrijker dan de afstand. *Supraregionale* zorgopdrachten zullen worden geprogrammeerd (verschillende aantallen, i.f.v. de behoeften, de kwaliteit (volume-outcome relaties) en/of kosten).

Voor een goed begrip van de wetswijziging is het aangewezen om hier reeds te vermelden dat in tegenstelling tot locoregionale zorgopdrachten waarvoor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk het beleid uitstippelt en bepaalt in welk ziekenhuis de exploitatie zal plaatsvinden, het de individuele ziekenhuizen zijn die autonoom *supraregionale* zorgopdrachten aanbieden. De strategische beslissingen omtrent de *supraregionale* zorgopdrachten blijven behoren tot de taken van het individueel ziekenhuis dat deze *supraregionale* zorg biedt (het zgn. "referentiepunt" – zie verder). Niets belet evenwel dat de individuele ziekenhuizen op vrijwillige basis hun aanbod van *supraregionale* zorgopdrachten op netwerkniveau vooraf bespreken.

Het ziekenhuis dat een *supraregionale* zorgopdracht organiseert, is een "referentiepunt" voor die zorgopdracht. (zie punt 5°) Deze referentiepunten zullen een

(p. ex. soins intensifs), ... Parmi les missions de soins, on distingue les missions de soins locorégionales et suprarégionales. Celles-ci sont définies dans les points suivants de l'article 14/1.

Les missions de soins locorégionales sont définies au point 3° comme des missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Il s'agit de soins pouvant ou devant être proposés, pour diverses raisons, à proximité relativement immédiate du patient. Par exemple parce qu'il s'agit de soins nécessités par un grand nombre de patients, parce que les patients concernés ont besoin de ces soins fréquemment, parce que ces soins ne requièrent pas une expertise très spécialisée ou une infrastructure très coûteuse ou parce que la prestation de soins a un caractère urgent.

Les missions de soins suprarégionales se distinguent des missions de soins locorégionales en ceci qu'elles sont proposées en un nombre plus limité de lieux et donc pas dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Elles sont définies au point 4°. Diverses raisons justifient cette offre plus limitée: faible incidence de la pathologie (c.-à-d. un petit nombre de patients), nécessité d'une expertise hautement spécialisée, nécessité d'une infrastructure très coûteuse, frais de permanence élevés. En d'autres termes, la nature des soins et l'incidence de la pathologie déterminent si une mission de soins est considérée comme suprarégionale. Pour les missions de soins suprarégionales, le critère de (sur) spécialisation et de concentration prime sur la distance. Les missions de soins suprarégionales seront programmées (nombres différents en fonction des besoins, de la qualité (rapports volume-résultat) et/ou des coûts).

Pour une bonne compréhension de la modification de loi, il importe de préciser dès maintenant que contrairement aux missions de soins locorégionales pour lesquelles le réseau hospitalier clinique locorégional définit la politique et détermine dans quel hôpital l'exploitation aura lieu, ce sont les hôpitaux individuels qui offrent des missions de soins suprarégionales de façon autonome. Les décisions stratégiques à propos des missions de soins suprarégionales continuent d'appartenir à l'hôpital individuel qui offre ces soins suprarégionaux (le "point de référence" – voir ci-après). Rien n'empêche toutefois les hôpitaux individuels de discuter au préalable, sur une base volontaire, de leur offre de missions de soins suprarégionales au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional.

L'hôpital qui organise une mission de soins suprarégionale est un "point de référence" pour cette mission de soins (voir point 5°). Ces points de référence concluront

supraregionale samenwerking aangaan met locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen. (zie verder)

Art. 6

In artikel 14/2 wordt het maximaal aantal locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen in de ziekenhuiswet vastgesteld op 25. Het betreft een politieke keuze die trouwens reeds werd goedgekeurd op de Ministerraad van 21 oktober 2016. Het uitgangspunt daarbij was wel dat een netwerk een schaalgrootte van ongeveer 400 000 à 500 000 potentiële patiënten moet hebben om de locoregionale zorgopdrachten efficiënt te organiseren. Er werd echter besloten om deze schaalgrootte niet wettelijk te verankeren zodat rekening kan gehouden worden met de bevolkingsdichtheid van specifieke regio's (die netwerken met een grotere of kleinere schaalgrootte vereisen). Door te opteren voor maximaal 25 netwerken, wordt echter aangegeven dat, gezien de Belgische bevolkingscijfers, het "gemiddeld" locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een schaalgrootte van ongeveer 400 000 à 500 000 potentiële patiënten moet hebben.

Met het oog op een evenwichtige spreiding en een toegankelijke gezondheidszorg werd in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid vooraf overleg gepleegd om de verdeling ervan tussen de verschillende deelstaten. Dit overleg wordt verdergezet en het advies van de Raad van State om het maximaal aantal netwerken verder op te delen wordt dan ook niet gevuld. Bij voorkeur worden de netwerken gezamenlijk en gelijktijdig over het hele land gecreëerd.

Art. 7

Een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bestrijkt een geografisch aansluitend gebied. In de aanvraag tot erkennung van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zal op een voldoende nauwkeurige wijze het betrokken geografisch gebied moeten worden omschreven. Het geografisch aaneenluitend gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, zal moeten worden bekeken op basis van de reële patiëntstromen. Deze reële patiëntstromen zullen aantonen dat bijvoorbeeld "logische" locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken kunnen gevormd worden tussen ziekenhuizen gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en ziekenhuizen gelegen in het Waals Gewest. Het komt echter aan de erkennende overheden toe om het principe van aaneenluitende netwerken verder te operationaliseren. Er wordt wel

une collaboration suprarégionale avec des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (voir plus loin).

Art. 6

À l'article 14/2, le nombre maximal de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux est fixé à 25 dans la loi sur les hôpitaux. Il s'agit d'un choix politique qui, par ailleurs, a déjà été approuvé au Conseil des ministres du 21 octobre 2016. Le principe à cet égard était toutefois qu'un réseau doit avoir une échelle d'environ 400 000 à 500 000 patients potentiels pour une organisation efficace des missions de soins locorégionales. Il a été décidé cependant de ne pas donner d'ancrage légal à cette échelle afin de pouvoir tenir compte de la densité démographique de régions spécifiques (qui nécessitent des réseaux de plus grande ou plus petite échelle). En optant pour un maximum de 25 réseaux, il est néanmoins envoyé comme signale que, compte tenu des chiffres de population de la Belgique, l'échelle "moyenne" d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit être d'environ 400 000 à 500 000 patients potentiels.

En vue d'un étalement équilibré et de soins de santé accessibles, une concertation préalable a été menée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique sur leur répartition entre les différentes entités fédérées. Cette concertation se poursuit et l'avis du Conseil d'État préconisant la subdivision du nombre maximum de réseaux n'est donc pas suivi. Les réseaux seront de préférence créés conjointement et simultanément sur l'ensemble du pays.

Art 7

Un réseau hospitalier clinique locorégional couvre une zone géographiquement continue. Dans la demande d'agrément d'un réseau hospitalier clinique locorégional, la zone géographique concernée devra être définie de façon suffisamment précise. La zone géographiquement continue qui est couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional devra être considérée sur la base des flux de patients réels. Ces flux de patients réels démontreront qu'il est possible notamment de former des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux "logiques" entre des hôpitaux situés dans la Région de Bruxelles-Capitale et des hôpitaux situés dans la Région wallonne. Cependant, il appartient aux autorités compétentes en matière d'agrément d'opérationnaliser davantage le principe des réseaux continus. Il est toutefois explicitement prévu, à la demande du

uitdrukkelijk, op verzoek van de Raad van State, voorzien dat de geografische gebieden samen het hele grondgebied van het Rijk moeten bestrijken.

Er wordt in een tweede lid bepaald dat locoregionale klinische netwerken waarvan een deel van het geografisch gebied van het netwerkgelegen is binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, niet noodzakelijk geografisch aaneensluitend dienen te zijn. Deze uitzondering geldt echter enkel voor het deel van het netwerk dat zich binnen diezelfde grootsteden of het Brussel Hoofdstedelijk Gewest bevindt. Deze mogelijkheid wordt voorzien omwille van de specifieke situatie van deze vijf grote "steden". Merk terzijde op dat het ook deze vijf zijn die op andere vlakken, gelet hun afwijkende situatie, een bijzondere aandacht krijgen. Anderzijds menen opstellers wel dat "grillige vormen" best worden beperkt. Het is immers de bedoeling logische eenheden te verkrijgen waardoor de leesbaarheid van de organisatie van de ziekenhuiszorg voor de patiënt en andere zorgverleners (zoals de eerste lijn) wordt verhoogd.

Het principe van geografische aaneensluitendheid dat in dit artikel naar voor wordt geschoven als organieke norm, moet gelezen worden als de uitdrukkelijke wens om geografisch logische samenwerkingen op het terrein te zien ontstaan. Dit principe mag echter niet zo eng geïnterpreteerd worden dat een netwerk tussen ziekenhuizen gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en ziekenhuizen gelegen in het Waals Gewest (in artikel 6 wordt deze mogelijkheid geboden) verboden zijn door het enkele feit dat een dergelijke netwerk per definitie "onderbroken" wordt door een strook grondgebied behorend tot het Vlaams Gewest. Een netwerk tussen bijvoorbeeld een Brussels ziekenhuis en een ziekenhuis in Waals-Brabant is, als men de situatie op het terrein bekijkt, perfect logisch te noemen.

Art. 8

Het ontworpen artikel 14/4 bevat een wettelijke basis voor volgende koninklijk besluiten.

Hiervoor werden de verschillende categorieën van zorgopdrachten omschreven. Het huidige ziekenhuislandschap (vb. bestaande ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's, medisch-technische diensten) zal in deze categorieën moeten worden ondergebracht. De categorie waartoe een zorgopdracht behoort zal onder meer de bevoegdheden (van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk dan wel het individuele ziekenhuis) bepalen. Een eerste lid bepaalt dat de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de

Conseil d'État, que les zones géographiques réunies doivent couvrir la totalité du territoire du Royaume.

Dans un deuxième alinéa, il est précisé que des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, dont une partie de la zone géographique du réseau est située dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, ne doivent pas nécessairement être géographiquement continue. Cette exception ne vaut que pour la partie du réseau qui se situe dans ces mêmes grandes villes ou la Région de Bruxelles-Capitale. Cette possibilité est prévue en raison de la situation spécifique de ces cinq "grandes villes". Notons en passant que ce sont aussi ces cinq grandes villes qui dans d'autres domaines, en raison de leur situation divergente, bénéficient d'une attention particulière. Par ailleurs, les auteurs estiment que ces "formes erratiques" sont de préférence à limiter. Le but est en effet d'obtenir des entités logiques qui augmentent la lisibilité de l'organisation des soins hospitaliers pour le patient et d'autres dispensateurs de soins (comme la première ligne).

Le principe de continuité géographique proposé dans cet article en tant que norme organique, doit être lu comme le souhait explicite de voir apparaître sur le terrain des collaborations logiques sur le plan géographique. Ce principe ne peut toutefois pas être interprété de façon si stricte qu'un réseau entre hôpitaux situés en Région de Bruxelles-Capitale et hôpitaux situés en Région wallonne (l'article 6 offre cette possibilité) est interdit par le seul fait qu'un tel réseau est, par définition, "interrompu" par une bande de territoire appartenant à la Région flamande. Un réseau entre, par exemple, un hôpital bruxellois et un hôpital situé en Brabant wallon est, si l'on observe la situation sur le terrain, parfaitement logique.

Art. 8

L'article 14/4 créé contient une base légale pour des arrêtés royaux ultérieurs.

À cette fin, les différentes catégories de missions de soins ont été définies. Le paysage hospitalier actuel (p. ex. les services hospitaliers, programmes de soins, services médico-techniques existants) devra être intégré dans ces catégories. La catégorie à laquelle une mission de soins appartient déterminera notamment les compétences (celle du réseau ou de l'hôpital individuel). Un alinéa premier stipule que le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, peut

Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen zorgopdrachten kan kwalificeren als locoregionale dan wel als supraregionale zorgopdrachten. Uiteraard is de typering van een zorgopdracht als loco- dan wel supraregional een dynamisch gegeven en onderhevig aan evoluties in wetenschap en technologie en de wijzigingen in de patiëntenbehoeften. Het uitvoeringsbesluit zal dus periodiek moeten worden herzien in functie van die evoluties en gewijzigde behoeften.

Aangezien de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in het nieuwe artikel 17/2 van de gecoördineerde ziekenhuiswet belangrijke opdrachten toegewezen krijgen in verband met locoregionale zorgopdrachten, is het van belang dat de Koning reeds op korte termijn duidelijkheid verschafft over de zorgopdrachten die als locoregionaal dienen beschouwd te worden.

De Koning kan bij het kwalificeren van zorgopdrachten voor wat betreft de locoregionale zorgopdrachten een onderscheid maken tussen algemene zorgopdrachten en gespecialiseerde zorgopdrachten. Algemene zorgopdrachten kunnen in elk ziekenhuis van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden (bvb. verpleegeenheid voor volwassenen, dagziekenhuis). Gespecialiseerde zorgopdrachten daarentegen mogen niet in elk ziekenhuis van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden maar moeten wel in elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden (bvb. gespecialiseerde spoedgvallenzorg). Het zijn er dus minstens 25 (voor zover er 25 locoregionale klinische netwerken worden erkend).

De categorie van supraregionale zorgopdrachten bestaat uit zorgopdrachten waarbij de geografische inplanting in de nabijheid van de patiënt, veel minder van belang is. Het zijn dan ook zorgopdrachten die niet noodzakelijk in elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk moeten aangeboden worden. Supraregionale zorgopdrachten betreffen zorgopdrachten waarbij de aanwezigheid van expertise (van de artsen en van de multidisciplinaire équipes) en van hooggespecialiseerde infrastructuur een doorslaggevende rol spelen. Het gaat dus meer bepaald over referentiezorg die slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen (universitaire en/of algemene ziekenhuizen) aangeboden wordt.

In dit artikel wordt ook de wettelijke basis gecreëerd voor het vaststellen van organieke regelgeving voor de zorgopdrachten (dus voor ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's...). Zoals reeds toegelicht is door de scheiding van de bevoegdheden voor vaststellen van organieke wetgeving enerzijds en erkenningsnormen anderzijds, een specifieke federale wettelijke basis voor het uitwerken van organieke erkenningsnormen aangewezen. Deze organieke regels zullen door de deelstaten moeten

qualifier des missions de soins comme des missions de soins locorégionales ou suprégionales. Bien entendu, la caractérisation d'une mission de soins en tant que locorégionale ou suprégionale relève d'une certaine dynamique et est sujette à des évolutions dans le domaine de la science et de la technologie, ainsi qu'à des modifications des besoins des patients. L'arrêté d'exécution devra donc être périodiquement revu en fonction de ces évolutions et besoins modifiés.

Puisque les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux se voient attribuer, dans le nouvel article 17/2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, des missions importantes en relation avec les missions de soins locorégionales, il importe que le Roi fasse déjà la clarté à court terme sur les missions qui doivent être considérées comme locorégionales.

Lors de la qualification de missions de soins, le Roi peut, en ce qui concerne les missions de soins locorégionales, opérer une distinction entre missions de soins générales et missions de soins spécialisées. Les missions de soins générales peuvent être proposées dans chaque hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional (p. ex. unité de soins pour adultes, hôpital de jour). Les missions de soins spécialisées, en revanche, ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional, mais doivent être proposées au sein de chaque réseau (p. ex. soins spécialisés d'urgence). Il y en a donc au moins 25 (pour autant que 25 réseaux cliniques locorégionaux soient agréés).

La catégorie des missions de soins suprégionales se compose de missions de soins pour lesquelles l'implantation géographique à proximité du patient est beaucoup moins importante. Il s'agit dès lors de missions de soins qui ne doivent pas nécessairement être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Les missions de soins suprégionales concernent des missions de soins où la présence d'expertise (des médecins et des équipes pluridisciplinaires) et d'une infrastructure ultraspécialisée joue un rôle capital. Il s'agit donc plus précisément de soins de référence qui ne peuvent être proposés que dans un nombre limité d'hôpitaux (universitaires et/ou généraux).

Cet article crée aussi la base légale pour la définition d'une réglementation organique pour les missions de soins (donc pour les services hospitaliers, programmes de soins...). Comme on l'a déjà expliqué, la scission des compétences pour la définition de la législation organique d'une part et des normes d'agrément d'autre part, justifie la création d'une base légale fédérale spécifique pour l'élaboration de normes organiques d'agrément. Les entités fédérées devront respecter

worden nageleefd bij het toekennen van een erkenning. Naar aanleiding van het advies van de Raad van State wordt gesproken van erkenningsnormen in plaats van basiskenmerken. De aldus uitgewerkte erkenningsnormen zullen telkens aan de bevoegdheidsrechtelijke notie van "basiskenmerken" moeten worden getoetst. Desgevallend zal eenzelfde zorgopdracht door meerdere deelstaten moeten worden erkend.

Bepaalde ziekenhuizen zullen in de praktijk fungeren als referentiepunt voor een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. In een derde lid wordt de mogelijkheid voorzien om bij koninklijk besluit erkenningsnormen (in plaats van basiskenmerken na advies van de Raad van State) vast te leggen voor het functioneren als referentiepunt. Referentiepunten op zich worden evenwel niet erkend; ze zijn immers erkend als supraregionale zorgopdracht. De eventueel voor de referentiepunten vastgestelde organieke erkenningsnormen zullen worden beoordeeld en nageleefd in het kader van de erkenning van de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen. Vandaar dat in het derde lid de vermelding "om erkend te worden" niet wordt hernoemd.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State werd er voor geopteerd om de machtiging voor de Koning om organieke erkenningsnormen voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken uit te werken, toe te voegen aan artikel 67 van de ziekenhuiswet dat op dit ogenblik reeds een wettelijke basis bevat voor reeds voorheen bestaande samenwerkingsvormen. (zie artikel 20). Van deze wettelijke basis kan worden gebruik gemaakt voor de uitwerking van een ruimer organiek kader voor de klinische netwerken. In de toekomst kan er desgevallend ook gebruik van worden gemaakt voor het bijsturen van de ontwikkeling van de netwerken. Hierboven werd reeds verduidelijk dat netwerken worden erkend door de bevoegde deelstaat. De deelstaten kunnen met het oog op deze erkenning erkenningsnormen kunnen vaststellen evenwel met respect voor de organieke federale karakteristieken. De Raad van State stipt aan dat de gemeenschappen een eigen rechtsgrond zullen moeten aanleggen vooraleer hun regeringen bij besluit erkenningsnormen kunnen invoeren voor klinische netwerken. .

Art. 9

Hierboven werd toegelicht dat in de ziekenhuiswet een wettelijke basis wordt voorzien voor het uitwerken van organieke regels niet alleen met betrekking tot de locoregionale klinische netwerken en referentiepunten evenals de onderscheiden zorgopdrachten. Daarnaast

ces règles organiques lors de l'octroi d'un agrément. Suite à l'avis du Conseil d'État, il est parlé de normes d'agrément au lieu de "caractéristiques de base". Les normes d'agrément ainsi définies devront chaque fois être confrontées à la notion juridique de "caractéristiques de base" sur le plan de la compétence. Le cas échéant, une même mission de soins devra être agréée par plusieurs entités fédérées.

Certains hôpitaux joueront, en pratique, le rôle de point de référence pour un réseau hospitalier clinique locorégional. Dans un troisième alinéa, la possibilité est prévue de définir par arrêté royal des normes d'agrément (au lieu de caractéristiques de base suite à l'avis du Conseil d'État) pour fonctionner en tant que point de référence. Les points de référence en soi ne sont toutefois pas agréés; ils sont en effet agréés en tant que mission de soins suprarégionale. Les normes d'agrément organiques éventuellement définies pour les points de référence seront évaluées et respectées dans le cadre de l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. C'est pourquoi dans le troisième alinéa, la mention "pour l'obtention d'un agrément" n'est pas reprise.

Suite à l'avis du Conseil d'État, il a été opté pour ajouter l'autorisation accordée au Roi d'élaborer des normes d'agrément organiques pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, à l'article 67 de la loi sur les hôpitaux qui contient déjà actuellement une base légale pour les formes de collaboration qui existaient déjà par le passé (voir article 20). Cette base légale peut être utilisée pour le développement d'un cadre organique plus large pour les réseaux cliniques. À l'avenir, celle-ci pourra aussi être utilisée, le cas échéant, pour l'ajustement de l'évolution des réseaux. On a déjà précisé ci-dessus que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont agréés par l'entité fédérée compétente. En vue de cet agrément, les entités fédérées peuvent établir des normes d'agrément en respectant toutefois les caractéristiques organiques fédérales. Le Conseil d'État stipule que les Communautés devront établir une base légale propre avant que leurs gouvernements puissent instaurer par voie d'arrêté des normes d'agrément pour les réseaux cliniques.

Art. 9

On a expliqué ci-dessus qu'une base légale est prévue dans la loi sur les hôpitaux pour l'élaboration de règles organiques, non seulement relativement aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et aux points de référence, mais aussi aux missions de soins

worden in de ziekenhuiswet reeds een aantal cruciale karakteristieken ingeschreven.

Zo bepaalt een nieuw artikel 14/5 dat elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of aanliggend is met het geografisch aansluitend gebied van dat netwerk, de mogelijkheid moet hebben zich aan te sluiten bij dat netwerk. Met andere woorden, een ziekenhuis mag niet worden uitgesloten. Deze wettelijke garantie is zeer belangrijk voor de individuele ziekenhuizen. Immers de aansluiting bij een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is noodzakelijk om het statuut van ziekenhuis te behouden (zie artikel 2.). Het is dan ook cruciaal dat een ziekenhuis niet wordt uitgesloten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in wiens gebied het zich geografisch bevindt of waarmee het aanliggend is.

Art. 10

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk garandeert een locoregionaal zorgaanbod aangepast aan de behoeften van de patiënten van een welbepaalde regio. Hierboven werd reeds het onderscheid tussen locoregionale en *supraregionale* zorgopdrachten verduidelijkt. *Supraregionale* zorgopdrachten worden omwille van de aard van de zorg en pathologie in een beperkt aantal ziekenhuizen, referentiepunten genoemd, en niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aangeboden. Het criterium (sub)specialisatie is voor deze zorgopdrachten belangrijker dan de afstand. Patiënten moeten de *supraregionale* zorg evenwel aangeboden krijgen op het moment dat ze er nood aan hebben.

Via programmatie van de *supraregionale* zorgopdrachten zal het aantal referentiepunten per *supraregionale* zorgopdracht worden bepaald. Voor een aantal van deze zorgopdrachten is het mogelijk dat het aantal ziekenhuizen dat de zorgopdracht nu al aanbiedt, groter is dan het aantal dat zal worden geprogrammeerd. In dit geval zal een overgangsperiode worden voorzien.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zal dus bepaalde *supraregionale* zorgopdrachten niet zelf aanbieden. Om de zorgcontinuïteit voor de betrokken patiënten te garanderen gaat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een afzonderlijke samenwerking aan met minimum 1 en maximum 3 referentiepunten die de betreffende *supraregionale* zorgopdracht wel aanbieden. Een samenwerking met drie referentiepunten kan omwille van volgende redenen aangewezen zijn: een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan patiënten verzorgen die afkomstig zijn uit een ander taalgebied, het genereert kortere aanrijtijden en een zekere mate van concurrentie is mogelijk. Een samenwerking met

distinctes. En outre, certaines caractéristiques cruciales sont déjà inscrites dans la loi sur les hôpitaux.

Ainsi, un nouvel article 14/5 stipule que chaque hôpital situé dans ou adjacent à la zone géographiquement continue d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la possibilité d'adhérer à ce réseau hospitalier clinique locorégional. En d'autres termes, il est interdit d'exclure un hôpital. Cette garantie légale est très importante pour les hôpitaux individuels. En effet, l'adhésion à un réseau hospitalier clinique locorégional est indispensable pour conserver le statut d'hôpital (voir article 2). Il est dès lors crucial qu'un hôpital ne soit pas exclu du réseau hospitalier clinique locorégional dans la zone duquel il est géographiquement situé ou dont il est adjacent.

Art. 10

Le réseau hospitalier clinique locorégional garantit une offre de soins locorégionale adaptée aux besoins des patients d'une région bien précise. Ci-dessus, la distinction entre missions de soins locorégionales et *suprarégionales* a déjà été précisée. Les missions de soins *suprarégionales*, en raison de la nature des soins et de la pathologie, sont proposées dans un nombre limité d'hôpitaux, appelés points de référence, et pas dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Pour ces missions de soins, le critère de (sur)spécialisation prime sur la distance. Il faut toutefois que les soins *suprarégionaux* soient proposés aux patients au moment où ceux-ci en ont besoin.

Une programmation des missions de soins *suprarégionales* déterminera le nombre de points de référence par mission de soins *suprarégionale*. Pour certaines de ces missions de soins, il est possible que le nombre d'hôpitaux proposant déjà cette mission de soins à l'heure actuelle soit supérieur au nombre qui sera programmé. Dans ce cas, une période transitoire sera prévue.

Le réseau hospitalier clinique locorégional ne proposera donc pas lui-même certaines missions de soins *suprarégionales*. Afin de garantir la continuité des soins pour les patients concernés, le réseau hospitalier clinique locorégional conclura une collaboration distincte avec minimum 1 et maximum 3 points de référence qui, quant à eux, proposent la mission de soins *suprarégionale* concernée. Une collaboration avec trois points de référence peut s'avérer judicieuse pour les raisons suivantes: il se peut qu'un réseau hospitalier clinique locorégional soigne des patients provenant d'une autre région linguistique, cette solution réduit les temps de trajet et un certain degré de concurrence est possible.

drie referentiepunten is evenwel een maximum. Door het aantal referentiepunten per zorgopdracht te beperken tot drie referentiepunten is er meer transparantie voor de patiënt en de zorgverleners. Er kunnen bovendien duidelijke klinische paden worden ontwikkeld, wat naar verwachting de patiëntveiligheid ten goede zal komen.

Voor *supraregionale* zorgopdrachten die het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wel zelf aanbiedt is de mogelijkheid voorzien om met maximaal twee referentiepunten die zich bevinden in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een afzonderlijke *supraregionale* samenwerking aan te gaan. Door deze mogelijkheid wordt tegemoet gekomen aan bestaande situaties. Bovendien laat het een bepaalde concurrentie toe.

Uit overleg met stakeholders is echter gebleken dat ziekenhuizen en/of ziekenhuisartsen dikwijls veel samenwerkingen met andere ziekenhuizen hebben. Om hiermee rekening te houden en bij wijze van overgangsmaatregel, wordt in de wet voorzien dat voor elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk per *supraregionale* zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt gedurende drie jaar maximaal vier juridisch geformaliseerde samenwerkingsverbanden mogelijk zijn. Als het netwerk de betrokken *supraregionale* zorgopdracht zelf aanbiedt, dan zijn gedurende drie jaar maximaal drie samenwerkingsovereenkomsten met referentiepunten buiten het eigen netwerk mogelijk.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist per *supraregionale* zorgopdracht met welk referentiepunt het wenst samen te werken in functie van haar patiënten (de zorgkwaliteit, verplaatsingskosten, verplaatsingstijd). Zoals reeds vermeld blijven de keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de arts in alle omstandigheden behouden. Omwille van de duidelijkheid voor de patiënten en voor een makkelijker opvolging (administratief, medisch, en qua governance) van alle *supraregionale* samenwerkingen, wordt het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aanbevolen om voor de vele *supraregionale* zorgopdrachten samen te werken met slechts een beperkt aantal ziekenhuizen die over referentiepunten beschikken.

Opstellers wensen er nogmaals op te wijzen dat er op het niveau van het *supraregionale* geen sprake is van een *supraregionale* netwerk. De netwerkvorming betreft enkel de locoregionale zorg. Op het niveau van het *supraregionale* is er sprake van een juridisch geformaliseerde samenwerking. Bovendien kan een

Une collaboration avec trois points de référence est toutefois un maximum. La limitation à trois du nombre de points de référence par mission de soins assure une plus grande transparence pour le patient et les prestataires de soins. Elle permet en outre le développement de parcours cliniques clairs, ce qui selon toute attente sera bénéfique pour la sécurité du patient.

Pour les missions de soins *suprarégionales* que le réseau hospitalier clinique locorégional propose lui-même, la possibilité est prévue de conclure une collaboration *suprarégionale* distincte avec maximum deux points de référence situé dans un autre réseau hospitalier clinique locorégional. Cette possibilité permet de rencontrer des situations existantes. Elle autorise en outre une certaine concurrence.

À l'issue d'une concertation avec les parties prenantes, il est toutefois apparu que les hôpitaux et/ou les médecins hospitaliers entretiennent souvent de multiples collaborations avec d'autres hôpitaux. Afin d'en tenir compte et à titre de mesure transitoire, il est prévu dans la loi que pendant trois ans, par mission de soins *suprarégionale* que le réseau hospitalier clinique locorégional ne propose pas lui-même, maximum quatre liens de collaboration juridiquement formalisés sont possibles pour chaque réseau hospitalier clinique locorégional. Si le réseau propose lui-même la mission de soins *suprarégionale* concernée, alors maximum trois accords de collaboration avec des points de référence situés en dehors du réseau sont possibles pendant trois ans.

Le réseau hospitalier clinique locorégional décide par mission de soins *suprarégionale* avec quel point de référence il souhaite collaborer en fonction de ses patients (qualité des soins, frais de déplacement, temps de déplacement). Comme on l'a déjà précisé, la liberté de choix du patient et la liberté thérapeutique du médecin sont préservées en toutes circonstances. Pour des raisons de clarté pour les patients et en vue d'un suivi plus aisés (sur le plan administratif, médical et en termes de gouvernance) de l'ensemble des collaborations *suprarégionales*, il est recommandé au réseau hospitalier clinique locorégional de collaborer, pour les nombreuses missions de soins *suprarégionales*, avec uniquement un nombre réduit d'hôpitaux disposant de points de référence.

Les auteurs souhaitent une nouvelle fois souligner qu'au niveau *suprarégional*, on ne parle pas de réseau *suprarégional*. Seuls les soins locorégionaux sont concernés par la constitution de réseaux. Au niveau *suprarégional*, on parle de collaboration juridiquement formalisée. En outre, un hôpital, en tant que point de

ziekenhuis als referentiepunt voor een *supraregionale zorgopdracht* in theorie overeenkomsten afsluiten met alle 25 locoregionale klinische netwerken. Dit is niet beperkt tot maximaal twee overeenkomsten.

De *supraregionale zorg* zelf situeert zich op het niveau van het individuele ziekenhuis. In de *supraregionale duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking* tussen het individuele ziekenhuis en het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden afspraken gemaakt over de zorgcontinuïteit en de door- en terugverwijzing. Elke partner neemt zijn deel van het zorgtraject voor zijn rekening. De samenwerkingen van een referentiepunt met verschillende locoregionale netwerken kunnen een andere inhoud en/of modaliteiten hebben. De contracts-partijen wordt hierin een grote vrijheid gelaten.

In artikel 14/4 wordt een wettelijke basis voorzien voor het vaststellen van organieke erkenningsnormen voor de referentiepunten. In het laatste lid van onderhavig artikel wordt daarnaast een wettelijk basis ingeschreven voor het bepalen van organieke erkenningsnormen voor de *supraregionale samenwerking*. Deze organieke erkenningsnormen zullen door de bevoegde deelstaat worden gerespecteerd bij de erkenning van de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen.

Art. 11

Een referentiepunt is gedefinieerd als een ziekenhuis dat een *supraregionale zorgopdracht* aanbiedt. In artikel 14/6 is bepaald dat een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor *supraregionale zorgopdrachten* een samenwerking aangaat met een referentiepunt dus met een ziekenhuis type ziekenhuiswet. In onderhavig artikel 14/7 is hierop een uitzondering voorzien. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan voor een *supraregionale zorgopdracht* een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging. In artikel 1 van de ziekenhuiswet worden immers de ziekenhuizen van het Ministerie van Landsverdediging van het toepassingsgebied van de ziekenhuiswet uitgesloten. Van deze mogelijkheid kan worden gebruik gemaakt in de twee in artikel 14/6 bedoelde gevallen.

Dit artikel laat dus toe dat een militair ziekenhuis in de toekomst voor civiele patiënten in nichedomeinen functioneert als referentiepunt. Het militair ziekenhuis evolueerde immers naar een aanbod van een beperkt gamma van medische specialismen toegespitst op militair specifieke verwondingen. In het bijzonder zou het militair ziekenhuis als referentiepunt voor onder meer volgende medische specialismen kunnen functioneren:

référence pour une mission de soins *suprarégionale*, peut théoriquement conclure des conventions avec les 25 réseaux cliniques locorégionaux. Ceci n'est pas limité à un maximum de deux conventions.

Les soins *suprarégionaux* eux-mêmes se situent au niveau de l'hôpital individuel. Dans le cadre de la collaboration *suprarégionale durable et juridiquement formalisée* entre l'hôpital individuel et le réseau, des accords sont conclus en matière de continuité des soins et d'adressage et de renvoi. Chaque partenaire assume sa part du trajet de soins. Les accords de collaboration d'un point de référence avec des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux différents peuvent présenter un autre contenu et/ou d'autres modalités. Une grande liberté est laissée aux parties contractantes en la matière.

L'article 14/4 prévoit une base légale pour la définition de normes d'agrément organiques pour les points de référence. Le dernier alinéa du présent article crée en outre une base légale pour la définition de normes d'agrément organiques pour la collaboration *suprarégionale*. Ces normes d'agrément organiques seront respectées par l'entité fédérée compétente lors de l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux d'hôpitaux.

Art. 11

Un point de référence est défini comme un hôpital offrant une mission de soins *suprarégionale*. L'article 14/6 stipule qu'un réseau hospitalier clinique locorégional conclut, pour les missions de soins *suprarégionales*, une collaboration avec un point de référence, c'est-à-dire avec un hôpital relevant de la loi sur les hôpitaux. Le présent article 14/7 prévoit une exception à cette règle. Le réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour une mission de soins *suprarégionale*, conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré(e) par le Ministère de la Défense. L'article 1^{er} de la loi sur les hôpitaux exclut en effet les hôpitaux du Ministère de la Défense du champ d'application de la loi sur les hôpitaux. Cette possibilité peut être utilisée dans les deux cas visés à l'article 14/6.

Cet article permet donc qu'à l'avenir, un hôpital militaire joue le rôle de point de référence pour des patients civils dans des domaines de niche. L'hôpital militaire a en effet évolué vers une offre comprenant une gamme limitée de spécialités médicales axées sur les blessures spécifiques aux militaires. En particulier, l'hôpital militaire pourrait jouer le rôle de point de référence pour, entre autres, les spécialités médicales suivantes:

trauma, vuile chirurgie, infectieziekten en hyperbare zuurstoftank.

Op voordacht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging, worden een militaire ziekenhuis of onderdeel ervan dat als referentiepunt kan functioneren bij koninklijk besluit aangeduid.

Er wordt een wettelijke basis voorzien voor het bepalen van specifieke organieke voorwaarden waar aan een militaire ziekenhuis of onderdeel ervan moet voldoen voor de opname en behandeling van de patiënten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk van ziekenhuizen. Deze bepaling is geïnspireerd op artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. De vastgestelde voorwaarden moeten worden nageleefd bij behandeling van de civiele patiënten van het netwerk. Voor behandeling van de militairen gelden enkel de "defensie-regels". Het voldoen aan deze regels zou eventueel ook als een voorwaarde voor terugbetaaling van de prestaties kunnen worden ingeschreven. De Raad van State verduidelijkt dat in zoverre de mogelijkheid wordt gecreëerd voor militaire ziekenhuizen om op een structurele manier in te staan voor zorgverstrekking aan de bevolking in het algemeen, de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid in acht moet worden genomen. Dit houdt onder meer in dat de erkenningsnormen die de gemeenschappen uitvaardigen met betrekking tot de ziekenhuizen en die niet vallen onder de organieke erkenningsnormen ook op deze militaire ziekenhuizen van toepassing zijn. Ook op vandaag leveren de militaire ziekenhuizen reeds zorg aan de burgerbevolking (brandwondencentra – spoed gevallen – MUG) en moeten zij daarvoor aan dezelfde erkenningsnormen beantwoorden. De opmerking van de Raad van State moet dus gelezen worden als een herinnering aan een reeds bestaande toestand waaraan het voorliggend wetsontwerp niets wijzigt.

Tot slot wordt de mogelijkheid voorzien om bij koninklijk besluit op voordacht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk en met de nodige aanpassingen uit te breiden tot militaire ziekenhuizen of onderdelen ervan.

Art. 12

Aan de Koning wordt de mogelijkheid gegeven om, net zoals dit het geval is voor individuele ziekenhuizen, de categorieën van rechtspersonen die een

traumatismes, chirurgie infectée, maladies infectieuses et oxygénothérapie en réservoir hyperbare.

Sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du ministre compétent pour la Défense, un hôpital militaire ou une partie de celui-ci susceptibles de jouer le rôle de point de référence sont désignés par arrêté royal.

Une base légale est prévue pour la définition de conditions organiques spécifiques auxquelles un hôpital militaire ou une partie de celui-ci doit répondre pour la prise en charge et le traitement de patients du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette disposition s'inspire de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les conditions fixées doivent être respectées lors du traitement de patients civils en provenance du réseau hospitalier clinique locorégional. Pour le traitement des militaires, seules les "règles de la Défense" sont d'application. Le respect de ces règles pourrait aussi éventuellement être inscrit comme une condition pour le remboursement des prestations. Le Conseil d'État a précisé que, dans l'éventualité où la possibilité est créée pour les hôpitaux militaires d'assurer de manière structurelle la dispensation de soins à la population en général, il convient de tenir compte de la répartition des compétences en ce qui concerne la politique de santé. Ceci implique notamment que les normes d'agrément édictées par les Communautés relativement aux hôpitaux et ne relevant pas des normes d'agrément organiques, sont aussi applicables à ces hôpitaux militaires. Aujourd'hui également, les hôpitaux militaires dispensent déjà des soins à la population civile (centre des grands brûlés – urgences – SMUR) et doivent pour cela satisfaire aux mêmes normes d'agrément. La remarque du Conseil d'État doit donc être lue comme rappel d'une situation déjà existante à laquelle le présent projet de loi ne change rien.

Enfin, la possibilité est prévue d'étendre par arrêté royal sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du ministre compétent pour la Défense, en tout ou en partie et avec les adaptations nécessaires, les dispositions de la présente loi aux hôpitaux militaires ou à des parties de ceux-ci.

Art. 12

La possibilité est offerte au Roi, à l'instar de ce qui existe pour les hôpitaux individuels, de fixer les catégories de personnes morales qui peuvent exploiter un

locoregionaal klinisch netwerk mogen uitbaten, vast te stellen. Dit besluit moet genomen worden na overleg in de Ministerraad.

Art. 13

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk treedt niet in de plaats van de individuele ziekenhuizen. Deze laatsten blijven verantwoordelijk voor het operationaliseren van de zorgopdrachten en voor het verstrekken van zorg aan de patiënt. Er wordt geen afbreuk gedaan aan artikel 16 van de ziekenhuiswet dat bepaalt dat de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak bij de ziekenhuisbeheerder berust.

Het invoeren van de netwerking tussen ziekenhuizen heeft evenwel invloed op het functioneren van de individuele ziekenhuizen. Zo wordt het takenpakket van de beheerder van het individuele ziekenhuis uitgebreid. Terzijde, voor de taken waarvoor de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk reeds adviseerde, dient de beheerder geen advies meer te vragen aan de medische raad op ziekenhuisniveau. (zie punten 1° en 2°, hierna) Voor andere bijkomende taken gelden de regels met betrekking tot de adviesverlening van de medische raad van het ziekenhuis. Door onderhavig artikel worden aan de individuele ziekenhuisbeheerder in het kader van de netwerking op operationeel vlak volgende bijkomende taken toegekend:

1° het afstemmen van het locoregionaal medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch netwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in het bijzonder het verwijz- en terugverwijsbeleid;

3° garanderen dat er voor *supraregionale* zorgopdrachten wordt verwezen overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch netwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Indien het ziekenhuis voor een *supraregionale* zorgopdracht functioneert als referentiepunt, maakt de beheerder de nodige afspraken met het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat op het ziekenhuis een beroep doet voor de *supraregionale* zorgopdracht.

réseau hospitalier clinique locorégional. Cet arrêté doit être pris après délibération en Conseil des ministres.

Art. 13

Le réseau hospitalier clinique locorégional ne se substitue pas aux hôpitaux individuels. Ces derniers restent responsables de la mise en œuvre opérationnelle des missions de soins et de la dispensation de soins au patient. Il n'est en rien dérogé à l'article 16 de la loi sur les hôpitaux qui stipule que la responsabilité finale et générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier incombe au gestionnaire de l'hôpital.

L'introduction du réseautage entre hôpitaux a toutefois une incidence sur le fonctionnement des hôpitaux individuels. Ainsi, les tâches incombant au gestionnaire d'hôpital sont étendues. Par ailleurs, pour les tâches pour lesquelles le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional a déjà rendu un avis, le gestionnaire ne doit plus demander d'avis au conseil médical au niveau de l'hôpital (voir points 1° et 2°, ci-après). Pour d'autres tâches complémentaires, les règles relatives à la formulation d'avis du conseil médical de l'hôpital restent en vigueur. Le présent article attribue au gestionnaire d'hôpital individuel les tâches supplémentaires suivantes sur le plan opérationnel dans le cadre du réseautage:

1° l'harmonisation de l'offre médicale locorégionale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi;

3° la garantie que pour les missions de soins *supraregionales*, le patient sera transféré conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, mais tout en respectant le libre choix du patient.

Si, pour une mission de soins *supraregionale*, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins *supraregionale*.

Art. 14

Zoals aangekondigd wordt door deze wettekst zelf reeds een aantal organieke regels met betrekking tot het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk vastgelegd. Door onderhavig artikel wordt in de ziekenhuiswet een nieuwe afdeling 4 in titel I, hoofdstuk II, met betrekking tot het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ingevoegd.

Art. 15

In een nieuw artikel 17/1 wordt het principe van het eigen beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ingeschreven. Naast de beheerders van de individuele ziekenhuizen, functioneert op netwerkniveau een beheerder met als taak het strategisch beleid te ontwikkelen met betrekking tot de coördinatie van locoregionale zorgopdrachten en de spreiding van de exploitatie over de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt over een keuzevrijheid inzake de beheerstructuur (in zoverre het een rechtsvorm met rechtspersoonlijkheid betreft), de organisatie en de mate van integratie.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan in het bijzonder het volgende vrij bepalen in de statuten of oprichtingsakte:

- de keuze van de rechtsvorm;
- de structuur en organisatie van het bestuur; niettemin worden volgende eisen gesteld om een goede governance van het netwerkbestuur te garanderen:
 - elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk, moet ook vertegenwoordigd zijn in het bestuur van het netwerk; de betrokken vertegenwoordigers moeten ook lid zijn van het bestuur van het individueel ziekenhuis. Dit laatste verhindert enerzijds de ongebreidelde vermenigvuldiging van bestuursfuncties. Anderzijds maakt het lidmaatschap in beide beheersorganen een coherente verdediging van aan de ene kant ziekenhuisbelangen en aan de andere kant netwerkbelangen mogelijk;
 - anderzijds vereist een goed netwerkbeheer dat er tevens een voldoende mate van onafhankelijkheid van de individuele belangen van de deelnemende ziekenhuizen bestaat binnen de beheersorganen. Daarom wordt in de wet ingeschreven dat er minstens één volledig onafhankelijke bestuurder moet opgenomen worden in het beheer van het locoregionaal klinisch netwerk;

Art. 14

Comme annoncé, le présent texte de loi fixe déjà lui-même certaines règles organiques relatives au réseau hospitalier clinique locorégional. Le présent article insère dans la loi sur les hôpitaux, au titre I^e, chapitre II une nouvelle section 4 relative à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 15

Un nouvel article 17/1 inscrit dans la loi le principe de gestion propre du réseau hospitalier clinique locorégional. Outre les gestionnaires des hôpitaux individuels, un gestionnaire fonctionne au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional dont la tâche est le développement de la politique stratégique relative à la coordination des missions de soins locorégionales et la répartition de l'exploitation sur les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose d'une liberté de choix en matière de structure de gestion (pour autant qu'il s'agisse d'une forme juridique dotée de la personnalité juridique), d'organisation et de degré d'intégration.

En particulier, le réseau hospitalier clinique locorégional peut définir librement dans les statuts ou l'acte constitutif ce qui suit:

- le choix de la forme juridique;
- la structure et l'organisation de la gestion; les exigences suivantes sont néanmoins posées pour garantir une bonne gouvernance de la gestion du réseau:
 - tout hôpital qui fait partie du réseau doit également être représenté dans la gestion du réseau; les représentants concernés doivent aussi être membres de la gestion de l'hôpital individuel. Ceci évite, d'une part, la multiplication anarchique des fonctions de gestion. D'autre part, le fait d'être membre des deux organes de gestion permet une défense cohérente des intérêts de l'hôpital d'un côté et des intérêts du réseau de l'autre côté;
 - par ailleurs, une bonne gestion du réseau nécessite qu'il existe également un degré suffisant d'indépendance des intérêts individuels des hôpitaux participants au sein des organes de gestion. C'est pourquoi il est inscrit dans la loi qu'au moins un gestionnaire entièrement indépendant doit être intégré dans la gestion du réseau clinique locorégional;

• gezien het klinisch karakter van de netwerken, wordt bepaald dat minstens een derde van de bestuurders een expertise in zorgverlening heeft. Deze "expertise" is het gevolg van een bewezen professionele activiteit van minstens vijf jaren binnen de gezondheidszorgsector. Minstens een van de leden is een arts die geen ziekenhuisarts is in een van de ziekenhuizen van het netwerk;

— de organisatie van de dagelijkse werking. Bij groeiend vertrouwen tussen de netwerkpartners kan worden geopteerd voor het meer afstemmen van de operationele werking en het afbouwen van operationele leiding op het niveau van het ziekenhuis;

— de realisatie van de patiëntenbetrokkenheid bij het netwerkgebeuren bijvoorbeeld via een patiëntenvertegenwoordiger in de bestuursorganen, via een patiëntenadviesraad,...;

— samenwerking op vlak van niet-klinische activiteiten.

Art. 16

Bij de toelichting van artikel 17/1 is gebleken dat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een grote vrijheid heeft bij de uitbouw ervan onder meer in functie van de mate van integratie die door de partners wordt nastreefd.

Echter van bij de opstart van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dient het beheer op netwerk niveau volgende opdrachten te vervullen:

1° het bepalen van de strategie en de taakverdeling van het locoregionaal medisch aanbod binnen het netwerk, met andere woorden de coördinatie van het medisch aanbod in al zijn aspecten. Dit houdt ook in dat afspraken worden gemaakt over de medische investeringen en over de zorgcontinuïteit tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Deze strategische beslissingen dienen in elk geval te passen in het programma voor aanbodbeheersing van de federale overheid, de organieke regels en eventuele erkenningsnormen;

2° de coördinatie van het aanbod aan algemene zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

• étant donné le caractère clinique des réseaux, il est prévu qu'au moins un tiers des administrateurs dispose d'une expertise en matière de prestation de soins. Cette "expertise" est la conséquence d'une activité professionnelle avérée de minimum cinq ans dans le secteur des soins de santé. Au moins un des membres est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau;

— l'organisation du fonctionnement journalier. En cas de confiance croissante entre les partenaires du réseau hospitalier clinique locorégional, on peut opter pour une harmonisation accrue du fonctionnement opérationnel et pour le démantèlement de la direction opérationnelle au niveau de l'hôpital;

— la réalisation de l'implication des patients dans la vie du réseau hospitalier clinique locorégional, par exemple via un représentant des patients dans les organes d'administration, un conseil consultatif des patients, ...;

— la collaboration dans le domaine des activités non cliniques.

Art. 16

Le commentaire de l'article 17/1 a fait apparaître la grande liberté dont jouit le réseau hospitalier clinique locorégional dans son développement, notamment en fonction du degré d'intégration visé par les partenaires.

Toutefois, lors de la mise en place du réseau hospitalier clinique locorégional, la direction au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional doit accomplir les missions suivantes:

1° la détermination de la stratégie et la répartition des tâches de l'offre médicale locorégionale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en d'autres termes la coordination de l'offre médicale dans tous ses aspects. Ceci implique aussi la conclusion d'accords au sujet des investissements médicaux et de la continuité des soins entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional. Ces décisions stratégiques doivent en tout cas s'inscrire dans le programme de maîtrise de l'offre de l'autorité fédérale, les règles organiques et les éventuelles normes d'agrément;

2° la coordination de l'offre de missions de soins générales entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional;

3° de toegankelijkheid van de locoregionale zorgopdrachten waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben;

4° het kiezen van de referentiepunten voor de *supra*-regionale zorgopdrachten buiten het netwerk, het maken van de verwijz- en terugverwijsafspraken en het sluiten van de overeenkomsten ter zake;

5° het formuleren van een opnamebeleid voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt bij een geplande opname onmiddellijk de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast. Dit moet dubbele opnames en dubbele kosten vermijden;

6° het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van afspraken over verwijzingen en terug verwijzingen binnen het locoregionaal klinisch netwerk. De focus moet daarbij op de patiënt liggen: toegankelijke zorg houdt niet enkel proximitéit in, maar betekent ook bereidheid om te verwijzen naar de meest “passende” zorgsetting voor de patiënt in termen van uitrusting, expertise en kwaliteitsstandaarden. Daarnaast moet, waar aangewezen, geopteerd worden voor behandeling in het (lokaal) dagziekenhuis. Tot slot moeten er te allen tijde garanties zijn op het vlak van de zorgcontinuïteit voor de patiënten van het ziekenhuis;

7° afspraken schriftelijk vastleggen over het ter beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

8° overleg plegen omtrent de aangelegenheden die door de individuele ziekenhuizen op netwerkniveau ter discussie worden voorgelegd.

De Raad van State merkte in haar advies op dat de opdracht voor het netwerk om “af te stemmen en te coördineren met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”, gezien de bevoegdheidsverdeling niet kan begrepen worden als een opdracht ten aanzien van instellingen of actoren waarvoor de deelstaten bevoegd zijn. Deze uitdrukkelijke opdracht werd dan ook geschrapt uit het ontwerp. Dit betekent geenszins dat het afstemmen van de zorgverlening tussen de verschillende zorgactoren (ook al behoren die tot een ander bevoegdheidsniveau) niet belangrijk geacht wordt. Deze afstemming zal echter op het terrein vorm moeten gegeven worden en door de overheden ondersteund worden via overleg en onderlinge afspraken.

3° garantir l’accessibilité des missions de soins loco-régionaux à tous les patients qui ont besoin des soins hospitaliers en question;

4° le choix des points de référence pour les missions de soins *suprarégionales* en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, la définition des modalités d’adressage et de renvoi et la conclusion de conventions en la matière;

5° la formulation d’une politique d’admission pour le réseau hospitalier clinique locorégional garantissant notamment, en cas d’admission planifiée, une prise en charge immédiate du patient qui reçoit les soins adaptés à ses besoins. Ceci doit éviter les “doubles admissions” et le dédoublement des coûts;

6° la conclusion d’accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d’adressage et de renvoi au sein du réseau hospitalier clinique locorégional. À cet égard, l’accent doit être mis sur le patient: l’accessibilité des soins n’implique pas seulement une proximité, mais aussi une promptitude à orienter le patient vers le contexte de soins le plus “approprié” pour lui en termes d’équipement, d’expertise et de standards de qualité. Par ailleurs, dans la mesure où cela est judicieux, il y a lieu d’opter pour un traitement au sein de l’hôpital de jour (local). Enfin, il faut en tout temps des garanties en matière de continuité des soins pour les patients de l’hôpital;

7° la fixation d’accords par écrit sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers, nécessaires à l’exécution des missions du réseau hospitalier clinique locorégional;

8° la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux individuels.

Le Conseil d’État a relevé dans son avis qu’au vu de la répartition des compétences, la mission du réseau visant à “harmoniser et coordonner avec d’autres acteurs de soins situés dans la zone géographique du réseau hospitalier clinique locorégional” ne peut pas être considérée comme une mission vis-à-vis d’établissements ou d’acteurs pour lesquels les entités fédérées sont compétentes. Cette mission explicite a dès lors été supprimée du projet. Cela ne signifie nullement que l’harmonisation de la prestation de soins entre les différents acteurs de soins (même s’ils relèvent d’un autre niveau de compétence) n’est pas jugée importante. Cette harmonisation devra cependant prendre forme sur le terrain et être soutenue par les autorités de manière concertée et de commun accord.

Het betreffen enerzijds strategische taken. Anderzijds worden er bepaalde taken toegekend met betrekking tot aangelegenheden waarvan opstellers menen dat een uniforme regeling onontbeerlijk is.

In de netwerkbeheerraad moet het loyaliteitsprincipe in acht worden genomen; de deelnemende ziekenhuizen streven een goede samenwerking na.

De beheerder dient bij het uitvoeren van deze opdrachten de artsen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk te betrekken. Er is in het ontwerp ingeschreven dat bij het nemen van deze beheersbeslissingen de adviesprocedure in titel IV voor het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk uitgewerkt, moet worden nageleefd.

De strategische beslissingen inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten (artikel 17/2, eerste lid, 1°) kunnen een belangrijke impact hebben op de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Daarom wordt in de wet bepaald dat die beslissingen met een tweederde meerderheid binnen het beheer van het netwerk moeten aangenomen worden. Deze bijzondere meerderheid moet het draagvlak voor de beslissingen inzake het medische aanbod verhogen.

Teneinde conflicten tussen beheersbeslissingen binnen de individuele ziekenhuizen en beheersbeslissingen op netwerkniveau te voorkomen wordt wettelijk verankerd dat de beslissingen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk in het kader van boven vermelde taken bindend zijn voor de individuele ziekenhuizen.

Zoals hierboven reeds meermaals vermeld kunnen de ziekenhuizen in het locoregionale ziekenhuisnetwerk intenser samenwerken en overeenkomen om meer bevoegdheden over te hevelen naar het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Voor bepaalde opdrachten is dat zelfs aanbevolen. Opstellers wensen dat in deze fase evenwel nog niet verplicht op te leggen. Er wordt hierbij gedacht aan volgende opdrachten:

- het maken van afspraken tussen de partnerziekenhuizen over personeel, sociaal overleg, financiële aspecten, organisatie, ...

- het aanstellen van artsen op netwerkniveau voornamelijk voor artsen die in meerdere ziekenhuizen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk werkzaam zijn;

- samenwerking op het vlak van niet-klinische activiteiten (“back-office”), logistiek, ondersteunende

Il s'agit, d'une part, de tâches stratégiques. D'autre part, certaines tâches sont attribuées en relation avec des matières à propos desquelles les auteurs estiment qu'un règlement uniforme est indispensable.

Au sein du conseil de gestion du réseau, le principe de loyauté doit être respecté; les hôpitaux participants visent à une bonne collaboration.

Le gestionnaire doit associer les médecins du réseau hospitalier clinique locorégional à la réalisation de ces missions. Il est inscrit dans le projet de loi que lors de la prise de ces décisions de gestion, la procédure d'avis définie au titre IV pour le réseau hospitalier clinique locorégional doit être respectée.

Les décisions stratégiques en matière d'offre de missions de soins locorégionales (article 17/2, alinéa 1^{er}, 1^o, peuvent avoir un impact important sur les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. C'est pourquoi il est stipulé dans la loi que ces décisions doivent être adoptées avec une majorité des deux tiers au sein de la gestion du réseau. Cette majorité spéciale doit augmenter le soutien aux décisions relatives à l'offre médicale.

Afin d'éviter les conflits entre décisions de gestion prises au sein des hôpitaux individuels et décisions de gestion prises au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, il est stipulé dans la loi que les décisions du réseau hospitalier clinique locorégional dans le cadre des tâches susmentionnées sont contraignantes pour les hôpitaux individuels.

Comme évoqué plusieurs fois ci-dessus, les hôpitaux peuvent collaborer plus intensément au sein du réseau hospitalier clinique locorégional et convenir de transférer plus de compétences au réseau hospitalier clinique locorégional. Pour certaines missions, c'est même à recommander. Les auteurs souhaitent toutefois, à ce stade, n'imposer encore aucune obligation. On songe ici aux missions suivantes:

- la conclusion d'accords entre les hôpitaux partenaires en matière de personnel de concertation sociale, d'aspects financiers, d'organisation, ...

- l'engagement de médecins au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, principalement pour les médecins actifs dans plusieurs hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional;

- la collaboration dans le domaine d'activités non cliniques (“back-office”, logistique, services d'appui),

diensten), apotheek, ICT (in het bijzonder voor het elektronisch patiëntendossier), samenaankoop, HR, ...;

- het gezamenlijk participeren aan klinische studies;
- het gemeenschappelijk uitwerken van een kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid, medical audit, reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, permanente vorming,...;
- het bevorderen van de samenwerking tussen de ombudsfuncties, de comités voor ziekenhuishygiëne, tussen de ethische comités, tussen de medisch-farmaceutische comités, tussen de transfusiecomités, De verstaande vorm van die samenwerking is de fusie of het volledig gemeenschappelijk organiseren voor het gehele locoregionaal klinisch netwerk.
- het delen van de financiële verantwoordelijkheid of, in een overgangsfase, het toepassen van financiële verrekeningen i.f.v. verschuivingen in de activiteiten, patiëntstromen, medische investeringen, ...
- het bundelen van de expertise door medewerkers van de ziekenhuizen waar een activiteit wordt afgebouwd in te schakelen in het ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waar deze zorgopdracht wordt gecentraliseerd dit met respect voor het sociaal overleg en alle regelgeving ter zake.

Om een vrijwillige verdere integratie op een aantal van deze punten wettelijk mogelijk te maken wordt, zoals verder zal blijken, hier en daar in de ziekenhuiswet wel een wijziging doorgevoerd.

Art. 17

Specifiek met betrekking tot de medische activiteit is een coördinatie op netwerkniveau cruciaal. Deze verantwoordelijkheid voor het coherent medisch beleid binnen het netwerk, inclusief de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid, en voor de medische opdrachten die aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn toegewezen, wordt waargenomen door een netwerkhoofdarts of een college van netwerkhoofdartsen.

Bedoeld college is samengesteld uit de hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen (met bijvoorbeeld een roterend voorzitterschap). De netwerkhoofdarts wordt voor onbepaalde tijd aangesteld door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (tenzij anders bepaald in het medisch reglement).

pharmacie, ICT (en particulier pour le dossier patient informatisé), achats groupés, RH, ...;

- la participation conjointe à des études cliniques;
- l'élaboration en commun d'une politique de qualité et sécurité du patient, l'audit médical, le règlement pour la protection de la vie privée, la formation permanente,...;
- l'encouragement de la collaboration entre les fonctions de médiation, les comités d'hygiène hospitalière, les comités d'éthique, les comités médico-pharmaceutiques, les comités de transfusion, ... La forme la plus poussée de cette collaboration est la fusion ou l'organisation totalement en commun pour le réseau hospitalier clinique locorégional tout entier;
- le partage de la responsabilité financière ou, dans une phase transitoire, l'application de compensations en fonction de glissements dans les activités, les flux de patients, les investissements médicaux...;
- le regroupement d'expertise par l'utilisation de collaborateurs des hôpitaux où une activité est démantelée dans l'hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional ou cette mission de soins est centralisée, et ceci dans le respect de la concertation sociale et de tous les règlements en la matière.

Afin de permettre sur le plan légal une intégration volontaire plus poussée sur plusieurs de ces points, comme on le verra plus loin, une modification est apportée ça et là dans la loi sur les hôpitaux.

Art. 17

Spécifiquement en ce qui concerne l'activité médicale, une coordination au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional est cruciale. Cette responsabilité relative à la cohérence de la politique médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, y compris la continuité des soins et la politique d'admission, et aux missions médicales dévolues au réseau hospitalier clinique locorégional, est assumée par un médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou un collège de médecins en chef.

Le collège visé est composé des médecins en chef des hôpitaux individuels (avec par exemple une présidence par alternance). Le médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional est nommé pour une durée indéterminée par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional (sauf dispositions contraires dans le règlement médical).

Een functie als netwerkhoofdarts of binnen het college van netwerkhoofdartsen is onverenigbaar met het voorzitterschap van de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Met het oog op een coherent medische beleid binnen het locoregionaal klinisch locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen van het klinische locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in het bijzonder volgende taken:

1° het afstemmen van de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het maken van afspraken met de referentiepunten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit. Terzijde, het is het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat kiest met welke referentiepunten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt samengewerkt.

Binnen het geografisch gebied van het locoregionaal klinisch netwerk zal de outreach-functie van de netwerkhoofdarts/het college in de praktijk ook onder meer een afstemming met de eerste lijn inhouden.

Opdat de netwerkhoofdarts alle kansen op slagen zou krijgen in zijn opdracht om de samenwerking binnen het locoregionaal klinisch netwerk op medisch vlak vlot en coherent te laten verlopen, moet hij effectief kunnen ingrijpen wanneer er iets fout loopt en de patiëntveiligheid in het gedrang komt. Een versterkte samenwerking tussen ziekenhuizen in een klinisch netwerk heeft vele voordelen. De patiënt zal doorverwezen worden naar het ziekenhuis dat het meest aangewezen is om de betrokken patiënt te behandelen. Maar in die context is het belangrijk dat een instantie het overzicht bewaart als de patiënt zich verplaatst tussen de verschillende knooppunten van het netwerk. En als er iets misloopt door een slechte afstemming van verantwoordelijken, moet die instantie actie kunnen ondernemen. De wet bepaalt daarom een beperkte bevoegdheid voor de netwerkhoofdarts (of het college) om instructies te geven aan alle artsen werkzaam in de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch netwerk, maar enkel in het kader van de locoregionale zorgopdrachten die door het netwerk worden gecoördineerd.

Elke arts behoudt uiteraard zijn therapeutische vrijheid en ook de keuzevrijheid van de patiënt blijft onverkort. Maar het negeren van de instructies van de

Une fonction de médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou au sein du collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional est incompatible avec la présidence du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

En vue de la cohérence de la politique médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, le médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional assume en notamment les tâches suivantes:

1° l'harmonisation des missions de soins locorégionales et suprégionales au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la conclusion d'accords avec les points de référence en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional en vue d'assurer la continuité des soins. Par ailleurs, c'est la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional qui choisit les points de référence en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional avec lesquels une collaboration est menée.

Au sein de la zone géographique du réseau clinique locorégional, la fonction d'outreach du médecin en chef du réseau/du collège impliquera aussi, en pratique, une harmonisation avec la première ligne, notamment.

Pour que le médecin en chef du réseau ait toutes les chances de réussir sa mission afin que la coopération au sein du réseau clinique locorégional se déroule de façon optimale et cohérente sur le plan médical, le médecin en chef du réseau doit effectivement pouvoir intervenir lorsque quelque chose ne fonctionne pas correctement et que la santé du patient est compromise. Une collaboration renforcée entre les hôpitaux et un réseau clinique présente de nombreux avantages. Le patient sera orienté vers l'hôpital le plus indiqué pour traiter le patient en question. Mais dans ce contexte, il est important qu'une instance garde une vue d'ensemble lorsque le patient se déplace entre les différents nœuds du réseau. Si un problème survient en raison d'une mauvaise mise au point des responsabilités, cette instance peut alors entreprendre une action. C'est pourquoi la loi définit une compétence limitée pour le médecin en chef du réseau (ou le collège), de donner des instructions à l'ensemble des médecins qui travaillent dans les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional mais uniquement dans le cadre des missions de soins locorégionales dont le réseau assure la coordination.

Chaque médecin conserve naturellement sa liberté thérapeutique, tout comme la liberté de choix du patient reste entière. Mais le fait d'ignorer les instructions du

netwerkhoofdarts, kan uiteraard belangrijke implicaties inzake aansprakelijkheid hebben wanneer er effectief iets misloopt. In dat opzicht kan er niet licht over een instructie van een netwerkhoofdarts heen gegaan worden. Daarnaast speelt ook het recht van de patiënt op kwaliteitsvolle zorg en een geïnformeerde toestemming. Gezien het instructierecht de patiëntveiligheid moet garanderen, moet ook de patiënt op de hoogte worden gebracht wanneer zijn veiligheid mogelijk in gevaar is. Enkel op die manier kan de patiënt een geïnformeerde toestemming geven.

Voor de bovengenoemde opdrachten en voor alle aan de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen bijkomend vrijwillig toegewezen bevoegdheden en verantwoordelijkheden, primeert de beslissingsbevoegdheid van de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen op deze van de hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen. Met andere woorden, de hoofdartsen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft daaromtrent een exclusieve bevoegdheid. De hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen behouden, elk in hun ziekenhuis, een opdracht en verantwoordelijkheid, zoals omschreven in de ziekenhuiswet voor de medische activiteiten die binnen het betrokken ziekenhuis worden georganiseerd. Alles wat niet uitdrukkelijk als bevoegdheid is toegewezen aan de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen, blijft de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de hoofdarts in het individuele ziekenhuis.

Naar analogie met de ziekenhuishoofdarts die in het bestuur van het individuele ziekenhuis wordt betrokken, wordt de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen betrokken in het beheer van het netwerk. Ze worden uitgenodigd voor en kunnen met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met uitzondering van besprekingen die betrekking hebben op aangelegenheden waarbij ze de hoofdarts rechtstreeks en persoonlijk betrokken zijn.

Art. 18

Artikel 30/2 bevat een verplichting tot het verstrekken van bepaalde informatie door het individuele ziekenhuis. Door onderhavig artikel 30/3 wordt de mogelijkheid voorzien dat deze informatieverstrekking op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeurt.

médecin en chef du réseau peut naturellement avoir d'importantes conséquences en matière de responsabilité si un problème survient. Dans cette optique, il n'est pas possible de faire fi d'une instruction donnée par le médecin en chef du réseau. Par ailleurs, le droit du patient à recevoir des soins de qualité et à un consentement éclairé joue également. Le droit de l'instruction devant garantir la sécurité du patient, ce patient doit également être informé lorsque sa sécurité est susceptible d'être compromise. Ce n'est que de cette manière que le patient peut donner un consentement éclairé.

Pour les missions précitées et pour toutes les compétences et responsabilités attribuées en plus au médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou au collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional sur une base volontaire, la compétence décisionnelle du médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou du collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional prime sur celle de médecins en chef des hôpitaux individuels. En d'autres termes, la direction médicale du réseau hospitalier clinique locorégional dispose à ce sujet d'une compétence exclusive. Les médecins en chef des hôpitaux individuels conservent, chacun dans leur hôpital, une mission et une responsabilité telles que celles définies dans la loi sur les hôpitaux pour les activités médicales organisées au sein de l'hôpital concerné. Tout ce qui n'est pas explicitement attribué en tant que compétence au médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou au collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional reste de la compétence et de la responsabilité du médecin en chef de l'hôpital individuel.

Par analogie avec le médecin en chef d'un hôpital qui est associé à la direction de l'hôpital individuel, le médecin en chef du réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège des médecins en chef du réseau hospitalier clinique locorégional sont associés à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Ils sont invités et peuvent participer avec voix consultative aux réunions de la direction du réseau hospitalier clinique locorégional, à l'exception des discussions portant sur des matières impliquant directement et personnellement la direction médicale.

Art. 18

L'article 30/2 contient une obligation pour l'hôpital individuel de communiquer certaines informations. Le présent article 30/3 prévoit la possibilité que cette communication d'information s'effectue au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 19

In artikel 32 wordt de adviesbevoegdheid van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen omschreven. Er wordt een algemene adviesbevoegdheid van de Federale Raad met betrekking tot alle aangelegenheden die zich stellen met betrekking tot de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen ingeschreven. Het is evident dat deze bevoegdheid zich enkel uitstrekt tot de federale bevoegdheid zoals vervat in artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

Art.20

Het wetsontwerp dat aan de Raad van State werd voorgelegd, bevatte een uitdrukkelijk delegatie aan de Koning om zogenaamde “basiskenmerken” te bepalen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen om erkend te worden. Deze delegatie had de bedoeling om uitdrukkelijk het onderscheid te maken tussen organieke erkenningsnormen (“basiskenmerken” genoemd) en erkenningsnormen uitgevaardigd door de deelstaten. Het bestaande artikel 66 van de gecoördineerde ziekenhuiswet dat voor de zesde staatshervorming de wettelijke basis vormde voor de federale overheid om zowel organieke als gewone erkenningsnormen ten aanzien van ziekenhuizen uit te vaardigen, spreekt enkel over “normen”. Om verwarring uit te sluiten, werd er besloten om een nieuwe delegatie in de ziekenhuiswet in te schrijven.

De Raad van State merkte in haar advies echter op dat deze uitdrukkelijke delegatie geen toegevoegde waarde heeft aangezien het bestaande artikel 66 reeds volstaat als wettelijke basis voor de federale overheid om organieke erkenningsnormen voor ziekenhuizen uit te vaardigen. De oorspronkelijke delegatie in artikel 2 van de gecoördineerde ziekenhuiswet werd uit het ontwerp geschrapt. Aan artikel 66 wordt wel toegevoegd dat de uitvoeringsbesluiten in Ministerraad moeten worden overlegd gezien het belang dat deze organieke erkenningsnormen hebben voor de organisatie van het ziekenhuislandschap.

Art.21

Artikel 21 vult artikel 67 aan met een 5° dat een explicite delegatie aan de Koning geeft om erkenningsnormen voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken te ontwerpen. Bedoelde delegatie moet uiteraard bevoegdheidsconform geïnterpreteerd worden. (zie ook de toelichting bij artikel 8).

Art. 19

L’article 32 définit la compétence d’avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Une compétence générale d’avis du Conseil fédéral relativement à toutes les affaires qui se présentent en relation avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux est inscrite dans la loi. Il va de soi que cette compétence s’étend exclusivement à la compétence fédérale énoncée à l’article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

Art. 20

Le projet de loi qui a été soumis au Conseil d’État, comprenait une délégation expresse au Roi de déterminer les “caractéristiques de base” auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire pour être agréés. Cette délégation avait pour but d’établir, de manière explicite, la distinction entre normes organiques d’agrément (appelées “caractéristiques de base”) et normes d’agrément édictées par les entités fédérées. L’article 66 existant de la loi coordonnée sur les hôpitaux qui, avant la sixième réforme de l’État, constituait la base légale pour l’autorité fédérale pour édicter aussi bien des normes organiques d’agrément que des normes d’agrément ordinaires à l’égard des hôpitaux, parle uniquement de “normes”. Afin d’exclure toute confusion, il a été décidé d’inscrire une nouvelle délégation dans la loi sur les hôpitaux.

Le Conseil d’État a toutefois fait remarquer dans son avis que cette délégation expresse n’apporte aucune valeur ajoutée, étant donné que l’article 66 existant suffit déjà en tant que base légale pour l’autorité fédérale pour édicter des normes organiques d’agrément pour hôpitaux. La délégation initiale à l’article 2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux a été supprimée du projet. Il est en revanche ajouté à l’article 66 que les arrêtés d’exécution doivent être délibérés en Conseil des ministres vu l’importance de ces normes organiques d’agrément pour l’organisation du paysage hospitalier.

Art. 21

L’article 21 vient compléter l’article 67 par un point 5° qui accorde une délégation explicite au Roi pour l’élaboration de normes d’agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. La délégation de compétence visée doit bien entendu s’interpréter conformément à la répartition des compétences (voir aussi le commentaire de l’article 8).

Art. 22

Artikel 70 van de ziekenhuiswet bevat de verplichting voor het individueel ziekenhuis om te beschikken over een plaatselijk ethisch comité. Dit betreft een regel met een organisatorisch karakter die kan worden ingepast in de organieke wetgeving (zie Van Nieuwenhove). De voorbereidende werken bij de Zesde Staatshervorming bestempelen de interne adviesorganen van het ziekenhuis trouwens uitdrukkelijk als organiek en dus als federale bevoegdheid.

Hierboven werd beschreven dat de ziekenhuizen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk ervoor kunnen opteren intenser (dan wettelijk verplicht) samen te werken en dus kunnen beslissen om meer bevoegdheden over te hevelen naar het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Door onderhavig artikel wordt een meer doorgedreven (vrijwillige) integratie op het vlak van het ethisch comité mogelijk gemaakt.

De individuele ziekenhuizen kunnen ervoor opteren een beroep te doen op een ethisch comité georganiseerd door het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Het betreft duidelijk een mogelijkheid waarvan gebruik kan worden gemaakt, eventueel voor welbepaalde taken. Vooraleer de ziekenhuizen van deze mogelijkheid gebruik kunnen maken is het wel nodig dat bij koninklijk besluit na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de samenstelling en de werking van het ethisch comité op netwerkniveau worden bepaald. De Koning kan tevens na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen eveneens nadere regelen bepalen in verband met het vervullen van de opdrachten voorzien in artikel 70 door het ethisch comité van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk ten behoeve van de individuele ziekenhuizen.

Art. 23

Artikel 71 van de ziekenhuiswet stelt dat elk individueel ziekenhuis in principe moet beschikken over een ombudsfunctie voor klachten in verband met het schenden van de patiëntenrechten. Ook deze bepaling wordt gewijzigd teneinde de individuele ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden zich verder te integreren in het kader van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Er wordt voorzien dat het volstaat dat het individueel ziekenhuis het klachtrecht van de patiënt zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt garandeert via het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. Er mag daarbij wel geen afbreuk worden gedaan aan het laagdrempelig karakter van de ombudsfunctie voor de patiënt. Ook een

Art. 22

L'article 70 de la loi sur les hôpitaux contient l'obligation pour l'hôpital individuel de disposer d'un comité local d'éthique. Il s'agit d'une règle à caractère organisationnel qui peut s'inscrire dans le cadre de la législation organique (cf. Van Nieuwenhove). Les travaux préparatoires à la sixième réforme de l'État considèrent d'ailleurs explicitement les organes d'avis internes à l'hôpital comme organiques et donc comme une compétence fédérale.

Il a été exposé ci-dessus que les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional peuvent opter pour une collaboration plus intense (que celle légalement obligatoire) et donc décider de transférer davantage de compétences au réseau hospitalier clinique locorégional. Le présent article permet une intégration plus poussée (volontaire) sur le plan du comité d'éthique.

Les hôpitaux individuels peuvent choisir de faire appel à un comité d'éthique organisé par le réseau hospitalier clinique locorégional. Il s'agit clairement d'une possibilité dont il peut être fait usage, le cas échéant, pour certaines tâches bien précises. Avant que les hôpitaux puissent faire usage de cette possibilité, il est toutefois nécessaire que la composition et le fonctionnement du comité d'éthique au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional soient définis par arrêté royal après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Le Roi peut, également après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, déterminer aussi des règles plus précises quant à l'exercice des missions prévues à l'article 70 par le comité d'éthique du réseau hospitalier clinique locorégional en faveur des hôpitaux individuels.

Art. 23

L'article 71 de la loi sur les hôpitaux stipule que chaque hôpital individuel doit en principe disposer d'une fonction de médiation pour les plaintes relatives à la violation des droits du patient. Cette disposition est elle aussi modifiée afin d'offrir aux hôpitaux individuels la possibilité d'une intégration plus poussée dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional. Il est prévu qu'il suffit que l'hôpital individuel garantisse le droit de plainte du patient tel que visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par le biais du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital. Il ne peut toutefois être dérogé à cet égard au caractère de faible seuil d'accessibilité de la fonction de médiation pour le patient. Une fonction de médiation commune au niveau du réseau doit elle

gemeenschappelijke ombudsfunctie op netwerkniveau moet voor de patiënten van het netwerk makkelijk bereikbaar zijn. De voorwaarden waaraan de ombudsfunctie van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk moet voldoen, zullen worden bepaald in toepassing van artikel 11, § 3, van bedoelde wet van 22 augustus 2002.

In de toekomst zal een gelijkaardige mogelijkheid worden ingeschreven in de organieke regels met betrekking tot andere comités van de ziekenhuizen zoals bijvoorbeeld het medisch-farmaceutisch comité en het transfusiecomité.

Art. 24

Artikel 82 van de ziekenhuiswet stelt de voorwaarden vast voor de uitbating van bijvoorbeeld een ziekenhuisdienst op verschillende vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of van verschillende ziekenhuizen in het kader van een ziekenhuisassociatie. In de toekomst zal de situatie zich voordoen dat een ziekenhuisdienst wordt uitgebaat op verschillende vestigingsplaatsen door een locoregionale klinisch netwerk. Daarom wordt door onderhavige wijziging het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk in artikel 82 ingevoegd zodat de voorwaarden van artikel 82 ook op voornoemde situatie van toepassing zijn. Dit betekent dat uitsplitsing kan tenzij bij koninklijk besluit verboden. Bij uitsplitsing moeten de verschillende vestigingsplaatsen afzonderlijk worden erkend, voldoen aan de erkenningsnormen en programmatatisch in rekening gebracht. Op deze drie voorwaarden kunnen ook bij koninklijk besluit uitzonderingen worden bepaald.

Opstellers wensen nog het volgende mee te geven over uitsplitsingen op netwerkniveau. De strategische beslissingen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten, en meer in het bijzonder mogelijke uitsplitsingen over meerdere vestigingsplaatsen van het netwerk, moeten in elk geval kaderen in de geest van de rationalisatie en kwaliteitsverbetering die inherent is aan de huidige hervorming van het ziekenhuislandschap.

Art. 25

Titel III, hoofdstuk V van de ziekenhuiswet heeft betrekking op de boekhouding van het ziekenhuis, de controle door een bedrijfsrevisor van deze boekhouding evenals de jaarrekening en het meedelen van gegevens. In de voorbereidende werken bij de Zesde Staatshervorming worden deze drie domeinen uitdrukkelijk tot de bevoegdheid van de federale overheid gerekend (nl. organieke wetgeving)

aussi être facilement accessible pour les patients. Les conditions auxquelles la fonction de médiation du réseau hospitalier clinique locorégional doit répondre seront déterminées en application de l'article 11, § 3, de la loi susvisée du 22 août 2002.

A l'avenir, une possibilité analogue sera inscrite dans les règles organiques relatives à d'autres comités des hôpitaux, comme par exemple le comité médico-pharmaceutique et le comité de transfusion.

Art. 24

L'article 82 de la loi sur les hôpitaux fixe les conditions pour l'exploitation, par exemple, d'un service hospitalier sur plusieurs sites d'un même hôpital ou de plusieurs hôpitaux dans le cadre d'une association d'hôpitaux. À l'avenir, la situation se présentera où un service hospitalier est exploité par un réseau hospitalier clinique locorégional. C'est pourquoi la présente modification insère le réseau hospitalier clinique locorégional dans l'article 82 afin que les conditions de l'article 82 soient aussi applicables à la situation précitée. Ceci implique qu'une subdivision est possible sauf interdiction par arrêté royal. En cas de subdivision, les différents sites doivent disposer d'un agrément distinct, répondre aux normes d'agrément et être pris en compte dans la programmation. Des dérogations à ces trois conditions peuvent également être définies par arrêté royal.

Les auteurs tiennent encore à préciser ce qui suit en ce qui concerne les subdivisions au niveau du réseau. Les décisions stratégiques du réseau hospitalier clinique locorégional en matière d'offre de missions de soins locorégionales, et en particulier en matière de subdivisions possibles sur plusieurs sites du réseau, doivent en tout cas s'inscrire dans le cadre de l'esprit de rationalisation et d'amélioration de la qualité qui est inhérent à la présente réforme du paysage hospitalier.

Art. 25

Le titre III, chapitre V de la loi sur les hôpitaux se rapporte à la comptabilité de l'hôpital, au contrôle de cette comptabilité par un réviseur d'entreprise, ainsi qu'aux comptes annuels et à la communication de données. Dans les travaux préparatoires à la sixième réforme de l'État, ces trois domaines ont été explicitement considérés comme relevant de la compétence de l'autorité fédérale (législation organique).

Opstellers wensen voor deze domeinen een integratie in het kader van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk toe te laten. Door dit artikel wordt daartoe een nieuwe afdeling 4 in titel III, hoofdstuk V, van de ziekenhuiswet ingevoegd. Ter verduidelijking, het is geenszins de bedoeling om af te wijken van de bepalingen van titel III, hoofdstuk V. Enkel een integratie wordt mogelijk gemaakt voor de opgesomde aangelegenheden.

Art. 26

In de door het vorige lid ingevoegde afdeling 4 wordt een artikel 94/1 ingevoegd. Daarin wordt bepaald dat in afwijking op de bepalingen van het hoofdstuk het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk de boekhoudingen van de individuele ziekenhuizen en/of het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan bijhouden (elk ziekenhuis heeft wel nog zijn eigen boekhouding), een beëdigd bedrijfsrevisor kan aanstellen en de in artikelen 92 tot en met 93 bedoelde gegevens kan mededelen. Een eventuele overheveling naar netwerkniveau van onder meer de boekhouding kan natuurlijk enkel indien de ziekenhuizen daardoor de wetgeving die ze als rechtspersoon moeten naleven, niet schenden.

Art. 27

Op heden voorziet de ziekenhuiswet enkel dat een budget van financiële middelen aan een individueel ziekenhuis wordt toegekend. Zo worden bijvoorbeeld werkingskosten van samenwerkingsverbanden gefinancierd via de deelnemende ziekenhuizen. Dit is een vrij omslachtige procedure en leidt soms tot discussies.

Vandaar dat in een nieuw artikel 96/1 de mogelijkheid wordt voorzien dat de federale minister van Volksgezondheid een afzonderlijk budget van financiële middelen bepaalt voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Het gegeven dat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over rechtspersoonlijkheid moet beschikken, maakt dergelijk afzonderlijk budget trouwens mogelijk. De individuele ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk kunnen bijkomend op vrijwillige basis een deel van hun budget doorstorten naar het netwerk. Bijvoorbeeld een samenwerking tussen de ziekenhuizen op het vlak van de ziekenhuisapotheek kan gepaard gaan met het overmaken van het overeenkomstige budget aan het netwerk.

Er wordt hierbij enkel een mogelijkheid gecreëerd. Bovendien moeten eerst bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit nadere regelen worden uitgewerkt. De Koning bepaalt daarbij inzonderheid welke artikelen van dit hoofdstuk op het in het eerste lid bedoelde

Les auteurs souhaitent permettre pour ces domaines une intégration dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional. À cet effet, le présent article insère une nouvelle section 4 dans le titre III, chapitre V, de la loi sur les hôpitaux. À titre de précision, l'intention n'est nullement de déroger aux dispositions du titre III, chapitre V. Une intégration est uniquement rendue possible pour les matières précitées.

Art. 26

Dans la section 4 insérée par l'alinéa précédent, un article 94/1 est inséré. Il y est stipulé que par dérogation aux dispositions du chapitre, le réseau hospitalier clinique locorégional peut tenir les comptabilités des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional (chaque hôpital conservant toutefois sa comptabilité propre), désigner un réviseur d'entreprise asservement et communiquer les données visées aux articles 92 à 93 inclus. Un éventuel transfert au niveau du réseau, entre autres, de la comptabilité, n'est évidemment possible que dans la mesure où les hôpitaux ne transgressent pas de la sorte la législation qu'ils sont tenus de respecter en tant que personne morale.

Art. 27

Actuellement, la loi sur les hôpitaux prévoit uniquement l'attribution d'un budget des moyens financiers à un hôpital individuel. Ainsi, par exemple, les frais de fonctionnement des associations sont financés via les hôpitaux participants. Il s'agit d'une procédure relativement lourde qui entraîne parfois des discussions.

C'est pourquoi, dans un nouvel article 96/1, la possibilité est prévue que le ministre fédéral de la Santé publique fixe un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional. Le fait que le réseau hospitalier clinique locorégional doive disposer de la personnalité juridique rend d'ailleurs possible ce genre de budget distinct. Les hôpitaux individuels faisant partie du réseau peuvent en outre, sur une base volontaire, reverser au réseau une partie de leur budget. Par exemple, une collaboration entre les hôpitaux sur le plan de la pharmacie hospitalière peut aller de pair avec la transmission au réseau du budget correspondant.

À cet égard, seule une possibilité est créée. Il faut d'abord définir en outre, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, des règles plus précises. Le Roi détermine notamment à cet égard quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie,

afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die Hij nodig acht. Niets sluit trouwens uit dat binnen het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk op vrijwillige basis financiële afspraken worden gemaakt ongeacht of aan dit nieuwe artikel uitvoering wordt gegeven. De Raad van State wordt niet gevuld in haar suggestie om dit besluit ook voor te leggen aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. In tegenstelling tot de uitvoeringsbesluiten die de nadere regelen bepalen van het budget van individuele ziekenhuizen, is de in dit artikel ontworpen delegatie onderworpen aan overleg in Ministerraad. Dit overleg garandeert op voldoende wijze dat de standpunten van de sector mee in rekening worden genomen.

Art. 28

Zoals reeds herhaaldelijk gesteld, wordt de juridische omkadering van het netwerkgebeuren bewust minimaal gehouden. Elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk beslist voornamelijk zelf over de mate van integratie. Dit is niet anders voor het statuut van de ziekenhuisartsen zoals vervat in titel IV van de ziekenhuiswet. Opstellers menen dat het ook aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk toekomt om te beslissen over het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisartsen naar netwerkniveau. Dergelijke overheveling hangt immers af van de mate van integratie binnen het netwerk.

In onderhavig artikel wordt geregeld op welke wijze er op ziekenhuisniveau wordt beslist tot overheveling. De beheerder neemt het initiatief en legt verplicht zijn voornemen tot overheveling van een aangelegenheid met betrekking tot het statuut, zoals bijvoorbeeld de algemene regeling, voor advies voor aan de medische raad van het ziekenhuis. Adviesaanvraag en advies worden verplicht schriftelijk geformuleerd. Bij het advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd.

Binnen elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk dient de ziekenhuisbeheerder over een bij gewone meerderheid van de stemgerechtigde leden uitgebracht positief advies van de medische raad van het ziekenhuis te beschikken vooraleer er sprake kan zijn van een overheveling naar netwerkniveau.

Om te vermijden dat het advies van een medische raad van een ziekenhuis van het netwerk uitblijft omdat tijdens de vergadering niet voldoende stemgerechtigde leden aanwezig zijn om een advies uit te brengen met een gewone meerderheid van de stemgerechtigde leden, wordt bepaald dat elk stemgerechtigd lid een stem moet uitbrengen. Men kan een mandaat geven aan een

au budget distinct visé à l'alinéa 1^{er}, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires. Rien n'exclut par ailleurs que des accords financiers soient conclus au sein du réseau hospitalier clinique locorégional sur une base volontaire indépendamment de la mise en exécution de ce nouvel article. Le Conseil d'État n'est pas suivi dans sa suggestion d'également soumettre cet arrêté au Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Contrairement aux arrêtés d'exécution qui fixent les modalités du budget des hôpitaux individuels, la délégation prévue par cet article est soumise à la délibération en Conseil des ministres. Cette délibération garantit de manière suffisante la prise en compte des positions du secteur.

Art. 28

Comme cela a déjà été dit à plusieurs reprises, le cadre juridique des réseaux est délibérément maintenu à un niveau minimal. Chaque réseau hospitalier clinique locorégional décide principalement lui-même du degré d'intégration. Il n'en va pas autrement du statut des médecins hospitaliers défini dans le titre IV de la loi sur les hôpitaux. Les auteurs estiment qu'il revient aussi aux hôpitaux constitutifs du réseau de décider du transfert de matières relatives au statut des médecins hospitaliers au niveau du réseau. Un tel transfert dépend en effet du degré d'intégration au sein du réseau.

Le présent article règle la façon dont la décision en matière de transfert est prise au niveau de l'hôpital. Le gestionnaire prend l'initiative et est tenu de soumettre son projet de transfert d'une matière relative au statut, comme par exemple la réglementation générale, à l'avis du conseil médical de l'hôpital. La demande d'avis et l'avis sont obligatoirement formulés par écrit. Le résultat du vote est joint à l'avis.

Dans chaque hôpital constitutif du réseau, le gestionnaire de l'hôpital doit disposer d'un avis positif du conseil médical de l'hôpital rendu à la majorité simple des membres disposant du droit de vote avant qu'il ne soit question d'un transfert au niveau du réseau.

Afin d'éviter que l'avis d'un conseil médical d'un hôpital du réseau reste en suspens parce que pendant la réunion, les membres disposant du droit de vote sont présents en nombre insuffisant pour émettre un avis à la majorité simple des membres disposant du droit de vote, il est stipulé que chaque membre disposant du droit de vote doit exprimer un vote. Il est possible de donner

ander lid van de medische raad of men kan stemmen via brief of een elektronische drager. Tevens wordt op suggestie van de Raad van State voorzien dat een lid dat na verloop van twee maanden niet heeft gestemd wordt geacht zich onthouden te hebben.

Art. 29

Door onderhavig artikel wordt in hoofdstuk I van titel IV van de ziekenhuiswet een afdeling 4 ingevoegd die specifiek betrekking heeft op de betrokkenheid van de ziekenhuisartsen bij de besluitvorming van het locoregionaal klinisch netwerk.

Art. 30

In een nieuw artikel 143/1 wordt bepaald dat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet beschikken over een medische raad op netwerkniveau.

Gelet de oprichting van dergelijke medische raad enige tijd in beslag zal nemen, wordt een tijdelijke bepaling ingeschreven. Gedurende een periode van 5 jaar te rekenen van de erkenning van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan de vertegenwoordiging van de ziekenhuisartsen op netwerkniveau, in plaats van door een medische raad aangesteld op netwerkniveau, worden gegarandeerd door een gemanageerde delegatie van ziekenhuisartsen die lid zijn van de medische raden van de individuele ziekenhuizen. Het zijn deze medische raden die delegeren. Elke medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is minstens door één ziekenhuisarts in de delegatie vertegenwoordigd. Deze gemanageerde delegatie neemt de taken te vervullen door de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waar.

In een laatste lid wordt de mogelijkheid voorzien om bij koninklijk besluit het tijdstip van de verkiezing van de medische raad van de verschillende netwerken te synchroniseren (voor de verkiezingen na de eerste verkiezing).

Art. 31

De leden van de medische raad van het klinisch locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden voor een hernieuwbare periode van 3 jaar rechtstreeks gekozen door en onder de ziekenhuisartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk. Om van een representatief orgaan te kunnen spreken is evenwel een evenwichtige en representatieve samenstelling onontbeerlijk.

mandat à un autre membre du conseil médical ou de voter par lettre ou par support électronique. Comme suggéré par le Conseil d'État, il est également prévu qu'un membre qui n'a pas voté à l'expiration d'un délai de deux mois, est censé s'être abstenu.

Art. 29

Le présent article insère dans le chapitre I^{er} du titre IV de la loi sur les hôpitaux une section 4 portant spécifiquement sur l'association des médecins hospitaliers au processus décisionnel du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 30

Un nouvel article 143/1 stipule que le réseau hospitalier clinique locorégional doit disposer d'un conseil médical au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional.

Étant donné que la création d'un conseil médical de ce genre prendra un certain temps, une disposition temporaire est inscrite dans la loi. Pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier clinique locorégional, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, plutôt que par un conseil désigné au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, peut être garantie par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux individuels. Ce sont ces conseils médicaux qui déléguent. Chaque conseil médical de chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation. Cette délégation mandatée assume les tâches à accomplir par le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Dans un dernier alinéa, la possibilité est prévue de synchroniser par arrêté royal le moment de l'élection du conseil médical des différents réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (pour les élections postérieures à la première élection).

Art. 31

Les membres du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional sont élus directement, pour un mandat renouvelable de trois ans, par et parmi les médecins hospitaliers des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Pour que l'on puisse parler d'un organe représentatif, une composition équilibrée et représentative est toutefois indispensable.

Opstellers menen dan ook dat elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk de garantie moet hebben om minimum door één ziekenhuisarts te zijn vertegenwoordigd binnen de medische raad van het netwerk. Dit kan een arts zijn die ook zetelt in de medische raad van het individuele ziekenhuis maar dat is niet noodzakelijk. In de wet wordt met het oog op deze garantie ingeschreven dat vooraf aan de verkiezingen bijzondere modaliteiten moeten worden vastgesteld om deze minimale vertegenwoordiging te bekomen.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt voor het overige een grote vrijheid gelaten zowel met betrekking tot de verkiezing als de samenstelling van de overkoepelende medische raad. Wel wordt de mogelijkheid voorzien om bij koninklijk besluit nadere voorwaarden te bepalen waaraan de ziekenhuisartsen moeten voldoen om stemgerechtigd of verkiesbaar te zijn. De Koning kan eveneens regels bepalen met betrekking tot de samenstelling van het vertegenwoordigend orgaan, de wijze van verkiezing van de leden, de aanwijzing van de voorzitter, en de werking van het orgaan.

Art. 32

De taak van de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk situeert zich op het niveau van het geneeskundig zorgaanbod van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

In een nieuw artikel 143/3 worden de beslissingsmodaliteiten opgenomen voor wat betreft de aanstelling van de hoofdarts van het netwerk, de taken van de netwerkbeheerder en de angelegenheden bedoeld in artikel 137 desgevallend voor zover overgeheveld naar netwerkniveau. Dit laatste kan als volgt worden verduidelijkt. In bepaalde gevallen zal het beslissingsmechanisme zoals vervat in dit artikel 143/3 pas in werking treden indien de betreffende angelegenheid van artikel 137 is overgeheveld naar netwerkniveau. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de algemene regeling zoals bedoeld in artikel 137, 1°. In een eerste fase moet in toepassing van artikel 140/1 worden besloten om de algemene regeling over te hevelen naar netwerkniveau. Nadat de algemene regeling naar netwerkniveau is overgeheveld, geldt de procedure van onderlinge overeenstemming van onderhavig artikel 143/3 voor het vaststellen van de algemene regeling. Voor sommige andere angelegenheden van artikel 137 geldt de procedure van onderlinge overeenstemming op netwerkniveau zonder dat er vooraf sprake moet zijn van een overheveling van de angelegenheid naar netwerkniveau. Bijvoorbeeld, er wordt besloten om individuele overeenkomsten op netwerkniveau af te sluiten. Voor

Les auteurs pensent dès lors que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la garantie d'être représenté par au minimum un médecin hospitalier au sein du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional. Ce peut être un médecin qui siège aussi au conseil médical de l'hôpital individuel, mais ce n'est pas indispensable. En vue de cette garantie, il est inscrit dans la loi que préalablement aux élections, des modalités particulières doivent être fixées pour parvenir à cette représentation minimale.

Pour le reste, une grande liberté est laissée au réseau hospitalier clinique locorégional, tant en ce qui concerne l'élection que la composition du conseil médical coupole. La possibilité est toutefois prévue de définir par arrêté royal des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers doivent satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative. Le Roi peut également fixer certaines règles relatives à la composition de l'organe représentatif, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, et au fonctionnement de l'organe.

Art. 32

La tâche du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional se situe au niveau de l'offre de soins médicaux du réseau hospitalier clinique locorégional.

Un nouvel article 143/3 reprend les modalités de décision en ce qui concerne la nomination du médecin en chef du réseau, les tâches du gestionnaire du réseau et, le cas échéant, les matières visées à l'article 137, pour autant qu'elles aient été transférées au niveau du réseau. Ceci peut être clarifié comme suit. Dans certains cas, le mécanisme décisionnel, tel que prévu dans cet article 143/3, n'entrera en vigueur que si la matière en question de l'article 137 est transférée au niveau du réseau. C'est par exemple le cas pour la réglementation générale visée à l'article 137, 1°. Lors d'une première phase, il y a lieu de décider, en application de l'article 140/1, de transférer la réglementation générale au niveau du réseau. Après le transfert de la réglementation générale au niveau du réseau, c'est la procédure d'accord mutuel du présent article 143/3 relatif à la fixation de la réglementation générale qui est d'application. Pour certaines autres matières de l'article 137, c'est la procédure d'accord mutuel au niveau du réseau qui est d'application, sans devoir évoquer au préalable la question d'un transfert de la matière au niveau du réseau. Par exemple, il est décidé de conclure des accords individuels au niveau du réseau. Pour le recrutement, la nomination, les sanctions (article 137, 6°, 8°)

onder meer aanwerving, benoeming, sancties (artikel 137, 6°, 8°) geldt dan de procedure van onderlinge overeenstemming van onderhavig artikel 143/3 zonder dat er vooraf een overheveling van deze aangelegenheden naar netwerkniveau moet zijn. In dat geval is er namelijk sprake van de toepassing van het principe “bijzaak volgt hoofdzaak”.

Voor de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16°, (verpleegkundig en paramedisch kader) en 18°, (klachten in verband met de werking van de medische diensten) geldt evenwel de adviesprocedure voorzien in artikel 143/4.

Opstellers hebben door te kiezen voor een consensusmodel geopteerd voor een positieve benadering. Het betreft een paritair model met uiteindelijk twee stemmen: er wordt beslist in onderlinge overeenstemming tussen beheer en medische raad van het netwerk. Uiteindelijk dient er dus na het bereiken van een consensus binnen elke bank een consensus tussen de beide banken worden bereikt. Vaak zal dat neerkomen op geven en nemen met als resultaat een compromis waarin beide partijen zich kunnen vinden.

Op welke wijze de banken tot een consensus komen, wordt vrij gelaten. Het netwerk beslist daar zelf over (vb. wordt er gewerkt met delegaties). Er kan bijvoorbeeld voor worden geopteerd de modaliteiten voorzien in artikel 142 van de ziekenhuiswet voor het rechtstreeks overleg binnen een Permanent comité van overleg, toe te passen.

Om discussies te vermijden over de inhoud van de genomen beslissingen wordt een schriftelijke neerslag vereist. Deze schriftelijke neerslag wordt ondertekend door enerzijds de voorzitter van de medische raad en anderzijds een lid of een orgaan van het beheer dat volgens de statuten gemanageerd is om voor de rechtspersoon waarbij het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk is opgericht, bindende beslissingen te nemen. Zodoende wordt er minstens de bewijskracht van een onderhandse akte verleend aan de beslissing.

Er wordt wel een procedure voorzien voor het geval een consensus uit blijft. Opstellers hebben zich daarvoor geïnspireerd op artikel 157 van de ziekenhuiswet, van toepassing bij de aanwending van de honoraria.

Indien binnen de drie maanden te rekenen vanaf het eerste overleg geen consensus wordt bereikt legt de beheerder een voorstel van oplossing voor aan de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.

notamment, c'est la procédure d'accord mutuel du présent article 143/3 sans devoir évoquer au préalable un transfert de ces matières au niveau du réseau. Dans ce cas, il est effectivement question de l'application du principe "l'accessoire suit le principal".

Pour les matières visées à l'article 137, 16°, (cadre infirmier et paramédical) et 18°, (plaintes relatives au fonctionnement des services médicaux), c'est cependant la procédure d'avis prévue à l'article 143/4 qui est application.

Les auteurs, en choisissant un modèle de consensus, ont opté pour une approche positive. Il s'agit d'un modèle paritaire qui comprend au final deux voix: les décisions sont prises d'un accord mutuel entre la gestion et le conseil médical du réseau. Après consensus au sein de chaque banc, un consensus devra donc être trouvé entre les deux bancs. Cela revient souvent à du donnant-donnant, avec comme résultat un compromis qui agrée les deux parties.

La façon pour les bancs d'aboutir à un consensus est laissée au libre choix. C'est le réseau lui-même qui décide à ce sujet (p. ex. travailler avec des délégations). Par exemple, on peut choisir d'appliquer les modalités prévues à l'article 142 de la loi sur les hôpitaux pour la concertation directe au sein d'un comité permanent de concertation.

Pour éviter les discussions sur le contenu des décisions prises, un écrit est exigé. Ces écrits sont signés par d'une part le président du conseil médical et, d'autre part, par un membre ou un organe de gestion qui, selon les statuts, est mandaté à prendre des décisions contraignantes pour la personne morale où le réseau hospitalier clinique locorégional a été créé. Ainsi, la force probante d'un acte sous seing privé est au moins accordée à la décision.

Une procédure est néanmoins prévue en l'absence de consensus. Les auteurs se sont inspirés de l'article 157 de la loi sur les hôpitaux, qui s'applique à l'affectation des honoraires.

Si, dans les trois mois à compter de la première concertation, aucun consensus n'est trouvé, le gestionnaire soumet une proposition de solution au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Indien de medische raad over dit voorstel binnen een maand (te rekenen vanaf de voorlegging van het voorstel van oplossing) een schriftelijk en gemotiveerd advies uitbrengt met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies wordt de verzoedige adviesprocedure van toepassing.

Art. 33

Er wordt een specifieke adviesverplichting voor de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk in de wet voorzien, namelijk aangaande de aangelegenheden bepaald in artikel 137, 16° en 18°, van de ziekenhuiswet voor zover ze zich op netwerkniveau voordoen. Ook hier is er al dan niet sprake van een voorafgaande overheveling van deze aangelegenheden naar netwerkniveau. Er kan bijvoorbeeld in toepassing van artikel 140/1 worden besloten om het verpleegkundig kader van op ziekenhuisniveau erkende diensten over te hevelen naar netwerkniveau. Na deze overheveling zal op netwerkniveau in toepassing van onderhavig artikel advies worden verleend. Anders is het indien in de toekomst eventueel erkenningen op netwerkniveau worden toegekend. De adviesprocedure van onderhavig artikel met betrekking bijvoorbeeld het verpleegkundig kader van deze diensten is van toepassing zonder dat deze aangelegenheid van artikel 137, 16°, vooraf moet worden overgeheveld naar netwerkniveau.

Bovendien verstrekkt de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies over alle aangelegenheden (andere dan de aangelegenheden die door artikel 143/3 worden geviseerd) die door het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden voorgelegd.

Ook kan het vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk op eigen initiatief aan het beheer van het klinisch locoregionale ziekenhuisnetwerk advies verstrekken over al de aangelegenheden die de uitvoering van de geneeskunde in het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk betreffen.

Voor de niet-netwerkactiviteiten blijft de bevoegdheid van de medische raad per ziekenhuis behouden. Een meer doorgedreven integratie wordt door opstellers wel geprefereerd.

Art. 34

Voor de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, die bij artikel 32 zijn uitgezonderd evenals voor

Si le conseil médical émet sur cette proposition, dans un délai d'un mois à compter de la présentation de la proposition de solution, un avis écrit et motivé à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative et si le gestionnaire ne peut se rallier à cet avis, la procédure d'avis motivé est appliquée.

Art. 33

Une obligation d'avis spécifique est prévue dans la loi pour le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional, notamment en ce qui concerne les matières de l'article 137, 16° et 18°, de la loi sur les hôpitaux, pour autant qu'elles se produisent au niveau du réseau. Ici aussi, il est question ou non d'un transfert préalable de ces matières au niveau du réseau. Par exemple, on peut décider, en application de l'article 140/1, de transférer le cadre infirmier des services agréés au niveau hospitalier vers le niveau du réseau. Après ce transfert, un avis sera rendu au niveau du réseau, en application du présent article. Il en va autrement si, à l'avenir, des agréments sont éventuellement octroyés au niveau du réseau. La procédure d'avis du présent article concernant par exemple le cadre infirmier de ces services est d'application sans devoir transférer au préalable cette matière de l'article 137, 16°, au niveau du réseau.

En outre, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional rend un avis sur toutes les matières (autres que les matières qui sont visées à l'article 143/3) soumises par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

L'organe représentatif des médecins hospitaliers du réseau hospitalier clinique locorégional est également habilité à rendre d'initiative un avis à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional sur toutes les questions portant sur l'exercice de la médecine au sein du réseau hospitalier clinique locorégional.

Pour les activités non liées au réseau hospitalier clinique locorégional, la compétence du conseil médical pour chaque hôpital est maintenue. Les auteurs privilégiennent toutefois une intégration plus poussée.

Art. 34

Pour les matières visées à l'article 137, 16° et 18° qui ont été exceptées à l'article 32, de même que pour

alle andere aangelegenheden die de beheerder aan de medische raad voorlegt, geldt een gewone adviesprocedure. Tenzij anders overeengekomen verstrekt de medische raad advies binnen een maand. Indien binnen deze termijn geen advies is gegeven kan de beheerder zonder advies een beslissing nemen. Zowel het advies als de adviesaanvraag worden schriftelijk geformuleerd. Bij het advies wordt bovendien de uitslag van de stemming gevoegd en op vraag van de minderheid kan een minderheidsnota toegevoegd worden.

Art. 35

Indien een aangelegenheid van artikel 137 in toepassing van artikel 140/1 wordt overgeheveld naar het netwerkniveau zijn de medische raden van de individuele ziekenhuizen niet meer bevoegd om over deze aangelegenheid advies uit te brengen. De medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk wordt met andere woorden door de overheveling van een aangelegenheid exclusief bevoegd voor de adviesverlening daaromtrent (dus enkel met betrekking tot de daadwerkelijk overgedragen aangelegenheden).

Art. 36

In een nieuw artikel 143/7 wordt een wettelijke basis gecreëerd voor het meedelen van financiële en statistische gegevens door het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. De Koning kan bepalen welke gegevens moeten worden meegedeeld en volgens welke regels en voorwaarden dat moet gebeuren. Voor de individuele ziekenhuizen is een gelijkaardige bepaling opgenomen in artikel 141. Er werd daaraan uitvoering gegeven bij een koninklijk besluit van 18 december 2001; een aantal gegevens moet worden meegedeeld in het kader van de centrale inning van de honoraria.

Art. 37

In het kader van een verregaande integratie kan een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk er voor opteren een gemeenschappelijke algemene regeling voor het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk uit te werken. In artikel 144, § 4, wordt deze mogelijkheid voorzien. Deze gemeenschappelijke algemene regeling is van toepassing op alle ziekenhuizen van het netwerk. Er is dus geen sprake meer van afzonderlijke algemene regelingen voor de individuele ziekenhuizen.

toutes les autres matières soumises par le gestionnaire au conseil médical, une procédure d'avis simple est d'application. Sauf disposition contraire, le conseil médical rend un avis dans le mois. Si, dans ce délai, aucun avis n'est rendu, le gestionnaire peut prendre une décision sans avis. Tant l'avis que la demande d'avis sont formulés par écrit. En outre, le résultat du vote est joint à l'avis, et une note de minorité peut être jointe sur demande de la minorité.

Art. 35

Dès qu'une matière de l'article 137 est transférée au niveau du réseau en application de l'article 140/1, les conseils médicaux des hôpitaux individuels ne sont plus compétents pour rendre un avis sur ladite matière. En d'autres termes, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional obtient, par le transfert d'une matière, une compétence exclusive pour la formulation d'avis sur cette matière (donc seulement en ce qui concerne les matières effectivement transférées).

Art. 36

Un nouvel article 143/7 crée une base légale pour la communication de données financières et statistiques par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional. Le Roi peut déterminer les données qui doivent être communiquées et selon quelles règles et conditions cela doit avoir lieu. Une disposition analogue pour les hôpitaux individuels est reprise à l'article 141. Celle-ci a été mise en exécution par un arrêté royal du 18 décembre 2001; un certain nombre de données doivent être communiquées dans le cadre de la perception centrale des honoraires.

Art. 37

Dans le cadre d'une intégration poussée, un réseau hospitalier clinique locorégional peut opter en faveur de l'élaboration d'une réglementation générale commune pour le réseau hospitalier clinique locorégional. L'article 144, § 4, prévoit cette possibilité. Cette réglementation générale commune s'applique à tous les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional. Il n'est donc plus question de réglementations générales distinctes pour les hôpitaux individuels.

Een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zal van deze mogelijkheid enkel gebruik kunnen maken na toepassing van artikel 140/1. De beheerders en medische raden van alle individuele ziekenhuizen moeten er voor opteren de algemene regeling naar netwerkniveau te tillen. De gemeenschappelijke algemene regeling wordt genomen in onderlinge overeenstemming door het beheer en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Men neemt bij de vaststelling van de gemeenschappelijke algemene regeling de financiële toegankelijkheid voor de patiënt mee in acht.

Art. 38

Ziekenhuisartsen moeten in toepassing van artikel 145 beschikken over een individuele schriftelijke overeenkomst met of een benoemingsakte van de beheerder van het individueel ziekenhuis waar ze werkzaam zijn. In het kader van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan er voor worden geopteerd om dergelijke individuele schriftelijke regeling te situeren op het niveau van het netwerk. Van deze mogelijkheid kan onder meer gebruik gemaakt worden voor ziekenhuisartsen die samenwerken in het kader van zorgopdrachten die uitgebaat worden in meerdere ziekenhuizen van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Het overbrengen van individuele overeenkomsten naar het netwerkniveau kan enkel na toepassing van artikel 140/1.

Opdat van deze mogelijkheid gebruik kan worden gemaakt, dient er noodzakelijk een algemene regeling op netwerkniveau te zijn waarvan bedoelde individuele regeling een afspiegeling is.

Art. 39

Hoofdstuk III van titel IV van de ziekenhuiswet bevat bepalingen met betrekking tot het geldelijk statuut van de ziekenhuisarts. In het kader van de klinische netwerkvorming wordt een afdeling 8 toegevoegd. Een aantal mogelijkheden wordt geboden om verregaander te integreren op het vlak van het geldelijk statuut

Art. 40

Een overheveling van het geldelijk statuut naar netwerkniveau is enkel mogelijk indien de beheerders en medische raden van alle individuele ziekenhuizen daarmee instemmen (zie procedure artikel 140/1).

Met het oog op een verdere medische integratie in het kader van het locoregionaal klinisch netwerk, wordt

Un réseau hospitalier clinique locorégional pourra uniquement faire usage de cette possibilité après application de l'article 140/1. Les gestionnaires et conseils médicaux de tous les hôpitaux individuels doivent choisir de porter la réglementation générale au niveau du réseau. La réglementation générale commune est prise d'un commun accord par la gestion et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional. Lors de la définition de la réglementation générale commune, il est tenu compte, entre autres, de l'accessibilité financière pour le patient.

Art. 38

En application de l'article 145, les médecins hospitaliers doivent disposer d'une convention écrite individuelle avec le gestionnaire de l'hôpital individuel où ils travaillent ou d'un acte de nomination de la part de celui-ci. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, il est possible d'opter pour l'inscription de ces dispositions écrites individuelles au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette possibilité peut notamment être utilisée pour les médecins qui collaborent dans le cadre de missions de soins exploitées dans plusieurs hôpitaux d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Les conventions individuelles ne peuvent être transférées au niveau du réseau qu'après application de l'article 140/1.

Pour pouvoir faire usage de cette possibilité, il faut nécessairement une réglementation générale au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional dont les dispositions individuelles susvisées sont le reflet.

Art. 39

Le chapitre III du titre IV de la loi sur les hôpitaux contient des dispositions relatives au statut pécuniaire du médecin hospitalier. Dans le cadre de la constitution des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, une section 8 est ajoutée. Plusieurs possibilités sont offertes pour une intégration plus poussée sur le plan du statut pécuniaire.

Art. 40

Un transfert du statut pécuniaire au niveau du réseau n'est possible que si les gestionnaires et conseils médicaux de tous les hôpitaux individuels donnent leur assentiment (voir procédure article 140/1).

En vue d'une intégration médicale accrue dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, la

wettelijk de mogelijkheid voorzien om volgende zaken niet meer op het niveau van het individueel ziekenhuis maar op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te regelen:

- 1° de vergoeding van de ziekenhuisartsen;
- 2° de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen;
- 3° het garanderen van een opname zonder ereloon-supplementen en het informeren van de patiënt over de naleving van de verbintenistarieven door de ziekenhuisartsen (artikelen 152, § 3, en 153);
- 4° de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria, zoals bedoeld in artikel 155.

Het overhevelen van de verplichting van artikel 152, § 3, (garanderen van een opname zonder ereloon-supplementen) doet evenwel geen afbreuk aan het recht van de patiënt om in ieder ziekenhuis van het netwerk te kunnen worden opgenomen aan verbintenistarief.

Een verschillend geldelijk statuut in de individuele ziekenhuizen kan de samenwerking bemoeilijken en ongewenste effecten genereren. De overheveling van deze aangelegenheden zal in elk geval de financiële doorzichtigheid binnen het locoregionaal klinische netwerk ten goede komen. Opstellers zijn zich ervan bewust dat zich daarnaast een verduidelijking van het wettelijk kader zelf op het vlak van de afhoudingen van de honoraria van de ziekenhuisartsen ophoudt. Ze denken er aan uitvoering te geven aan artikel 155, § 3, tweede lid, van de ziekenhuiswet. De Koning kan in uitvoering hiervan de kosten opsommen waarmee rekening wordt gehouden om de tarieven vast te stellen op basis waarvan inhoudingen gebeuren van de honoraria ter dekking van alle kosten van het ziekenhuis veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het budget worden vergoed. Bij koninklijk besluit kunnen eveneens regels worden vastgesteld voor de evaluatie en de aanrekening van de kosten. Er zal omtrent deze uitvoering advies worden gevraagd aan de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen.

Indien also besloten wordt tot een overheveling naar het netwerkniveau dan zijn de bepalingen van hoofdstuk III onvermindert van toepassing met dien verstande dat dan niet de medische raad van de individuele ziekenhuizen tussenkomt maar de medische raad van het netwerk.

Indien een regeling op netwerkniveau tot stand komt, primeert deze op de regeling van de individuele ziekenhuizen.

possibilité est légalement prévue de ne plus réglementer au niveau de l'hôpital individuel, mais au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, les affaires suivantes:

- 1° la rémunération des médecins hospitaliers;
- 2° la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers;
- 3° la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires et l'information du patient sur le respect des tarifs de l'accord par les médecins hospitaliers (articles 152, § 3, et 153);
- 4° la décision sur l'affectation des honoraires perçus de façon centrale tel que visé à l'article 155.

Cependant, le transfert de l'obligation visée à l'article 152, § 3, (garantie d'admission sans suppléments d'honoraires) ne porte pas atteinte au droit du patient de pouvoir être admis dans chacun des hôpitaux du réseau au tarif de la convention.

Un statut pécuniaire différent dans les hôpitaux individuels peut entraver la collaboration et générer des effets indésirables. Le transfert de ces matières améliorera en tout cas la transparence financière au sein du réseau clinique locorégional. Les auteurs ont conscience que, par ailleurs, un éclaircissement du cadre légal lui-même s'impose au niveau des retenues sur les honoraires des médecins hospitaliers. Ils songent à exécuter l'article 155, § 3, deuxième alinéa de la loi sur les hôpitaux. En exécution de celui-ci, le Roi peut énumérer les frais à prendre en compte pour la fixation des tarifs sur la base desquels des retenues sont pratiquées sur les honoraires afin de couvrir tous les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le budget. Des règles peuvent également être fixées par arrêté royal pour l'évaluation et l'imputation des frais. Un avis sur cette exécution sera demandé à la Commission paritaire nationale Médecins-Hôpitaux.

S'il est ainsi décidé d'un transfert au niveau du réseau, les dispositions du chapitre III restent d'application en tous points, étant entendu que chaque fois, ce n'est pas le conseil médical des hôpitaux individuels qui intervient, mais le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Lorsqu'une réglementation au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional est mise en place, celle-ci prévaut sur la réglementation des hôpitaux individuels.

Merk tot slot op dat door dit artikel een integratie op netwerkniveau wordt mogelijk gemaakt. Het is geenszins de bedoeling om inhoudelijk van de bepalingen van hoofdstuk III van titel IV af te wijken.

HOOFDSTUK 3

Inwerkingtreding

Art. 41

Voor onderhavige wet geldt de gemeenrechtelijke regel van inwerkingtreden nl. 10 dagen na de publicatie in het *Belgisch Staatsblad* met uitzondering voor de wijziging doorgevoerd bij artikel 2, 2°. In toepassing van deze wijziging moet elk ziekenhuis deel uitmaken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Een ziekenhuis kan evenwel pas aan deze verplichting voldoen op het ogenblik dat er locoregionale klinische netwerken zijn erkend. Vandaar dat voor deze wijziging wordt voorzien dat ze in werking treedt op een datum bepaald bij een koninklijk besluit in Ministerraad overlegd en uiterlijk op 1 januari 2020.

De minister van Volksgezondheid,

Maggie DE BLOCK

Notons enfin que cet article crée la possibilité d'une intégration au niveau du réseau. L'intention n'est nullement de déroger, sur le fond, aux dispositions du chapitre III du titre IV.

CHAPITRE 3

Entrée en vigueur

Art. 41

Pour la présente loi, la règle juridique commune d'entrée en vigueur, soit 10 jours après la publication au *Moniteur belge*, est d'application, à l'exception de la modification apportée au niveau de l'article 2, 2°. En application de cette modification, chaque hôpital doit faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Un hôpital ne peut toutefois satisfaire à cette obligation qu'au moment où les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux ont obtenu leur agrément. C'est pourquoi il est prévu pour cette modification qu'elle entre en vigueur à une date fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

La ministre de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

VOORONTWERP VAN WET

onderworpen aan het advies van de Raad van State

Voorontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

HOOFDSTUK 1

Algemene bepaling

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

Art. 2

In artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bestaande tekst van artikel 2 zal een paragraaf 1 vormen;

2° paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zoals bedoeld in artikel 14/1, § 1, 1°.”;

3° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

“§ 2. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit de basiskenmerken bepalen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen om erkend te worden.”.

Art. 3

In artikel 8 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

AVANT-PROJET DE LOI

soumis à l'avis du Conseil d'État

Avant-projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux

CHAPITRE 1^{ER}

Disposition générale

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2

Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux

Art. 2

À l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, sont apportées les modifications suivantes:

1° le texte existant de l'article 2 formera le paragraphe 1^{er}.

2° le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“À l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, § 1^{er}, 1°.”;

3° l'article est complété par un paragraphe 2, rédigé comme suit:

“§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, déterminer les caractéristiques de base auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire pour être agréés.”.

Art. 3

À l'article 8 de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, sont apportées les modifications suivantes:

1° de bepaling onder 4° wordt aangevuld met de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

2° de bepaling onder 6° wordt aangevuld met de woorden “of aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

3° de bepaling onder 7° wordt aangevuld met de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

4° in de bepaling onder 8° worden de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen de woorden “het ziekenhuis” en de woorden “verbonden zorgkundigen”;

5° de bepaling onder 9° wordt aangevuld met de woorden “en die verbonden zijn aan het ziekenhuis of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 4

In titel I, hoofdstuk I, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt een afdeling 13 ingevoegd, luidende: “Locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 5

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/1. Voor de toepassing van deze gecoördineerde wet wordt verstaan onder:

1° locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk: een door de op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet bevoegde overheden voor het gezondheidszorgbeleid erkende duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het ogenblik van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen, uitgezonderd ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G), die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden;

2° zorgopdrachten: de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medische apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma;

3° locoregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden;

4° supraregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden;

1° la disposition sous 4° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

2° la disposition sous 6° est complétée par les mots “ou à un réseau hospitalier clinique locorégional”;

3° la disposition sous 7° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

4° la disposition sous 8° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

5° la disposition sous 9° est complétée par les mots “et qui sont attachés à l'hôpital ou au réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 4

Au titre I^{er}, chapitre I^{er}, de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, il est ajouté une section 13, rédigée comme suit: “Réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 5

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/1, rédigé comme suit:

“Art. 14/1. Pour l'application de la présente loi coordonnée, il faut entendre par:

1° réseau hospitalier clinique locorégional: une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, entre au moins deux hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), agréés distinctement au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire;

2° missions de soins: les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins;

3° missions de soins locorégionales: missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

4° missions de soins supraregionales: missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

5° referentiepunt: het ziekenhuis dat een *supraregionale zorgopdracht aanbiedt.*”.

Art. 6

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/2. Er worden voor het Rijk maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken opgericht.”.

Art. 7

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/3. Het geografisch gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, is aaneenluitend van vorm.

In afwijking op het eerste lid mogen de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest deel uitmaken, het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken overlappen.”.

Art. 8

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/4. § 1. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en na de advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zorgopdrachten kwalificeren als locoregionale zorgopdrachten of als *supraregionale zorgopdrachten.*

Hij kan bij het kwalificeren van zorgopdrachten voor wat betreft de locoregionale zorgopdrachten een onderscheid maken tussen algemene zorgopdrachten en gespecialiseerde zorgopdrachten. Onder algemene zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden. Onder gespecialiseerde zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden.

Hij kan bedoelde zorgopdrachten, nader omschrijven en de basiskenmerken om erkend te worden bepalen.

Hij kan voor *supraregionale* zorgopdrachten basiskenmerken bepalen voor het functioneren als referentiepunt.

5° point de référence: l'hôpital qui propose une mission de soins *suprarégionale.*”.

Art. 6

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/2, rédigé comme suit:

“Art. 14/2. Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont créés pour l'ensemble du Royaume.”.

Art. 7

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/3, rédigé comme suit:

“Art. 14/3. La zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional est de forme continue.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie certains hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins.”.

Art. 8

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/4, rédigé comme suit:

“Art. 14/4. § 1^{er}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, qualifier des missions de soins comme des missions de soins locorégionales ou des missions de soins *suprarégionales.*

Lors de la qualification des missions des soins, s'agissant des missions de soins locorégionales, il peut faire une distinction entre les missions de soins générales et les missions de soins spécialisées. Il faut entendre par missions de soins générales, les missions de soins locorégionales qui peuvent être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Il faut entendre par missions de soins spécialisées, les missions de soins locorégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut préciser les missions de soins visées et déterminer les caractéristiques de base pour l'obtention d'un agrément.

En ce qui concerne les missions de soins *suprarégionales*, il peut déterminer des caractéristiques de base pour le fonctionnement en tant que point de référence.

§ 2. De Koning kan de basiskenmerken om erkend te worden vaststellen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Art. 9

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/5. Elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aanliggend is met het geografisch aansluitend gebied van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten bij dat ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 10

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/6. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gaat voor elke *supraregionale* zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt een afzonderlijke *supraregionale* duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aan met minimum één en maximum drie referentiepunten.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mag voor elke *supraregionale* zorgopdracht die het zelf aanbiedt maximaal met twee referentiepunten die zich bevinden in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een afzonderlijke *supraregionale* duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In afwijking van het eerste lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximum vier referentiepunten per *supraregionale* zorgopdracht een juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan. In afwijking van het tweede lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor elke *supraregionale* zorgopdracht die het zelf aanbiedt gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximaal drie referentiepunten die zich in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bevinden, een juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In het kader van bedoelde juridisch geformaliseerde samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt over de zorgcontinuïteit en worden verwijs- en terugverwijsafspraken opgenomen.

De Koning kan nadere basiskenmerken vaststellen voor bedoelde samenwerking.”.

Art. 11

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/7 ingevoegd, luidende:

§ 2. Le Roi peut définir les caractéristiques de base d'un réseau hospitalier clinique locorégional pour l'obtention d'un agrément.

Art. 9

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/5, rédigé comme suit:

“Art. 14/5. Chaque hôpital situé dans ou adjacent à la zone géographiquement continue d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la possibilité d'adhérer à ce réseau hospitalier clinique régional.”.

Art. 10

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/6, rédigé comme suit:

“Art. 14/6. Le réseau hospitalier clinique locorégional conclut, pour chaque mission de soins *suprarégionale* qu'il ne propose pas lui-même, une collaboration *suprarégionale* distincte, durable et juridiquement formalisée, avec minimum un et maximum trois points de référence.

Le réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins *suprarégionale* qu'il propose lui-même, conclure une collaboration *suprarégionale* distincte, durable et juridiquement formalisée, avec maximum deux points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné, conclure une collaboration juridiquement formalisée avec maximum quatre points de référence par mission de soins *suprarégionale*. Par dérogation à l'alinéa 2, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins *suprarégionale* qu'il propose lui-même, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné, conclure une collaboration juridiquement formalisée avec maximum trois points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Dans le cadre de la collaboration juridiquement formalisée visée, des accords clairs en termes de continuité des soins sont conclus et les modalités d'adressage et de renvoi sont définies.

Le Roi peut définir des caractéristiques de base plus précises pour la collaboration visée.”.

Art. 11

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/7, rédigé comme suit:

"Art. 14/7. In afwijking op artikel 14/6 kan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, teneinde te voldoen aan bedoeld artikel, voor een *supraregionale* zorgopdracht een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.

De Koning duidt, op voordacht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging, de in het eerste lid bedoelde ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging aan.

De Koning kan op voordacht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de specifieke voorwaarden bepalen waaraan een ziekenhuis of onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De Koning kan op voordacht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk en met de nodige aanpassingen uitbreiden tot ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.”.

Art. 11/1

In artikel 15, § 3, van dezelfde wet worden de woorden “of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen de woorden “die een ziekenhuis” en de woorden “mogen uitbaten”.

Art. 12

Artikel 16 van dezelfde wet wordt aangevuld met twee leden, luidende:

“In het kader van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, draagt de beheerder van het ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid voor volgende punten:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, in het bijzonder het verwijsbeleid;

3° garanderen dat er voor *supraregionale* zorgopdrachten wordt verwezen overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

“Art. 14/7. Par dérogation à l'article 14/6, le réseau hospitalier clinique locorégional peut, afin de satisfaire à l'article visé pour une mission de soins *suprarégionale*, conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense.

Le Roi désigne, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, les hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense visés à l'alinéa 1^{er}.

Le Roi peut, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, déterminer les conditions spécifiques auxquelles un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut, sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du ministre compétent pour la Défense, étendre les dispositions de la présente loi, totalement ou partiellement et avec les adaptations nécessaires, aux hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense.”.

Art. 11/1

À l'article 15, § 3, de la même loi, les mots “ou un réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés après les mots “qui peuvent exploiter un hôpital”.

Art. 12

L'article 16 de la même loi est complété par deux alinéas, rédigés comme suit:

“Dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital, la responsabilité sur le plan opérationnel incombe au gestionnaire de l'hôpital pour les points qui suivent:

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi;

3° la garantie que pour les missions de soins *suprarégionales*, le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, mais tout en respectant le libre choix du patient.

Indien het ziekenhuis voor een *supraregionale zorgopdracht* functioneert als referentiepunt, maakt de beheerder de nodige afspraken met het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat op het ziekenhuis een beroep doet voor de *supraregionale zorgopdracht*".

Art. 13

In titel I, hoofdstuk II, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende: "Beheer van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk".

Art. 14

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 13, wordt een artikel 17/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 17/1. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft een eigen beheer.

Elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt over minstens een vertegenwoordiger in de beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen binnen deze beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn tevens lid van een beheersorgaan van het ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen. Daarnaast moet het beheersorgaan van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk minstens een onafhankelijke bestuurder bevatten.

Minstens een derde van deze leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg. Minstens een lid van deze groep is arts. Deze arts is geen ziekenhuisarts in één van de ziekenhuizen van het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk".

Art. 15

In dezelfde afdeling 4 wordt een artikel 17/2 ingevoegd, luidende:

"Art. 17/2. Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft volgende opdrachten:

1° het bepalen van de strategie in verband met welke gespecialiseerde zorgopdrachten op welke locatie binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden uitgebaat;

2° de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch netwerk;

3° de toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben;

Si, pour une mission de soins *suprarégionale*, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins *suprarégionale*".

Art. 13

Au titre I^e, chapitre I^e, de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit: "Gestion d'un réseau hospitalier clinique locorégional".

Art. 14

À la section 4, insérée par l'article 13, il est inséré un article 17/1, rédigé comme suit:

"Art. 17/1. Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose de sa propre gestion.

Chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional dispose d'au moins un représentant dans les organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Les représentants des hôpitaux au sein de ces organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional sont également membres d'un organe de gestion de l'hôpital qu'ils représentent. Par ailleurs, l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional doit comprendre au moins un administrateur indépendant.

Au moins un tiers de ces membres disposent d'une expertise en matière de soins de santé. Au moins un membre de ce groupe est un médecin. Ce médecin n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné".

Art. 15

Dans la même section 4, il est inséré un article 17/2, rédigé comme suit:

"Art. 17/2. La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes:

1° la prise des décisions stratégiques afin de déterminer quelles missions de soins spécialisées sont exploitées à tel ou tel endroit au sein du réseau hospitalier clinique régional clinique;

2° la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau clinique locorégional;

3° la garantie de l'accès de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question;

4° de keuze van de referentiepunten voor *supraregionale zorgopdrachten* buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;

5° het formuleren van een opnamebeleid voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast;

6° het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van verwijsafspraken met betrekking tot de zorg van de patiënten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

7° het afstemmen en het coördineren met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

8° afspraken schriftelijk vastleggen over het ter beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het locoregionaal klinisch netwerk;

9° overleg plegen omtrent de aangelegenheden die de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk op netwerknifeau ter discussie voorleggen.

Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt de in het eerste lid bedoelde beheersbeslissingen met in achtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in titel IV. De beslissingen over de opdracht bedoeld in het eerste lid, 1°, moeten worden aangenomen met meerderheid van twee derden van de stemgerechtigde leden van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De in toepassing van het eerste lid genomen beslissingen zijn bindend voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 16

In titel I, hoofdstuk III, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 maart 2013, 10 april 2014 en 18 december 2016, wordt een artikel 22/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 22/1. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt met het oog op de goede gang van zaken van de medische activiteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over een netwerkhoofdarts aangesteld door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk of over een college van netwerkhoofdartsen samengesteld uit alle hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Bedoelde aanstelling door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeurt met in achtneming van de

4° le choix des points de référence pour les missions de soins *suprarégionales* en dehors du réseau hospitalier clinique régional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence;

5° la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique régional clinique, garantissant notamment que le patient recevra les soins adaptés à ses besoins;

6° la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoie, pour les soins des patients au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en vue d'assurer la continuité des soins au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;

7° l'harmonisation et la coordination avec d'autres acteurs de soins situés dans la zone géographique du réseau hospitalier clinique locorégional.

8° la fixation d'accords par écrit sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers, nécessaires à l'exécution des missions du réseau clinique locorégional;

9° la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

La gestion du réseau hospitalier clinique régional prend les décisions de gestion visées à l'alinéa 1^{er} en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au titre IV. Les décisions relatives à la mission visée à l'alinéa 1^{er}, 1°, doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises en application de l'alinéa 1^{er} sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 16

Au titre I^{er}, chapitre III, de la même loi, modifié par les lois du 19 mars 2013, du 10 avril 2014 et du 18 décembre 2016, il est inséré un article 22/1, rédigé comme suit:

“Art. 22/1. Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose, pour la bonne marche de l'activité médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, soit d'un médecin en chef de réseau désigné par la gestion du réseau hospitalier clinique régional, soit d'un collège de médecins en chefs de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. La désignation visée par la gestion du réseau hospitalier clinique régional se fait dans le respect des dispositions et procédures spécifiques prévues au titre IV. Cette désignation a une durée

specifieke bepalingen en procedures voorzien in titel IV. De aanstelling geldt voor onbepaalde duur tenzij anders bepaald in het medische reglement van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Een functie als netwerkhoofdarts of binnen het college van netwerkhoofdartsen is onverenigbaar met het voorzitterschap van de medische raad van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen is binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk verantwoordelijk voor het coherent medisch beleid met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid.

Met betrekking tot de zorgopdrachten draagt de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen in het bijzonder volgende verantwoordelijkheden:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van zorgopdrachten, zowel locoregionale als supraregionale, binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het maken van de nodige afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen beschikt over de bevoegdheid om instructies te geven aan de ziekenhuisartsen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om de in het vorige lid bedoelde verantwoordelijkheden te kunnen opnemen, en meer in het algemeen om de patiëntveiligheid binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te bewaken. De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen oefent deze bevoegdheid uit in nauw overleg met het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en met de medische raad van het netwerk.

De Koning kan de minimumtakken van de netwerkhoofdarts en het college van netwerkhoofdartsen nader bepalen, alsook de manier waarop het instructierecht bedoeld in het vorige lid kan worden uitgeoefend.

De beslissingen door de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen genomen in uitvoering van haar verantwoordelijkheden primeren op en zijn tegenstelbaar aan de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen wordt uitgenodigd en kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Dit is evenwel niet het geval voor de besprekingen die betrekking hebben op aangelegenheden waarbij de netwerkhoofdarts of een lid van het college van netwerkhoofdartsen persoonlijk en rechtstreeks betrokken is.”.

indéterminée sauf disposition contraire du règlement médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Une fonction en tant que médecin en chef de réseau ou au sein du collège de médecins en chefs de réseau est incompatible avec la présidence du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est responsable de la cohérence de la politique médicale, en ce compris la continuité des soins et la politique d'admission.

En ce qui concerne les missions de soins, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau assume en notamment les responsabilités suivantes:

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation des missions de soins, aussi bien locorégionales que supraregionales, au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la conclusion des accords nécessaires en termes de continuité des soins avec les points de référence pour les missions de soins supraregionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège de médecins en chefs de réseau hospitalier clinique régional dispose de la compétence pour donner des instructions aux médecins de l'hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional afin qu'ils puissent prendre les responsabilités reprises dans le paragraphe précédent, et plus généralement pour assurer la sécurité du patient au sein du réseau hospitalier clinique locorégional. Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau exercent cette compétence en accord étroit avec la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et avec le conseil médical du réseau.

Le Roi peut préciser les tâches minimales du médecin en chef de réseau ou du collège de médecins en chefs de réseau, ainsi que de la manière dont peut être exercé le droit à donner des instructions.

Les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau en exécution de ses missions prennent sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional et y sont opposables.

Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Ce n'est cependant pas le cas pour les discussions qui portent sur des matières impliquant personnellement et directement le médecin en chef de réseau ou un membre du collège de médecins en chefs de réseau.”.

Art. 17

In titel I, hoofdstuk VII, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 7 februari 2014, wordt een artikel 30/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 30/3. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan de in artikel 30/2 bedoelde informatieverstrekking voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarnemen.”.

Art. 18

Artikel 32 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 18 december 2016, wordt aangevuld met de volgende zin:

“De Raad heeft eveneens als opdracht advies uit te brengen met betrekking tot alle problemen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die ingevolge artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot de hervorming der instellingen, tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren.”.

Art. 19

Artikel 70 van dezelfde wet wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in dit artikel volstaat het dat het ziekenhuis voor het vervullen van de in het tweede lid bedoelde opdrachten een beroep kan doen op een ethisch comité georganiseerd door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De Koning bepaalt de samenstelling en de werking van bedoeld ethisch comité. Hij kan eveneens andere regelen bepalen in verband de uitoefening van de in het tweede lid bedoelde opdrachten door bedoeld ethisch comité ten behoeve van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 20

Artikel 71 van dezelfde wet wordt aangevuld met een tweede lid, luidende:

“Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in het eerste lid volstaat het dat het ziekenhuis het klachtrecht van de patiënt zoals bedoeld in artikel 11 van de patiëntenrechtenwet garandeert via het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt.”.

Art. 21

In artikel 82 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. 17

Au titre 1^{er}, chapitre VII, de la même loi, inséré par la loi du 7 février 2014, il est inséré un article 30/3, rédigé comme suit:

“Art. 30/3. Le réseau hospitalier clinique locorégional peut assurer la communication d’information visée à l’article 30/2 pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique régional.”.

Art. 18

L’article 32 de la même loi, remplacé par la loi du 18 décembre 2016, est complété par la phrase suivante:

“Le Conseil a également pour mission d’émettre un avis sur tous les problèmes relatifs aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui, en vertu de l’article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, relèvent de la compétence de l’autorité fédérale.”.

Art. 19

L’article 70 de la même loi est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

“En vue de satisfaire à la condition fixée au présent article, il suffit que l’hôpital puisse faire appel, afin de remplir les missions visées à l’alinéa 2, à un comité d’éthique organisé par le réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l’hôpital. Le Roi fixe la composition et le fonctionnement du comité d’éthique visé. Il peut également déterminer des règles plus précises quant à l’exercice des missions visées à l’alinéa 2 par le comité d’éthique visé pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 20

L’article 71 de la même loi est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:

“En vue de satisfaire à la condition fixée à l’alinéa 1^{er}, il suffit que l’hôpital garantisse le droit de plainte du patient tel que visé à l’article 11 de la loi relative aux droits du patient par le biais du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l’hôpital.”.

Art. 21

À l’article 82 de la même loi sont apportées les modifications suivantes:

1° in paragraaf 1 worden de woorden “of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen het woord “ziekenhuisassociatie” en het woord “behoudens”;

2° in paragraaf 2 worden de woorden “of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen het woord “ziekenhuisassociatie” en het woord „dient”.

Art. 22

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 mei 2010 en 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende “Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 23

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 22, wordt een artikel 94/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 94/1. In afwijking op de bepalingen van dit hoofdstuk kan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk boekhoudingen van de individuele ziekenhuizen en/of het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk zelf voeren, een beëdigd bedrijfs-revisor aanstellen en de in artikelen 92 tot en met 93 bedoelde gegevens meedelen.”.

Art. 24

In dezelfde wet wordt een artikel 96/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 96/1. De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan een afzonderlijk budget van financiële middelen bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overleg besluit. Hij bepaalt inzonderheid welke artikelen van dit hoofdstuk op het in het eerste lid bedoelde afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die Hij nodig acht.”.

Art. 25

In dezelfde wet wordt een artikel 140/1 ingevoegd, luidende:

“Art.140/1. De medische raad verstrekt aan de beheerder advies over het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts zoals bedoeld in onderhavige titel IV aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De beheerder is gehouden het advies van de medisch raad omtrent elke overheveling in te winnen.

1° au paragraphe 1^{er}, les mots “ou réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés entre les mots “association d’hôpitaux” et le mot “hormis”;

2° au paragraphe 2, les mots “ou réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés entre les mots “association d’hôpitaux” et les mots “il doit”.

Art. 22

Au titre III, chapitre V, de la même loi, modifié par les lois du 19 mai 2010 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit “Le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 23

À la section 4, insérée par l’article 22, il est inséré un article 94/1, rédigé comme suit:

“Art. 94/1. Par dérogation aux dispositions du présent chapitre, le réseau hospitalier clinique locorégional peut tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional, désigner un réviseur d’entreprise assermenté et communiquer les données visées aux articles 92 à 93 inclus.”.

Art. 24

Dans la même loi, il est inséré un article 96/1, rédigé comme suit:

“Art. 96/1. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe les règles plus précises pour l’application du présent article. Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, au budget distinct visé à l’alinéa 1^{er}, et ce moyennant les adaptations qu’il juge nécessaires.”.

Art. 25

À la même loi, il est inséré un article 140/1, rédigé comme suit :

“Art.140/1. Le conseil médical dispense au gestionnaire un avis sur le transfert des matières concernant le statut du médecin hospitalier tel que visé au présent titre IV au réseau hospitalier clinique locorégional dont l’hôpital fait partie. Le gestionnaire est tenu de recueillir l’avis du conseil médical concernant chaque transfert.

De adviesaanvraag en het advies worden schriftelijk geformuleerd.

Er kan slechts worden overgegaan tot een overheveling van een aangelegenheid met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts indien de medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk met een gewone meerderheid van de stemgerechtigde leden positief adviseert met betrekking tot deze overheveling. De leden van de medische raad die niet aanwezig kunnen zijn op de vergadering waarop beslist wordt over het advies bedoeld in het eerste lid, zijn gehouden een schriftelijk mandaat te geven aan een ander lid van de medische raad om in hun plaats te stemmen of hun stem aan de voorzitter van de medische raad over te maken per schriftelijke of elektronische drager.

Bij het advies wordt telkens de uitslag van de stemming gevoegd.'

Art. 26

In titel IV, hoofdstuk I, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende "Het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk".

Art. 27

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 143/1. In elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk wordt een medische raad als vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk opgericht.

In afwijking op het eerste lid kan gedurende een periode van 5 jaar, te rekenen vanaf de erkenning van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk, de vertegenwoordiging van de ziekenhuisartsen op het niveau van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden waargenomen door een gemanageerde delegatie van ziekenhuisartsen die lid zijn van de medische raden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. De delegatie gebeurt telkens door de medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Elke medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionale klinisch netwerk is minstens door één ziekenhuisarts in de delegatie vertegenwoordigd. Bedoelde gemanageerde delegatie neemt de taken bedoeld in artikel 143/3 en 143/4 waar.

De Koning kan een datum bepalen vanaf wanneer wordt gerekend voor de hernieuwing van de mandaten van de medische raad van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken van ziekenhuizen."

La demande d'avis et l'avis sont formulés par écrit.

Il ne peut être procédé au transfert d'une matière concernant le statut du médecin hospitalier que si le conseil médical de chaque hôpital qui fait partie du réseau hospitalier clinique locorégional se prononce positivement à une majorité simple des membres disposant du droit de vote en ce qui concerne ce transfert. Les membres du conseil médical qui ne peuvent assister à la réunion lors de laquelle une décision est prise sur l'avis visé à l'alinéa 1^{er}, sont tenus de donner mandat écrit à un autre membre du conseil médical pour voter à leur place ou de transmettre leur voix au président du conseil médical par support écrit ou électronique.

Le résultat du vote est systématiquement joint à l'avis."

Art. 26

Au titre IV, chapitre 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois du 10 avril 2014 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit "Le réseau hospitalier clinique locorégional".

Art. 27

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un article 143/1, rédigé comme suit:

"Art. 143/1. Un conseil médical en tant qu'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique régional est constitué dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier clinique locorégional, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional peut être assurée par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette délégation est assurée par le conseil médical des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Chaque conseil médical de chaque hôpital faisant partie du réseau clinique locorégional est représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation. La délégation mandatée visée remplit les tâches visées à l'article 143/3 et 143/4.

Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle le décompte commence pour le renouvellement des mandats du conseil médical des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux d'hôpitaux".

Art. 28

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/2. De leden van het in artikel 143/1 bedoeld orgaan worden rechtstreeks gekozen door en onder de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor een hernieuwbare periode van 3 jaar. Voorafgaand aan de verkiezingen worden bijzondere modaliteiten vastgesteld die garanderen dat elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in de medische raad van het netwerk is vertegenwoordigd door minimum één in het ziekenhuis werkzame ziekenhuisarts.

De Koning kan nadere voorwaarden bepalen waaraan de ziekenhuisartsen moeten voldoen om stemgerechtigd of verkiesbaar te zijn. Hij kan eveneens regels bepalen met betrekking tot de samenstelling van de medische raad van het netwerk, de wijze van verkiezing van de leden, de aanwijzing van de voorzitter en de werking van de medische raad van het netwerk.”.

Art. 29

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/3. § 1. Over de aangelegenheden bedoeld in de artikelen 17/2, eerste lid, en 22/1 voor wat betreft de aanstelling van de netwerkhoofdarts, en de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 17°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1, wordt binnen het locoregionaal klinisch netwerk beslist in onderlinge overeenstemming tussen het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De genomen beslissingen worden schriftelijk geformuleerd. Een statutair gemanageerd lid of orgaan van het beheer en de voorzitter van de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ondertekenen de beslissingen.

§ 2. Indien de beheerder van het locoregionaal klinisch netwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch netwerk binnen de drie maanden (te rekenen vanaf het eerste overleg) geen onderlinge overeenstemming bereiken, doet de beheerder van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een voorstel van oplossing en legt dit voor aan de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Indien de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over dit voorstel binnen een maand (te rekenen vanaf de voorlegging van het voorstel van oplossing) een schriftelijk en gemotiveerd advies uitbrengt met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, wordt de in de artikelen 139 en 140, § 1, 2 en 3, bedoelde procedure gevolgd’.

Art. 28

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un article 143/2, rédigé comme suit:

“Art. 143/2. Les membres de l'organe visé à l'article 143/1 sont élus directement par et parmi les médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique régional pour une période renouvelable de 3 ans. Certaines modalités spécifiques sont fixées préalablement aux élections, garantissant que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté au sein du conseil médical du réseau par au moins un médecin hospitalier travaillant à l'hôpital.

Le Roi peut déterminer des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers devront satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative. Il peut également fixer certaines règles relatives à la composition du conseil médical du réseau, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, à la durée du mandat et au fonctionnement du conseil médical du réseau.”.

Art. 29

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un article 143/3, rédigé comme suit:

“Art. 143/3. § 1^{er}. Par rapport aux matières visées aux articles 17/2, alinéa 1^{er}, et 22/1 en ce qui concerne la désignation de médecin en chef du réseau, et les matières visées à l'article 137, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 17°, pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1, une décision est prise au sein du réseau clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises sont formulées par écrit. Un membre ou un organe de gestion, mandaté par les statuts, et le président du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional signent la décision.

§ 2. Si, dans les trois mois (à compter à partir de la première concertation) le gestionnaire du réseau clinique locorégional et le conseil médical du réseau clinique locorégional ne trouvent aucun accord mutuel, le gestionnaire du réseau hospitalier clinique locorégional fait une proposition de solution et la soumet au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Si à propos de cette proposition, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional rend dans le mois (à compter à partir de la soumission de la proposition de solution) un avis écrit et motivé avec une majorité de deux tiers des membres ayant voix délibérative et si le gestionnaire ne peut adhérer à l'avis, la procédure visée aux art. 139 et 140, §§ 1^{er}, 2 et 3, est suivie’.

Art. 30

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/4. De medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk verstrekt aan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1.

Bovendien verstrekt de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies over alle andere aangelegenheden dan die bedoeld in artikel 143/3 die door het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden voorgelegd.

De medische raad van het netwerk is eveneens gerechtigd om op eigen initiatief aan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk betreffen.”

Art. 31

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/5. Over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, evenals over andere aangelegenheden die het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk voorlegt, verstrekt de medische raad het advies binnen een maand tenzij beheer en medische raad anders zijn overeengekomen. Indien na het verstrijken van de termijn geen advies is uitgebracht, kan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk een beslissing nemen.

De adviesaanvragen en de adviezen worden schriftelijk geformuleerd.

Bij het advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd. Samen met het meerderheidsadvies kan de minderheid, op haar vraag een nota met haar standpunt aan het advies toevoegen.

Art. 32

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/6. Indien de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies verleent over een aangelegenheid die in toepassing van artikel 140/1 werd overgeheveld van ziekenhuisniveau naar netwerkniveau is de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk exclusief bevoegd voor de adviesverlening met uitsluiting van de

Art. 30

À la section 4, insérée par l'article 26 il est inséré un article 143/4, rédigé comme suit:

“Art. 143/4. Le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional un avis sur les matières visées à l'article 137, 16° et 18° pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1.

Par ailleurs, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis sur toutes les autres matières que celles visées à l'article 143/3 qui sont soumises par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le conseil médical du réseau est également habilité à dispenser, à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, de sa propre initiative, un avis concernant toutes les matières qui concernent l'exercice de la médecine dans le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 31

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un 143/5, rédigé comme suit:

“Art. 143/5. En ce qui concerne les matières visées à l'article 137, 16° et 18°, ainsi que d'autres affaires que soumet la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional, le conseil médical soumet l'avis endéans un mois, à moins que gestion et conseil médical n'en aient convenu autrement. Si, à l'expiration du délai, aucun avis n'a été rendu, la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional peut prendre une décision.

Les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit.

Le résultat du vote est joint à l'avis. Avec un avis majoritaire, la minorité peut ajouter à l'avis, à sa demande, une note exposant sa position.

Art. 32

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un article143/, rédigé comme suit:

“Art. 143/6. Si le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis à propos d'une matière qui, en application de l'article 140/1, a été transféré du niveau hospitalier vers le niveau du réseau, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional est exclusivement compétent pour dispenser un avis, à l'exclusion du conseil

medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 33

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 26, wordt een artikel 143/7 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/7. De Koning kan, overeenkomstig nader door Hem te bepalen regels en voorwaarden, bepalen welke financiële of statistische gegevens door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het netwerk moeten worden medegedeeld.”.

Art. 34

Artikel 144 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt aangevuld met een paragraaf 4, luidende:

“§ 4. In het kader van een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk kan mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 een gemeenschappelijke algemene regeling voor ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden vastgesteld.

De in het eerste lid bedoelde gemeenschappelijke algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, met inachtneming van de procedure bepaald in artikel 143/3”.

Art. 35

Artikel 145 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 juni 2009 en 18 december 2016, wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

“§ 3. In het kader van een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk kan de in paragraaf 1 bedoelde individuele schriftelijke regeling zich mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 situeren op het niveau van bedoeld ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 36

In titel IV, hoofdstuk III, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 juni 2009, 27 december 2012, 7 februari 2014, 17 juli 2015 en 18 december 2016, wordt een afdeling 8 ingevoegd luidende: “Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 37

In afdeling 8, ingevoegd bij artikel 36, wordt een artikel 157/1 ingevoegd, luidende:

médical des hôpitaux qui font partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 33

À la section 4, insérée par l'article 26, il est inséré un article 143/7, rédigé comme suit:

“Art. 143/7. Le Roi peut, selon des règles et conditions déterminées par Lui, fixer les données financières ou statistiques qui doivent être communiquées par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau.”.

Art. 34

L'article 144 de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, est complété par un paragraphe 4, rédigé comme suit:

“§ 4. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, une réglementation générale commune aux hôpitaux du réseau hospitalier clinique régional peut être définie, moyennant application de la procédure visée à l'article 140/1.

La réglementation générale commune visée à l'alinéa 1^{er} est définie à l'initiative de la gestion du réseau hospitalier clinique régional, dans le respect de la procédure prévue à l'article 143/3.”.

Art. 35

L'article 145 de la même loi, modifié par les lois du 19 juin 2009 et du 18 décembre 2016, est complété par un paragraphe 3, rédigé comme suit:

“§ 3. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, les dispositions écrites individuelles visées au paragraphe 1^{er} peuvent s'inscrire au niveau du réseau hospitalier clinique régional visé.”.

Art. 36

Au titre IV, chapitre III, de la même loi, modifiée par les lois du 19 juin 2009, du 27 décembre 2012, du 7 février 2014, du 17 juillet 2015 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 8, rédigée comme suit “Le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 37

À la section 8, insérée par l'article 36, il est inséré un article 157/1, rédigé comme suit:

"Art. 157/1. In afwijking op de bepalingen van dit hoofdstuk kunnen mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 in plaats van op het niveau van het ziekenhuis, op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeuren:

- 1° de vergoeding van de ziekenhuisartsen;
- 2° de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen;
- 3° het garanderen van een opname zonder ereeloonsplementen zoals bedoeld in artikel 152, § 3, en het informeren van de patiënt over de naleving van de verbintenistarieven door de ziekenhuisartsen zoals bedoeld in artikel 153;
- 4° de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria, zoals bedoeld in artikel 155.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met dien verstande dat "beheerder" moet worden gelezen als "het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk" en "medische raad" als "medische raad van het netwerk".

De beslissingen die het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt in toepassing van het eerste lid zijn tegenstelbaar aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van bedoeld ziekenhuisnetwerk."

HOOFDSTUK 3

Inwerkingtreding

Art. 38

Artikel 2, 2°, treedt in werking op de datum bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit en uiterlijk op 1 januari 2020.

"Art. 157/1. Par dérogation aux dispositions du présent chapitre, les activités suivantes peuvent se faire au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional au lieu de se faire au niveau de l'hôpital:

- 1° la rémunération des médecins hospitaliers;
- 2° la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers;
- 3° la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires, tel que visé à l'article 152, § 3, et l'information du patient sur le respect des tarifs de l'accord par les médecins hospitaliers, tel que visé à l'article 153;
- 4° la décision sur l'affectation des honoraires perçus de façon centrale tel que visé à l'article 155.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au réseau hospitalier clinique locorégional, étant entendu que le terme "gestionnaire" correspond à "la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional" et que les termes "conseil médical" correspondent au "conseil médical du réseau".

Les décisions prises par le réseau hospitalier clinique locorégional en application de l'alinéa 1^{er} sont opposables aux hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique régional visé".

CHAPITRE 3

Entrée en vigueur

Art. 38

L'article 2, 2°, entre en vigueur à la date fixée par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

- :: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
- :: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
- :: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Maggie De Block, minister van sociale zaken en volksgezondheid
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Bernard Verheyden, bernard.verheyden@minsoc.fed.be, 02/5286941
Overheidsdienst	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Kristel Carolus, kristel.carolus@gezondheid.belgie.be

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	VOORONTWERP VAN WET TOT WIJZIGING VAN DE GECOÖRDINEERDE WET VAN 10 JULI 2008 OP DE ZIEKENHUIZEN EN ANDERE VERZORGINGSINRICHTINGEN, WAT DE KLINISCHE NETWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN BETREFT
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, ...), de beoogde doelen van uitvoering.	Het opzet van het ontwerp is het creëren van een wettelijk kader waarbinnen de ziekenhuizen verplicht zullen worden om samen te werken in locoregionale klinische netwerken. Het plan van aanpak van minister De Block van 28 april 2015 stelde dat ziekenhuizen onderling en met andere zorgvoorzieningen frequenter en nauwer dienen samen te werken, om de zorg transmuraal, over de muren van de voorzieningen heen, beter te coördineren voor de patiënten.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Ja Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: -- <input checked="" type="checkbox"/> Nee

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur van financiën, informeel overleg met stakeholders, informeel overleg met de deelstaten, akkoord minister van begroting
--	--

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en
contactpersonen:

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

22 maart 2018

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

> Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's **3, 10, 11** en **21**, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de [handleiding](#) of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

[Het ontwerp heeft betrekking op ziekenhuizen die moeten samenwerken in netwerken en heeft aldus geen impact op personen.](#)

Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

Door ziekenhuizen te laten samenwerken in klinische netwerken kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden doordat ziekenhuizen zich zullen specialiseren en expertise zal gepoold worden. Daarnaast zal het aanbod aan ziekenhuiszorg voor een gegeven zorgregio met een gegeven patiëntengroep correcter kunnen georganiseerd worden.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

Er is geen rechtstreekse impact, maar door de rationalisatieoefening kunnen wel verschuiven optreden van bijvoorbeeld arbeidsplaats of invulling van het werk. De totale werkgelegenheid zal in principe minstens stabiel blijven en gezien de demografische situatie wellicht nog stijgen.

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

--

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingsszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

--

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

--

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

Positieve impact Negatieve impact Leg uit.

Geen impact

--

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?

Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).

Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

Ziekenhuizen zijn geen KMO's.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.

N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

--

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

--

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

a. huidige regelgeving*

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

b. ontwerp van regelgeving**

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

a. *

b. **

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

a. *

b. **

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

a. *

b. **

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingzekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3, fijn stof).

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsactrozen in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

<input type="checkbox"/> Positieve impact	<input type="checkbox"/> Negatieve impact	↓	Leg uit.	<input checked="" type="checkbox"/> Geen impact
--				

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

Positieve impact Negatieve impact

↓ Leg uit.

Geen impact

--

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

Positieve impact Negatieve impact

↓ Leg uit.

Geen impact

--

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- voedselveiligheid
- inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- gezondheid en toegang tot
- mobiliteit van personen
- geneesmiddelen
- leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o waardig werk
- o vrede en veiligheid
- o lokale en internationale handel

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Het wetsontwerp betreft enkel de organisatie van Belgische ziekenhuizen en heeft aldus geen impact op ontwikkelingslanden.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

--

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

- :: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
- :: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
- :: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	Bernard Verheyden, bernard.verheyden@minsoc.fed.be, 02/5286941
Administration compétente	SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Contact administration (nom, email, tél.)	Kristel Carolus, kristel.carolus@sante.belgique.be

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	AVANT-PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI COORDONNÉE DU 10 JUILLET 2008 SUR LES HÔPITAUX ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, EN CE QUI CONCERNE LE RÉSEAUTAGE CLINIQUE ENTRE HÔPITAUX	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, ...), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	La finalité du projet est la création d'un cadre légal qui obligera les hôpitaux à collaborer au sein de réseaux cliniques locorégionaux. Le plan d'approche de la ministre De Block du 28 avril 2015 prévoyait que les hôpitaux doivent collaborer plus fréquemment et plus étroitement entre eux et avec d'autres institutions de soins, afin de mieux coordonner les soins pour les patients de façon transmurale, par-delà les murs des institutions.	
Analyses d'impact déjà réalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : __

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Avis de l'Inspecteur des Finances, concertation informelle avec des parties prenantes, concertation informelle avec les entités fédérées, accord du ministre du Budget
---	--

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	--
---	----

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

22 mars 2018

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?



Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et **indiquez** les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes **3, 10, 11 et 21**, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le [manuel](#) ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

Le projet porte sur des hôpitaux qui doivent collaborer au sein de réseaux et n'a donc pas d'impact sur des personnes.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

--

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

--

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

--

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

Faire collaborer des hôpitaux au sein de réseaux cliniques permettra d'améliorer la qualité des soins, du fait que des hôpitaux se spécialiseront et que l'expertise sera regroupée. De plus, l'offre en soins hospitaliers pour une région de soins donnée avec une population de patients donnée pourra être organisée de façon plus correcte.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

Il n'y a pas d'impact direct, mais en raison de l'exercice de rationalisation, des glissements peuvent se produire, par exemple au niveau du lieu de travail ou du contenu du travail. L'emploi total restera en principe au moins stable, et pourrait encore augmenter vu la situation démographique.

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

- Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?

Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).

Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

Les hôpitaux ne sont pas des PME.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

- Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.

N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

--

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

- Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

--

- Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

--

- Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

--

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

- Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation. S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. réglementation actuelle*

b. réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

- Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

a. *

b. **

- Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

a. *

b. **

- Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

a. *

b. **

- Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

--

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées), altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, ...), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

Impact positif Impact négatif ↓ Expliquez.

Pas d'impact

--

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.
--

Pas d'impact

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

Impact positif Impact négatif

↓ Expliquez.
--

Pas d'impact

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> sécurité alimentaire | <input type="radio"/> revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation) |
| <input type="radio"/> santé et accès aux médicaments | <input type="radio"/> mobilité des personnes |
| <input type="radio"/> travail décent | <input type="radio"/> environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre) |
| <input type="radio"/> commerce local et international | <input type="radio"/> paix et sécurité |

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

Le projet de loi concerne uniquement l'organisation d'hôpitaux belges et n'a donc pas d'impact sur des pays en développement.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?
--

**ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE
NR. 63.313/3 VAN 22 JUNI 2018**

Op 10 april 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van zestig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet “tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft”.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 5 juni 2018. De kamer was samengesteld uit Jan Smets, staatsraad, voorzitter, Jeroen Van Nieuwenhove en Koen Muylle, staatsraden, Jan Velaers en Bruno Peeters, assessoren, en Astrid Truyens, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim Corthaut en Wendy Depester, auditeurs.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 22 juni 2018.

*

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond¹, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het voorontwerp van wet strekt ertoe te voorzien in een verplichte samenwerkingsvorm tussen ziekenhuizen, enerzijds, via locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die locoregionale zorgopdrachten² uitvoeren en, anderzijds, via de samenwerking tussen de voormelde netwerken, voor de uitvoering van supraregionale zorgopdrachten,³ met minstens één en maximum drie referentiepunten (als het netwerk de betrokken supraregionale zorgopdracht niet zelf aanbiedt) en maximum twee referentiepunten (als het netwerk de betrokken supraregionale zorgopdracht zelf aanbiedt).

¹ Aangezien het om een voorontwerp van wet gaat, wordt onder “rechtsgrond” de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

² Dit zijn zorgopdrachten die om diverse redenen, zoals prevalentie, lage kost, urgente, enz., in de buurt van de woonplaats van elke patiënt moeten worden aangeboden.

³ Dit zijn zorgopdrachten die om diverse redenen, zoals zeldzame pathologie, dure infrastructuur, multidisciplinaire gespecialiseerde expertise, permanenties, enz., het best op een beperkt aantal locaties worden aangeboden in een beperkt aantal ziekenhuizen.

**AVIS DU CONSEIL D’ÉTAT
N° 63.313/3 DU 22 JUIN 2018**

Le 10 avril 2018, le Conseil d’État, section de législation, a été invité par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de soixante jours sur un avant-projet de loi “modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux”.

L'avant-projet a été examiné par la troisième chambre le 5 juin 2018. La chambre était composée de Jan Smets, conseiller d'État, président, Jeroen Van Nieuwenhove et Koen Muylle, conseillers d'État, Jan Velaers et Bruno Peeters, assesseurs, et Astrid Truyens, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim Corthaut et Wendy Depester, auditeurs.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen Van Nieuwenhove, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 22 juin 2018.

*

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d’État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique¹ et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de loi entend organiser une forme de collaboration obligatoire entre les hôpitaux, d'une part, par la voie de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui effectuent des missions de soins locorégionales² et, d'autre part, par la collaboration entre les réseaux précités, pour l'exécution de missions de soins suprarégionales³, avec minimum un et maximum trois points de référence (si le réseau ne propose pas lui-même la mission de soins suprarégionale concernée) et maximum deux points de référence (si le réseau propose lui-même la mission de soins suprarégionale concernée).

¹ S'agissant d'un avant-projet de loi, on entend par “fondement juridique” la conformité avec les normes supérieures.

² Il s'agit de missions de soins qui, pour diverses raisons, telles que la prévalence, le faible coût, l'urgence, etc., doivent être proposées à proximité du domicile de chaque patient.

³ Il s'agit de missions de soins dont il est préférable, pour diverses raisons telles qu'une pathologie plus rare, une infrastructure coûteuse, l'expertise spécialisée pluridisciplinaire, les permanences, etc., qu'elles soient proposées sur un nombre limité de sites dans un nombre limité d'hôpitaux.

Elk algemeen ziekenhuis⁴ moet op de datum bepaald door de Koning en uiterlijk op 1 januari 2020 deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Er kunnen voor het hele grondgebied ten hoogste 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken worden opgericht en erkend. Elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bestrijkt een geografisch aaneenluitend gebied. Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi en Luik of binnen het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zijn gelegen, mogen het geografisch aaneenluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken overlappen. Elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aan zo'n gebied is gelegen, moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten bij het overeenstemmende ziekenhuisnetwerk.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, dat rechtspersoonlijkheid heeft, moet beschikken over een eigen beheersorgaan, waarin elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk minstens één vertegenwoordiger heeft en dat minstens één volledig onafhankelijk bestuurder bevat, een netwerkhoofdarts of een college van netwerkhoofdartsen en een medische raad van het netwerk.

Elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist tot op zekere hoogte zelf over de mate van integratie binnen het netwerk. De gecoördineerde wet van 10 juli 2008 "op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" (hierna: de ziekenhuiswet) wordt wel reeds op verschillende plaatsen aangevuld teneinde een meer doorgedreven vorm van integratie of samenwerking tussen ziekenhuizen op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogelijk te maken, bijvoorbeeld met betrekking tot het ethisch comité, de ombudsdienst, de boekhouding, de beëdigde bedrijfsrevisor, de vergoeding van de ziekenhuisartsen, de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen, enz.

Ten slotte wordt voorzien in een algemene adviesbevoegdheid van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen met betrekking tot alle problemen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Bevoegdheid

3. Wat betreft de bevoegdheid van de federale overheid om de ontworpen regeling aan te nemen, wordt in de memo-rie van toelichting bij het voorontwerp van wet het volgende vooropgesteld:

"Dit wetsontwerp is voornamelijk gebaseerd op de federale voorbehouden bevoegdheid inzake organieke wetgeving voor wat betreft het gezondheidsbeleid meer bepaald het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten verplegings-inrichtingen (artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980). Bij de Zesde Staatshervorming werd deze federale bevoegdheid behouden. Onder "organieke wetgeving" worden de basisregels en krachtlijnen van het

⁴ Met uitzondering van de algemene ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen.

Chaque hôpital général⁴ doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional à la date fixée par le Roi et au plus tard le 1^{er} janvier 2020. Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux peuvent être créés et agréés pour l'ensemble du territoire. Chaque réseau hospitalier clinique locorégional couvre une zone géographiquement continue. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie les hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins. Chaque hôpital situé dans une telle zone, ou adjacent à celle-ci, doit avoir la possibilité d'adhérer au réseau hospitalier correspondant.

Le réseau hospitalier clinique locorégional, qui est doté de la personnalité juridique, doit disposer d'un organe de gestion propre comprenant au moins un représentant de chaque hôpital faisant partie du réseau et au moins un administrateur entièrement indépendant, d'un médecin en chef de réseau ou d'un collège de médecins en chef de réseau et d'un conseil médical du réseau.

Chaque réseau hospitalier clinique locorégional décide lui-même, jusqu'à un certain degré, de son intégration au sein du réseau. Plusieurs dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 "sur les hôpitaux et autres établissements de soins" (ci-après: la loi sur les hôpitaux) sont cependant déjà complétées afin de permettre une forme d'intégration ou de collaboration plus poussée entre hôpitaux au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, par exemple en ce qui concerne le comité d'éthique, le service de médiation, la comptabilité, le réviseur d'entreprise assermenté, la rémunération des médecins hospitaliers, la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers, etc.

Enfin, le projet confère une compétence générale d'avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers concernant l'ensemble des problèmes relatifs aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Compétence

3. En ce qui concerne la compétence permettant à l'autorité fédérale d'adopter le dispositif en projet, l'exposé des motifs de l'avant-projet de loi précise ce qui suit:

"Ce projet de loi repose essentiellement sur la compétence réservée au fédéral en matière de législation organique pour ce qui concerne la politique de santé, en particulier la politique relative à la dispensation de soins dans et en dehors des établissements de soins (article 5, § 1^{er}, I, 10, a), de la loi spéciale du 8 août 1980). Cette compétence fédérale a été maintenue lors de la sixième réforme de l'État. Par "loi organique", on entend les règles de base et les lignes

⁴ À l'exception des hôpitaux généraux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), et des hôpitaux psychiatriques.

ziekenhuisbeleid verstaan. In het kader van deze bevoegdheid worden door onderhavig ontwerp organieke regels vastgelegd voor de klinische netwerken van ziekenhuizen. Onder meer worden basiskenmerken, regels met betrekking tot het beheer en de besluitvorming, met inbegrip van interne adviesorganen, het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen, algemene regelen met betrekking tot de structurering van de medische activiteiten, algemene regelen inzake boekhouding, financiële controle en mededeling van gegevens bepaald. Deze domeinen worden uitdrukkelijk door de bijzondere wetgever bij de Zesde Staatshervorming in de voorbereidende werken als federaal aangeduid. In een aantal gevallen wordt bovendien een wettelijke basis gecreëerd voor het vaststellen van organieke regels bij koninklijk besluit. Telkens betreffen het organieke regels waaraan moet worden voldaan om erkend te worden.

De federale bevoegdheid voor de organieke wetgeving met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen belet evenwel niet (mag zelfs niet beletten) dat de deelstaten hun eigen bevoegdheden onder meer met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen uitoefenen. De federale overheid moet trouwens bij het uitoefenen van haar bevoegdheid het evenredigheidsbeginsel in acht nemen. De deelstaten kunnen in het kader van hun bevoegdheden erkenningsnormen vaststellen voor de klinische netwerken van ziekenhuizen (mits naleving van de door de bijzondere wetgever vastgestelde procedure bij het Rekenhof) en op basis daarvan overgaan tot de erkenning van de klinische netwerken. Zij zullen in het kader van hun erkenningsbeleid wel de organieke basisregels (geformuleerd als basisvereisten om erkend te worden), en trouwens ook de vastgestelde programmaticriteria, meenemen. De door de federale overheid bepaalde basiskenmerken hebben immers een normatieve draagwijdte en de deelstaten moeten ze respecteren bij het bepalen en toepassen van hun erkenningsnormen.

Gelet de raakpunten in de bevoegdheden van de federale overheid en de deelstaten en met het oog op een gecoördineerde beleidsuitoefening werden de deelstaten vooraf geconsulteerd in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Naast de federale bevoegdheid voor organieke wetgeving wat betreft het gezondheidsbeleid bieden twee andere federale bevoegdheden een basis voor de ontworpen regeling. Het betreft enerzijds de federale voorbehouden bevoegdheid voor het vaststellen van basisregels betreffende de programmatie. Op basis daarvan worden de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen geprogrammeerd. Anderzijds biedt de blijvende federale voorbehouden bevoegdheid voor de financiering van de exploitatie wanneer geregeld door organieke wetgeving, een beperkte bevoegdheidsbasis.”

4. De Raad van State kan in grote lijnen met die bevoegdheidsrechtelijke analyse instemmen. De “basiskenmerken” van ziekenhuizen en van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen moeten worden gerekend tot de “organieke wetgeving” in de zin van artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1^o, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 “tot hervorming

directrices de la politique hospitalière. Dans le cadre de cette compétence, le présent projet de loi fixe les règles organiques pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. On y détermine, entre autres, les caractéristiques de base, les règles relatives à la gestion et au processus décisionnel, internes, le statut du médecin hospitalier et son association au processus décisionnel des médecins hospitaliers, les règles générales relatives à la structuration des activités médicales, les règles générales en matière de comptabilité, de contrôle financier et de communication de données. Ces domaines sont explicitement désignés comme fédéraux par le législateur spécial dans les travaux préparatoires de la sixième réforme de l'État. Dans certains cas, en outre, une base légale est créée pour la fixation de règles organiques par arrêté royal. Chaque fois, il s'agit de règles organiques auxquelles il faut satisfaire pour obtenir un agrément.

La compétence fédérale afférante à la législation organique relative aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux n'empêche toutefois pas (et même ne peut pas empêcher) les entités fédérées d'exercer leurs compétences propres en relation, notamment, avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. L'autorité fédérale doit par ailleurs respecter le principe de proportionnalité dans l'exercice de sa compétence. Dans le cadre de leurs compétences, les entités fédérées peuvent établir des règles d'agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (à condition de respecter la procédure devant la Cour des comptes fixée par le législateur spécial) et, sur la base de celles-ci, procéder à l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Elles reprendront toutefois dans le cadre de leur politique d'agrément les règles organiques de base (formulées en tant qu'exigences de base pour l'obtention d'un agrément), de même par ailleurs les critères de programmation fixés. Les caractéristiques de base définies par l'autorité fédérale ont en effet portée normative et les entités fédérées sont tenues de les respecter lors de la définition et de l'application de leurs normes d'agrément.

Compte tenu des points de tangence entre les compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées et en vue d'un exercice coordonné de la politique, les entités fédérées ont été préalablement consultées dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Outre la compétence fédérale pour la législation organique en ce qui concerne la politique de santé, deux autres compétences fédérales offrent une base à la réglementation élaborée. Il s'agit, d'une part, de la compétence réservée au fédéral pour la fixation de règles de base en matière de programmation. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont programmés sur cette base. D'autre part, la compétence résiduelle réservée au fédéral pour le financement de l'exploitation lorsque celle-ci est régie par une législation organique, offre une base de compétence limitée”.

4. Dans les grandes lignes, le Conseil d'État peut se ralié à cette analyse opérée à la lumière de la répartition des compétences. Les “caractéristiques de base” des hôpitaux et des collaborations interhospitalières doivent être regardées comme relevant de la “législation organique” au sens de l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^o, 1^o, a), de la loi spéciale du

der instellingen” en bijgevolg tot de bevoegdheid van de federale overheid.⁵ Daarbij is niet relevant of die samenwerkingsverbanden op vrijwillige, dan wel op dwingende wijze zijn ingericht.

Dat betekent echter niet dat het om een exclusieve federale bevoegdheid gaat. Zoals zo-even is uiteengezet, betreft deze bevoegdheid enkel de “basiskenmerken”, zodat de gemeenschappen zelf ook bepalingen kunnen uitvaardigen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, zolang zij daarbij niet raken aan die basiskenmerken.⁶ De vooralsnog vrij algemene wijze waarop de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken op dit moment in de ontworpen regeling worden uitgewerkt, kan in die basiskenmerken worden ingepast. Dat betekent echter niet dat dat ook het geval is voor eender welke toekomstige regeling die daar door de wetgever aan zou worden toegevoegd of voor eender welke regeling die de Koning zal nemen ter uitvoering van de aan te nemen wetsbepalingen (zie daarover opmerking 5.1).

De federale bevoegdheid is zelfs ruimer – want niet beperkt tot de “basiskenmerken” – voor een aantal aspecten die ook in de ontworpen regeling aan bod komen, namelijk de (algemene) regels met betrekking tot het beheer en de besluitvorming in de ziekenhuizen, het statuut van de ziekenhuisartsen en hun betrokkenheid bij de besluitvorming, alsook de regels inzake de boekhouding en de financiële controle.⁷ In zoverre het de bedoeling is om te komen tot een rationalisering van het zorgaanbod, kan ook worden aangesloten bij de federale bevoegdheid inzake de “basisregelen betreffende de programmatie”.⁸ Voor de financieringsaspecten is er de federale bevoegdheid inzake de “financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving”.⁹

5. Dat neemt niet weg dat op een aantal punten een voorbehoud moet worden gemaakt of zelfs een bijsturing nodig is.

5.1. In de eerste plaats moet een algemeen voorbehoud worden geformuleerd omdat de volledige draagwijdte van de hervorming pas duidelijk zal worden bij de aanneming van de uitvoeringsbesluiten, die slechts doorgang zullen kunnen vinden voor zover ze eveneens ingepast kunnen worden in de bevoegdheid van de federale overheid, zoals ook reeds werd uiteengezet in opmerking 4. Daarbij moet rekening worden gehouden met de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen

⁵ Parl.St. Senaat, 2012-13, nr. 5-2232/1, 35-36.

⁶ Deze bevoegdheid van de gemeenschappen blijkt onder meer uit de vermelding van een aantal koninklijke besluiten over ziekenhuisgroeperingen, fusies van ziekenhuizen, ziekenhuisassociaties, “alsook de betrokken bepalingen uit de [ziekenhuiswet]” bij de teksten waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn, “voorzover deze bepalingen geen invloed hebben op de programmatie, noch op de financiering van de ziekenhuizen” (*ibid.*, 28-32).

⁷ *Ibid.*, 36.

⁸ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, c), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

⁹ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, b), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

8 août 1980 “de réformes institutionnelles” et, partant, comme étant du ressort de l’autorité fédérale⁵. À cet égard, il importe peu que ces collaborations soient organisées d’une manière volontaire ou contraignante.

Cela ne signifie pas pour autant qu’il s’agit d’une compétence fédérale exclusive. Ainsi qu’il vient d’être exposé, cette compétence concerne uniquement les “caractéristiques de base”, de sorte que les communautés peuvent elles-mêmes édicter des règles concernant les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, pour autant que, pour ce faire, elles n’affectent pas ces caractéristiques de base⁶. La manière relativement générale dont les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont conçus pour l’heure dans le dispositif en projet, peut s’inscrire dans les caractéristiques de base. Cela ne signifie toutefois pas que tel est également le cas pour n’importe quelle règle future qui serait ajoutée par le législateur ou pour n’importe quel dispositif que le Roi arrêtera en exécution des dispositions législatives envisagées (voir à ce propos l’observation 5.1).

La compétence fédérale est même plus étendue – parce qu’elle ne se limite pas aux “caractéristiques de base” – pour un certain nombre d’aspects qui sont également abordés dans le dispositif en projet, à savoir les règles (générales) relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux, le statut des médecins hospitaliers et leur implication dans le processus décisionnel, ainsi que les règles relatives à la comptabilité et au contrôle financier⁷. Dans la mesure où l’intention est de rationaliser l’offre de soins, on peut également invoquer la compétence fédérale concernant les “règles de base relatives à la programmation”⁸. En ce qui concerne la question du financement, on peut aussi évoquer la compétence fédérale en matière de “financement de l’exploitation, lorsqu’il est organisé par la législation organique”⁹.

5. Il n’empêche qu’il est nécessaire de formuler des réserves, voire d’opérer une correction concernant un certain nombre de points.

5.1. Il s’impose tout d’abord de formuler une réserve générale parce que la pleine portée de la réforme n’apparaîtra clairement que lors de l’adoption des arrêtés d’exécution, qui ne se concrétiseront que pour autant qu’ils puissent également s’inscrire dans la compétence de l’autorité fédérale, ainsi qu’il a déjà été exposé dans l’observation 4. À cet égard, il y a lieu de tenir compte de la compétence de principe des communautés en matière de normes d’agrément des hôpitaux (sans préjudice de la compétence de l’autorité fédérale en ce qui

⁵ Doc. parl., Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, pp. 35 à 36.

⁶ Cette compétence des communautés ressort notamment de la mention d’un certain nombre d’arrêtés royaux relatifs aux groupements d’hôpitaux, aux fusions d’hôpitaux, aux associations d’hôpitaux, “ainsi que [d]es dispositions concernées de la loi [sur les hôpitaux]” dans la liste des textes relevant de la compétence des communautés, “pour autant que ces dispositions n’ait pas d’influence sur la programmation ni sur le financement des hôpitaux” (*ibid.*, pp. 28 à 32).

⁷ *Ibid.*, p. 36.

⁸ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, c), de la loi spéciale du 8 août 1980.

⁹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, b), de la loi spéciale du 8 août 1980.

(onverminderd de federale bevoegdheid inzake de “organieke wetgeving” en de voormelde “basiskenmerken”), alsook met het bevoegdheidsrechtelijk evenredigheidsbeginsel, dat inhoudt dat de uitoefening van de voormelde gemeenschapsbevoegdheden niet onmogelijk of overdreven moeilijk mag worden gemaakt.

5.2. In de tweede plaats wordt in de ontworpen regeling niet bepaald hoe de gemeenschappen,¹⁰ die instaan voor de individuele erkenning van (onderdelen van) ziekenhuizen en die ook zullen instaan voor de individuele erkenning van de ontworpen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken,¹¹ moeten omgaan met (1) het maximaal aantal te erkennen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken voor het hele grondgebied en (2) locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken met ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meer dan één gemeenschap behoren.

5.2.1. Wat betreft (1) wordt in de memorie van toelichting bij het ontworpen artikel 14/2 van de ziekenhuiswet (artikel 6 van het voorontwerp) het volgende vermeld:

“Met het oog op een evenwichtige spreiding en een toegankelijke gezondheidszorg zal in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid vooraf overleg worden gepleegd omtrent de verdeling ervan tussen de verschillende deelstaten. Bij voorkeur worden de netwerken gezamenlijk en gelijktijdig over het hele land gecreëerd. Bij dit overleg wordt tevens de federale regering betrokken.”

Tenzij indien de stellers van het voorontwerp ervan uitgaan dat dit overleg voldoende waarborgen zal inhouden dat de gemeenschappen samen beschouwd ook effectief maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zullen erkennen, is het raadzaam om dit maximumaantal op te splitsen volgens de verschillende te erkennen overheden of eventueel volgens de verschillende taalgebieden of gewesten.¹² Een andere mogelijkheid is dat het voormelde overleg wordt geformaliseerd in een samenwerkingsakkoord waarin een bepaalde verdeling en eventuele regels voor een herziening ervan worden uitgewerkt.

5.2.2. Wat betreft (2) wordt in de ontworpen regeling niet uitgesloten dat ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meerdere gemeenschappen behoren, onderling een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk vormen. Zo kan men zich voorstellen dat een universitair ziekenhuis en een of

¹⁰ Daarmee worden bedoeld de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie.

¹¹ Dat blijkt ook uit de definitie in het ontworpen artikel 14/1, 1°, van de ziekenhuiswet, maar de individuele toepassingsbevoegdheid van de gemeenschappen inzake ziekenhuizen (onder meer inzake erkenningen en controle op de naleving van de regelgeving) vloeit op algemene wijze voort uit de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid.

¹² Zie ook adv.RvS 56.687/3 van 6 oktober 2014 over een ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 16 december 2014 “tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2014 tot vaststelling van het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat uitgebaat mag worden”, opmerkingen 6, 9.1 en 9.2.

concerne la “législation organique” et les “caractéristiques de base” précitées), ainsi que du principe de proportionnalité en matière de répartition des compétences, qui implique qu’on ne peut pas rendre impossible ou exagérément difficile l’exercice des compétences communautaires précitées.

5.2. Ensuite, le dispositif en projet ne précise pas comment les communautés¹⁰, qui sont chargées de l’agrément individuel des hôpitaux (parties d’hôpitaux) et qui seront également chargées de l’agrément individuel des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux en projet¹¹, doivent gérer (1) le nombre maximum de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux à agréer pour l’ensemble du territoire et (2) les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux comportant des hôpitaux relevant de la compétence de plus d’une communauté.

5.2.1. En ce qui concerne le point (1), l’exposé des motifs relatif à l’article 14/2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 6 de l’avant-projet) mentionne ce qui suit:

“En vue d’un étalement équilibré et de soins de santé accessibles, une concertation préalable sera menée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique sur leur répartition entre les différentes entités fédérées. Les réseaux seront de préférence créés conjointement et simultanément sur l’ensemble du pays. Le gouvernement fédéral sera lui aussi associé à cette concertation”.

Sauf si les auteurs de l’avant-projet partent du principe que cette concertation garantira suffisamment que les communautés, considérées globalement, agrèeront effectivement 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux au maximum, il est recommandé de scinder ce plafond d’après les différentes autorités à agréer ou éventuellement selon les différentes régions linguistiques ou régions¹². Une autre option consiste à formaliser la concertation précitée dans un accord de coopération prévoyant une certaine répartition et d’éventuelles règles de révision de cette dernière.

5.2.2. En ce qui concerne le point (2), le dispositif en projet n’exclut pas que des hôpitaux du ressort de plusieurs communautés constituent entre eux un réseau hospitalier clinique locorégional. On peut ainsi imaginer qu’un hôpital universitaire et un ou plusieurs hôpitaux universitaires de la région de

¹⁰ Il s’agit en l’occurrence de la Communauté française, de la Communauté flamande, de la Communauté germanophone, de la Commission communautaire commune, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française.

¹¹ C’est ce qui ressort également de la définition à l’article 14/1, 1°, en projet, de la loi sur les hôpitaux, mais le pouvoir d’application individuel des communautés en matière d’hôpitaux (concernant, notamment, les agréments et le contrôle du respect de la réglementation) résulte d’une manière générale de la répartition des compétences relatives à la politique de santé.

¹² Voir également l’avis C.E 56.687/3 du 6 octobre 2014 sur un projet devenu l’arrêté royal du 16 décembre 2014 “modifiant l’arrêté royal du 25 avril 2014 fixant le nombre maximum d’appareils de tomographie à résonance magnétique pouvant être exploités”, observations 6, 9.1 et 9.2.

meer niet-universitaire ziekenhuizen in het Franse taalgebied samen deel uitmaken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Voor het eerstgenoemde ziekenhuis is de Franse Gemeenschap bevoegd, terwijl voor de laatstgenoemde ziekenhuizen het Waalse Gewest bevoegd is.¹³ Dat zou betekenen dat het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk door deze twee overheden moet worden erkend. Ook in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen meerdere gemeenschappen bevoegd zijn voor een dergelijke erkenning.

De ontworpen regeling werkt dergelijke situaties zelfs in de hand, nu in het ontworpen artikel 14/3 van de ziekenhuiswet (artikel 7 van het voorontwerp) wordt bepaald dat het geografische gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, aaneensluitend van vorm moet zijn en dat “de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest deel uitmaken, [met] het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken [mogen] overlappen”. Er wordt niet bepaald dat de geografische gebieden de grenzen van een taalgebied niet mogen overschrijden. Voor de erkenning van “taalgrensoverschrijdende” locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zullen doorgaans meerdere gemeenschappen bevoegd zijn.

Dit kan leiden tot juridische complicaties, onder meer wanneer niet elke gemeenschap gunstig oordeelt over de erkenningsaanvraag of wanneer één gemeenschap een erkenning intrekt. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren dat ook de regels inzake de erkenningsprocedure door de gemeenschappen worden bepaald en onderling kunnen afwijken.

5.3. In de derde plaats zullen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die bestaan uit ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meerdere gemeenschappen behoren, rekening moeten houden met het bestaan van onderling verschillende en mogelijks zelfs onderling onverzoenbare erkenningsnormen die de betrokken gemeenschappen hebben uitgevaardigd ten aanzien van de (onderdelen van) ziekenhuizen of de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvoor zij bevoegd zijn. Zolang zij de federale bevoegdheid inzake de “basiskenmerken”, alsook het bevoegdheidsrechtelijk evenredigheidsbeginsel eerbiedigen (zie ook opmerking 5.1) zijn dergelijke onderling verschillende of zelfs onverzoenbare erkenningsnormen mogelijk, met alle complicaties die daarmee samenhangen voor de betrokken “gemengde” locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

5.4. Veel van de zo-even geschetste problemen zouden kunnen worden verholpen of op zijn minst gemilderd wanneer de federale overheid over de implementatie van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken concrete afspraken zou maken met de gemeenschappen, bijvoorbeeld in de vorm van

¹³ Zie artikel 3, 6°, a), van het bijzonder decreet van de Franse Gemeenschap “*relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française*”, alsook de gelijkluidende bepalingen in de decreten van het Waalse Gewest en van de Franse Gemeenschapscommissie.

langue française fassent tous ensemble partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. L'hôpital cité en premier relève de la compétence de la Communauté française, alors que les hôpitaux mentionnés en dernier sont du ressort de la Région wallonne¹³. Cela signifierait que le réseau hospitalier clinique locorégional concerné doit être reconnu par ces deux autorités. Dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, plusieurs communautés peuvent également être compétentes pour un tel agrément.

Le dispositif en projet favorise même la survenance de telles situations, dès lors que l'article 14/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 7 de l'avant-projet) dispose que la zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional doit être de forme continue et que “les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie certains hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins”. Il n'est pas précisé que les zones géographiques ne peuvent pas dépasser les limites d'une zone linguistique. L'agrément de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux “dépassant la frontière linguistique” relèvera généralement de la compétence de plusieurs communautés.

Il peut en résulter des complications sur le plan juridique, notamment lorsque les communautés ne statuent pas toutes favorablement sur la demande d'agrément ou lorsqu'une seule communauté retire l'agrément. À cet égard, on gardera à l'esprit que les règles relatives à la procédure d'agrément sont fixées par les communautés et qu'elles peuvent diverger entre elles.

5.3. Enfin, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, composés d'hôpitaux relevant de la compétence de plusieurs communautés, doivent tenir compte de normes d'agrément différentes, voire inconciliables, que les communautés concernées ont édictées à l'égard des hôpitaux (parties d'hôpitaux) ou des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux de leur ressort. Tant qu'elles respectent la compétence fédérale concernant les “caractéristiques de base”, ainsi que le principe de proportionnalité en matière de répartition des compétences (voir l'observation 5.1), de telles normes d'agrément différentes, voire inconciliables, sont possibles, avec toutes les complications qu'elles entraînent pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux “mixtes”.

5.4. Nombre des problèmes évoqués pourraient être résolus ou à tout le moins tempérés si l'autorité fédérale concluait des accords concrets avec les communautés sur la mise en œuvre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, par exemple sous la forme d'un accord de coopération. L'exposé

¹³ Voir l'article 3, 6°, a), du décret spécial de la Communauté française “*relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française*”, ainsi que les dispositions similaires des décrets de la Région wallonne et de la Commission communautaire française.

een samenwerkingsakkoord. In de memorie van toelichting wordt gewag gemaakt van een voorafgaande consultatie van de gemeenschappen in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, maar de Raad van State heeft er geen zicht op of daarbij dergelijke afspraken zijn gemaakt of in het vooruitzicht zijn gesteld.

6. Bij het ontworpen artikel 14/7 van de ziekenhuiswet (artikel 11 van het voorontwerp) wordt voorzien in de mogelijkheid voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om, voor supraregionale zorgopdrachten die het zelf niet aanbiedt, "een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aan [te] gaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging" dat door de Koning wordt aangewezen. De Koning bepaalt de specifieke voorwaarden waaraan dat (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk en kan de bepalingen van de ziekenhuiswet geheel of gedeeltelijk of met de nodige aanpassingen uitbreiden tot deze (onderdelen van) ziekenhuizen.

In zoverre aldus de mogelijkheid wordt gecreëerd voor (onderdelen van) een of meer zogenaamde militaire ziekenhuizen om op structurele wijze in te staan voor zorgverstrekking aan de bevolking in het algemeen, en niet specifiek aan het militaire personeel, moet de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid in acht worden genomen, hetgeen onder meer inhoudt dat de erkenningsnormen die de gemeenschappen uitvaardigen met betrekking tot ziekenhuizen en die niet vallen onder de voormelde "basiskenmerken", ook op deze militaire ziekenhuizen van toepassing zijn. De delegatie aan de Koning om de "specifieke voorwaarden" te bepalen waaraan dat (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, moet in het licht van die bevoegdheidsverdeling worden gelezen.

7. Overeenkomstig het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 7°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp) is een van de opdrachten van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk "het afstemmen en het coördineren met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk". Beslissingen die ter zake worden genomen, zijn overeenkomstig het ontworpen derde lid bindend voor alle ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk. De "zorgactoren" worden in de ontworpen bepaling niet nader gedefinieerd, maar er kan worden aangenomen dat ermee wordt verwezen naar instellingen en eventueel zelfs individuele beroepsbeoefenaars die gezondheidszorgen verstrekken.¹⁴

Het Grondwettelijk Hof heeft er reeds op gewezen dat het de federale overheid niet toekomt unilateraal een regeling te treffen die betrekking heeft op de totaliteit van de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.¹⁵ In zoverre met "zorgactoren" ook wordt verwezen naar zorginstellingen waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn, kan de ontworpen bepaling niet zo worden begrepen of toegepast dat enige verplichting kan

¹⁴ Het is dan ook raadzaam om de notie op zijn minst in de memorie van toelichting te verduidelijken.

¹⁵ GwH 31 oktober 2000, nr. 108/2000, B.3.3.

des motifs fait état d'une consultation préalable des communautés dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique, mais le Conseil d'État ne sait pas si de tels accords ont ainsi été conclus ou s'ils ont été envisagés.

6. L'article 14/7, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 11 de l'avant-projet) permet à un réseau hospitalier clinique locorégional, pour des missions de soins suprarégionales qu'il ne propose pas lui-même, de "conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense" désigné par le Roi. Ce dernier détermine les conditions spécifiques auxquelles un hôpital (une partie d'hôpital) doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional et il peut étendre les dispositions de la loi sur les hôpitaux, totalement ou partiellement, moyennant les adaptations nécessaires, à ces hôpitaux (parties d'hôpitaux).

Dans la mesure où la possibilité est ainsi offerte à un ou plusieurs hôpitaux militaires (ou des parties de ces hôpitaux) d'assurer d'une manière structurelle la dispensation des soins à la population en général, et non spécifiquement au personnel militaire, il convient de tenir compte de la répartition des compétences en matière de politique de la santé, ce qui implique notamment que les normes d'agrément, qui sont édictées à l'égard des hôpitaux par les communautés et ne s'inscrivent pas dans les "caractéristiques de base" précitées, sont également applicables à ces hôpitaux militaires. La délégation au Roi lui permettant de déterminer les "conditions spécifiques" auxquelles un hôpital (une partie d'hôpital) doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional, doit être lue à la lumière de cette répartition des compétences.

7. Conformément à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 7^o, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l'avant-projet), l'une des missions de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional consiste en "l'harmonisation et la coordination avec d'autres acteurs de soins situés dans la zone géographique du réseau hospitalier clinique locorégional". Conformément à l'alinéa 3, en projet, les décisions prises en la matière sont contraignantes pour l'ensemble des hôpitaux faisant partie du réseau. Les "acteurs de soins" ne sont pas définis précisément dans la disposition en projet, mais on peut admettre qu'il est fait référence à des établissements, voire éventuellement à des praticiens individuels qui dispensent des soins de santé¹⁴.

La Cour constitutionnelle a déjà souligné qu'il n'appartient pas à l'autorité fédérale d'édicter unilatéralement une réglementation qui concerne la totalité de la dispensation de soins au dehors des hôpitaux¹⁵. Dans la mesure où la notion d'"acteurs de soins" vise également les établissements de soins relevant de la compétence des communautés, la disposition en projet ne peut être interprétée ou appliquée en ce

¹⁴ Il est dès lors recommandé de préciser la notion, à tout le moins dans l'exposé des motifs.

¹⁵ C.C., 31 octobre 2000, n° 108/2000, B.3.3.

worden opgelegd aan deze instellingen. Elke afstemming en coördinatie moet dan ook gebeuren op basis van volstrekte vrijwilligheid.

Dat neemt overigens niet weg dat de federale overheid de gemeenschappen kan aanzoeken om een samenwerkingsakkoord te sluiten over de samenwerking tussen de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en de zorginstellingen die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren, zoals het Grondwettelijk Hof ook opmerkte.¹⁶

8. Het voorontwerp bevat nog een paar andere delegaties waarvan de draagwijdte niet zo duidelijk is en die, zo ze al moeten worden gehandhaafd, in elk geval bevoegdheidsconform moeten worden begrepen.

8.1. Dat is het geval voor de delegatie aan de Koning, in het ontworpen artikel 2, § 2, van de ziekenhuiswet om, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de “basiskenmerken” te bepalen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen om erkend te worden. Die delegatie lijkt te overlappen met de delegatie vervat in artikel 66 van de ziekenhuiswet, waarin wordt bepaald dat de ziekenhuizen, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de normen moeten naleven die door de Koning worden bepaald en waarin de elementen worden vermeld waarop die normen betrekking hebben. In de memorie van toelichting wordt daarover het volgende uiteengezet:

“De door de federale overheid voor de Zesde Staatshervorming vastgestelde normen, met als wettelijke basis artikel 66 e.v. van de ziekenhuiswet, bevatten zowel organieke erkenningsnormen als andere erkenningsnormen. De federale overheid was op dat ogenblik immers bevoegd zowel voor het vaststellen van de organieke wetgeving als voor de erkenningsnormen. Bij de Zesde Staatshervorming werden beide bevoegdheden gescheiden. De voorheen uitgewerkte federale normen behoren nog deels tot de bevoegdheid van de federale overheid, deels zijn ze overgegaan naar de gemeenschappen. Voor elke wijziging of voor elke nieuwe erkenningsnorm zal moeten worden uitgeklaard welke overheid bevoegd is voor welke onderdelen of aspecten. Alhoewel opstellers menen dat artikel 66 e.v. van de ziekenhuiswet door de federale overheid nog kan worden aangewend voor het uitwerken van organieke erkenningsnormen, menen ze dat het aangewezen is voor deze organieke erkenningsnormen een uitdrukkelijke afzonderlijke federale wettelijke basis te creëren. Er wordt een paragraaf 2 toegevoegd aan artikel 2 (de huidige bepalingen vormen voortaan een paragraaf 1) waardoor een wettelijke basis wordt gecreëerd voor het wijzigen, vaststellen, (na overleg in Ministerraad) van organieke normen voor het ziekenhuis. (voor algemene ziekenhuizen psychiatrische ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen). Deze wettelijke basis kan bijvoorbeeld worden aangewend voor het wijzigen van de organieke normen van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 betreffende de aanvullende organieke ziekenhuisnormen. Dit zal op termijn immers nodig zijn bij de uitbouw van de klinische netwerken; denk bijvoorbeeld aan de verschuiving van verplichtingen van ziekenhuisniveau naar netwerkniveau. De federale organieke normen zijn normatief

sens que l'on puisse imposer quelque obligation que ce soit à ces établissements. Toute harmonisation et coordination doit dès lors se faire sur une base purement volontaire.

Il n'en demeure d'ailleurs pas moins que l'autorité fédérale peut inviter les communautés à conclure un accord de coopération portant sur la collaboration entre les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et les établissements de soins relevant de la compétence des communautés, ainsi que la Cour constitutionnelle l'a également fait remarquer¹⁶.

8. L'avant-projet comporte encore d'autres délégations dont la portée manque de clarté et qui, si elles doivent toutes être maintenues, devront en tous les cas s'interpréter conformément aux règles répartitrices de compétences.

8.1. Tel est le cas de la délégation au Roi, inscrite à l'article 2, § 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux en vue de déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les “caractéristiques de base” auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire pour être agréés. Cette délégation semble faire double emploi avec la délégation figurant à l'article 66 de la loi sur les hôpitaux qui prévoit que les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi, après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers et qui énumère les éléments concernés par ces normes. L'exposé des motifs précise à cet égard que:

“Les normes fixées par l'autorité fédérale avant la sixième réforme de l'État, avec comme base légale les articles 66 et suivants de la loi sur les hôpitaux, comprennent à la fois des normes organiques d'agrément et d'autres normes d'agrément. En effet, à ce moment-là, l'autorité fédérale était compétente à la fois pour fixer la législation organique et les normes d'agrément. Lors de la sixième réforme de l'État, ces deux compétences ont été scindées. Les normes auparavant élaborées au fédéral relèvent encore en partie de la compétence de l'autorité fédérale, et ont en partie été transférées aux Communautés. Pour toute modification ou toute nouvelle norme d'agrément, il faudra déterminer quelle est l'autorité compétente pour quels éléments ou aspects. Bien que les auteurs pensent que les articles 66 et suivants de la loi sur les hôpitaux peuvent encore être utilisés par l'autorité fédérale pour l'élaboration de normes organiques d'agrément, ils estiment qu'il est judicieux de créer pour ces normes organiques d'agrément une base légale fédérale distincte explicite. Un paragraphe 2 est ajouté à l'article 2 (les dispositions actuelles constituent désormais un paragraphe 1^{er}), de sorte qu'une base légale est créée pour la modification, la fixation,... (après concertation en Conseil des ministres), de normes organiques pour les hôpitaux (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux universitaires). Cette base légale peut par exemple être utilisée pour la modification des normes organiques de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 relatif aux normes organiques complémentaires des hôpitaux. Ceci sera nécessaire à terme lors du déploiement des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux; songeons par exemple au glissement d'obligations du niveau de l'hôpital au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional. Les normes organiques fédérales sont

¹⁶ *Ibid.*, B.3.4.

¹⁶ *Ibid.*, B.3.4.

voor de deelstaten in de zin dat ze moeten worden geëerbiedigd bij het gevoerde erkenningsbeleid. Met andere woorden, een ziekenhuis moet beantwoorden aan deze organieke regels om erkend te kunnen worden.”

Terecht gaan de stellers van het voorontwerp ervan uit dat artikel 66 van de ziekenhuiswet door de federale overheid nog steeds kan worden benut als rechtsgrond voor het vaststellen van erkenningsnormen, maar dat deze delegatie sinds de Zesde Staatshervorming beperkt is tot de “basiskenmerken”. De Raad van State ziet echter niet in wat de zin is van het creëren van een bijkomende rechtsgrond die voor de federale overheid geen ruimere draagwijde kan hebben dan het voormalde artikel 66 van de ziekenhuiswet. Meer zelfs, de overname van een bevoegdheidsrechtelijke notie (“basiskenmerken”) in de ontworpen bepaling kan de indruk wekken dat alles wat ter uitvoering van de ontworpen delegatie wordt vastgesteld, automatisch als “basiskenmerken” zou moeten worden beschouwd, terwijl ook deze uitvoeringsregels, net als de regels ter uitvoering van artikel 66 van de ziekenhuiswet, steeds aan de bevoegdheidsrechtelijke notie van “basiskenmerken” zullen moeten worden getoetst. Het is met andere woorden mogelijk dat de regels die zouden worden voorgesteld als “basiskenmerken” ter uitvoering van het ontworpen artikel 2, § 2, van de ziekenhuiswet, uiteindelijk toch geen “basiskenmerken” blijken te zijn in de bevoegdheidsrechtelijke betekenis van het woord en bijgevolg om die reden geen doorgang zullen kunnen vinden.

Het koninklijk besluit van 30 januari 1989 “houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen”, waarnaar de stellers van het voorontwerp als voorbeeld verwijzen, vindt rechtsgrond in wat thans de artikelen 66 en 67 van de ziekenhuiswet zijn. Afgezien van de vraag voor welke aspecten (“basiskenmerken”) van dat besluit de federale overheid na de Zesde Staatshervorming nog bevoegd is,¹⁷ kan er geen twijfel over bestaan dat die rechtsgrond nog steeds dienstig is voor toekomstige wijzigingen van dat besluit.

Daar komt nog bij dat in de ontworpen bepaling, anders dan in artikel 66 van de ziekenhuiswet, het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen niet wordt voorgeschreven, zonder dat in de memorie van toelichting wordt uiteengezet waarom die advisering niet nuttig of wenselijk zou zijn voor de koninklijke besluiten ter uitvoering van deze bepaling. De omstandigheid dat, anders dan in artikel 66, in de ontworpen bepaling wel het overleg in de Ministerraad wordt voorgeschreven, doet geen afbreuk aan die vaststelling.

¹⁷ Het besluit wordt in elk geval vermeld in de opsomming van erkenningsnormen waarvoor de gemeenschappen principieel bevoegd zijn geworden (*Parl. St. Senaat, 2012-13, nr. 5-2232/1, 29*), net als bijvoorbeeld het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 “tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd”.

normatives pour les entités fédérées en ce sens qu’elles doivent être respectées dans la politique d’agrément menée. En d’autres termes, un hôpital doit répondre à ces règles organiques pour pouvoir être agréé”.

Les auteurs de l'avant-projet considèrent à juste titre que l'article 66 de la loi sur les hôpitaux peut encore et toujours être utilisé par l'autorité fédérale comme fondement juridique pour l'élaboration de normes d'agrément mais que cette délégation est limitée aux “caractéristiques de base” depuis la sixième réforme de l'État. Le Conseil d'État n'aperçoit toutefois pas quel sens pourrait avoir un fondement juridique supplémentaire qui ne peut pas avoir une portée plus étendue pour l'autorité fédérale que l'article 66 précité de la loi sur les hôpitaux. Plus encore, l'intégration, dans la disposition en projet, d'une notion touchant à la répartition des compétences (“caractéristiques de base”) peut donner l'impression que toutes les règles qui seront fixées en exécution de la délégation en projet, devraient automatiquement être considérées comme étant des “caractéristiques de base” alors qu'à l'instar des règles prises en exécution de l'article 66 de la loi sur les hôpitaux, ces modalités d'exécution devront elles aussi toujours être examinées au regard de la notion, liée à la répartition des compétences, de “caractéristiques de base”. En d'autres termes, il est possible que les règles qui sont proposées comme “caractéristiques de base” en exécution de l'article 2, § 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux, s'avèrent, somme toute, ne pas être des “caractéristiques de base” au sens où elles s'entendent au regard de la répartition de compétences et que, partant, ces règles ne puissent, pour ce motif, pas se concrétiser.

L'arrêté royal du 30 janvier 1989 “fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter” que les auteurs de l'avant-projet visent à titre d'exemple, trouve un fondement juridique dans ce qui constitue actuellement les articles 66 et 67 de la loi sur les hôpitaux. Indépendamment de la question de savoir pour quels aspects (“caractéristiques de base”) de cet arrêté l'autorité fédérale est restée compétente à l'issue de la sixième réforme de l'État¹⁷, il ne peut y avoir de doute quant au fait que ce fondement juridique est encore et toujours utile pour futures modifications de cet arrêté.

À cela s'ajoute qu'à la différence de l'article 66 de la loi sur les hôpitaux, la disposition en projet ne prévoit pas de recueillir l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers et l'exposé des motifs ne précise pas la raison pour laquelle cet avis ne serait ni utile ni souhaitable pour les arrêtés royaux pris en exécution de cette disposition. La circonstance qu'à la différence de l'article 66, la disposition en projet prévoit effectivement la délibération en Conseil des ministres, ne change rien à cette constatation.

¹⁷ L'arrêté figure en tout cas dans l'énumération des normes d'agrément pour lesquelles les communautés sont par principe devenues compétentes (*Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 29*), tout comme par exemple l'arrêté royal du 23 octobre 1964 “portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre”.

De conclusie is dan ook dat beter wordt afgezien van de ontworpen delegatie, die niet alleen geen enkele meerwaarde biedt, maar die ook geen ruimere draagwijdte kan hebben dan artikel 66 van de ziekenhuiswet omwille van de geldende bevoegdheidsverdeling.

8.2. Bij het ontworpen artikel 96/1 van de ziekenhuiswet (artikel 24 van het voorontwerp) wordt de minister bevoegd voor volksgezondheid gemachtigd om een afzonderlijk budget van financiële middelen te bepalen voor een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk¹⁸ en wordt de Koning gemachtigd om bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regelen te bepalen voor de toepassing van dit artikel en om inzonderheid te bepalen welke artikelen van hoofdstuk VI (“Financiering van de werkingskosten”) op dat afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die hij nodig acht.

De voormalde delegatie van reglementaire bevoegdheid aan de Koning moet bevoegdheidsconform worden geïnterpreteerd, hetgeen onder meer inhoudt dat de bijkomende financiering enkel betrekking kan hebben op de exploitatie en niet op de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten.¹⁹

ALGEMENE OPMERKINGEN

9. In de ziekenhuiswet worden thans reeds verscheidene vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen geregeld. Naast het veeleer triviale geval van fusies van ziekenhuizen²⁰ zijn er de groeperingen,²¹ de associaties,²² de samenwerkingsverbanden tussen verzorgingsinstellingen en diensten,²³ de netwerken van zorgvoorzieningen en de zorgcircuits.²⁴ Ongetwijfeld hebben sommige van die samenwerkingsvormen andere finaliteiten dan de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, maar alvast de verhouding tot de ziekenhuisgroepering en de associaties zou moeten worden verduidelijkt in de memorie van toelichting. Bovendien is het raadzaam om op termijn, wanneer voldoende ervaring is opgedaan met de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, te evalueren of deze samenwerkingsvormen niet kunnen worden gerationaliseerd.

On en conclura dès lors qu'il vaut mieux renoncer à la délégation en projet qui, non seulement ne présente aucune plus-value, mais qui en plus ne peut pas avoir une portée plus étendue que l'article 66 de la loi sur les hôpitaux en raison de la répartition de compétence en vigueur.

8.2. L'article 96/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 24 de l'avant-projet) habilite le ministre qui a la santé publique dans ses attributions à fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional¹⁸ et habilite le Roi à fixer par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des règles plus précises pour l'application de cet article ainsi qu'à déterminer notamment quels articles du chapitre VI (“Financement des coûts d'exploitation”) sont applicables, en tout ou en partie, à ce budget distinct, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires.

La délégation de pouvoir réglementaire au Roi précitée doit s'interpréter selon le critère de compétence, ce qui implique entre autres que le financement additionnel peut uniquement concerner l'exploitation et non le coût des investissements de l'infrastructure et des services médicotechniques¹⁹.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

9. Actuellement, la loi sur les hôpitaux règle déjà plusieurs formes de collaboration entre hôpitaux. Outre le cas plutôt trivial des fusions d'hôpitaux²⁰, on recense les groupements²¹, les associations²², les associations d'institutions de soins et de services²³, les réseaux d'équipements de soins et les circuits de soins²⁴. S'il ne fait aucun doute que certaines de ces formes d'association poursuivent d'autres finalités que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, l'exposé des motifs devrait en tout cas clarifier l'articulation avec le groupement hospitalier et les associations. En outre, il est conseillé d'évaluer à terme, lorsqu'une expérience suffisante aura été acquise dans le domaine des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, si ces formes d'association ne peuvent pas être rationnalisées.

¹⁸ Dit betreft een delegatie van individuele beslissingsbevoegdheid, analoog aan de delegatie voor het vaststellen van het budget van financiële middelen per ziekenhuis, vervat in artikel 95, eerste lid, van de ziekenhuiswet.

¹⁹ Zie artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a) en b), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

²⁰ Zie artikel 67, eerste lid, 3°, van de ziekenhuiswet.

²¹ Zie de artikelen 36 en 67, eerste lid, 3°, van de ziekenhuiswet, alsook het koninklijk besluit van 30 januari 1989 “houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen”.

²² Zie de artikelen 67, eerste lid, 3°, en tweede lid, van de ziekenhuiswet, alsook het koninklijk besluit van 25 april 1997 “houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen”.

²³ Zie artikel 10 van de ziekenhuiswet.

²⁴ Zie artikel 11 van de ziekenhuiswet.

¹⁸ Il s'agit d'une délégation de pouvoir de décision individuel analogue à la délégation accordée pour fixer le budget des moyens financiers par hôpital, inscrite à l'article 95, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux.

¹⁹ Voir l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, a) et b), de la loi spéciale du 8 août 1980.

²⁰ Voir l'article 67, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi sur les hôpitaux.

²¹ Voir les articles 36 et 67, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi sur les hôpitaux de même que l'arrêté royal du 30 janvier 1989 “fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter”.

²² Voir l'article 67, alinéa 1^{er}, 3°, et alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux de même que l'arrêté royal du 25 avril 1997 “précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter”.

²³ Voir l'article 10 de la loi sur les hôpitaux.

²⁴ Voir l'article 11 de la loi sur les hôpitaux.

10. In de memorie van toelichting wordt op verschillende plaatsen verwezen naar de mogelijkheid van ziekenhuizen om op vrijwillige basis de mate van samenwerking in klinische netwerken te intensificeren en om (onderdelen) van ziekenhuizen die niet verplicht moeten toetreden tot een locoregionale klinisch netwerk, op vrijwillige basis in een dergelijk netwerk op te nemen.²⁵ Omdat dit onder meer gevolgen kan hebben voor het al dan niet voldoen aan de erkenningsnormen,²⁶ is het raadzaam om uitdrukkelijk te voorzien in een wettelijke basis voor een dergelijke ruimere samenwerking, zowel in de diepte als in de breedte, onverminderd de hiervoor gemaakte opmerkingen over de bevoegdheidsverdeling.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 2

11. In het ontworpen artikel 2, § 1, laatste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 2, 2°, van het voorontwerp) moet de verwijzing naar “artikel 14/1, § 1, 1°” worden vervangen door een verwijzing naar “artikel 14/1, 1°”.

Artikel 4

12. In de inleidende zin van artikel 4 van het voorontwerp moeten de woorden “gewijzigd bij de wet van 18 december 2016” worden vervangen door de woorden “laatst gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017”.

Artikel 7

13. Het is niet duidelijk hoe de geografische gebieden waarvan gewag wordt gemaakt in het ontworpen artikel 14/3 van de ziekenhuiswet (artikel 7 van het voorontwerp), zullen worden bepaald. In elk geval zal elke (aanvraag tot) erkenning voor elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk op een voldoende nauwkeurige wijze het betrokken geografisch gebied moeten omschrijven, zodat kan worden nagegaan of voldaan is aan de voorwaarden in de ontworpen bepaling. Hieromtrent zou het best enige uitleg worden opgenomen in de memorie van toelichting.

14. In het ontworpen artikel 14/3, eerste lid, wordt bepaald dat het geografisch gebied dat door een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, aaneensluitend van vorm moet zijn, terwijl in het ontworpen tweede lid wordt bepaald dat “[i]n afwijking op (lees: van) het eerste lid” de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest deel uitmaken, met het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen

²⁵ Wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen en de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G).

²⁶ Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als een ombudsfunctie wordt samengevoegd voor de verschillende ziekenhuizen van het netwerk, met inbegrip van een psychiatrisch ziekenhuis.

10. À plusieurs endroits, l'exposé des motifs évoque la possibilité pour les hôpitaux d'intensifier sur une base volontaire le degré de collaboration dans des réseaux cliniques et d'intégrer sur une base volontaire dans un tel réseau des (parties d')hôpitaux qui n'ont pas l'obligation de s'affilier à un réseau clinique locorégional²⁵. Dès lors que ce point peut notamment avoir des répercussions sur le respect ou non des normes d'agrément²⁶, il est conseillé de prévoir expressément pour une telle collaboration une base légale plus étendue, approfondie et complète, sans préjudice des observations formulées ci-dessus au sujet de la répartition des compétences.

EXAMEN DU TEXTE

Article 2

11. Dans l'article 2, § 1^{er}, dernier alinéa, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 2, 2°, de l'avant-projet), la référence à “l'article 14/1, § 1^{er}, 1°” doit être remplacée par une référence à “l'article 14/1, 1°”.

Article 4

12. Dans la phrase liminaire de l'article 4 de l'avant-projet, il y a lieu de remplacer les mots “modifié par la loi du 18 décembre 2016” par les mots “modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017”.

Article 7

13. On n'aperçoit pas comment vont être déterminées les zones géographiques dont il est fait mention à l'article 14/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 7 de l'avant-projet). En tout cas, chaque (demande d') agrément portant sur tout réseau hospitalier clinique locorégional devra définir avec suffisamment de précision la zone géographique concernée, afin qu'il soit possible de vérifier si les conditions figurant dans la disposition en projet, sont remplies. Mieux vaudrait que l'exposé des motifs éclaircisse ce point.

14. L'article 14/3, alinéa 1^{er}, en projet, dispose que la zone géographique qui est couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional, doit être de forme continue alors que l'alinéa 2 en projet prévoit que “[p]ar dérogation à l'alinéa 1^{er}”, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie certains hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux

²⁵ En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux disposant uniquement de services hospitaliers psychiatriques (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou un service de gériatrie (indice G).

²⁶ Tel pourrait par exemple être le cas si une fonction de médiation était regroupée dans les différents hôpitaux du réseau, y compris un hôpital psychiatrique.

locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken mogen overlappen. Hetgeen in het tweede lid wordt bepaald, is echter geen afwijking van het voorschrift vervat in het eerste lid.

Ofwel moeten de woorden “In afwijking op het eerste lid” in het ontworpen artikel 14/3, tweede lid, van de ziekenhuiswet worden weggelaten, ofwel moet aan het ontworpen eerste lid worden toegevoegd dat de geografische gebieden elkaar niet mogen overlappen.

Voorts zou in het ontworpen eerste lid in elk geval kunnen worden toegevoegd dat de geografische gebieden samen het hele grondgebied van het Rijk moeten bestrijken.

Artikel 8

15. Om de redenen uiteengezet in opmerking 8.1 kan beter worden afgewezen van de term “basiskenmerken” in het ontworpen artikel 14/4 van de ziekenhuiswet (artikel 8 van het voorontwerp). Het gaat immers om erkenningsnormen.²⁷

Artikel 10

16. In het ontworpen artikel 14/6, derde lid, eerste zin, van de ziekenhuiswet (artikel 10 van het voorontwerp) moeten, naar analogie van de eraan voorafgaande leden, de woorden “voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aangebiedt” worden ingevoegd tussen de woorden “een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” en de woorden “gedurende drie jaar”. In dezelfde zin moeten dan ook de woorden “per supraregionale zorgopdracht” worden geschrapt.

Voorts moet in de eerste en de tweede zin telkens het woord “afzonderlijke” worden ingevoegd tussen de woorden “een” en “juridisch geformaliseerde samenwerking” om, eveneens analoog aan de eraan voorafgaande leden, te verduidelijken dat voor elke zorgopdracht een samenwerking met een andere constellatie van referentiepunten mag worden aangegaan of behouden.

Artikel 11/1

17. Artikel 11/1 van het voorontwerp moet vernummerd worden tot artikel 12. Uiteraard moeten dan ook de erop volgende bepalingen en de kruisverwijzingen worden vernummerd.

Artikel 12

18. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 16, derde lid, 2^o, van de ziekenhuiswet (artikel 12 van het voorontwerp) moeten de woorden “het verwijfbeleid” worden vervangen door de woorden “het verwijfs- en terugverwijfbeleid”, om

²⁷ Daarbij moet worden aangestipt dat deze machtiging aan de Koning, die dateert van na de Zesde Staatshervorming, hoe dan ook beperkt is tot de in de opmerkingen 5.1 en 8.1 geschatste bevoegdheidsrechtelijke grenzen. De gemeenschappen zullen hoe dan ook een eigen rechtsgrond moeten aanleggen vooraleer hun regeringen bij besluit erkenningsnormen kunnen invoeren voor de klinische ziekenhuisnetwerken.

voisins. Toutefois, la règle énoncée à l’alinéa 2 ne déroge pas à la prescription de l’alinéa 1^{er}.

Il y a lieu, soit d’omettre les mots “Par dérogation à l’alinéa 1^{er}” figurant dans l’article 14/3, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux, soit d’ajouter à l’alinéa 1^{er} en projet que les zones géographiques ne peuvent pas se chevaucher.

Au demeurant, l’alinéa 1^{er} en projet pourrait de toute façon être complété en précisant qu’en ensemble, les zones géographiques doivent couvrir l’ensemble du territoire du Royaume.

Article 8

15. Pour les motifs exposés au point 8.1, mieux vaudrait renoncer au terme “caractéristiques de base” dans l’article 14/4, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 8 de l’avant-projet). En effet, il s’agit de normes d’agrément²⁷.

Article 10

16. Dans l’article 14/6, alinéa 3, première phrase, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 10 de l’avant-projet), on insérera, par analogie avec les alinéas qui précèdent, les mots “pour chaque mission de soins suprarégionale qu’il ne propose pas lui-même” entre les mots “un réseau hospitalier clinique locorégional peut” et les mots “pendant les trois ans”. Dans la même phrase, les mots “par mission de soins suprarégionale” seront dès lors supprimés.

En outre, dans les première et deuxième phrases, on ajoutera chaque fois le mot “distincte” après les mots “une collaboration juridiquement formalisée” afin de préciser également par analogie avec les alinéas précédents – que pour chaque mission de soins une collaboration avec une autre constellation de points de référence peut être engagée ou maintenue.

Article 11/1

17. Il y a lieu de renuméroter l’article 11/1 de l’avant-projet qui devient l’article 12. Bien évidemment, il y aura lieu de modifier la numérotation des dispositions subséquentes et des références croisées.

Article 12

18. Dans le texte néerlandais de l’article 16, alinéa 3, 2^o, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 12 de l’avant-projet), les mots “het verwijfbeleid” seront remplacés par les mots “het verwijfs- en terugverwijfbeleid”, afin de tenir davantage

À cet égard, il convient de relever que cette habilitation accordée au Roi, postérieure à la sixième réforme de l’État, doit en tout cas s’inscrire dans les limites des compétences qui ont fait l’objet des observations 5.1 et 8.1. Quoi qu’il en soit, les communautés devront prévoir un fondement juridique propre avant que leurs gouvernements puissent instaurer, par arrêté, des normes d’agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques.

beter rekening te houden met de Franse tekst, waarin gewag wordt gemaakt van “*la politique d’adressage et de renvoi*”.

Die opmerking geldt *mutatis mutandis* ook voor het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 6°, (artikel 15 van het voorontwerp).

Artikel 13

19. In de Franse tekst van artikel 13 van het voorontwerp moet de verwijzing naar “*chapitre I^{er}*” worden vervangen door een verwijzing naar “*chapitre II*”.

Artikel 14

20. Het ontworpen artikel 17/1, derde lid, van de ziekenhuiswet (artikel 14 van het voorontwerp) kan duidelijker worden geformuleerd, nu het volgens de memorie van toelichting slechts de bedoeling is dat er minstens een arts is die lid is van de beheerraad en die geen ziekenhuisarts is in een van de ziekenhuizen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Het lijkt daarentegen niet de bedoeling te zijn dat als er meerdere artsen zijn – wat niet onwaarschijnlijk is –, die artsen ook geen ziekenhuisarts mogen zijn in een van de ziekenhuizen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. De ontworpen bepaling zou dan ook beter als volgt worden geredigeerd:

“Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg. Minstens een van de leden is een arts die geen ziekenhuisarts is in een van de ziekenhuizen van het betrokken locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.”

21. Het is niet duidelijk wat in de ontworpen bepaling begrepen moet worden onder “expertise in gezondheidszorg”. Met de term wordt allicht iets anders bedoeld dan een opleiding als arts, maar wat dan wel wordt bedoeld, kan beter worden verduidelijkt, op zijn minst in de memorie van toelichting.

Artikel 15

22. In het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 1°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp) wordt gewag gemaakt van het bepalen van de strategie betreffende gespecialiseerde zorgopdrachten. De gespecialiseerde zorgopdrachten zijn slechts een onderdeel van de locoregionale zorgopdrachten (zie het ontworpen artikel 14/4, § 1, tweede lid, van de ziekenhuiswet). Omdat in de memorie van toelichting op ruimere wijze gewag wordt gemaakt van “[d]e strategische beslissingen inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten (artikel 17/2, eerste lid, 1°)”, is het raadzaam om ofwel de ontworpen bepaling te verruimen, ofwel de betrokken passage in de memorie van toelichting toe te spitsen op de gespecialiseerde zorgopdrachten.

23. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 1°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp)

compte du texte français qui fait état de “la politique d’adressage et de renvoi”.

Cette observation s’applique *mutatis mutandis* également à l’article 17/2, alinéa 1^{er}, 6°, en projet (article 15 de l’avant-projet).

Article 13

19. Dans le texte français de l’article 13 de l’avant-projet, on remplacera la référence au “chapitre 1^{er}” par une référence au “chapitre II”.

Article 14

20. L’article 17/1, alinéa 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 14 de l’avant-projet) pourrait être formulé de manière plus précise, dès lors qu’aux termes de l’exposé des motifs, le but poursuivi est uniquement qu’il y ait au moins un médecin qui soit membre du conseil de gestion et que ce médecin ne soit pas médecin hospitalier dans l’un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional. Par contre, il ne semble pas que l’objectif soit qu’au cas où il y aurait plusieurs médecins – ce qui n’est pas improbable –, ceux-ci ne puissent pas être non plus médecins hospitaliers dans l’un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné. Mieux vaudrait donc rédiger la disposition en projet comme suit:

“Au moins un tiers des membres de la gestion disposent d’une expertise en matière de soins de santé. Au moins l’un des membres est un médecin qui n’est pas médecin hospitalier dans l’un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné”.

21. Dans la disposition en projet, on n’aperçoit pas ce qu’il convient d’entendre par “expertise en matière de soins de santé”. Ce terme vise sans doute autre chose que la formation de médecin, mais mieux vaudrait préciser ce que recouvre au juste cette notion, à tout le moins dans l’exposé des motifs.

Article 15

22. L’article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l’avant-projet) fait état de la prise des décisions stratégiques relative aux missions de soins spécialisées. Les missions de soins spécialisées ne représentent qu’une partie des missions de soins locorégionales (voir l’article 14/4, § 1^{er}, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux). Dès lors que l’exposé des motifs fait état plus largement des “décisions stratégiques en matière d’offre de missions de soins locorégionales (article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°)”, il est conseillé, soit d’élargir la disposition en projet, soit d’axer, dans l’exposé des motifs, le passage concerné sur les missions de soins spécialisées.

23. Dans le texte français de l’article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l’avant-projet),

moeten de woorden “*régional clinique*” worden vervangen door de woorden “*locorégional*”.

24. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 2°, moet het woord “netwerk” worden vervangen door het woord “ziekenhuisnetwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “*hospitalier*” worden ingevoegd tussen de woorden “du réseau” en de woorden “*clinique locorégional*”.

25. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 4°, schrijve men “*locorégional*” in plaats van “*régional*”.

26. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 5°, moeten de woorden “*régional clinique*” worden vervangen door de woorden “*locorégional*”.

27. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 8°, schrijve men “ziekenhuisnetwerk” in plaats van “netwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “*hospitalier*” worden ingevoegd tussen de woorden “du réseau” en de woorden “*clinique locorégional*”.

28. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, tweede lid, eerste zin, schrijve men “*locorégional*” in plaats van “*régional*”.

Artikel 16

29. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 22/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 16 van het voorontwerp) moet het woord “*régional*” telkens worden vervangen door het woord “*locorégional*”.

30. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 22/1, vijfde lid, moet de zinsnede “*Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège de médecins en chefs de réseau hospitalier clinique régional*” worden vervangen door de zinsnede “*Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau*”.

31. In het ontworpen 22/1, zevende lid, wordt bepaald dat de beslissingen van de netwerkoofdarts of het college van netwerkoofdartsen genomen in (lees: ter) uitvoering van haar (lees: zijn) verantwoordelijkheden “primeren op en (...) tegenstelbaar [zijn] aan de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk”. Het valt niet goed in te zien welke bijkomende betekenis de uitdrukking “zijn tegenstelbaar” heeft; het volstaat te bepalen dat de eerstgenoemde beslissingen voorgaan op de laatstgenoemde beslissingen.

Artikel 17

32. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 30/3 van de ziekenhuiswet (artikel 17 van het voorontwerp) moet het woord “*régional*” worden vervangen door het woord “*locorégional*”.

il y a lieu de remplacer les mots “régional clinique” par le mot “locorégional”.

24. Dans le texte néerlandais de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 2^o, en projet, on remplacera le mot “netwerk” par le mot “ziekenhuisnetwerk”.

Dans le texte français de la même disposition en projet, il convient d'insérer le mot “hospitalier” entre les mots “du réseau” et les mots “clinique locorégional”.

25. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 4^o, en projet, on écrira “locorégional” au lieu de “régional”.

26. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 5^o, en projet, il y a lieu de remplacer les mots “régional clinique” par le mot “locorégional”.

27. Dans le texte néerlandais de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 8^o, en projet, on écrira “ziekenhuisnetwerk” au lieu de “netwerk”.

Dans le texte français de la même disposition en projet, il convient d'insérer le mot “hospitalier” entre les mots “du réseau” et les mots “clinique locorégional”.

28. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 2, première phrase, en projet, on écrira “locorégional” au lieu de “régional”.

Article 16

29. Dans le texte français de l'article 22/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 16 de l'avant-projet), il y a lieu de remplacer chaque fois le mot “régional” par le mot “locorégional”.

30. Dans le texte français de l'article 22/1, alinéa 5, en projet, le segment de phrase “*Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège de médecins en chefs de réseau hospitalier clinique régional*” doit être remplacé par le segment de phrase “*Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau*”.

31. L'article 22/1, alinéa 7, en projet, dispose que les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau en exécution de ses missions “priment sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional et y sont opposables”. On aperçoit mal la signification additionnelle de l'expression “et y sont opposables”; il suffit de disposer que les décisions visées en premier priment les décisions citées en dernier.

Article 17

32. Dans le texte français de l'article 30/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 17 de l'avant-projet), le mot “régional” doit être remplacé par le mot “locorégional”.

Artikel 18

33. Bij het ontworpen artikel 32, derde zin, van de ziekenhuiswet (artikel 18 van het voorontwerp) wordt een bijkomende adviesbevoegdheid²⁸ gegeven aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende “alle problemen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die ingevolge artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot de hervorming der instellingen, tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren”.

Niet alleen is de verwijzing naar de bevoegdheid van de federale overheid overbodig, aangezien die adviesbevoegdheid niet ruimer kan reiken, maar bovendien schrijve men beter “alle aangelegenheden met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken”. Het bestaande artikel 32, eerste zin, zou in dezelfde zin kunnen worden aangepast.

Artikel 19

34. De vraag rijst of de delegaties vervat in het ontworpen artikel 70, zesde lid, van de ziekenhuiswet (artikel 19 van het voorontwerp) niet moeten worden verbonden aan het verplichte advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu dit ook het geval is voor de bestaande delegaties in artikel 70, derde tot vijfde lid.

35. In de Nederlandse tekst van dezelfde ontworpen bepaling schrijve men “in verband met de uitoefening”.

Artikel 20

36. In het ontworpen artikel 71, tweede lid, van de ziekenhuiswet (artikel 20 van het voorontwerp) moet met het volledige en juiste opschrift worden verwezen naar “de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt”.

Artikel 23

37. Het ontworpen artikel 94/1 van de ziekenhuiswet (artikel 23 van het voorontwerp) vangt aan met de woorden “In afwijking op (lees: van) de bepalingen van dit hoofdstuk”. Het is echter duidelijk niet de bedoeling om af te wijken van alle bepalingen van titel III, hoofdstuk V, van de ziekenhuiswet, maar enkel om de integratie mogelijk te maken van welbepaalde voorschriften van dat hoofdstuk in de context van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Er moet dan ook worden gepreciseerd van welke (onderdelen van) artikelen precies wordt afgeweken.

Artikel 24

38. Artikel 96 van de ziekenhuiswet schrijft voor dat de minister bevoegd voor volksgezondheid voor een of meerdere diensten, afdelingen, functies of zorgprogramma's van het

²⁸ Zoals de ontworpen bepaling (en het bestaande artikel 32 van de ziekenhuiswet) is geformuleerd, gaat het om een adviesbevoegdheid en niet om een adviesverplichting.

Article 18

33. L'article 32, troisième phrase, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 18 de l'avant-projet) confère une compétence d'avis²⁸ supplémentaire au Conseil fédéral des établissements hospitaliers en ce qui concerne “tous les problèmes relatifs aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui, en vertu de l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, relèvent de la compétence de l'autorité fédérale”.

Non seulement le renvoi à la compétence de l'autorité fédérale est superflu dès lors que cette compétence d'avis ne peut pas être plus étendue, mais en outre, mieux vaudrait écrire “toutes les matières relatives aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux”. L'actuel article 32, première phrase, devrait être adapté dans le même sens.

Article 19

34. La question se pose de savoir s'il ne faut pas subordonner les délégations contenues à l'article 70, alinéa 6, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 19 de l'avant-projet) à l'avis obligatoire du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, tel étant déjà le cas pour les délégations existantes prévues à l'article 70, alinéas 3 à 5.

35. Dans le texte néerlandais de la même disposition en projet, on écrira “*in verband met de uitoefening*”.

Article 20

36. L'article 71, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 20 de l'avant-projet) doit viser “la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient” en mentionnant son intitulé correct et complet.

Article 23

37. L'article 94/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 23 de l'avant-projet) commence par les mots “Par dérogation aux dispositions du présent chapitre”. Il est toutefois manifeste que l'intention n'est pas de déroger à toutes les dispositions du titre III, chapitre V, de la loi sur les hôpitaux, mais uniquement de permettre l'intégration de prescriptions bien déterminées de ce chapitre dans le contexte d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Il conviendra dès lors de préciser les (parties d') articles dont on s'écarte exactement.

Article 24

38. L'article 96 de la loi sur les hôpitaux prescrit que le ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut, pour un ou pour plusieurs services, sections, fonctions ou

²⁸ Telle que la disposition en projet (et l'article 32 existant de la loi sur les hôpitaux) est formulée, il s'agit d'une compétence d'avis et non d'une obligation d'avis.

ziekenhuis een afzonderlijk budget van financiële middelen kan bepalen en dat de nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning. Het ontworpen artikel 96/1 van de ziekenhuiswet bevat een gelijkaardige bepaling met betrekking tot een afzonderlijk budget van financiële middelen voor een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.

De vraag rijst of die ontworpen delegatie aan de Koning niet moet worden verbonden aan het verplichte advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu dit ook het geval is voor de bestaande delegatie aan de Koning in artikel 96, tweede lid.

Artikel 25

39. Het ontworpen artikel 140/1 van de ziekenhuiswet (artikel 25 van het voorontwerp) voorziet in een stemplicht voor de leden van de medische raad. Het is onduidelijk hoe die stemplicht kan worden afgewangen. Bovendien is onduidelijk of de leden zich bij de stemming mogen onthouden. De Raad van State geeft ter overweging om te bepalen dat wanneer een lid na een bepaald tijdsverloop niet heeft gestemd, het wordt geacht zich te onthouden.

Artikel 27

40. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 27 van het voorontwerp) moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

41. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 143/1, tweede lid, derde zin, moet het woord “netwerk” worden vervangen door het woord “ziekenhuisnetwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “hospitalier” worden ingevoegd tussen de woorden “faisant partie du réseau” en de woorden “clinique locorégional”.

42. In het ontworpen artikel 143/1, derde lid, moeten de woorden “van ziekenhuizen” worden geschrapt.

Artikel 28

43. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/2, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 28 van het voorontwerp) moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

44. De Nederlandse en de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/2, tweede lid, sporen niet met elkaar. Zo wordt in de Franse tekst (en ook in de memorie van toelichting) gewag gemaakt van door de Koning vast te stellen regels met betrekking tot “la durée du mandat”, terwijl daarover in de Nederlandse tekst niets wordt vermeld.

Overigens rijst de vraag of dergelijke regels nodig zijn, nu in het ontworpen artikel 143/2, eerste lid, reeds wordt

programmes de soins hospitaliers, fixer un budget distinct de moyens financiers et que les règles plus précises pour l’application de cet article sont fixées par le Roi. L’article 96/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux contient une disposition similaire en ce qui concerne un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

La question se pose de savoir s’il ne faut pas subordonner cette délégation au Roi en projet à l’avis obligatoire du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, tel étant déjà le cas pour la délégation au Roi existante contenue à l’article 96, alinéa 2.

Article 25

39. L’article 140/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 25 de l’avant-projet) prévoit une obligation de vote pour les membres du conseil médical. On n’aperçoit pas comment faire respecter cette obligation de vote. On n’aperçoit pas non plus si les membres peuvent s’abstenir durant le vote. Le Conseil d’État suggère de disposer que si un membre n’a pas voté après un certain laps de temps, il est réputé s’abstenir.

Article 27

40. Dans le texte français de l’article 143/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 27 de l’avant-projet), on remplacera le mot “régional” par le mot “locorégional”.

41. Dans le texte néerlandais de l’article 143/1, alinéa 2, troisième phrase, en projet, il convient de remplacer le mot “netwerk” par le mot “ziekenhuisnetwerk”.

Dans le texte français de la même disposition en projet, il y a lieu d’insérer le mot “hospitalier” entre les mots “faisant partie du réseau” et les mots “clinique locorégional”.

42. À l’article 143/1, alinéa 3, en projet, les mots “d’hôpitaux” doivent être supprimés.

Article 28

43. Dans le texte français de l’article 143/2, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 28 de l’avant-projet), on remplacera le mot “régional” par le mot “locorégional”.

44. Les textes français et néerlandais de l’article 143/2, alinéa 2, en projet, ne concordent pas. Ainsi, le texte français (de même que l’exposé des motifs) fait état de règles relatives à “la durée du mandat”, à fixer par le Roi, tandis que le texte néerlandais ne mentionne rien à ce sujet.

La question se pose au demeurant de savoir si pareilles règles sont nécessaires, dès lors que l’article 143/2, alinéa 1^{er},

voorgescreven dat het mandaat van lid van de medische raad van het netwerk drie jaar duurt en dat dit mandaat hernieuwbaar is. Indien ter zake nog bijkomende regels moeten worden voorgescreven, zou in de delegatiebepaling het best gewag worden gemaakt van nadere regels.

Artikel 29

45. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 143/3, § 1, eerste lid, en § 2, eerste lid, van de ziekenhuiswet moet het woord "netwerk" telkens worden vervangen door het woord "ziekenhuisnetwerk".

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepalingen moet het woord "*hospitalier*" telkens worden ingevoegd tussen de woorden "du réseau" en de woorden "*clinique locorégional*".

46. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/3, § 1, tweede lid, tweede zin, moeten de woorden "*la décision*" worden vervangen door de woorden "*les décisions*" (zoals in de eerste zin).

Artikel 34

47. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 144, § 4, eerste en tweede lid, van de ziekenhuiswet (artikel 34 van het voorontwerp) moet het woord "*régional*" telkens worden vervangen door het woord "*locorégional*".

Die opmerking geldt ook voor het ontworpen artikel 145, § 3, van de ziekenhuiswet (artikel 35 van het voorontwerp).

Artikel 37

48. Het ontworpen artikel 157/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 37 van het voorontwerp) vangt aan met de woorden "In afwijking op (lees: van) de bepalingen van dit hoofdstuk (...)" . Het ontworpen tweede lid vangt dan weer aan met de woorden "De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op (...)" .

Het is blijkbaar enkel de bedoeling om voor de aangelegenheden die geregeld worden in hoofdstuk III van titel IV van de ziekenhuiswet (vergoedingsstelsels, inning, vaststelling en inhoud van de honoraria, aanwending van het bedrag van de centraal geïnde honoraria en vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten), de integratie in de context van een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk mogelijk te maken, zonder dat inhoudelijk van die bepalingen wordt afgeweken. De woorden "In afwijking op de bepalingen van dit hoofdstuk" aan het begin van het ontworpen eerste lid kunnen dan ook beter worden weggelaten.

en projet, prescrit déjà que le mandat de membre du conseil médical du réseau a une durée de trois ans, et qu'il est renouvelable. Si des règles complémentaires devaient encore être prévues en la matière, mieux vaudrait que la délégation fasse mention de modalités.

Article 29

45. Dans le texte néerlandais de l'article 143/3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et § 2, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux, il convient de remplacer chaque fois le mot "netwerk" par le mot "ziekenhuisnetwerk".

Dans le texte français des mêmes dispositions en projet, on insérera chaque fois le mot "hospitalier" entre les mots "du réseau" et les mots "clinique locorégional".

46. Dans le texte français de l'article 143/3, § 1^{er}, alinéa 2, deuxième phrase, en projet, les mots "la décision" doivent être remplacés par les mots "les décisions" (à l'instar de la première phrase).

Article 34

47. Dans le texte français de l'article 144/4, § 4, alinéas 1^{er} et 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 34 de l'avant-projet), il y a lieu de remplacer chaque fois le mot "régional" par le mot "locorégional".

Cette observation s'applique également à l'article 145, § 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 35 de l'avant-projet).

Article 37

48. L'article 157/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 37 de l'avant-projet) commence par les mots "Par dérogation aux dispositions du présent chapitre (...)" . L'alinéa 2, en projet, commence, quant à lui, par les mots "Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au (...)" .

L'intention est manifestement de permettre l'intégration dans le contexte d'un réseau hospitalier clinique locorégional des matières réglées dans le chapitre III du titre IV de la loi sur les hôpitaux (systèmes de rémunération, perception, fixation et contenu des honoraires, affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale et réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés), sans s'écartez de ces dispositions quant au fond. Mieux vaudrait par conséquent omettre les mots "Par dérogation aux dispositions du présent chapitre," au début de l'alinéa 1^{er} en projet.

49. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 157/1, derde lid, moet het woord “*régional*” worden vervangen door het woord “*locorégional*”.

De griffier,
Astrid TRUYENS

De voorzitter,
Jan SMETS

49. Dans le texte français de l’article 157/1, alinéa 3, en projet, on remplacera le mot “régional” par le mot “locorégional”.

Le greffier,
Astrid TRUYENS

Le président,
Jan SMETS

WETSONTWERP

FILIP,

KONING DER BELGEN,

*Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
ONZE GROET.*

op de voordracht van de minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Volksgezondheid is ermee belast
het ontwerp van wet, waarvan de tekst hierna volgt, in
onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers
in te dienen:

HOOFDSTUK 1**Algemene bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2**Wijziging van de gecoördineerde wet van
10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere
verzorgingsinrichtingen, wat de klinische
netwerking tussen ziekenhuizen betreft****Art. 2**

In artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008
op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen,
worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bestaande tekst van artikel 2 zal een
paragraaf 1 vormen;

2° paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel
beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten
(kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde
diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter
Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met
uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, maakt

PROJET DE LOI

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

*À tous, présents et à venir,
SALUT.*

sur la proposition de la ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,

Nous AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

La ministre de la Santé publique est chargée de pré-
senter en notre nom à la Chambre des représentants,
le projet de loi dont la teneur suit:

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition générale****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'ar-
ticle 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2**Modification de la loi coordonnée du
10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres
établissements de soins, en ce qui concerne le
réseautage clinique entre hôpitaux****Art. 2**

À l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008
sur les hôpitaux et autres établissements de soins, sont
apportées les modifications suivantes:

1° le texte existant de l'article 2 formera le
paragraphe 1^{er}.

2° le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa rédigé
comme suit:

“À l'exception des hôpitaux disposant uniquement
de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T
ou K) associés à des services spécialisés de traite-
ment et de réadaptation (indice Sp) ou à un service
de gériatrie (indice G) et à l'exception des hôpitaux
psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et

elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zoals bedoeld in artikel 14/1, 1°.”.

3° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

“De Koning kan voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke de in paragraaf 1 bedoelde ziekenhuizen die niet verplicht tot een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten toetreden op vrijwillige basis in een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden opgenomen.”.

Art. 3

In artikel 8 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bepaling onder 4° wordt aangevuld met de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

2° de bepaling onder 6° wordt aangevuld met de woorden “of aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

3° de bepaling onder 7° wordt aangevuld met de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”;

4° in de bepaling onder 8° worden de woorden “of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen de woorden “het ziekenhuis” en de woorden “verbonden zorgkundigen”;

5° de bepaling onder 9° wordt aangevuld met de woorden “en die verbonden zijn aan het ziekenhuis of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 4

In titel I, hoofdstuk I, van dezelfde wet, laatst gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017 wordt een afdeeling 13 ingevoegd, luidende: “Locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 5

In afdeeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/1 ingevoegd, luidende:

unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, 1°.” .

3° l'article est complété par un paragraphe 2, rédigé comme suit:

“Le Roi peut déterminer des conditions et des modalités en vertu desquelles les hôpitaux visés au § 1^{er} qui ne sont pas tenus d'entrer dans un réseau hospitalier clinique locorégional, peuvent être, sur une base volontaire, repris dans un réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 3

À l'article 8 de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, sont apportées les modifications suivantes:

1° la disposition sous 4° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

2° la disposition sous 6° est complétée par les mots “ou à un réseau hospitalier clinique locorégional”;

3° la disposition sous 7° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

4° la disposition sous 8° est complétée par les mots “ou au réseau hospitalier clinique locorégional”;

5° la disposition sous 9° est complétée par les mots “et qui sont attachés à l'hôpital ou au réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 4

Au titre I^{er}, chapitre I^{er}, de la même loi, modifié pour la dernière fois par la loi du 11 août 2017, il est ajouté une section 13, rédigée comme suit: “Réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 5

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/1, rédigé comme suit:

"Art. 14/1. Voor de toepassing van deze gecoördineerde wet wordt verstaan onder:

1° locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk: een door de op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet bevoegde overheden voor het gezondheidszorgbeleid erkende duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het ogenblik van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen, uitgezonderd ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G), die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden;

2° zorgopdrachten: de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medische apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma;

3° locoregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden;

4° supraregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden;

5° referentiepunt: het ziekenhuis dat een supraregionale zorgopdracht aanbiedt.”.

Art. 6

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/2 ingevoegd, luidende:

"Art. 14/2. Er worden voor het Rijk maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken opgericht.

Art. 7

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/3 ingevoegd, luidende:

"Art. 14/3. Het geografisch gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken,

"Art. 14/1. Pour l'application de la présente loi coordonnée, il faut entendre par:

1° réseau hospitalier clinique locorégional: une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, entre au moins deux hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), agréés distinctement au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire;

2° missions de soins: les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins;

3° missions de soins locorégionales: missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

4° missions de soins suprarégionales: missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

5° point de référence: l'hôpital qui propose une mission de soins suprarégionale.”.

Art. 6

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/2, rédigé comme suit:

"Art. 14/2. Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont créés pour l'ensemble du Royaume.

Art. 7

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/3, rédigé comme suit:

"Art. 14/3. La zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional est de forme

is aaneenluitend van vorm. De geografische gebieden moeten samen het hele grondgebied van het Rijk bestrijken.

In afwijking op het eerste lid hoeven de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken met ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, niet geografisch aaneenluitend zijn, wat betreft het deel van het netwerk gelegen binnen dezezelfde grootsteden of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.”.

Art. 8

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/4. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en na de advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zorgopdrachten kwalificeren als locoregionale zorgopdrachten of als supraregionale zorgopdrachten.

Hij kan bij het kwalificeren van zorgopdrachten voor wat betreft de locoregionale zorgopdrachten een onderscheid maken tussen algemene zorgopdrachten en gespecialiseerde zorgopdrachten. Onder algemene zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden. Onder gespecialiseerde zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden.

Hij kan bedoelde zorgopdrachten, nader omschrijven en de erkenningsnormen bepalen.

Hij kan voor supraregionale zorgopdrachten erkenningsnormen bepalen voor het functioneren als referentiepunt.

Art. 9

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/5. Elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aanliggend is met het geografisch aansluitend gebied van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten bij dat ziekenhuisnetwerk.”.

continue. Ensemble, les zones géographiques doivent couvrir l'ensemble du territoire du Royaume.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie des hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, ne doivent pas être géographiquement continue, en ce qui concerne la partie du réseau située dans ces mêmes grandes villes ou la Région de Bruxelles-Capitale.”.

Art. 8

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/4, rédigé comme suit:

“Art. 14/4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, qualifier des missions de soins comme des missions de soins locorégionales ou des missions de soins suprarégionales.

Lors de la qualification des missions des soins, s'agissant des missions de soins locorégionales, il peut faire une distinction entre les missions de soins générales et les missions de soins spécialisées. Il faut entendre par missions de soins générales, les missions de soins locorégionales qui peuvent être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Il faut entendre par missions de soins spécialisées, les missions de soins locorégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut préciser les missions de soins visées et déterminer les normes d'agrément.

En ce qui concerne les missions de soins suprarégionales, il peut déterminer les normes d'agrément pour le fonctionnement en tant que point de référence.

Art. 9

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/5, rédigé comme suit:

“Art. 14/5. Chaque hôpital situé dans ou adjacent à la zone géographiquement continue d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la possibilité d'adhérer à ce réseau hospitalier clinique régional.”.

Art. 10

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/6. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gaat voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt een afzonderlijke supraregionale duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aan met minimum één en maximum drie referentiepunten.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mag voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf aanbiedt maximaal met twee referentiepunten die zich bevinden in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een afzonderlijke supraregionale duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In afwijking van het eerste lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximum vier referentiepunten een afzonderlijke juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan. In afwijking van het tweede lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf aanbiedt gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximaal drie referentiepunten die zich in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bevinden, een afzonderlijke juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In het kader van bedoelde juridisch geformaliseerde samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt over de zorgcontinuïteit en worden verwijz- en terugverwijsafspraken opgenomen.

De Koning kan nadere erkenningsnormen vaststellen voor bedoelde samenwerking.”.

Art. 11

In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/7 ingevoegd, luidende:

“Art. 14/7. In afwijking op artikel 14/6 kan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, teneinde te voldoen aan bedoeld artikel, voor een supraregionale zorgopdracht een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.

Art. 10

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/6, rédigé comme suit:

“Art. 14/6. Le réseau hospitalier clinique locorégional conclut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il ne propose pas lui-même, une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec minimum un et maximum trois points de référence.

Le réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il propose lui-même, conclure une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec maximum deux points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour toute mission de soins suprarégionale qu'il n'offre pas lui-même pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné, conclure une collaboration juridiquement formalisée distincte avec maximum quatre points de référence. Par dérogation à l'alinéa 2, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il propose lui-même, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné, conclure une collaboration juridiquement formalisée distincte avec maximum trois points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Dans le cadre de la collaboration juridiquement formalisée visée, des accords clairs en termes de continuité des soins sont conclus et les modalités d'adressage et de renvoi sont définies.

Le Roi peut définir des normes d'agrément plus précises pour la collaboration visée.”.

Art. 11

À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/7, rédigé comme suit:

“Art. 14/7. Par dérogation à l'article 14/6, le réseau hospitalier clinique locorégional peut, afin de satisfaire à l'article visé pour une mission de soins suprarégionale, conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense.

De Koning duidt, op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging, de in het eerste lid bedoelde ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging aan.

De Koning kan op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de specifieke voorwaarden bepalen waaraan een ziekenhuis of onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De Koning kan op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk en met de nodige aanpassingen uitbreiden tot ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.”.

Art. 12

In artikel 15, § 3, van dezelfde wet worden de woorden “of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen de woorden “die een ziekenhuis” en de woorden “mogen uitbaten”

Art. 13

Artikel 16 van dezelfde wet wordt aangevuld met twee leden, luidende:

“In het kader van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, draagt de beheerder van het ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid voor volgende punten:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, in het bijzonder het verwis- en terugverwijsbeleid;

3° garanderen dat er voor supraregionale zorgopdrachten wordt verwezen overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Le Roi désigne, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, les hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense visés à l'alinéa 1^{er}.

Le Roi peut, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, déterminer les conditions spécifiques auxquelles un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut, sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du ministre compétent pour la Défense, étendre les dispositions de la présente loi, totalement ou partiellement et avec les adaptations nécessaires, aux hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense.”.

Art. 12

À l'article 15, § 3, de la même loi, les mots “ou un réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés après les mots “qui peuvent exploiter un hôpital”.

Art. 13

L'article 16 de la même loi est complété par deux alinéas, rédigés comme suit:

“Dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital, la responsabilité sur le plan opérationnel incombe au gestionnaire de l'hôpital pour les points qui suivent:

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi;

3° la garantie que pour les missions de soins supraregionales, le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, mais tout en respectant le libre choix du patient.

Indien het ziekenhuis voor een supraregionale zorgopdracht functioneert als referentiepunt, maakt de beheerder de nodige afspraken met het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat op het ziekenhuis een beroep doet voor de supraregionale zorgopdracht.”.

Art. 14

In titel I, hoofdstuk II, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende: “Beheer van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 15

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 14, wordt een artikel 17/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 17/1. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft een eigen beheer.

Elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt over minstens een vertegenwoordiger in de beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen binnen deze beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn tevens lid van een beheersorgaan van het ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen. Daarnaast moet het beheersorgaan van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk minstens een onafhankelijke bestuurder bevatten.

Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg. Minstens een van de leden is een arts die geen ziekenhuisarts is in één van de ziekenhuizen van het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 16

In dezelfde afdeling 4 wordt een artikel 17/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 17/2. Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft volgende opdrachten:

1° het bepalen van de strategie inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten;

2° de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

Si, pour une mission de soins supr régionale, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins supr régionale.”.

Art. 14

Au titre I^{er}, chapitre II, de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit: “Gestion d'un réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 15

À la section 4, insérée par l'article 14, il est inséré un article 17/1, rédigé comme suit:

“Art. 17/1. Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose de sa propre gestion.

Chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional dispose d'au moins un représentant dans les organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Les représentants des hôpitaux au sein de ces organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional sont également membres d'un organe de gestion de l'hôpital qu'ils représentent. Par ailleurs, l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional doit comprendre au moins un administrateur indépendant.

Au moins un tiers de ces membres disposent d'une expertise en matière de soins de santé. Au moins un des membres de ce groupe est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné.”.

Art. 16

Dans la même section 4, il est inséré un article 17/2, rédigé comme suit:

“Art. 17/2. La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes:

1° la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre en missions de soins locorégionales;

2° la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional;

3° de toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben;

4° de keuze van de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, het maken van verwis- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;

5° het formuleren van een opnamebeleid voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast;

6° het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van verwis- en terugverwijsafspraken met betrekking tot de zorg van de patiënten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

7° afspraken schriftelijk vastleggen over het beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

8° overleg plegen omtrent de aangelegenheden die de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk op netwerkniveau ter discussie voorleggen.

Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt de in het eerste lid bedoelde beheersbeslissingen met in achtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in titel IV. De beslissingen over de opdracht bedoeld in het eerste lid, 1°, moeten worden aangenomen met meerderheid van twee derden van de stemgerechtigde leden van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De in toepassing van het eerste lid genomen beslissingen zijn bindend voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 17

In titel I, hoofdstuk III, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 maart 2013, 10 april 2014 en 18 december 2016, wordt een artikel 22/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 22/1. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt met het oog op de goede gang van zaken van de medische activiteit binnen het locoregionaal

3° la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question;

4° le choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence;

5° la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique locorégional , garantissant notamment que le patient recevra les soins adaptés à ses besoins;

6° la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoi, pour les soins des patients au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en vue d'assurer la continuité des soins au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;

7° la fixation d'accords par écrit sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers, nécessaires à l'exécution des missions du réseau hospitalier clinique locorégional;

8° la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional prend les décisions de gestion visées à l'alinéa 1^{er} en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au titre IV. Les décisions relatives à la mission visée à l'alinéa 1^{er}, 1°, doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises en application de l'alinéa 1^{er} sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 17

Au titre I^{er}, chapitre III, de la même loi, modifié par les lois du 19 mars 2013, du 10 avril 2014 et du 18 décembre 2016, il est inséré un article 22/1, rédigé comme suit:

“Art. 22/1. Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose, pour la bonne marche de l'activité médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, soit

klinisch ziekenhuisnetwerk over een netwerkhoofdarts aangesteld door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk of over een college van netwerkhoofdartsen samengesteld uit alle hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Bedoelde aanstelling door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeurt met in achtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in titel IV. De aanstelling geldt voor onbepaalde duur tenzij anders bepaald in het medische reglement van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Een functie als netwerkhoofdarts of binnen het college van netwerkhoofdartsen is onverenigbaar met het voorzitterschap van de medische raad van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen is binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk verantwoordelijk voor het coherent medisch beleid met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid.

Met betrekking tot de zorgopdrachten draagt de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen in het bijzonder volgende verantwoordelijkheden:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van zorgopdrachten, zowel locoregionale als supraregionale, binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het maken van de nodige afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen beschikt over de bevoegdheid om instructies te geven aan de ziekenhuisartsen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om de in het vorige lid bedoelde verantwoordelijkheden te kunnen opnemen, en meer in het algemeen om de patiëntveiligheid binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te bewaken. De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen oefent deze bevoegdheid uit in nauw overleg met het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en met de medische raad van het netwerk.

De Koning kan de minimumtaken van de netwerkhoofdarts en het college van netwerkhoofdartsen nader bepalen, alsook de manier waarop het instructierecht bedoeld in het vorige lid kan worden uitgeoefend.

d'un médecin en chef de réseau désigné par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, soit d'un collège de médecins en chefs de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. La désignation visée par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional se fait dans le respect des dispositions et procédures spécifiques prévues au titre IV. Cette désignation a une durée indéterminée sauf disposition contraire du règlement médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Une fonction en tant que médecin en chef de réseau ou au sein du collège de médecins en chefs de réseau est incompatible avec la présidence du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est responsable de la cohérence de la politique médicale, en ce compris la continuité des soins et la politique d'admission.

En ce qui concerne les missions de soins, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau assume en notamment les responsabilités suivantes:

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation des missions de soins, aussi bien locorégionales que suprarégionales, au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la conclusion des accords nécessaires en termes de continuité des soins avec les points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau dispose de la compétence pour donner des instructions aux médecins de l'hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional afin qu'ils puissent prendre les responsabilités reprises dans le paragraphe précédent, et plus généralement pour assurer la sécurité du patient au sein du réseau hospitalier clinique locorégional. Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau exercent cette compétence en accord étroit avec la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et avec le conseil médical du réseau.

Le Roi peut préciser les tâches minimales du médecin en chef de réseau ou du collège de médecins en chefs de réseau, ainsi que de la manière dont peut être exercé le droit à donner des instructions.

De beslissingen door de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen genomen in uitvoering van haar verantwoordelijkheden primeren op de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen wordt uitgenodigd en kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Dit is evenwel niet het geval voor de besprekingen die betrekking hebben op aangelegenheden waarbij de netwerkhoofdarts of een lid van het college van netwerkhoofdartsen persoonlijk en rechtstreeks betrokken is.”

Art. 18

In titel I, hoofdstuk VII, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 7 februari 2014, wordt een artikel 30/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 30/3. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan de in artikel 30/2 bedoelde informatieverstrekking voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarnemen.”.

Art. 19

Artikel 32 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 18 december 2016, wordt aangevuld met de volgende zin:

“De Raad heeft eveneens als opdracht advies uit te brengen met betrekking tot alle aangelegenheden met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken”.

Art. 20

In artikel 66, eerste lid, van dezelfde wet worden de woorden “bij een in Ministerraad overlegd besluit” ingevoegd tussen de woorden “door de Koning” en de woorden “, na advies”.

Art. 21

Artikel 67, eerste lid, van dezelfde wet wordt aangevuld met een 5°, luidende:

“5° voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken”.

Les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau en exécution de ses missions prennent sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional .

Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Ce n'est cependant pas le cas pour les discussions qui portent sur des matières impliquant personnellement et directement le médecin en chef de réseau ou un membre du collège de médecins en chefs de réseau.”.

Art. 18

Au titre I^{er}, chapitre VII, de la même loi, inséré par la loi du 7 février 2014, il est inséré un article 30/3, rédigé comme suit:

“Art. 30/3. Le réseau hospitalier clinique locorégional peut assurer la communication d'information visée à l'article 30/2 pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 19

L'article 32 de la même loi, remplacé par la loi du 18 décembre 2016, est complété par la phrase suivante:

“Le Conseil a également pour mission d'émettre un avis sur toutes les questions relatives aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.”.

Art. 20

Dans l'article 66, alinéa 1^{er}, de la même loi, les mots “par arrêté délibéré en Conseil des ministres,” sont insérés entre les mots “par le Roi,” et les mots “après avis”.

Art. 21

L'article 67, alinéa 1^{er}, de la même loi est complété par un 5°, rédigé comme suit:

“5° pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux”.

Art. 22

Artikel 70 van dezelfde wet wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in dit artikel volstaat het dat het ziekenhuis voor het vervullen van de in het tweede lid bedoelde opdrachten een beroep kan doen op een ethisch comité georganiseerd door het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De Koning bepaalt na advies van de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen de samenstelling en de werking van bedoeld ethisch comité. Hij kan, na advies van de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, eveneens nadere regelen bepalen in verband met de uitoefening van de in het tweede lid bedoelde opdrachten door bedoeld ethisch comité ten behoeve van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 23

Artikel 71 van dezelfde wet wordt aangevuld met een tweede lid, luidende:

“Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in het eerste lid volstaat het dat het ziekenhuis het klachtrecht van de patiënt zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt garandeert via het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt.”.

Art. 24

In artikel 82 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden de woorden “of een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen het woord “ziekenhuisassociatie” en het woord “behoudens”;

2° in paragraaf 2 worden de woorden “of een locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk” ingevoegd tussen het woord “ziekenhuisassociatie” en het woord “, dient”.

Art. 25

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 mei 2010 en 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende “Het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 22

L’article 70 de la même loi est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

“En vue de satisfaire à la condition fixée au présent article, il suffit que l’hôpital puisse faire appel, afin de remplir les missions visées à l’alinéa 2, à un comité d’éthique organisé par le réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l’hôpital. Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers, la composition et le fonctionnement du comité d’éthique visé. Il peut également, après avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers, déterminer des règles plus précises quant à l’exercice des missions visées à l’alinéa 2 par le comité d’éthique visé pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 23

L’article 71 de la même loi est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:

“En vue de satisfaire à la condition fixée à l’alinéa 1^{er}, il suffit que l’hôpital garantisse le droit de plainte du patient tel que visé à l’article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par le biais du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l’hôpital.”.

Art. 24

À l’article 82 de la même loi sont apportées les modifications suivantes:

1° au paragraphe 1^{er}, les mots “ou réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés entre les mots “association d’hôpitaux” et le mot “hormis”;

2° au paragraphe 2, les mots “ou réseau hospitalier clinique locorégional” sont insérés entre les mots “association d’hôpitaux” et les mots “il doit”.

Art. 25

Au titre III, chapitre V, de la même loi, modifié par les lois du 19 mai 2010 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit “Le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 26

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 25, wordt een artikel 94/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 94/1. Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan boekhoudingen van de individuele ziekenhuizen en/of het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zelf voeren, een beëdigd bedrijfsrevisor aanstellen en de in artikelen 92 tot en met 93 bedoelde gegevens meedelen.”.

Art. 27

In dezelfde wet wordt een artikel 96/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 96/1. De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan een afzonderlijk budget van financiële middelen bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit. Hij bepaalt inzonderheid welke artikelen van dit hoofdstuk op het in het eerste lid bedoelde afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die Hij nodig acht.”.

Art. 28

In dezelfde wet wordt een artikel 140/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 140/1. De medische raad verstrekt aan de beheerder advies over het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts zoals bedoeld in onderhavige titel IV aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De beheerder is gehouden het advies van de medisch raad omtrent elke overheveling in te winnen.

De adviesaanvraag en het advies worden schriftelijk geformuleerd.

Er kan slechts worden overgegaan tot een overheveling van een aangelegenheid met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts indien de medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk met een gewone meerderheid van de stemgerechtigde leden positief adviseert met betrekking tot deze overheveling. De leden van de medische raad die niet aanwezig kunnen zijn op de vergadering waarop beslist wordt over het advies bedoeld

Art. 26

À la section 4, insérée par l'article 25 il est inséré un article 94/1, rédigé comme suit:

“Art. 94/1. Le réseau hospitalier clinique locorégional peut tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional, désigner un réviseur d'entreprise assermenté et communiquer les données visées aux articles 92 à 93 inclus.”.

Art. 27

Dans la même loi, il est inséré un article 96/1, rédigé comme suit:

“Art. 96/1. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe les règles plus précises pour l'application du présent article. Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, au budget distinct visé à l'alinéa 1^{er}, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires.”.

Art. 28

À la même loi, il est inséré un article 140/1, rédigé comme suit :

“Art. 140/1. Le conseil médical dispense au gestionnaire un avis sur le transfert des matières concernant le statut du médecin hospitalier tel que visé au présent titre IV au réseau hospitalier clinique locorégional dont l'hôpital fait partie. Le gestionnaire est tenu de recueillir l'avis du conseil médical concernant chaque transfert.

La demande d'avis et l'avis sont formulés par écrit.

Il ne peut être procédé au transfert d'une matière concernant le statut du médecin hospitalier que si le conseil médical de chaque hôpital qui fait partie du réseau hospitalier clinique locorégional se prononce positivement à une majorité simple des membres disposant du droit de vote en ce qui concerne ce transfert. Les membres du conseil médical qui ne peuvent assister à la réunion lors de laquelle une décision est prise sur l'avis visé à l'alinéa 1^{er}, sont tenus de donner mandat

in het eerste lid, zijn gehouden een schriftelijk mandaat te geven aan een ander lid van de medische raad om in hun plaats te stemmen of hun stem aan de voorzitter van de medische raad over te maken per schriftelijke of elektronische drager. Een lid dat na verloop van één maand niet heeft gestemd, wordt geacht zich onthouden te hebben.

Bij het advies wordt telkens de uitslag van de stemming gevoegd.”.

Art. 29

In titel IV, hoofdstuk I, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18 december 2016, wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende “Het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 30

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/1. In elk locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk wordt een medische raad als vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk opgericht.

In afwijking op het eerste lid kan gedurende een periode van 5 jaar, te rekenen vanaf de erkenning van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk, de vertegenwoordiging van de ziekenhuisartsen op het niveau van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden waargenomen door een gemandateerde delegatie van ziekenhuisartsen die lid zijn van de medische raden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. De delegatie gebeurt telkens door de medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk. Elke medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk is minstens door één ziekenhuisarts in de delegatie vertegenwoordigd. Bedoelde gemandateerde delegatie neemt de taken bedoeld in artikel 143/3 en 143/4 waar.

De Koning kan een datum bepalen vanaf wanneer wordt erkend voor de hernieuwing van de mandaten van de medische raad van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.”.

écrit à un autre membre du conseil médical pour voter à leur place ou de transmettre leur voix au président du conseil médical par support écrit ou électronique. Un membre qui, après un mois, n'a pas voté, est réputé s'être abstenu.

Le résultat du vote est systématiquement joint à l'avis.”.

Art. 29

Au titre IV, chapitre I^{er}, de la même loi, modifié par les lois du 10 avril 2014 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 4, rédigée comme suit “Le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 30

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/1, rédigé comme suit:

“Art. 143/1. Un conseil médical en tant qu'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional est constitué dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier clinique locorégional, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional peut être assurée par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette délégation est assurée par le conseil médical des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Chaque conseil médical de chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation. La délégation mandatée visée remplit les tâches visées à l'article 143/3 et 143/4.

Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle le décompte commence pour le renouvellement des mandats du conseil médical des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux d'hôpitaux.”.

Art. 31

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/2. De leden van het in artikel 143/1 bedoeld orgaan worden rechtstreeks gekozen door en onder de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor een hernieuwbare periode van 3 jaar. Voorafgaand aan de verkiezingen worden bijzondere modaliteiten vastgesteld die garanderen dat elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in de medische raad van het netwerk is vertegenwoordigd door minimum één in het ziekenhuis werkzame ziekenhuisarts.

De Koning kan nadere voorwaarden bepalen waar aan de ziekenhuisartsen moeten voldoen om stemgerechtigd of verkiesbaar te zijn. Hij kan eveneens regels bepalen met betrekking tot de samenstelling van de medische raad van het netwerk, de wijze van verkiezing van de leden, de aanwijzing van de voorzitter en de werking van de medische raad van het netwerk.”.

Art. 32

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/3. § 1. Over de aangelegenheden bedoeld in de artikelen 17/2, eerste lid, en 22/1 voor wat betreft de aanstelling van de netwerkhoofdarts, en de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 17°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1, wordt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist in onderlinge overeenstemming tussen het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De genomen beslissingen worden schriftelijk geformuleerd. Een statutair gemanageerd lid of orgaan van het beheer en de voorzitter van de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ondertekenen de beslissingen.

§ 2. Indien de beheerder van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk binnen de drie maanden (te rekenen vanaf het eerste overleg) geen onderlinge overeenstemming bereiken, doet de beheerder van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een

Art. 31

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/2, rédigé comme suit:

“Art. 143/2. Les membres de l'organe visé à l'article 143/1 sont élus directement par et parmi les médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional pour une période renouvelable de 3 ans. Certaines modalités spécifiques sont fixées préalablement aux élections, garantissant que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté au sein du conseil médical du réseau par au moins un médecin hospitalier travaillant à l'hôpital.

Le Roi peut déterminer des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers devront satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative. Il peut également fixer certaines règles relatives à la composition du conseil médical du réseau, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, et au fonctionnement du conseil médical du réseau.”.

Art. 32

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/3, rédigé comme suit:

“Art. 143/3. § 1. Par rapport aux matières visées aux articles 17/2, alinéa 1^{er}, et 22/1 en ce qui concerne la désignation de médecin en chef du réseau, et les matières visées à l'article 137, 1[°], 2[°], 3[°], 4[°], 5[°], 6[°], 7[°], 8[°], 9[°], 10[°], 11[°], 12[°], 13[°], 14[°], 15[°], 17[°], pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1, une décision est prise au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises sont formulées par écrit. Un membre ou un organe de gestion, mandaté par les statuts, et le président du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional signent les décisions.

§ 2. Si, dans les trois mois (à compter à partir de la première concertation) le gestionnaire du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau clinique locorégional ne trouvent aucun accord mutuel, le gestionnaire du réseau hospitalier clinique locorégional fait une proposition de solution

voorstel van oplossing en legt dit voor aan de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.

Indien de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk over dit voorstel binnen een maand (te rekenen vanaf de voorlegging van het voorstel van oplossing) een schriftelijk en gemotiveerd advies uitbrengt met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, wordt de in de artikelen 139 en 140, §§ 1, 2 en 3, bedoelde procedure gevuld.”.

Art. 33

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/4. De medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk verstrekt aan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1.

Bovendien verstrekt de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies over alle andere aangelegenheden dan die bedoeld in artikel 143/3 die door het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden voorgelegd.

De medische raad van het netwerk is eveneens gerechtigd om op eigen initiatief aan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk betreffen.”

Art. 34

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/5. Over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, evenals over andere aangelegenheden die het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk voorlegt, verstrekt de medische raad het advies binnen een maand tenzij beheer en medische raad anders zijn overeengekomen. Indien na het verstrijken van de termijn geen advies is uitgebracht, kan het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk een beslissing nemen.

et la soumet au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Si à propos de cette proposition, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional rend dans le mois (à compter à partir de la soumission de la proposition de solution) un avis écrit et motivé avec une majorité de deux tiers des membres ayant voix délibérative et si le gestionnaire ne peut adhérer à l'avis, la procédure visée aux art. 139 et 140, §§ 1^{er}, 2 et 3, est suivie.”.

Art. 33

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/4, rédigé comme suit:

“Art. 143/4. Le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional un avis sur les matières visées à l'article 137, 16° et 18° pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1.

Par ailleurs, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis sur toutes les autres matières que celles visées à l'article 143/3 qui sont soumises par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le conseil médical du réseau est également habilité à dispenser, à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, de sa propre initiative, un avis concernant toutes les matières qui concernent l'exercice de la médecine dans le réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 34

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un 143/5, rédigé comme suit:

“Art. 143/5. En ce qui concerne les matières visées à l'article 137, 16° et 18°, ainsi que d'autres affaires que soumet la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional, le conseil médical soumet l'avis endéans un mois, à moins que gestion et conseil médical n'en aient convenu autrement. Si, à l'expiration du délai, aucun avis n'a été rendu, la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional peut prendre une décision.

De adviesaanvragen en de adviezen worden schriftelijk geformuleerd.

Bij het advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd. Samen met het meerderheidsadvies kan de minderheid, op haar vraag een nota met haar standpunt aan het advies toevoegen.

Art. 35

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/6. Indien de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk advies verleent over een aangelegenheid die in toepassing van artikel 140/1 werd overgeheveld van ziekenhuisniveau naar netwerkniveau is de medische raad van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk exclusief bevoegd voor de adviesverlening met uitsluiting van de medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 36

In afdeling 4, ingevoegd bij artikel 29, wordt een artikel 143/7 ingevoegd, luidende:

“Art. 143/7. De Koning kan, overeenkomstig nader door Hem te bepalen regels en voorwaarden, bepalen welke financiële of statistische gegevens door het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het netwerk moeten worden medegedeeld.”.

Art. 37

Artikel 144 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt aangevuld met een paragraaf 4, luidende:

“§ 4. In het kader van een locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk kan mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 een gemeenschappelijke algemene regeling voor ziekenhuizen van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk worden vastgesteld.

De in het eerste lid bedoelde gemeenschappelijke algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van het beheer van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk, met inachtneming van de procedure bepaald in artikel 143/3.”.

Les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit.

Le résultat du vote est joint à l'avis. Avec un avis majoritaire, la minorité peut ajouter à l'avis, à sa demande, une note exposant sa position.

Art. 35

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/, rédigé comme suit:

“Art. 143/6. Si le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis à propos d'une matière qui, en application de l'article 140/1, a été transféré du niveau hospitalier vers le niveau du réseau, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional est exclusivement compétent pour dispenser un avis, à l'exclusion du conseil médical des hôpitaux qui font partie du réseau hospitalier clinique locorégional.”.

Art. 36

À la section 4, insérée par l'article 29, il est inséré un article 143/7, rédigé comme suit:

“Art. 143/7. Le Roi peut, selon des règles et conditions déterminées par Lui, fixer les données financières ou statistiques qui doivent être communiquées par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau.”.

Art. 37

L'article 144 de la même loi, modifié par la loi du 18 décembre 2016, est complété par un paragraphe 4, rédigé comme suit:

“§ 4. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, une réglementation générale commune aux hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional peut être définie, moyennant application de la procédure visée à l'article 140/1.

La réglementation générale commune visée à l'alinéa 1^{er} est définie à l'initiative de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, dans le respect de la procédure prévue à l'article 143/3.”.

Art. 38

Artikel 145 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 juni 2009 en 18 december 2016, wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

“§ 3. In het kader van een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk kan de in paragraaf 1 bedoelde individuele schriftelijke regeling zich mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 situeren op het niveau van bedoeld locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”.

Art. 39

In titel IV, hoofdstuk III, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 19 juni 2009, 27 december 2012, 7 februari 2014, 17 juli 2015 en 18 december 2016, wordt een afdeling 8 ingevoegd luidende: “Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”.

Art. 40

In afdeling 8, ingevoegd bij artikel 38, wordt een artikel 157/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 157/1. Volgende activiteiten kunnen, mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 in plaats van op het niveau van het ziekenhuis, op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeuren:

1° de vergoeding van de ziekenhuisartsen;

2° de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen;

3° het garanderen van een opname zonder ere-loonsupplementen zoals bedoeld in artikel 152, § 3, en het informeren van de patiënt over de naleving van de verbintenistarieven door de ziekenhuisartsen zoals bedoeld in artikel 153;

4° de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria, zoals bedoeld in artikel 155.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met dien verstande dat “beheerder” moet worden gelezen als “het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” en “medische raad” als “medische raad van het netwerk”.

De beslissingen die het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt in toepassing van het eerste lid zijn

Art. 38

L’article 145 de la même loi, modifié par les lois du 19 juin 2009 et du 18 décembre 2016, est complété par un paragraphe 3, rédigé comme suit:

“§ 3. Dans le cadre d’un réseau hospitalier clinique locorégional, les dispositions écrites individuelles visées au paragraphe 1^{er} peuvent s’inscrire au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional visé.”.

Art. 39

Au titre IV, chapitre III, de la même loi, modifié par les lois du 19 juin 2009, du 27 décembre 2012, du 7 février 2014, du 17 juillet 2015 et du 18 décembre 2016, il est inséré une section 8, rédigée comme suit “Le réseau hospitalier clinique locorégional”.

Art. 40

À la section 8, insérée par l’article 38, il est inséré un article 157/1, rédigé comme suit:

“Art. 157/1. Les activités suivantes peuvent se faire au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional au lieu de se faire au niveau de l’hôpital:

1° la rémunération des médecins hospitaliers;

2° la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers;

3° la garantie d’une admission sans suppléments d’honoraires, tel que visé à l’article 152, § 3, et l’information du patient sur le respect des tarifs de l’accord par les médecins hospitaliers, tel que visé à l’article 153;

4° la décision sur l’affectation des honoraires perçus de façon centrale tel que visé à l’article 155.

Les dispositions du présent chapitre s’appliquent au réseau hospitalier clinique locorégional, étant entendu que le terme “gestionnaire” correspond à “la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional” et que les termes “conseil médical” correspondent au “conseil médical du réseau”.

Les décisions prises par le réseau hospitalier clinique locorégional en application de l’alinéa 1^{er} sont

tegenstelbaar aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van bedoeld ziekenhuisnetwerk.”.

HOOFDSTUK 3

Inwerkingtreding

Art. 41

Artikel 2, 2°, treedt in werking op de datum bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit en uiterlijk op 1 januari 2020.

Gegeven te Brussel, 16 september 2018

FILIP

VAN KONINGSWEGE:

De minister van Volksgezondheid,

Maggie DE BLOCK

opposables aux hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional visé.”.

CHAPITRE 3

Entrée en vigueur

Art. 41

L'article 2, 2°, entre en vigueur à la date fixée par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Bruxelles, le 16 septembre 2018

PHILIPPE

PAR LE ROI:

La ministre de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

Coördinatie van de artikelen

BASISTEKST

**ONTWERP VAN WET TOT WIJZIGING VAN
DE GECOÖRDINEERDE WET VAN 10 JULI
2008 OP DE ZIEKENHUIZEN EN ANDERE
VERZORGINGSINRICHTINGEN, WAT DE
KLINISCHE NETWERKING TUSSEN
ZIEKENHUIZEN BETREFT**

Art. 2

Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als ziekenhuizen beschouwd, de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET ONTWERP VAN WET

**ONTWERP VAN WET TOT WIJZIGING VAN
DE GECOÖRDINEERDE WET VAN 10 JULI
2008 OP DE ZIEKENHUIZEN EN ANDERE
VERZORGINGSINRICHTINGEN, WAT DE
KLINISCHE NETWERKING TUSSEN
ZIEKENHUIZEN BETREFT**

Art. 2.

§1. Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als ziekenhuizen beschouwd, de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.

Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zoals bedoeld in artikel 14/1, 1°.

2.-

(treedt in werking op de datum bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit en uiterlijk op 1 januari 2020)

§2. De Koning kan voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke de in paragraaf 1 bedoelde ziekenhuizen die niet verplicht tot een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten toetreden op vrijwillige basis in een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden opgenomen.

Art.8.

Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet :

1° wordt verstaan onder beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis;

2° wordt verstaan onder directeur : de persoon of de personen door de beheerder belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

3° wordt verstaan onder arts : de beoefenaar van de geneeskunde bedoeld in artikel 3, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

4° wordt verstaan onder ziekenhuisarts : de arts verbonden aan het ziekenhuis;

5° onder verpleegkundige wordt verstaan : de beoefenaar van de verpleegkunde bedoeld in artikel 45, § 1, van voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015;

6° onder ziekenhuisverpleegkundige wordt verstaan : de verpleegkundige verbonden aan een ziekenhuis;

7° onder zorgkundige wordt verstaan : de zorgkundige, bedoeld in artikel 59 van voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en die aan het ziekenhuis verbonden is;

Art. 8.

Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet :

1° wordt verstaan onder beheerder : het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis;

2° wordt verstaan onder directeur : de persoon of de personen door de beheerder belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

3° wordt verstaan onder arts : de beoefenaar van de geneeskunde bedoeld in artikel 3, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

4° wordt verstaan onder ziekenhuisarts : de arts verbonden aan het ziekenhuis **of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk**;

5° onder verpleegkundige wordt verstaan : de beoefenaar van de verpleegkunde bedoeld in artikel 45, § 1, van voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015;

6° onder ziekenhuisverpleegkundige wordt verstaan : de verpleegkundige verbonden aan een ziekenhuis **of aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk**;

7° onder zorgkundige wordt verstaan : de zorgkundige, bedoeld in artikel 59 van voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en die aan het ziekenhuis verbonden is

3.-

of aan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

8° onder verzorgend personeel wordt verstaan : alle aan het ziekenhuis verbonden zorgkundigen;

9° onder ondersteunend personeel wordt verstaan : alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, als bedoeld in de voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015, en die het verpleegkundig personeel helpen met hun administratieve en logistieke taken.

8° onder verzorgend personeel wordt verstaan : alle aan het ziekenhuis **of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk** verbonden zorgkundigen;

9° onder ondersteunend personeel wordt verstaan : alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, als bedoeld in de voornoemde gecoördineerde wet van 10 mei 2015, en die het verpleegkundig personeel helpen met hun administratieve en logistieke taken **en die verbonden zijn aan het ziekenhuis of aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.**

Afdeling 13 - Locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk
(ingevoegd in titel I, hoofdstuk I)

Art. 14/1.

Voor de toepassing van deze gecoördineerde wet wordt verstaan onder:

1° locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk: een door de op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet bevoegde overheden voor het gezondheidszorgbeleid erkende duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het ogenblik van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen, uitgezonderd ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G), die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden;

4.-

2° zorgopdrachten: de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medische apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma;

3° locoregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden;

4° supraregionale zorgopdrachten: zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden;

5° referentiepunt: het ziekenhuis dat een supraregionale zorgopdracht aanbiedt.

Art. 14/2.

Er worden voor het Rijk maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken opgericht.

Art. 14/3.

Het geografisch gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, is aaneensluitend van vorm. De geografische gebieden moeten samen het hele grondgebied van het Rijk bestrijken.

In afwijking op het eerste lid hoeven de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken met ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, niet geografisch aaneensluitend zijn, wat betreft het deel van het netwerk gelegen binnen deze zelfde grootsteden of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Art. 14/4.

De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en na de advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zorgopdrachten

5.-

kwalificeren als locoregionale zorgopdrachten of als supraregionale zorgopdrachten.

Hij kan bij het kwalificeren van zorgopdrachten voor wat betreft de locoregionale zorgopdrachten een onderscheid maken tussen algemene zorgopdrachten en gespecialiseerde zorgopdrachten. Onder algemene zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden. Onder gespecialiseerde zorgopdrachten worden verstaan locoregionale zorgopdrachten die niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden.

Hij kan bedoelde zorgopdrachten, nader omschrijven en de erkenningsnormen bepalen.

Hij kan voor supraregionale zorgopdrachten erkenningsnormen bepalen voor het functioneren als referentiepunt.

Art.14/5.

Elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aanliggend is met het geografisch aansluitend gebied van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten bij dat ziekenhuisnetwerk.

Art. 14/6.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gaat voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt een afzonderlijke supraregionale duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aan met minimum één en maximum drie referentiepunten.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mag voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf aanbiedt maximaal met twee

6.-

referentiepunten die zich bevinden in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een afzonderlijke supraregioale duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In afwijking van het eerste lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor elke supraregioale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximum vier referentiepunten een afzonderlijke juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan. In afwijking van het tweede lid mag een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor elke supraregioale zorgopdracht die het zelf aanbiedt gedurende drie jaar na de eerste erkenning van het betrokken ziekenhuisnetwerk, met maximaal drie referentiepunten die zich in een ander locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bevinden, een afzonderlijke juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan.

In het kader van bedoelde juridisch geformaliseerde samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt over de zorgcontinuïteit en worden verwijz- en terugverwijsafspraken opgenomen.

De Koning kan nadere erkenningsnormen vaststellen voor bedoelde samenwerking.

Art. 14/7.

In afwijking op artikel 14/6 kan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, teneinde te voldoen aan bedoeld artikel, voor een supraregioale zorgopdracht een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.

De Koning duidt, op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging, de in het eerste lid bedoelde ziekenhuizen of onderdelen van

7.-

ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging aan.

De Koning kan op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de specifieke voorwaarden bepalen waaraan een ziekenhuis of onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De Koning kan op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk en met de nodige aanpassingen uitbreiden tot ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.

Art. 15.

§ 1. Ieder ziekenhuis heeft een eigen beheer.

§ 2. De ziekenhuizen worden, overeenkomstig de door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepaalde voorwaarden, uitgebaat door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen als statutair doel heeft.

De Koning kan de in het vorige lid bedoelde gezondheidsvoorzieningen, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, nader omschrijven.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, in afwijkingen voorzien ten aanzien van de bepaling bedoeld in het eerste lid.

§ 3. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de categorieën van rechtspersonen bepalen die een ziekenhuis mogen uitbaten.

Art. 15.

§ 1. Ieder ziekenhuis heeft een eigen beheer.

§ 2. De ziekenhuizen worden, overeenkomstig de door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepaalde voorwaarden, uitgebaat door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen als statutair doel heeft.

De Koning kan de in het vorige lid bedoelde gezondheidsvoorzieningen, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, nader omschrijven.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, in afwijkingen voorzien ten aanzien van de bepaling bedoeld in het eerste lid.

§ 3. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de categorieën van rechtspersonen bepalen die een ziekenhuis **of een locoregionaal**

8.-

klinisch ziekenhuisnetwerk mogen uitbaten.

Art. 16.

De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder.

De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV.

Art. 16.

De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder.

De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV.

In het kader van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, draagt de beheerder van het ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid voor volgende punten:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, in het bijzonder het verwijz- en terugverwijsbeleid;

3° garanderen dat er voor supraregionale zorgopdrachten wordt verwezen overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Indien het ziekenhuis voor een supraregionale zorgopdracht functioneert als referentiepunt, maakt de beheerder de nodige afspraken met het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat op het ziekenhuis een beroep doet voor de supraregionale zorgopdracht.

9.-

Afdeling 4 - Beheer van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk
(ingevoegd in titel I, hoofdstuk II)

Art. 17/1.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft een eigen beheer.

Elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt over minstens een vertegenwoordiger in de beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen binnen deze beheersorganen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn tevens lid van een beheersorgaan van het ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen. Daarnaast moet het beheersorgaan van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk minstens een onafhankelijke bestuurder bevatten.

Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg. Minstens een van de leden is een arts die geen ziekenhuisarts is in één van de ziekenhuizen van het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Art. 17/2.

Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk heeft volgende opdrachten:

1° het bepalen van de strategie inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten;

2° de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

3° de toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten

10.-

waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben;

4° de keuze van de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;

5° het formuleren van een opnamebeleid voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast;

6° het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van verwijs- en terugverwijsafspraken met betrekking tot de zorg van de patiënten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

7° afspraken schriftelijk vastleggen over het ter beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

8° overleg plegen omtrent de angelegenheden die de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk op netwerkniveau ter discussie voorleggen.

Het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt de in het eerste lid bedoelde beheersbeslissingen met in achtnameing van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV. De beslissingen over de opdracht bedoeld in het eerste lid, 1°, moeten worden aangenomen met meerderheid van twee derden van de stemgerechtigde leden van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

11.-

De in toepassing van het eerste lid genomen beslissingen zijn bindend voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Art. 22/1.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beschikt met het oog op de goede gang van zaken van de medische activiteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over een netwerkhoofdarts aangesteld door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk of over een college van netwerkhoofdartsen samengesteld uit alle hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Bedoelde aanstelling door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeurt met in achtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV. De aanstelling geldt voor onbepaalde duur tenzij anders bepaald in het medische reglement van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Een functie als netwerkhoofdarts of binnen het college van netwerkhoofdartsen is onverenigbaar met het voorzitterschap van de medische raad van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen is binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk verantwoordelijk voor het coherent medisch beleid met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid.

Met betrekking tot de zorgopdrachten draagt de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen in het bijzonder volgende verantwoordelijkheden:

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van zorgopdrachten, zowel locoregionale als supraregionale, binnen

12.-

het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het maken van de nodige afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen beschikt over de bevoegdheid om instructies te geven aan de ziekenhuisartsen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om de in het vorige lid bedoelde verantwoordelijkheden te kunnen opnemen, en meer in het algemeen om de patiëntveiligheid binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te bewaken. De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen oefent deze bevoegdheid uit in nauw overleg met het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en met de medische raad van het netwerk.

De Koning kan de minimumtaken van de netwerkhoofdarts en het college van netwerkhoofdartsen nader bepalen, alsook de manier waarop het instructierecht bedoeld in het vorige lid kan worden uitgeoefend.

De beslissingen door de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen genomen in uitvoering van haar verantwoordelijkheden primeren op de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen wordt uitgenodigd en kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Dit is evenwel niet het geval voor de besprekingen die betrekking hebben op aangelegenheden waarbij de netwerkhoofdarts of een lid van het college van netwerkhoofdartsen persoonlijk en rechtstreeks betrokken is.

13.-

Art. 30/3.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan de in artikel 30/2 bedoelde informatieverstrekking voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarnemen.

Art. 32.

De Raad heeft, benevens de adviezen voorzien in de artikelen 5, 6, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109, 113 en 124 als opdracht advies uit te brengen over alle problemen inzake de programmatie van ziekenhuisvoorzieningen en inzake de toepassing van de programmatie met betrekking tot de ziekenhuizen waaromtrent de federale overheid beslissingsbevoegdheid heeft, alsook advies uit te brengen over alle problemen die zich in het kader van deze gecoördineerde wet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen. De Raad adviseert omtrent de kostprijssegmenten voor de zorgprogramma's.

Art. 32.

De Raad heeft, benevens de adviezen voorzien in de artikelen 5, 6, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109, 113 en 124 als opdracht advies uit te brengen over alle problemen inzake de programmatie van ziekenhuisvoorzieningen en inzake de toepassing van de programmatie met betrekking tot de ziekenhuizen waaromtrent de federale overheid beslissingsbevoegdheid heeft, alsook advies uit te brengen over alle problemen die zich in het kader van deze gecoördineerde wet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen. De Raad adviseert omtrent de kostprijssegmenten voor de zorgprogramma's. **De Raad heeft eveneens als opdracht advies uit te brengen met betrekking tot alle aangelegenheden met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.**

Art. 66.

De ziekenhuizen moeten de normen naleven, welke worden bepaald door de Koning, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, te hebben ingewonnen.

Deze normen hebben betrekking op :

1° de algemene inrichting van de ziekenhuizen; hiertoe kan de Koning normen bepalen ondermeer met betrekking tot de vereisten inzake het minimum activiteitsniveau van het ziekenhuis, het soort of de soorten van zorgprogramma's, het soort of de soorten van ziekenhuisdiensten, de administratieve, technische en medisch-technische diensten en de minimale

Art. 66.

De ziekenhuizen moeten de normen naleven, welke worden bepaald door de Koning **bij een in Ministerraad overlegd besluit**, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, te hebben ingewonnen.

Deze normen hebben betrekking op :

1° de algemene inrichting van de ziekenhuizen; hiertoe kan de Koning normen bepalen ondermeer met betrekking tot de vereisten inzake het minimum activiteitsniveau van het ziekenhuis, het soort of de soorten van zorgprogramma's, het soort of de soorten van ziekenhuisdiensten, de administratieve, technische en medisch-technische diensten en de minimale

14.-

capaciteit aan bedden per ziekenhuis, eventueel rekening houdend met de aard van de activiteiten van de ziekenhuizen;

2° de inrichting en de werking van elk soort van diensten; hiertoe kan de Koning normen bepalen ondermeer met betrekking tot minimum vereisten inzake de capaciteit aan bedden, de technische uitrusting, het medisch, paramedisch en verplegend personeel, en tot het activiteitsniveau;

3°de organisatie van de verstrekking van dringende geneeskundige verzorging, in samenwerking met het artsenkorp, onverminderd de bepalingen van artikel 28 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Art. 67.

Bijzondere normen kunnen vastgesteld worden :

1° voor de universitaire ziekenhuizen en hun diensten;

2° voor de diensten die voldoen aan de eisen van speciale bekwaamig in de niet-universitaire ziekenhuizen;

3° voor groeperingen, fusies en associaties van ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven;

4° voor de vestigingsplaatsen van de ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven.

De in het eerste lid, 3°, bedoelde associaties van ziekenhuizen kunnen worden uitgebaat door een rechtspersoon. Uitsluitend de rechtspersonen die de ziekenhuizen uitbaten die deel uitmaken van de in het tweede lid bedoelde associatie evenals fysieke personen of rechtspersonen die voorgesteld zijn door de bedoelde rechtspersoon, mogen lid of vennoot zijn van de rechtspersoon die deze associatie uitbaat.

capaciteit aan bedden per ziekenhuis, eventueel rekening houdend met de aard van de activiteiten van de ziekenhuizen;

2° de inrichting en de werking van elk soort van diensten; hiertoe kan de Koning normen bepalen ondermeer met betrekking tot minimum vereisten inzake de capaciteit aan bedden, de technische uitrusting, het medisch, paramedisch en verplegend personeel, en tot het activiteitsniveau;

3°de organisatie van de verstrekking van dringende geneeskundige verzorging, in samenwerking met het artsenkorp, onverminderd de bepalingen van artikel 28 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Art. 67.

Bijzondere normen kunnen vastgesteld worden :

1° voor de universitaire ziekenhuizen en hun diensten;

2° voor de diensten die voldoen aan de eisen van speciale bekwaamig in de niet-universitaire ziekenhuizen;

3° voor groeperingen, fusies en associaties van ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven;

4° voor de vestigingsplaatsen van de ziekenhuizen, zoals deze door de Koning nader worden omschreven;

5° voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

De in het eerste lid, 3°, bedoelde associaties van ziekenhuizen kunnen worden uitgebaat door een rechtspersoon. Uitsluitend de rechtspersonen die de ziekenhuizen uitbaten die deel uitmaken van de in het tweede lid bedoelde associatie evenals fysieke personen of rechtspersonen die voorgesteld zijn door de bedoelde rechtspersoon, mogen lid of vennoot zijn van de rechtspersoon die deze associatie uitbaat.

15.-

Art. 70.

Om te worden erkend, moet ieder ziekenhuis beschikken over een plaatselijk ethisch comité, met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven onder dewelke bedoeld comité via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag aangeboden worden.

Het comité oefent volgende opdrachten uit telkens het een verzoek in die zin ontvangt:

1°) een begeleidende en raadgevende opdracht met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;

2°) een adviserende opdracht met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen en op reproductief menselijk materiaal.

De hierboven bedoelde opdrachten kunnen door de Koning, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nader worden gepreciseerd.

De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de voorwaarden, regelen en modaliteiten bepalen onder dewelke de in 2° bedoelde opdracht gezamenlijk dient uitgevoerd te worden door de ethische comités van meerdere ziekenhuizen.

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de samenstelling en de werking van het plaatselijk ethisch comité.

Art. 70.

Om te worden erkend, moet ieder ziekenhuis beschikken over een plaatselijk ethisch comité, met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven onder dewelke bedoeld comité via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag aangeboden worden.

Het comité oefent volgende opdrachten uit telkens het een verzoek in die zin ontvangt:

1°) een begeleidende en raadgevende opdracht met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;

2°) een adviserende opdracht met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen en op reproductief menselijk materiaal.

De hierboven bedoelde opdrachten kunnen door de Koning, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nader worden gepreciseerd.

De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de voorwaarden, regelen en modaliteiten bepalen onder dewelke de in 2° bedoelde opdracht gezamenlijk dient uitgevoerd te worden door de ethische comités van meerdere ziekenhuizen.

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de samenstelling en de werking van het plaatselijk ethisch comité.

Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in dit artikel volstaat het dat het ziekenhuis voor het vervullen van de in het tweede lid bedoelde opdrachten een beroep kan doen op een ethisch comité georganiseerd door het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De Koning bepaalt na advies van de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen de

16.-

samenstelling en de werking van bedoeld ethisch comité. Hij kan, na advies van de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, eveneens nadere regelen bepalen in verband met de uitoefening van de in het tweede lid bedoelde opdrachten door bedoeld ethisch comité ten behoeve van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk.

Art. 71.

Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend.

Art. 71.

Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend.

Teneinde te voldoen aan de voorwaarde gesteld in het eerste lid volstaat het dat het ziekenhuis het klachtrecht van de patiënt zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt garandeert via het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt.

Art. 82.

§1. Een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, zorgprogramma, een zwaar medisch apparaat of een medische of medisch-technische dienst mag worden uitgebaat op meerdere vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis, ziekenhuisassociatie behoudens de door de Koning bepaalde uitzonderingen.

§ 2. Indien een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, zorgprogramma, een zwaar medisch apparaat of een medische of medisch-technische dienst wordt uitgebaat op meerdere vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of ziekenhuisassociatie, dient deze op de verschillende vestigingsplaatsen

Art. 82.

§1. Een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, zorgprogramma, een zwaar medisch apparaat of een medische of medisch-technische dienst mag worden uitgebaat op meerdere vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis, ziekenhuisassociatie **of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk** behoudens de door de Koning bepaalde uitzonderingen.

§ 2. Indien een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, zorgprogramma, een zwaar medisch apparaat of een medische of medisch-technische dienst wordt uitgebaat op meerdere vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of ziekenhuisassociatie **of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk**,

17.-

afzonderlijk:

1° te worden erkend, zoals bedoeld in de artikelen 58 of 72 of het voorwerp uit te maken van een voorafgaande toestemming als bedoeld in artikel 54.

2° te beantwoorden aan alle erkenningsnormen, als bedoeld in de artikelen 58, 66 of 67.

3° wat de toepassing van de programmatie of de regelen inzake het maximum aantal, zoals bedoeld in de artikelen 36, 55, 59, 60 of 81, betreft, als een afzonderlijke ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, medische of medisch-technische dienst of als een afzonderlijk zwaar medisch apparaat of zorgprogramma, in rekening te worden gebracht.

§ 3. De Koning kan voor de ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, ziekenhuisafdelingen, zorgprogramma's, zware medische apparaten en medische en medisch-technische diensten die Hij aanwijst, afwijkingen bepalen op de toepassing van dit artikel.

dient deze op de verschillende vestigingsplaatsen afzonderlijk :

1° te worden erkend, zoals bedoeld in de artikelen 58 of 72 of het voorwerp uit te maken van een voorafgaande toestemming als bedoeld in artikel 54.

2° te beantwoorden aan alle erkenningsnormen, als bedoeld in de artikelen 58, 66 of 67.

3° wat de toepassing van de programmatie of de regelen inzake het maximum aantal, zoals bedoeld in de artikelen 36, 55, 59, 60 of 81, betreft, als een afzonderlijke ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, medische of medisch-technische dienst of als een afzonderlijk zwaar medisch apparaat of zorgprogramma, in rekening te worden gebracht.

§ 3. De Koning kan voor de ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, ziekenhuisafdelingen, zorgprogramma's, zware medische apparaten en medische en medisch-technische diensten die Hij aanwijst, afwijkingen bepalen op de toepassing van dit artikel.

Afdeling 4 - Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (ingevoegd in titel III, hoofdstuk V)

Art. 94/1.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kan boekhoudingen van de individuele ziekenhuizen en/of het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zelf voeren, een beëdigd bedrijfsrevisor aanstellen en de in artikelen 92 tot en met 93 bedoelde gegevens meedelen.

Art. 96/1.

De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan een afzonderlijk budget van financiële middelen bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

18.-

De nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit. Hij bepaalt inzonderheid welke artikelen van dit hoofdstuk op het in het eerste lid bedoelde afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die Hij nodig acht.

Art. 140/1.

De medische raad verstrekt aan de beheerder advies over het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts zoals bedoeld in onderhavige titel IV aan het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. De beheerder is gehouden het advies van de medisch raad omtrent elke overheveling in te winnen.

De adviesaanvraag en het advies worden schriftelijk geformuleerd.

Er kan slechts worden overgegaan tot een overheveling van een aangelegenheid met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts indien de medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk met een gewone meerderheid van de stemgerechtigde leden positief adviseert met betrekking tot deze overheveling. De leden van de medische raad die niet aanwezig kunnen zijn op de vergadering waarop beslist wordt over het advies bedoeld in het eerste lid, zijn gehouden een schriftelijk mandaat te geven aan een ander lid van de medische raad om in hun plaats te stemmen of hun stem aan de voorzitter van de medische raad over te maken per schriftelijke of elektronische drager. Een lid dat na verloop van één maand niet heeft gestemd, wordt geacht zich onthouden te hebben.

Bij het advies wordt telkens de uitslag van de stemming gevoegd.

19.-

Afdeling 4 - Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk
(ingevoegd in titel IV, hoofdstuk I)

Art. 143/1.

In elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt een medische raad als vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk opgericht.

In afwijking op het eerste lid kan gedurende een periode van 5 jaar, te rekenen vanaf de erkenning van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, de vertegenwoordiging van de ziekenhuisartsen op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden waargenomen door een gemandateerde delegatie van ziekenhuisartsen die lid zijn van de medische raden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De delegatie gebeurt telkens door de medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Elke medische raad van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is minstens door één ziekenhuisarts in de delegatie vertegenwoordigd. Bedoelde gemandateerde delegatie neemt de taken bedoeld in artikel 143/3 en 143/4 waar.

De Koning kan een datum bepalen vanaf wanneer wordt gerekend voor de hernieuwing van de mandaten van de medische raad van de locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerken.

Art. 143/2.

De leden van het in artikel 143/1 bedoeld orgaan worden rechtstreeks gekozen door en onder de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor een hernieuwbare periode van 3 jaar. Voorafgaand aan de verkiezingen worden

20.-

bijzondere modaliteiten vastgesteld die garanderen dat elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in de medische raad van het netwerk is vertegenwoordigd door minimum één in het ziekenhuis werkzame ziekenhuisarts.

De Koning kan nadere voorwaarden bepalen waaraan de ziekenhuisartsen moeten voldoen om stemgerechtigd of verkiesbaar te zijn. Hij kan eveneens regels bepalen met betrekking tot de samenstelling van de medische raad van het netwerk, de wijze van verkiezing van de leden, de aanwijzing van de voorzitter en de werking van de medische raad van het netwerk.

Art. 143/3.

§1. Over de aangelegenheden bedoeld in de artikelen 17/2, eerste lid, en 22/1 voor wat betreft de aanstelling van de netwerkhoofdarts, en de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 17°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1, wordt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist in onderlinge overeenstemming tussen het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De genomen beslissingen worden schriftelijk geformuleerd. Een statutair gemanageerd lid of orgaan van het beheer en de voorzitter van de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ondertekenen de beslissingen.

§2. Indien de beheerder van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk binnen de drie maanden (te rekenen vanaf het eerste overleg) geen onderlinge

21.-

overeenstemming bereiken, doet de beheerder van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een voorstel van oplossing en legt dit voor aan de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Indien de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over dit voorstel binnen een maand (te rekenen vanaf de voorlegging van het voorstel van oplossing) een schriftelijk en gemotiveerd advies uitbrengt met een meerderheid van tweederde van de stemgerechtigde leden en indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij het advies, wordt de in de artikelen 139 en 140, §§1, 2 en 3, bedoelde procedure gevuld.

Art. 143/4.

De medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk verstrekt aan het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk advies over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1.

Bovendien verstrekt de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk advies over alle andere aangelegenheden dan die bedoeld in artikel 143/3 die door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden voorgelegd.

De medische raad van het netwerk is eveneens gerechtigd om op eigen initiatief aan het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk advies te verstrekken over al de aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk betreffen.

Art. 143/5.

22.-

Over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18°, evenals over andere aangelegenheden die het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voorlegt, verstrekt de medische raad het advies binnen een maand tenzij beheer en medische raad anders zijn overeengekomen. Indien na het verstrijken van de termijn geen advies is uitgebracht, kan het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een beslissing nemen.

De adviesaanvragen en de adviezen worden schriftelijk geformuleerd.

Bij het advies wordt de uitslag van de stemming gevoegd. Samen met het meerderheidsadvies kan de minderheid, op haar vraag een nota met haar standpunt aan het advies toevoegen.

Art. 143/6.

Indien de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk advies verleent over een aangelegenheid die in toepassing van artikel 140/1 werd overgeheveld van ziekenhuisniveau naar netwerkniveau is de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk exclusief bevoegd voor de adviesverlening met uitsluiting van de medische raad van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Art. 143/7.

De Koning kan, overeenkomstig nader door Hem te bepalen regels en voorwaarden, bepalen welke financiële of statistische gegevens door het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aan de medische raad van het netwerk moeten worden medegedeeld.

Art. 144.

Art. 144.

23.-

§ 1. In elk ziekenhuis wordt een algemene regeling vastgesteld betreffende de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de artsen, de organisatie- en de werkvoorraarden, met inbegrip van de financiële werkvoorraarden. Onverminderd de toepassing van de artikelen 18 tot 22 mag het algemeen reglement geen bepalingen bevatten die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisarts—op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt.

§ 2. Die algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van de beheerder, met inachtneming van de procedure bepaald in hoofdstuk I, afdeling 1, of, in voorkomend geval, afdeling 2.

In deze algemene regeling kunnen bepaalde aangelegenheden verschillend worden geregeld al naargelang het reeds in het ziekenhuis werkzame dan wel nog voor de eerste maal in het ziekenhuis aan te werven artsen betreft.

§ 3. In de algemene regeling moeten minstens de volgende aangelegenheden worden behandeld :

1° de voorwaarden van toelating, aanwerving, benoeming en bevordering;

2° de soort gevallen waarin, de redenen waarom en de procedures volgens welke een einde kan worden gemaakt aan de rechtsverhoudingen tussen de beheerder en de ziekenhuisartsen;

3° de werkvoorraarden, waaronder de ziekenhuisartsen—hun activiteit in het ziekenhuis verrichten met inbegrip van de standaardbepalingen betreffende de punten opgenoemd in artikel 145, § 2;

4° de financiële schikkingen met betrekking tot de medische activiteit, met inbegrip van de wijze van vergoeding van de artsen, de wijze van inning van de honoraria en, in voorkomend geval, de kostenregeling alsmede de standaardbepalingen die hierop

§ 1. In elk ziekenhuis wordt een algemene regeling vastgesteld betreffende de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de artsen, de organisatie- en de werkvoorraarden, met inbegrip van de financiële werkvoorraarden. Onverminderd de toepassing van de artikelen 18 tot 22 mag het algemeen reglement geen bepalingen bevatten die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisarts—op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt.

§ 2. Die algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van de beheerder, met inachtneming van de procedure bepaald in hoofdstuk I, afdeling 1, of, in voorkomend geval, afdeling 2.

In deze algemene regeling kunnen bepaalde aangelegenheden verschillend worden geregeld al naargelang het reeds in het ziekenhuis werkzame dan wel nog voor de eerste maal in het ziekenhuis aan te werven artsen betreft.

§ 3. In de algemene regeling moeten minstens de volgende aangelegenheden worden behandeld :

1° de voorwaarden van toelating, aanwerving, benoeming en bevordering;

2° de soort gevallen waarin, de redenen waarom en de procedures volgens welke een einde kan worden gemaakt aan de rechtsverhoudingen tussen de beheerder en de ziekenhuisartsen;

3° de werkvoorraarden, waaronder de ziekenhuisartsen hun activiteit in het ziekenhuis verrichten met inbegrip van de standaardbepalingen betreffende de punten opgenoemd in artikel 145, § 2;

4° de financiële schikkingen met betrekking tot de medische activiteit, met inbegrip van de wijze van vergoeding van de artsen, de wijze van inning van de honoraria en, in voorkomend geval, de kostenregeling alsmede de standaardbepalingen die hierop

24.-

betrekking hebben;	betrekking hebben;
5° de respectieve rechten en verplichtingen met betrekking tot de permanentie van de medische verzorging.	5° de respectieve rechten en verplichtingen met betrekking tot de permanentie van de medische verzorging.

§ 4. In het kader van een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk kan mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 een gemeenschappelijke algemene regeling voor ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden vastgesteld.

De in het eerste lid bedoelde gemeenschappelijke algemene regeling wordt vastgesteld op initiatief van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, met inachtneming van de procedure bepaald in artikel 143/3.

Art. 145.

§ 1. Onder verwijzing naar de in artikel 144 bedoelde algemene regeling, moeten de respectieve rechten en verplichtingen van de individuele ziekenhuisarts en de beheerder, alsook meer bepaald de werkvoorraarden van de ziekenhuisarts schriftelijk vastgesteld worden, hetzij in een overeenkomst, hetzij in de benoemingsakte; wijzingen in die respectieve rechten en verplichtingen worden eveneens schriftelijk vastgesteld.

§ 2. De schriftelijke regeling slaat minstens op de concrete toepassing van de in artikel 144, § 3, vermelde punten op de individuele arts, alsmede op de navolgende punten :

1° de functie, de prestaties, de dienst, de voorraarden van vervanging van de ziekenhuisarts in geval van afwezigheid en, in voorkomend geval, de regeling met betrekking tot de medische activiteit buiten het ziekenhuis;

2° de duur van de eventuele proefperiode;

3° de eerbiediging van het reglement van inwendige orde van het ziekenhuis en van de diensten en, in voorkomend geval, van het

Art. 145.

§ 1. Onder verwijzing naar de in artikel 144 bedoelde algemene regeling, moeten de respectieve rechten en verplichtingen van de individuele ziekenhuisarts en de beheerder, alsook meer bepaald de werkvoorraarden van de ziekenhuisarts schriftelijk vastgesteld worden, hetzij in een overeenkomst, hetzij in de benoemingsakte; wijzingen in die respectieve rechten en verplichtingen worden eveneens schriftelijk vastgesteld.

§ 2. De schriftelijke regeling slaat minstens op de concrete toepassing van de in artikel 144, § 3, vermelde punten op de individuele arts, alsmede op de navolgende punten :

1° de functie, de prestaties, de dienst, de voorraarden van vervanging van de ziekenhuisarts in geval van afwezigheid en, in voorkomend geval, de regeling met betrekking tot de medische activiteit buiten het ziekenhuis;

2° de duur van de eventuele proefperiode;

3° de eerbiediging van het reglement van inwendige orde van het ziekenhuis en van de diensten en, in voorkomend geval, van het

25.-

staffreglement;

4° de wijze waarop beide partijen hun verplichtingen naleven in verband met de regeling van de permanentie van de verzorging.

staffreglement;

4° de wijze waarop beide partijen hun verplichtingen naleven in verband met de regeling van de permanentie van de verzorging.

§ 3. In het kader van een locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk kan de in paragraaf 1 bedoelde individuele schriftelijke regeling zich mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 situeren op het niveau van bedoeld locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Afdeling 8 - Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk

(ingevoegd in titel IV, hoofdstuk III)

Art. 157/1.

Volgende activiteiten kunnen, mits toepassing van de procedure bedoeld in artikel 140/1 in plaats van op het niveau van het ziekenhuis, op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk gebeuren:

1° de vergoeding van de ziekenhuisartsen;

2° de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen;

3° het garanderen van een opname zonder ereloons supplementen zoals bedoeld in artikel 152, §3, en het informeren van de patiënt over de naleving van de verbintenistarieven door de ziekenhuisartsen zoals bedoeld in artikel 153;

4° de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria, zoals bedoeld in artikel 155.

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met dien verstande dat “beheerder” moet worden gelezen als “het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” en

26.-

“medische raad” als “medische raad van het netwerk”.

De beslissingen die het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk neemt in toepassing van het eerste lid zijn tegenstelbaar aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van bedoeld ziekenhuisnetwerk.

Coordination des articles

TEXTE DE BASE

**PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI
COORDONNÉE DU 10 JUILLET 2008 SUR LES
HÔPITAUX ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE
SOINS, EN CE QUI CONCERNE LE
RÉSEAUTAGE CLINIQUE ENTRE HÔPITAUX**

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 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.

Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général.

TEXTE DE BASE ADAPTE AU PROJET DE LOI

**PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI
COORDONNÉE DU 10 JUILLET 2008 SUR LES
HÔPITAUX ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE
SOINS, EN CE QUI CONCERNE LE
RÉSEAUTAGE CLINIQUE ENTRE HÔPITAUX**

Art. 2.

§1. 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 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.

Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général.

À l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, 1°.

(entre en vigueur à la date fixée par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres et au plus tard le 1^{er} janvier 2020)

2.-

§2. Le Roi peut déterminer des conditions et des modalités en vertu desquelles les hôpitaux visés au § 1^{er} qui ne sont pas tenus d'entrer dans un réseau hospitalier clinique locorégional, peuvent être, sur une base volontaire, repris dans un réseau hospitalier clinique locorégional.

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;

3° il faut entendre par médecin : le praticien de l'art médical visé à l'article 3, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

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 45, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée;

6° il faut entendre par infirmier hospitalier : l'infirmier attaché à un hôpital;

7° il faut entendre par aide-soignant : l'aide-soignant visé à l'article 59 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée et attaché à l'hôpital;

8° il faut entendre par personnel soignant : l'ensemble des aides soignants attachés à l'hôpital;

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;

3° il faut entendre par médecin : le praticien de l'art médical visé à l'article 3, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

4° il faut entendre par médecin hospitalier : le médecin attaché à l'hôpital **ou au réseau hospitalier clinique locorégional**;

5° il faut entendre par infirmier : le praticien de l'art infirmier visé à l'article 45, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée;

6° il faut entendre par infirmier hospitalier : l'infirmier attaché à un hôpital **ou à un réseau hospitalier clinique locorégional**;

7° il faut entendre par aide-soignant : l'aide-soignant visé à l'article 59 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée et attaché à l'hôpital **ou au réseau hospitalier clinique locorégional**;

8° il faut entendre par personnel soignant : l'ensemble des aides soignants attachés à l'hôpital **ou au réseau hospitalier clinique locorégional**;

3.-

9° il faut entendre par personnel de soutien : l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée, et qui aident le personnel infirmier pour leurs tâches administratives et logistiques.

9° il faut entendre par personnel de soutien : l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 susmentionnée, et qui aident le personnel infirmier pour leurs tâches administratives et logistiques **et qui sont attachés à l'hôpital ou au réseau hospitalier clinique locorégional**.

Section 13 - Réseau hospitalier clinique locorégional (ajouté au titre Ier, chapitre Ier)

Art. 14/1.

Pour l'application de la présente loi coordonnée, il faut entendre par :

1° réseau hospitalier clinique locorégional : une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, entre au moins deux hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), agréés distinctement au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire ;

2° missions de soins : les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins ;

3° missions de soins locorégionales : missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;

4.-

4° missions de soins suprarégionales : missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;

5° point de référence : l'hôpital qui propose une mission de soins suprarégionale.

Art. 14/2.

Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont créés pour l'ensemble du Royaume.

Art. 14/3.

La zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional est de forme continue. Ensemble, les zones géographiques doivent couvrir l'ensemble du territoire du Royaume.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie des hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, ne doivent pas être géographiquement continue, en ce qui concerne la partie du réseau située dans ces mêmes grandes villes ou la Région de Bruxelles-Capitale.

Art. 14/4.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, qualifier des missions de soins comme des missions de soins locorégionales ou des missions de soins suprarégionales.

Lors de la qualification des missions des soins, s'agissant des missions de soins locorégionales, il peut faire une distinction entre les missions de soins générales et les missions de soins spécialisées. Il faut entendre par missions de soins générales, les missions de soins locorégionales qui peuvent être proposées

5.-

dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Il faut entendre par missions de soins spécialisées, les missions de soins locorégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut préciser les missions de soins visées et déterminer les normes d'agrément.

En ce qui concerne les missions de soins suprarégionales, Il peut déterminer les normes d'agrément pour le fonctionnement en tant que point de référence.

Art. 14/5.

Chaque hôpital situé dans ou adjacent à la zone géographiquement continue d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la possibilité d'adhérer à ce réseau hospitalier clinique régional.

Art.14/6.

Le réseau hospitalier clinique locorégional conclut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il ne propose pas lui-même, une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec minimum un et maximum trois points de référence.

Le réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il propose lui-même, conclure une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec maximum deux points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour toute mission de soins suprarégionale qu'il n'offre pas lui-même pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné,

6.-

conclure une collaboration juridiquement formalisée distincte avec maximum quatre points de référence. Par dérogation à l'alinéa 2, un réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il propose lui-même, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier concerné, conclure une collaboration juridiquement formalisée distincte avec maximum trois points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional.

Dans le cadre de la collaboration juridiquement formalisée visée, des accords clairs en termes de continuité des soins sont conclus et les modalités d'adressage et de renvoi sont définies.

Le Roi peut définir des normes d'agrément plus précises pour la collaboration visée.

Art. 14/7.

Par dérogation à l'article 14/6, le réseau hospitalier clinique locorégional peut, afin de satisfaire à l'article visé pour une mission de soins suprarégionale, conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense.

Le Roi désigne, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, les hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense visés à l'alinéa 1^{er}.

Le Roi peut, sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense, déterminer les conditions spécifiques auxquelles un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi peut, sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du

7.-

ministre compétent pour la Défense, étendre les dispositions de la présente loi, totalement ou partiellement et avec les adaptations nécessaires, aux hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le Ministère de la Défense.

Art. 15.

§ 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 établissements 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 1er.

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

Art. 16.

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.

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.

Art. 15.

§ 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 établissements 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 1er.

§ 3. Le Roi peut fixer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les catégories de personnes morales qui peuvent exploiter un hôpital **ou un réseau hospitalier clinique locorégional**.

Art. 16.

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.

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.

Dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital, la responsabilité sur le plan opérationnel incombe au gestionnaire de l'hôpital pour les points qui suivent :

8.-

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional ;

2° la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi ;

3° la garantie que pour les missions de soins suprarégionales, le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, mais tout en respectant le libre choix du patient.

Si, pour une mission de soins suprarégionale, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins suprarégionale.

**Section 4 - Gestion d'un réseau hospitalier clinique locorégional
(inséré au titre Ier, chapitre II)**

Art. 17/1.

Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose de sa propre gestion.

Chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional dispose d'au moins un représentant dans les organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Les représentants des hôpitaux au sein de ces organes de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional sont également membres d'un organe de gestion de l'hôpital qu'ils représentent. Par ailleurs, l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional doit comprendre au moins un administrateur indépendant.

9.-

Au moins un tiers de ces membres disposent d'une expertise en matière de soins de santé. Au moins un des membres de ce groupe est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné.

Art. 17/2.

La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes :

1° la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre en missions de soins locorégionales ;

2° la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional ;

3° la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question ;

4° le choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence ;

5° la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique locorégional , garantissant notamment que le patient recevra les soins adaptés à ses besoins ;

6° la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoi, pour les soins des patients au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en vue d'assurer la continuité des soins au sein du réseau hospitalier clinique locorégional ;

10.-

7° la fixation d'accords par écrit sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers, nécessaires à l'exécution des missions du réseau hospitalier clinique locorégional ;

8° la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional prend les décisions de gestion visées à l'alinéa 1^{er} en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV. Les décisions relatives à la mission visée à l'alinéa 1^{er}, 1^o, doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises en application de l'alinéa 1^{er} sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 22/1.

Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose, pour la bonne marche de l'activité médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, soit d'un médecin en chef de réseau désigné par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, soit d'un collège de médecins en chefs de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. La désignation visée par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional se fait dans le respect des dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV. Cette désignation a une durée indéterminée sauf disposition contraire du règlement médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Une fonction en tant que médecin en chef de réseau ou au sein du collège de médecins en chefs de réseau est incompatible avec la présidence du conseil

11.-

médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est responsable de la cohérence de la politique médicale, en ce compris la continuité des soins et la politique d'admission.

En ce qui concerne les missions de soins, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau assume en notamment les responsabilités suivantes:

1° en exécution de la stratégie visé à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1°, l'harmonisation des missions de soins, aussi bien locorégionales que suprarégionales, au sein du réseau hospitalier clinique locorégional ;

2° la conclusion des accords nécessaires en termes de continuité des soins avec les points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau dispose de la compétence pour donner des instructions aux médecins de l'hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional afin qu'ils puissent prendre les responsabilités reprises dans le paragraphe précédent, et plus généralement pour assurer la sécurité du patient au sein du réseau hospitalier clinique locorégional. Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau exercent cette compétence en accord étroit avec la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et avec le conseil médical du réseau.

Le Roi peut préciser les tâches minimales du médecin en chef de réseau ou du collège de médecins en chefs de réseau, ainsi que de la manière dont peut être exercé le droit à donner des instructions.

12.-

Les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau en exécution de ses missions priment sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chefs de réseau est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Ce n'est cependant pas le cas pour les discussions qui portent sur des matières impliquant personnellement et directement le médecin en chef de réseau ou un membre du collège de médecins en chefs de réseau.

Art. 30/3.

Le réseau hospitalier clinique locorégional peut assurer la communication d'information visée à l'article 30/2 pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 32.

Le Conseil a pour mission, outre les avis prévus aux articles 5, 6, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109, 113 et 124, 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 fédérale a pouvoir de décision, ainsi que d'émettre un avis sur tout problème qui, dans le cadre de la présente loi coordonnée, se pose concernant le financement des hôpitaux. Le Conseil formule un avis au sujet des éléments du coût des programmes de soins

Art. 32.

Le Conseil a pour mission, outre les avis prévus aux articles 5, 6, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109, 113 et 124, 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 fédérale a pouvoir de décision, ainsi que d'émettre un avis sur tout problème qui, dans le cadre de la présente loi coordonnée, se pose concernant le financement des hôpitaux. Le Conseil formule un avis au sujet des éléments du coût des programmes de soins. **Le Conseil a également pour mission d'émettre un avis sur toutes les questions relatives aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.**

Art. 66.

Les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi, après avis du Conseil

Art. 66.

Les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi **par arrêté délibéré en**

13.-

fédéral des établissements hospitaliers.

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 d'activité minimum de l'hôpital, de type ou de types de programmes de soins de type ou types de services hospitaliers, aux services administratifs, techniques et medico-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 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Art. 67.

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 d'hôpitaux, tels que le Roi les précise;

4° pour les sites des hôpitaux, tels que précisés par le Roi.

Conseil des ministres, après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

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 d'activité minimum de l'hôpital, de type ou de types de programmes de soins de type ou types de services hospitaliers, aux services administratifs, techniques et medico-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 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Art. 67.

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 d'hôpitaux, tels que le Roi les précise;

4° pour les sites des hôpitaux, tels que précisés par le Roi ;

5° pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

14.-

Les associations d'hôpitaux visées à l'alinéa 1er, 3°, peuvent être exploitées par une personne morale. Seules les personnes morales qui exploitent les hôpitaux qui font partie de l'association visée à l'alinéa 2, ainsi que des personnes physiques ou morales proposées par la personne morale concernée, peuvent être membre ou associé de la personne morale qui exploite cette association.

Art. 70.

Pour être agréé, chaque 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.

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°) 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 Etablissements hospitaliers.

Le Roi peut, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, fixer les conditions, règles et modalités selon lesquelles la mission visée au 2° doit être exécutée conjointement par les comités d'éthique de plusieurs hôpitaux.

Le Roi fixe, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, la composition et le fonctionnement du comité local d'éthique.

Les associations d'hôpitaux visées à l'alinéa 1er, 3°, peuvent être exploitées par une personne morale. Seules les personnes morales qui exploitent les hôpitaux qui font partie de l'association visée à l'alinéa 2, ainsi que des personnes physiques ou morales proposées par la personne morale concernée, peuvent être membre ou associé de la personne morale qui exploite cette association.

Art. 70.

Pour être agréé, chaque 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.

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°) 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 Etablissements hospitaliers.

Le Roi peut, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, fixer les conditions, règles et modalités selon lesquelles la mission visée au 2° doit être exécutée conjointement par les comités d'éthique de plusieurs hôpitaux.

Le Roi fixe, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, la composition et le fonctionnement du comité local d'éthique.

En vue de satisfaire à la condition fixée au présent article, il suffit que l'hôpital puisse faire appel, afin de remplir les missions visées à l'alinéa 2, à un comité d'éthique organisé par le réseau

15.-

hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital. Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers, la composition et le fonctionnement du comité d'éthique visé. Il peut également, après avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers, déterminer des règles plus précises quant à l'exercice des missions visées à l'alinéa 2 par le comité d'éthique visé pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.

Art. 71.

Pour être agréée, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, 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.

Art. 71.

Pour être agréée, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, 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.

En vue de satisfaire à la condition fixée à l'alinéa 1^{er}, il suffit que l'hôpital garantisse le droit de plainte du patient tel que visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par le biais du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital.

Art. 82.

§ 1er. Un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareil médical, lourd ou un service médical ou médico-technique peut être exploité sur plusieurs sites d'un même hôpital, association d'hôpitaux, hormis les exceptions déterminées par le Roi.

Art. 82.

§ 1er. Un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareil médical, lourd ou un service médical ou médico-technique peut être exploité sur plusieurs sites d'un même hôpital, association d'hôpitaux ou réseau hospitalier clinique locorégional hormis les exceptions déterminées par le Roi.

§ 2. Si un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareil médical lourd ou un service médical ou médico-technique est exploité sur plusieurs sites d'un même hôpital ou association d'hôpitaux, il doit, sur les différents sites, séparément :

§ 2. Si un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareil médical lourd ou un service médical ou médico-technique est exploité sur plusieurs sites d'un même hôpital ou association d'hôpitaux ou réseau hospitalier clinique locorégional, il doit, sur les différents sites, séparément :

16.-

1° être agréé, tel que visé aux articles 58 ou 72 ou faire l'objet d'une approbation préalable telle que visée à l'article 54.

2° répondre à toutes les normes d'agrément, telles que visées aux articles 58, 66 ou 67.

3° pour ce qui concerne l'application de la programmation ou les règles concernant le nombre maximum, telles que visées aux articles 36, 55, 59, 60 ou 81, être pris en compte comme un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareillage médical lourd ou un service médical ou médico-technique distinct.

§ 3. Le Roi peut fixer des dérogations à l'application du présent article pour les services hospitaliers, les fonctions hospitalières, les sections hospitalières, les programmes de soins, les appareillages médicaux lourds et les services médicaux et médico-techniques qu'il désigne.

1° être agréé, tel que visé aux articles 58 ou 72 ou faire l'objet d'une approbation préalable telle que visée à l'article 54.

2° répondre à toutes les normes d'agrément, telles que visées aux articles 58, 66 ou 67.

3° pour ce qui concerne l'application de la programmation ou les règles concernant le nombre maximum, telles que visées aux articles 36, 55, 59, 60 ou 81, être pris en compte comme un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareillage médical lourd ou un service médical ou médico-technique distinct.

§ 3. Le Roi peut fixer des dérogations à l'application du présent article pour les services hospitaliers, les fonctions hospitalières, les sections hospitalières, les programmes de soins, les appareillages médicaux lourds et les services médicaux et médico-techniques qu'il désigne.

Section 4 - Le réseau hospitalier clinique locorégional (inséré au titre III, chapitre V)

Art. 94/1.

Le réseau hospitalier clinique locorégional peut tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional, désigner un réviseur d'entreprise asservié et communiquer les données visées aux articles 92 à 93 inclus.

Art. 96/1.

Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixe les règles plus précises pour l'application du présent article. Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, au budget distinct visé à

17.-

l'alinéa 1^{er}, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires.

Art. 140/1.

Le conseil médical dispense au gestionnaire un avis sur le transfert des matières concernant le statut du médecin hospitalier tel que visé au présent titre IV au réseau hospitalier clinique locorégional dont l'hôpital fait partie. Le gestionnaire est tenu de recueillir l'avis du conseil médical concernant chaque transfert.

La demande d'avis et l'avis sont formulés par écrit.

Il ne peut être procédé au transfert d'une matière concernant le statut du médecin hospitalier que si le conseil médical de chaque hôpital qui fait partie du réseau hospitalier clinique locorégional se prononce positivement à une majorité simple des membres disposant du droit de vote en ce qui concerne ce transfert. Les membres du conseil médical qui ne peuvent assister à la réunion lors de laquelle une décision est prise sur l'avis visé à l'alinéa 1^{er}, sont tenus de donner mandat écrit à un autre membre du conseil médical pour voter à leur place ou de transmettre leur voix au président du conseil médical par support écrit ou électronique. Un membre qui, après un mois, n'a pas voté, est réputé s'être abstenu.

Le résultat du vote est systématiquement joint à l'avis.

**Section 4 - Le réseau hospitalier clinique locorégional
(inséré au titre IV, chapitre Ier)**

Art. 143/1.

Un conseil médical en tant qu'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional est constitué dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional.

18.-

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier clinique locorégional, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional peut être assurée par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette délégation est assurée par le conseil médical des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Chaque conseil médical de chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation. La délégation mandatée visée remplit les tâches visées à l'article 143/3 et 143/4.

Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle le décompte commence pour le renouvellement des mandats du conseil médical des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux d'hôpitaux.

Art. 143/2.

Les membres de l'organe visé à l'article 143/1 sont élus directement par et parmi les médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional pour une période renouvelable de 3 ans. Certaines modalités spécifiques sont fixées préalablement aux élections, garantissant que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté au sein du conseil médical du réseau par au moins un médecin hospitalier travaillant à l'hôpital.

Le Roi peut déterminer des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers devront satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative. Il peut également fixer certaines règles relatives à la composition du conseil médical du réseau, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, et au

19.-

fonctionnement du conseil médical du réseau.

Art. 143/3.

§1. Par rapport aux matières visées aux articles 17/2, alinéa 1^{er}, et 22/1 en ce qui concerne la désignation de médecin en chef du réseau, et les matières visées à l'article 137, 1^o, 2^o, 3^o, 4^o, 5^o, 6^o, 7^o, 8^o, 9^o, 10^o, 11^o, 12^o, 13^o, 14^o, 15^o, 17^o, pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1, une décision est prise au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises sont formulées par écrit. Un membre ou un organe de gestion, mandaté par les statuts, et le président du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional signent les décisions.

§2. Si, dans les trois mois (à compter à partir de la première concertation) le gestionnaire du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau clinique locorégional ne trouvent aucun accord mutuel, le gestionnaire du réseau hospitalier clinique locorégional fait une proposition de solution et la soumet au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

Si à propos de cette proposition, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional rend dans le mois (à compter à partir de la soumission de la proposition de solution) un avis écrit et motivé avec une majorité de deux tiers des membres ayant voix délibérative et si le gestionnaire ne peut adhérer à l'avis, la procédure visée aux art. 139 et 140, §§ 1^{er}, 2 et 3, est suivie.

Art. 143/4.

20.-

Art. 143/4. Le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional un avis sur les matières visées à l'article 137, 16° et 18° pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l'article 140/1.

Par ailleurs, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis sur toutes les autres matières que celles visées à l'article 143/3 qui sont soumises par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Le conseil médical du réseau est également habilité à dispenser, à la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, de sa propre initiative, un avis concernant toutes les matières qui concernent l'exercice de la médecine dans le réseau hospitalier clinique locorégional'.

Art. 143/5.

En ce qui concerne les matières visées à l'article 137, 16° et 18°, ainsi que d'autres affaires que soumet la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional, le conseil médical soumet l'avis endéans un mois, à moins que gestion et conseil médical n'en aient convenu autrement. Si, à l'expiration du délai, aucun avis n'a été rendu, la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional peut prendre une décision.

Les demandes d'avis et les avis sont formulés par écrit.

Le résultat du vote est joint à l'avis. Avec un avis majoritaire, la minorité peut ajouter à l'avis, à sa demande, une note exposant sa position.

Art. 143/6.

Si le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional dispense un avis à

21.-

propos d'une matière qui, en application de l'article 140/1, a été transféré du niveau hospitalier vers le niveau du réseau, le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional est exclusivement compétent pour dispenser un avis, à l'exclusion du conseil médical des hôpitaux qui font partie du réseau hospitalier clinique locorégional.'

Art. 143/7.

Le Roi peut, selon des règles et conditions déterminées par Lui, fixer les données financières ou statistiques qui doivent être communiquées par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional au conseil médical du réseau.

Art. 144.

§ 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 18 à 22, 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 1re, 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;

Art. 144.

§ 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 18 à 22, 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 1re, 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;

22.-

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 145, § 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.

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 145, § 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.

§ 4. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, une réglementation générale commune aux hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional peut être définie, moyennant application de la procédure visée à l'article 140/1.

La réglementation générale commune visée à l'alinéa 1^{er} est définie à l'initiative de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional, dans le respect de la procédure prévue à l'article 143/3.

Art. 145.

§1er.Par référence à la réglementation générale visée à l'article 144, 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 144, § 3, ainsi que sur les éléments ci-après :

Art. 145.

§1er.Par référence à la réglementation générale visée à l'article 144, 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 144, § 3, ainsi que sur les éléments ci-après :

23.-

- 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.

- 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.

§3. Dans le cadre d'un réseau hospitalier clinique locorégional, les dispositions écrites individuelles visées au paragraphe 1^{er} peuvent s'inscrire au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional visé.

Section 8 - Le réseau hospitalier clinique locorégional
(inséré au titre IV, chapitre III)

Art. 157/1.

Les activités suivantes peuvent se faire au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional au lieu de se faire au niveau de l'hôpital :

- 1° la rémunération des médecins hospitaliers;
- 2° la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers ;
- 3° la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires, tel que visé à l'article 152, §3, et l'information du patient sur le respect des tarifs de l'accord par les médecins hospitaliers, tel que visé à l'article 153;
- 4° la décision sur l'affectation des honoraires perçus de façon centrale tel que visé à l'article 155.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au réseau hospitalier clinique locorégional, étant entendu que le

24.-

terme "gestionnaire" correspond à "la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional" et que les termes "conseil médical" correspondent au "conseil médical du réseau".

Les décisions prises par le réseau hospitalier clinique locorégional en application de l'alinéa 1^{er} sont opposables aux hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional visé.