

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

7 november 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**

AMENDEMENTEN

Zie:

Doc 54 **3275/ (2017/2018):**
001: Wetsontwerp.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

7 novembre 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**

AMENDEMENTS

Voir:

Doc 54 **3275/ (2017/2018):**
001: Projet de loi.

9540

Nr. 1 VAN DE DAMES **MONICA DE CONINCK EN DEDRY**

Art. 32

In het ontworpen artikel 143/3, § 2 vervangen als volgt:

“§ 2. In het voorstel van de beheerder betrekking heeft op de aangelegenheden bedoeld in de artikelen 17/2, eerste lid, op de aanstelling van de netwerkhoofd-arts of op een van de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17°, voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk, desgevallend na overheveling in toepassing van artikel 140/1, en 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 twee derde 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. Voor voorstellen die betrekking hebben op andere aangelegenheden wordt de in artikel 138 bepaalde procedure gevolgd.”

VERANTWOORDING

Artikel 32 van het voorontwerp van wet bevat de invoering van een zeer ruime participatie van de medische netwerkraad in de besluitvorming op netwerkniveau.

Dit zogenaamde consensusmodel kan zeker bijdragen aan een grote betrokkenheid van de artsen en ervoor zorgen dat op netwerkniveau de besluiten maximaal worden gedragen. Zorgnet en alle aangesloten ziekenhuizen willen hier verder naar blijven streven.

Het probleem is evenwel dat de voorliggende teksten meer invoeren dan een model waarin moet worden gestreefd naar een consensus. Het zogenaamde “consensusmodel” wordt immers uitgebreid met een “blokkeringsmodel” indien na drie maanden onderhandelen geen vergelijk kan worden bereikt. Voor bijna alle adviesmateries kan de medische raad een zogenaamd “verzwaard” of “versterkt” advies uitbrengen indien dit wordt goedgekeurd door twee derde van de leden.

N° 1 DE MMES **MONICA DE CONINCK ET DEDRY**

Art. 32

Dans l’article 143/3 proposé, remplacer le paragraphe 2 par ce qui suit:

“§ 2. Si la proposition du gestionnaire a trait aux matières visées à l’article 17/2, alinéa 1^{er}, à la désignation de médecin en chef du réseau ou à l’une des matières visées à l’article 137, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°, pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert en application de l’article 140/1, que le conseil médical du réseau clinique locorégional rend dans le mois (à compter 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 que le gestionnaire ne peut adhérer à l’avis, la procédure visée aux articles 139 et 140, § 1^{er}, 2 et 3, est suivie. Pour les propositions ayant trait à d’autres matières, la procédure visée à l’article 138 est suivie.”

JUSTIFICATION

L’article 32 de l’avant-projet de loi prévoit une très large participation du conseil médical du réseau à la prise de décision au niveau du réseau.

Ce modèle dit de consensus peut indéniablement contribuer à une grande implication des médecins et faire en sorte que les décisions bénéficient d’un soutien maximal au niveau du réseau. Zorgnet et tous les hôpitaux qui y sont affiliés souhaitent continuer à tendre vers cet objectif.

Le problème est toutefois que les textes proposés vont au-delà d’un modèle visant le consensus. Le modèle dit de consensus est en effet transformé en un “modèle de blocage” en l’absence de consensus après trois mois de négociations. Le conseil médical peut rendre un avis dit “motivé” ou “renforcé” sur la plupart des matières consultatives pourvu qu’il soit approuvé par deux tiers des membres. Cette possibilité permet de bloquer le processus décisionnel pendant un long laps de temps (jusqu’à six mois ou plus) et débouche, dans la pratique, en quelque sorte sur un droit de veto. Conformément

Deze mogelijkheid kan de besluitvorming geruime tijd (tot zes maanden of langer) blokkeren en leidt in de praktijk tot een soort vetorecht van de medische raad. In de huidige wetgeving bestaat deze mogelijkheid voor zes van de achttien adviesmateries op ziekenhuisniveau (zie het huidige artikel 139, § 1, van de ziekenhuiswet). Deze zou worden uitgebreid tot 25 van de 27 adviesmateries op netwerkniveau (deze 27 materies bestaan uit acht materies in het nieuwe artikel 17/2, de aanstelling van de netwerkhoofddarts en achttien materies in het huidige artikel 137).

Deze uitbreiding is onbegrijpelijk en is buiten proportie en kan het bestuur van netwerken verlammen. Het geeft aan de medische raden op netwerkniveau ook veel meer macht en bevoegdheid dan aan de medische raden in de ziekenhuizen.

Dit is nooit de bedoeling geweest van het consensusmodel en dit gaat veel verder dan het beveiligen van de essentiële belangen van de artsen. Ook eerder routineuze beslissingen zoals de aanwerving van een arts-stafid of verbouwingen in het ziekenhuis kunnen zo geblokkeerd worden via een “versterk” of een “verzwaard” advies.

Om te verhelpen aan deze ongelijkheid stelt Zorgnet-Icuro een beperkte wijziging voor waarbij de mogelijkheden van versterkt advies worden beperkt tot:

- de aanstelling van de netwerkhoofddarts;
- de nieuwe adviesmateries op netwerkniveau (opgesomd in artikel 17/2);
- de ruime mogelijkheden die vandaag bestaan in de ziekenhuiswet.

Monica DE CONINCK (sp.a)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)

à la législation actuelle, cette possibilité existe pour six des dix-huit matières consultatives au niveau des hôpitaux (actuel article 139, § 1er, de la loi sur les hôpitaux). Elle serait étendue à 25 des 27 matières consultatives au niveau du réseau (ces 27 matières comprennent huit matières prévues au nouvel article 17/2, la désignation du médecin en chef du réseau et dix-huit matières prévues à l'actuel article 137).

Incompréhensible et disproportionnée, cette extension peut paralyser la gestion des réseaux. Elle accorde également nettement plus de pouvoir et de compétences aux conseils médicaux au niveau des réseaux qu'aux conseils médicaux au sein des hôpitaux.

Tel n'a jamais été l'objectif du modèle de consensus et cela va bien au-delà de la préservation des intérêts essentiels des médecins. Même des décisions relevant plutôt de la routine, telles que le recrutement d'un médecin-cadre ou des transformations à effectuer dans l'hôpital, peuvent être bloquées par un avis “motivé” ou “renforcé”.

Afin de remédier à cette inégalité, Zorgnet-Icuro propose d'apporter une légère modification visant à limiter les possibilités d'un avis renforcé aux matières suivantes:

- la désignation d'un médecin en chef du réseau;
- les nouvelles matières consultatives au niveau du réseau (énumérées à l'article 17/2);
- les vastes possibilités actuellement prévues par la loi sur les hôpitaux.

Nr. 2 VAN MEVROUW FONCK

Art. 2

Het ontworpen artikel 14/2 aanvullen met de volgende zin:

“De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een of twee bijkomende netwerken toestaan.”

VERANTWOORDING

Artikel 6 van het wetsontwerp bepaalt: “Er worden voor het Rijk maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken opgericht”.

In de memorie van toelichting wordt hierover gesteld: “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 omtrent 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 gevolgd. Bij voorkeur worden de netwerken gezamenlijk en gelijktijdig over het hele land gecreëerd.”.

De verdeling van de netwerken tussen de verschillende deelstaten is nog niet gerealiseerd en de oprichting ervan bevindt zich nog in een vroeg stadium. Daarom meent de indienster van dit amendement dat enige soepelheid noodzakelijk is om tegemoet te komen aan de “bottom-up”-aanpak die nodig is voor het welslagen van die netwerken, alsook om

N° 2 DE MME FONCK

Art. 6

Compléter l’article 14/2 en projet par la phrase suivante:

“Le Roi peut autoriser, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, un ou deux réseaux supplémentaires.”

JUSTIFICATION

L’article 6 du projet de loi prévoit qu’ “Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont créés pour l’ensemble du Royaume.”

Dans l’exposé des motifs, il est indiqué que “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 signal 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”.

Comme la répartition des réseaux entre les différentes entités fédérées n’a pas encore été réalisée et comme la création des réseaux n’en est encore qu’à ses débuts, l’auteur de l’amendement estime nécessaire de permettre une certaine souplesse afin de respecter la démarche “bottom-up” nécessaire à la réussite de ces réseaux, de respecter ce qui

geen afbreuk te doen aan wat al jaren door de actoren op het terrein is opgebouwd. Om het mogelijk te maken voort te bouwen op de al bestaande of in ontwikkeling zijnde medische projecten, wenst zij de Koning de mogelijkheid te bieden zo nodig toestemming te verlenen voor de oprichting van een of twee bijkomende netwerken, bovenop de in het wetsontwerp vastgelegde 25.

est construit par les acteurs de terrain depuis plusieurs années. Pour permettre de partir des projets médicaux déjà en place ou en cours de développement, elle souhaite dès lors permettre au Roi, si nécessaire, d'autoriser la création d'un ou deux réseaux supplémentaires, par rapport aux 25 prévus dans le projet de loi.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 3 VAN MEVROUW **FONCK**

Art. 11

In het ontworpen artikel 14/7, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1° in het tweede lid, de woorden “bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en” invoegen tussen de woorden “De Koning duidt,” en de woorden “op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging”;

2° in het derde lid, de woorden “en bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad” invoegen tussen de woorden “op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging” en de woorden “de specifieke voorwaarden bepalen”;

3° in het vierde lid, de woorden “bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en” invoegen tussen de woorden “De Koning kan” en de woorden “op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid en van de minister bevoegd voor Landsverdediging”.

VERANTWOORDING

Artikel 11 van het wetsontwerp voorziet in een mogelijke samenwerking tussen een netwerk en “een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging”, voor supraregionale zorgopdrachten waarvoor dat (onderdeel van een) ziekenhuis de rol van referentiepunt zou spelen, overeenkomstig voorwaarden die door de Koning zullen kunnen worden vastgesteld.

In de memorie van toelichting wordt hierover aangegeven: “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: trauma, vuile chirurgie, infectieziekten en hyperbare zuurstoftank.”

N° 3 DE MME **FONCK**

Art. 11

À l'article 14/7 proposé, apporter les modifications suivantes:

1° à l'alinéa 2, insérer les mots “par arrêté délibéré en Conseil des ministres” entre les mots “désigne,” et les mots “sur proposition des Ministres de la Santé publique et de la Défense,”;

2° à l'alinéa 3, insérer les mots “par arrêté délibéré en Conseil des ministres” entre les mots “déterminer” et les mots “les conditions spécifiques”;

3° à l'alinéa 4, insérer les mots “par arrêté délibéré en Conseil des ministres” entre les mots “Le Roi peut,” et les mots “sur proposition du ministre compétent pour la Santé publique et du ministre compétent pour la Défense”.

JUSTIFICATION

L'article 11 du projet de loi prévoit une possible collaboration entre un réseau et un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le ministre de la Défense, pour des missions de soins suprarégionales pour lesquelles il jouerait le rôle de point de référence, selon des conditions qui pourront être déterminées par le Roi.

L'exposé des motifs précise que “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: traumatismes, chirurgie infectée, maladies infectieuses et oxygénothérapie en réservoir hyperbare”.

Gelet op de specificiteit van de beslissingen in verband met dit artikel acht de indienster van het amendement het noodzakelijk dat dergelijke beslissingen worden genomen bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Vu la spécificité des décisions concernées par cet article, l'auteur de l'amendement estime nécessaire que de telles décisions soient prises par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 4 VAN MEVROUW **FONCK**Art. 11/1 (*nieuw*)**Een artikel 11/1 invoegen, luidende:**

“Art. 11/1. In afdeling 13, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 14/8 ingevoegd, luidende:

In elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt een adviesraad voor patiënten en familieleden opgericht. De Koning bepaalt de samenstelling en werking van de adviesraad.”

VERANTWOORDING

De indienster acht het noodzakelijk om in elk netwerk een adviesraad voor patiënten en familieleden op te richten, bij wijze van erkenning van de belangrijke rol die de patiënten en hun familieleden spelen om de algehele ervaring van de patiënt in het netwerk te verbeteren. Die netwerken zullen de patiënten immers niet allemaal op dezelfde manier behandelen.

N° 4 DE MME **FONCK**Art. 11/1 (*nouveau*)**Insérer un article 11/1, rédigé comme suit:**

“Art. 11/1. À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/8, rédigé comme suit:

“Art. 14/8. Au sein de chaque réseau hospitalier clinique locorégional, est créé un conseil consultatif des patients et des familles. Le Roi fixe la composition et le fonctionnement du conseil consultatif.”

JUSTIFICATION

L'auteur de l'amendement estime nécessaire de mettre en place un conseil consultatif des patients et des familles au sein de chaque réseau afin de reconnaître l'importance du rôle que les patients et leurs familles jouent pour améliorer l'expérience globale des patients au sein du réseau. Ces réseaux vont en effet entraîner des prises en charge différentes des patients.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 5 VAN MEVROUW FONCK

Art. 15

In het ontworpen artikel 17/1, derde lid, initio, de zin “Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg.” **vervangen door de zin** “Minstens een derde van de leden van het beheer is arts. Minstens één lid is beoefenaar van de verpleegkunde.”.

VERANTWOORDING

Artikel 15 van het wetsontwerp voorziet in enkele vereisten aangaande het beheersorgaan van het ziekenhuisnetwerk: “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.”.

De indienster is van mening dat het begrip “leden [met] expertise in de gezondheidszorg” veel te ruim is en dat moet worden bepaald dat minstens een derde van de leden arts is en dat minstens één lid beoefenaar van de verpleegkunde is. Bedoeling is de aanwezigheid van het zorgpersoneel in het beheersorgaan te waarborgen en het pad te effenen voor een meer op samenwerking gestoeld model van medebeheerschap waarbij zowel de beheerders als het zorgpersoneel betrokken zijn.

N° 5 DE MME FONCK

Art. 15

À l’article 17/1, alinéa 3, en projet, initio, remplacer la phrase “Au moins un tiers de ces membres disposent d’une expertise en matière de soins de santé” **par la phrase suivante** “Au moins un tiers de ces membres sont médecins. Au moins un membre est praticien de l’art infirmier”.

JUSTIFICATION

L’article 15 du projet de loi prévoit quelques exigences concernant l’organe de gestion du réseau hospitalier: “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.”.

L’auteur de l’amendement estime que la notion de “membres disposant d’une expertise en matière de soins de santé” est très large et qu’il faut prévoir qu’au moins un tiers de ces membres sont des médecins et qu’au moins un membre est praticien de l’art infirmier, afin de prévoir la présence des soignants au sein de l’organe de gestion et de favoriser un modèle plus collaboratif axé sur une co-gouvernance impliquant tant le gestionnaire que les soignants.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 6 VAN MEVROUW **FONCK**

Art. 17

In het voorgestelde artikel 22/1, achtste lid, initio, de woorden “kan met raadgevende stem deelnemen” vervangen door de woorden “neemt met raadgevende stem deel”.

VERANTWOORDING

Artikel 17 van het wetsontwerp bepaalt: “De netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen wordt uitgenodigd en kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.” De indiener van het amendement is van oordeel dat moet worden bepaald dat de netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen moeten deelnemen aan de vergaderingen van het beheer van het netwerk.

N° 6 DE MME **FONCK**

Art. 17

À l’article 22/1, alinéa 8, proposé, initio, remplacer les mots “peut participer” par le mot “participe”.

JUSTIFICATION

L’article 17 du projet de loi prévoit que “Le médecin en chef du réseau ou le collège de médecins chefs de réseau est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional”. L’auteur de l’amendement estime nécessaire de prévoir que le médecin en chef du réseau ou le collège de médecins chefs de réseau participent aux réunions de la gestion du réseau.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 7 VAN MEVROUW FONCK**Art. 27**

In het voorgestelde artikel 96/1, tweede lid, de eerste zin aanvullen met de woorden “en nadat het advies van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen werd ingewonnen”.

VERANTWOORDING

In zijn advies over het wetsontwerp stelt de Raad van State het volgende: “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 96 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen bepaalt immers: “De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan voor één of meerdere diensten, afdelingen, functies of zorgprogramma’s van het ziekenhuis een afzonderlijk budget van financiële middelen bepalen.

De nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Hij bepaalt inzonderheid welke artikelen van dit hoofdstuk op de afzonderlijke budgetten, bedoeld in het eerste lid, geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn, en met de aanpassingen die Hij nodig acht.”.

De indienster van dit amendement acht een dergelijk advies eveneens noodzakelijk wanneer de Koning, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels bepaalt betreffende de mogelijkheid voor de minister van Volksgezondheid om een afzonderlijk budget van financiële middelen te bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

N° 7 DE MME FONCK**Art. 27**

À l’article 96/1, alinéa 2, proposé, initio, insérer entre les mots “par arrêté délibéré en Conseil des ministres,” et les mots “fixe les règles”, les mots “après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers”.

JUSTIFICATION

Dans son avis au sujet du projet de loi, le Conseil d’État estime que “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 Etablissements hospitaliers, tel étant déjà le cas pour la délégation au Roi existante contenue à l’article 96, alinéa 2”.

L’article 96 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins prévoit, en effet, que “Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, pour un ou pour plusieurs services, sections, fonctions ou programmes de soins hospitaliers, fixer un budget distinct de moyens financiers.

Les règles plus précises pour l’application de cet article sont fixées par le Roi, après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, aux budgets distincts visés à l’alinéa 1er, et ce moyennant les adaptations qu’il juge nécessaires.”

L’auteur de l’amendement estime nécessaire de prévoir qu’un tel avis soit également prévu lorsque le Roi fixe, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, les règles plus précises concernant la possibilité pour le ministre de la Santé publique de fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Catherine FONCK (cdH)

Nr. 8 VAN DE HEREN DAERDEN EN SENESAEL

Art. 5/1 (*nieuw*)**Een artikel 5/1 invoegen, luidende:**

“Art. 5/1. In de bij artikel 4 ingevoegde afdeling 13 een artikel 14/1/1 invoegen, luidende:

“Art. 14/1/1. Met de deelstaten moet een samenwerkingsakkoord worden gesloten om de oprichting mogelijk te maken van een rechtsstructuur die openbare ziekenhuizen toestaat zich onderling of met privéziekenhuizen te verenigen, waarbij de huidige specifieke eigenheden van de openbare structuren in acht worden genomen.””

VERANTWOORDING

Evenals de gemeenten en dus de intercommunales kunnen de OCMW's zich momenteel alleen verenigen in de door de wetgever bepaalde en dus door hem toegestane vormen. Zulks berust op het feit dat de hoedanigheid van openbare rechtspersoon diens actiemiddelen beperkt. Anders gesteld: noch de gemeenten, noch de OCMW's zouden voor zichzelf de vrijheid van vereniging mogen opeisen en alleen de wetgever zou een bevoegdheid daartoe kunnen erkennen.

Het lijkt de indieners onontbeerlijk om in dat verband, met het oog op de vorming van de toekomstige netwerken, de noodzakelijke wetswijzigingen te waarborgen, teneinde de diversiteit van ons zorgaanbod te garanderen.

De openbare en seculiere context waarborgt immers dat de zorg voor elke patiënt binnen bereik ligt, ongeacht diens inkomsten, en garandeert dat de zorginstelling die aan de openbare dienstverlening participeert, levensbeschouwelijk en ethisch neutraal is, alsook dat in die instellingen de waarden van de lekenstaat invulling krijgen.

Het lijkt de indieners dan ook cruciaal dat een openbaar en seculier aanbod kan blijven bestaan en kan worden uitgebouwd naast het private en/of confessionele aanbod.

N° 8 DE MM. DAERDEN ET SENESAEL

Art. 5/1 (*nouveau*)**Insérer un article 5/1, rédigé comme suit:**

“Art. 5/1. À la section 13, insérée par l'article 4, il est inséré un article 14/1/1, rédigé comme suit:

“Art. 14/1/1. Un accord de coopération sera conclu avec les entités fédérées compétentes afin de permettre la création d'une structure juridique permettant à des hôpitaux publics de s'associer entre eux ou avec des hôpitaux privés tout en respectant les spécificités actuelles des structures publiques.””

JUSTIFICATION

Les CPAS, tout comme les communes et donc les intercommunales, ne peuvent actuellement s'associer que dans les formes déterminées et donc autorisées par le législateur. Ceci est fondé sur le fait que la qualité de personne morale publique limite ses moyens d'actions. En d'autres termes, ni les communes, ni les CPAS ne pourraient se réclamer de la liberté d'association et seul le législateur pourrait reconnaître un pouvoir à cet effet.

Il nous paraît indispensable de garantir les modifications législatives nécessaires dans ce cadre en vue de la constitution des futurs réseaux afin de garantir la pluralité de notre offre de soins.

Le caractère public et laïc garantit en effet l'accessibilité des soins à chaque patient, indépendamment de ses revenus, et garantit la neutralité philosophique et éthique de l'institution de soins qui participe au service public comme la transposition des valeurs de l'état laïc.

Il nous apparaît donc essentiel qu'une offre publique et laïque puissent continuer à exister et à se développer à côté de l'offre privée et/ou confessionnelle.

Frédéric DAERDEN (PS)
Daniel SENESAEL (PS)

Nr. 9 VAN DE HEREN **DAERDEN** EN **SENESAEL**

Art. 6

Het ontworpen artikel 14/2 aanvullen met het volgende lid:

“Om de oprichting van die netwerken mogelijk te maken, legt de Koning een stabiel budgettair kader voor de ziekenhuissector vast, evenals een aanvullende financiering om de ziekenhuizen bij deze transformatie te ondersteunen.”

VERANTWOORDING

Bij elk van de hoorzittingen werd gewezen op een onderfinanciering van de sector, als gevolg van een onderfinanciering door de overheid. Tevens werd tijdens de hoorzittingen herinnerd aan de aanzienlijke besparingsmaatregelen die de ziekenhuizen tijdens deze regeerperiode hebben getroffen.

Volgens de indieners van dit amendement zal deze hervorming kosten meebrengen voor de ziekenhuizen en is het absoluut noodzakelijk dat de ziekenhuizen eindelijk de garantie krijgen van een stabiel budgettair kader, waarbij ze tegelijk worden geholpen bij de veranderingen die hen staan te wachten.

De sprekers erkennen weliswaar dat de hervorming op termijn besparingen kan opleveren, maar wijzen erop dat de aldus bespaarde middelen opnieuw in de sector moeten worden geïnvesteerd opdat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverstrekking blijft verbeteren.

N° 9 DE MM. **DAERDEN** ET **SENESAEL**

Art. 6

Compléter l'article 14/2 proposé par l'alinéa suivant:

“Pour permettre la création de ces réseaux, le Roi fixera un cadre budgétaire stable pour le secteur hospitalier et déterminera un financement complémentaire pour aider les hôpitaux à faire face à ces transformations.”

JUSTIFICATION

Les auditions ont unanimement mis en avant un sous-financement du secteur organisé par un sous-financement des pouvoirs publics. Ils ont également rappelé les mesures d'économies importantes qui ont touché les hôpitaux sous cette législature.

Selon les intervenants, cette réforme entraînera des coûts pour les hôpitaux et il est indispensable de garantir enfin un cadre budgétaire stable au secteur tout en les aidant à faire face aux transformations qui les attendent.

Si les intervenants reconnaissent par ailleurs qu'à terme la réforme pourrait générer des économies, il est indispensable que ces moyens soient réinjectés dans le secteur afin de continuer à améliorer la qualité et l'accessibilité des prises en charge.

Frédéric DAERDEN (PS)
Daniel SENESAEL (PS)

Nr. 10 VAN DE HEREN **DAERDEN** EN **SENESAEL**

Art. 7

Het ontworpen artikel 14/3 aanvullen met een derde lid, luidende:

“De ziekenhuisnetwerken worden dusdanig gevormd dat kwaliteitsvolle en voor de patiënten toegankelijke zorg wordt gewaarborgd.”

VERANTWOORDING

Het lijkt de indieners van wezenlijk belang om van de patiënt de hoeksteen van deze hervorming van het ziekenhuislandschap te maken.

Zulks lijkt in het huidige wetsontwerp niet het geval te zijn.

In dat kader menen de indieners dat het nodig is om duidelijk aan te geven dat de zorgkwaliteit en de geografische toegankelijkheid van de zorg aan heel onze bevolking moeten worden gewaarborgd. Indien dat niet gebeurt, zal de ongelijkheid op het vlak van gezondheid blijven groeien en zal er nog meer sprake zijn van een geneeskunde met twee snelheden.

N° 10 DE MM. **DAERDEN** ET **SENESAEL**

Art. 7

Compléter l'article 14/3 proposé, par un 3e alinéa, rédigé comme suit:

“Les réseaux hospitaliers seront constitués de manière à garantir des soins de qualité et une accessibilité des soins pour les patients.”

JUSTIFICATION

Il nous paraît fondamental de faire du patient la pierre angulaire de cette réforme du paysage hospitalier.

Il apparaît que cela fait actuellement défaut dans le présent projet de loi.

Dans ce cadre, nous estimons nécessaire d'indiquer clairement que la qualité des soins ainsi que leur accessibilité géographique doivent être assurées à l'ensemble de notre population. A défaut, les inégalités en matière de santé continueront à se creuser, renforçant encore davantage une médecine à deux vitesses.

Frédéric DAERDEN (PS)
Daniel SENESAEL (PS)

Nr. 11 VAN DE HEREN **DAERDEN** EN **SENESAEL**

Art. 10

In het ontworpen artikel 14/6, tussen het vierde en het vijfde lid, het volgende lid invoegen:

“Bovenop de gemaakte afspraken betreffende de zorgcontinuïteit en de nadere regels aangaande verwijzing en terugverwijzing, moet de keuzevrijheid van de patiënt met alle beschikbare middelen worden gewaarborgd.”

VERANTWOORDING

Het door dit wetsontwerp beoogde verwijs- en terugverwijsbeleid dreigt de keuzevrijheid van de patiënt te ondermijnen, wanneer die naar een ziekenhuis moet om de zorg te krijgen die hij nodig heeft. De keuzevrijheid van de patiënt moet worden gewaarborgd; de ziekenhuizen en de netwerken moeten ertoe worden verplicht die met alle inzetbare middelen te garanderen.

N° 11 DE MM. **DAERDEN** ET **SENESAEL**

Art. 10

A l'article 14/6 proposé, entre le quatrième et le cinquième alinéa, insérer l'alinéa suivant:

“En plus des accords conclus en termes de continuité des soins et des modalités d'adressage et de renvoi définies, la liberté de choix du patient devra garantie par tous les moyens disponibles.”

JUSTIFICATION

La politique d'adressage et de renvoi prévue dans le présent projet risque de mettre à mal le libre choix du patient lorsqu'il devra se tourner vers un hôpital pour bénéficier de soins dont il a besoin. La liberté de choix du patient doit être garantie et il est nécessaire d'obliger les hôpitaux et les réseaux à garantir celle-ci par toutes les voies utiles.

Frédéric DAERDEN (PS)
Daniel SENESAEL (PS)