

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 november 2018

WETSONTWERP

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

VERSLAG VAN DE EERSTE LEZING

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Catherine FONCK**

INHOUD

Blz.

I. Procedure	3
II. Inleidende uiteenzetting	3
III. Algemene bespreking - eerste deel (23 oktober 2018)	10
IV. Hoorzittingen van 6 november 2018	30
V. Algemene bespreking – deel twee (6 november 2018)	86
VI. Artikelsgewijze bespreking	97
VII. Stemmingen	129

Zie:

Doc 54 **3275/ (2017/2018):**

001: Wetsontwerp.
002 tot 004: Amendementen.

Zie ook:

006: Artikelen aangenomen in eerste lezing.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 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**

RAPPORT DE LA PREMIÈRE LECTURE

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Catherine FONCK**

SOMMAIRE

Pages

I. Procédure	3
II. Exposé introductif	3
III. Discussion générale première partie (23 octobre 2018)	10
IV. Auditions du 6 novembre 2018	30
V. Discussion générale – seconde partie (6 novembre 2018)	86
VI. Discussion des articles	97
VII. Votes	129

Voir:

Doc 54 **3275/ (2017/2018):**

001: Projet de loi.
002 à 004: Amendements.

Voir aussi:

006: Articles adoptés par en première lecture.

9627

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Marie Dedry

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Anne Dedry
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Olivier Henry, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Maya Detiège
Sarah Schlitz, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

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-GOI	:	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 interpellaties (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 an-
nexes)

PLEN: Séance plénière
COM: Réunion de commission
MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations
(papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

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

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp in eerste lezing besproken tijdens haar vergaderingen van 17 en 23 oktober en 6 en 13 november 2018.

I. — PROCEDURE

Tijdens de vergadering van 17 oktober 2018 hebben de dames Catherine Fonck (cdH) en Monica De Coninck (sp.a) en de heer André Frédéric (PS) hoorzittingen gevraagd.

Nadat een eerste gedeelte van de algemene bespreking was afgerond, heeft op 23 oktober 2018 uw commissie het nodig geacht hoorzittingen te houden. De commissie ging derhalve in op het verzoek dat te doen. De hoorzittingen vonden plaats op 6 november 2018, waarna de algemene bespreking werd voortgezet.

Op 13 november 2018 heeft uw commissie met 10 tegen 5 stemmen het voorstel verworpen dat mevrouw Catherine Fonck (cdH) had gedaan om het advies van de Raad van State in te winnen over *amendement nr. 12* van mevrouw Muylle c.s. (DOC 54 3275/003), inzonderheid over de bestaanbaarheid met artikel 128 van de Grondwet.

II. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat dit wetsontwerp opgevat is als een grondige aanvulling van de gecoördineerde ziekenhuiswet om het concept van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken te introduceren en te omkaderen. De netwerken moeten een hefboom worden voor verdere verbetering van de gezondheidszorg op vlak van zorgkwaliteit en efficiëntie.

De minister herinnert eraan dat het regeerakkoord voorziet in een reorganisatie van de gezondheidszorg-sector. De regering gaf in dat akkoord bovendien uiting aan dat ze ernaar zou streven de samenwerking tussen ziekenhuizen op het gebied van klinische netwerken te bevorderen. Die reorganisatie werd door de minister in het voorjaar van 2015 nader uitgewerkt in een "Plan van Aanpak".

De minister wijst op de vele uitdagingen voor onze sociale zekerheid, en meer specifiek in de gezondheidszorg. Deze dagen is er ook veel te doen omtrent de jaarlijkse MAHA-analyse, waarin de steeds penibeler wordende financiële toestand van de ziekenhuissector duidelijk wordt. De minister onderstreept de slechte

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi en première lecture au cours de ses réunions des 17 et 23 octobre et 6 et 13 novembre 2018.

I. — PROCÉDURE

Au cours de la réunion du 17 octobre 2018, *Mmes Catherine Fonck (cdH) et Monica De Coninck (sp.a)* ainsi que *M. André Frédéric (PS)* ont demandé des auditions.

Le 23 octobre 2018, au terme d'une première partie de la discussion générale, la commission a estimé des auditions nécessaires et approuvé cette demande. Les auditions ont eu lieu le 6 novembre 2018, après quoi la discussion générale s'est poursuivie.

Le 13 novembre 2018, la commission a rejeté par 10 voix contre 5 la proposition de *Mme Catherine Fonck (cdH)* de demander un avis au Conseil d'État sur l'*amendement n° 12* de Mme Muylle et consorts (DOC 54 3275/003) (en particulier concernant sa conformité avec l'article 128 de la Constitution).

II. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, explique que le projet de loi à l'examen vise à compléter en profondeur la loi coordonnée sur les hôpitaux afin d'introduire et d'encadrer le concept de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Ces réseaux doivent devenir un levier pour poursuivre l'amélioration des soins de santé en termes de qualité de soins et d'efficacité.

La ministre rappelle que l'accord de gouvernement prévoit une réorganisation du secteur des soins. Le gouvernement y exprime en outre sa volonté de promouvoir la collaboration entre hôpitaux au sein de réseaux cliniques. Cette réorganisation a été précisée plus avant par la ministre au printemps 2015 dans un Plan d'approche.

La ministre rappelle les nombreux défis auxquels est confrontée la sécurité sociale, plus spécifiquement dans le domaine des soins de santé. Il est beaucoup question, ces derniers temps, de l'analyse annuelle MAHA, qui met clairement en évidence la situation financière de plus en plus délicate du secteur hospitalier. La ministre

resultaten die uit deze analyse blijken en die bovendien nog slechter zijn dan vorig jaar. Net geen 40 % van de ziekenhuizen eindigen 2017 met een negatief courant resultaat. Het gemiddelde courant resultaat is nog slechts 0,2 % van de omzet. Bovendien krijgt méér dan een kwart van de ziekenhuizen het moeilijk om de leningen terug te betalen, enzovoort. De MAHA-analyse sterkt de minister in haar conclusie dat ons huidig ziekenhuismodel nu echt wel *end-of-life* is, zoals ze dat al enkele jaren benadrukt. Dat gedateerde model is er één van een versnipperd ziekenhuisaanbod, van veel dure permanenties en dure apparatuur voor soms heel weinig patiënten (wat ook de kwestie van de kwaliteit van zorg doet rijzen). Kortom mogen volgens de minister onze ziekenhuizen dan wel nog bijna allemaal de ambitie koesteren om nog meer zorgopdrachten aan te bieden, de cijfers tonen aan dat ze hiermee zichzelf de das omdoen. Het is een probleem dat de regering structureel moeten durven aanpakken. De minister onderstreept dat bijsturingen in de marge en zelfs extra-overheidsmiddelen zonder structurele maatregelen niet langer voldoen. Daarom stelt de minister de Kamer vandaag dit wetsontwerp voor.

De stelling van de minister van bij het begin van de zittingsperiode wordt bewezen met de MAHA-cijfers. Deze analyse moet volgens de minister als een *wake-upcall* dienen: er is nu nood aan doortastend beleid en aan een fundamentele hervorming van de sector om de vele uitdagingen het hoofd te bieden. Met dit wetsontwerp wordt het kader gecreëerd dat nodig is om de ziekenhuizen zich te laten aanpassen aan de veranderende omstandigheden. De minister wil ook de ziekenhuisfinanciering bijsturen om inefficiënties te ontmoedigen.

De minister onderstreept dat dit wetsontwerp ook als doel heeft de toekomstige generaties in dit land te waarborgen dat ze over een sterke en toegankelijke gezondheidszorg zullen kunnen blijven beschikken. En dat terwijl de verdere vergrijzing van de bevolking verdergaat. Dat zorgt voor een toenemend aantal chronische aandoeningen. De medische, technologische en farmaceutische innovaties bieden wel perspectieven, maar kunnen de kosten verder doen oplopen. De duurzaamheid van ons gezondheidssysteem staat op het spel. De minister wil in de toekomst met hetzelfde geld méér en beter doen. Ze beweert niet langer de inefficiënties te kunnen en willen blijven financieren: dat kunnen we ons met overheidsmiddelen niet permitteren. Volgens de minister zijn de middelen die ons land ter beschikking stelt aan de ziekenhuizen, zeker op het niveau van die van de ons omringende landen. Maar de versnippering kost ons te veel, het bestaande

souligne les mauvais résultats qui ressortent de cette analyse et qui, de plus, sont encore pires que ceux de l'année dernière. Près de 40 % des hôpitaux terminent 2017 avec un résultat courant négatif. Le résultat courant moyen n'atteint plus que 0,2 % du chiffre d'affaires. En outre, plus d'un quart des hôpitaux éprouvent des difficultés à rembourser les emprunts, etc.... L'analyse MAHA conforte la ministre dans sa conclusion que notre modèle hospitalier actuel est maintenant vraiment à bout de souffle, comme elle le souligne depuis plusieurs années. Ce modèle obsolète se caractérise par une offre hospitalière disparate, de nombreuses permanences coûteuses et un appareillage coûteux au profit parfois d'un très petit nombre de patients (ce qui soulève la question de la qualité de soins). Bref, selon la ministre, nos hôpitaux ont beau avoir pratiquement tous pour ambition de proposer encore plus de missions de soins, les chiffres montrent qu'ils se mettent ainsi eux-mêmes en difficulté. Le gouvernement doit oser s'attaquer à ce problème. La ministre souligne que des ajustements à la marge, voire même des moyens publics supplémentaires ne suffisent plus sans mesures structurelles. C'est la raison pour laquelle la ministre soumet aujourd'hui ce projet de loi à la Chambre.

La thèse émise par la ministre au début de la législature est démontrée par les chiffres de l'analyse MAHA. Selon la ministre, cette analyse doit servir de signal d'alarme: une politique audacieuse et une réforme fondamentale du secteur sont désormais nécessaires pour faire face aux nombreux défis. Le projet de loi à l'examen crée le cadre nécessaire pour permettre aux hôpitaux de s'adapter à l'évolution des circonstances. La ministre entend également ajuster le financement des hôpitaux afin de décourager les pratiques inefficaces.

Elle souligne que le projet de loi à l'examen vise également à garantir aux générations futures de ce pays qu'elles pourront continuer à disposer de soins de santé solides et accessibles et ce, alors que le vieillissement de la population s'accroît, avec pour conséquence un nombre croissant d'affections chroniques. Si les innovations médicales, technologiques et pharmaceutiques offrent des perspectives, elles sont toutefois susceptibles d'accroître encore les coûts. La durabilité de notre système de soins de santé est en jeu. La ministre entend faire plus et mieux à l'avenir avec la même enveloppe budgétaire. Elle affirme ne plus pouvoir et ne plus vouloir continuer à financer les pratiques inefficaces: nous ne pouvons pas nous permettre de gaspiller ainsi les deniers publics. Selon la ministre, les moyens que notre pays met à la disposition des hôpitaux sont certainement équivalents à ceux des pays qui nous entourent. Mais le morcellement de l'offre nous coûte trop cher. Le budget

budget moet op de juiste manier worden ingezet. Dat zal kwaliteit van zorg aan iedereen verzekeren.

De minister geeft aan dat België niet het enige land is dat met een dergelijk probleem wordt geconfronteerd. Zij schetst de situatie in Frankrijk en in Nederland; ook in die landen is de vraag gerezen naar de versterking van de samenwerking tussen ziekenhuizen. De aldaar uitgewerkte oplossingen vertonen gelijkenissen met die welke dit wetsontwerp in uitzicht stelt: zo maakt de Franse overheid in het raam van de hervorming van de ziekenhuiszorg een onderscheid tussen drie ziekenhuisniveaus. Het eerste niveau is het zogenaamde "*hôpital de proximité*", dat in basiszorg moet voorzien en dat zich in de eerste plaats richt op de oudere bevolking en op de patiënten met een chronische aandoening, met andere woorden de patiënten die vaak nood hebben aan toegankelijke zorg. In dat model bestaan er naast die nabijgelegen ziekenhuizen eveneens ziekenhuizen die meer gespecialiseerde zorg verstrekken en ten slotte ook hoogtechnologische sites voor ultragespecialiseerde zorg. De minister wil zo ver niet gaan en wil de ziekenhuizen niet in hun geheel onderverdelen in drie soorten structuren, al stelt zij een vergelijkbaar onderscheid voor op het vlak van de zorgopdrachten (dat wil zeggen de ziekenhuisfuncties maar niet de ziekenhuizen in hun geheel). In wezen leunen de concepten in de beide landen heel dicht bij elkaar aan. In Frankrijk wordt bovendien het plan opgevat om rekening te houden met minimumactiviteitsvoorwaarden bij de erkenning om bepaalde ziekenhuisfuncties te mogen aanbieden, meer bepaald voor de kraamafdelingen, de spoeddiensten alsook de medische beeldvorming; de redenen daarvoor houden verband met de veiligheid voor de patiënten en met de kwaliteit.

In de Nederlandse pers verschenen recent talrijke berichten over de verdere rationalisatie van het zorgaanbod voor bepaalde locoregionale zorgopdrachten. De zorg is in dat land al langere tijd veel strakker dan in België georganiseerd, en het gaat nog door. We lezen over de sluiting van kleine pediatriediensten, de nood aan meer samenwerking tussen spoedgevallendiensten, ziekenhuizen die in elkaars buurt liggen en die spontaan hun aanbod rationaliseren: ze bieden niet langer elke functie op elke campus aan. Ook vanuit de Zorgautoriteit in Nederland wordt er ingezet op die rationalisatie van het aanbod, met het oog op het verbeteren van de kwaliteit en patiëntveiligheid. Zo wordt verwacht dat het verhogen van de bestaffingseisen qua artsen op de afdelingen spoedeisende zorg en intensieve zorg – en dit vanuit het perspectief patiëntveiligheid – zal leiden tot het sluiten van een aantal kleine spoed- en intensieve-zorgafdelingen.

existant doit être utilisé correctement, de manière à garantir la qualité des soins pour tous

La ministre souligne que la Belgique n'est pas le seul pays à être confronté à ce type de problème. Elle dresse un aperçu de la situation en France et aux Pays-Bas. Dans ces pays également, la question du renforcement de la collaboration entre hôpitaux a été posée. Les solutions dégagées dans ces pays présentent des similitudes avec celles proposées dans le présent projet. Ainsi, dans le cadre de la réorganisation des soins hospitaliers en France, les autorités françaises distinguent trois niveaux d'hôpitaux. Le premier niveau est constitué de l'hôpital dit "de proximité", chargé de prodiguer les soins de base et qui est surtout axé sur la population gériatrique et sur les patients souffrant d'affections chroniques, c'est-à-dire des patients qui ont souvent besoin de soins accessibles. Dans ce modèle, l'on retrouve à côté de ces hôpitaux de proximité, des hôpitaux qui prodiguent des soins plus spécialisés et enfin, des plateformes de haute technologie qui assurent des soins ultraspecialisés. La ministre ne souhaite pas aller aussi loin et ne compte pas diviser les hôpitaux dans leur intégralité en trois types de structures, même si elle propose une distinction comparable dans le domaine des missions de soins (donc des fonctions hospitalières et non des hôpitaux dans leur ensemble). En substance, les concepts sont cependant fort proches dans les deux pays. En France, on programme en outre de travailler avec des seuils minimaux d'activité lors de l'agrément pour offrir certaines fonctions hospitalières notamment pour les maternités, les services d'urgence, ou l'imagerie médicale et ce, pour des raisons de sécurité pour les patients et de qualité.

La presse néerlandaise a récemment publié de nombreux articles sur la poursuite de la rationalisation de l'offre de soins pour certaines missions de soins locoregionales. Dans ce pays, les soins de santé sont, depuis longtemps déjà, organisés de manière beaucoup plus rigoureuse qu'en Belgique, et cette politique se poursuit. Ces articles évoquent la fermeture de petits services pédiatriques, la nécessité d'une plus grande coopération entre les services d'urgence, les hôpitaux qui se situent à proximité les uns des autres et qui rationalisent spontanément leur offre: ils ne proposent plus toutes les fonctions sur chaque campus. L'Autorité néerlandaise des soins de santé mise également sur cette rationalisation de l'offre pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. On prévoit, par exemple, que le relèvement des exigences en termes d'effectifs de médecins dans les services des urgences et des soins intensifs – et ce, dans l'optique de la sécurité des patients – entraînera la fermeture d'un certain nombre de petits services des urgences et des soins intensifs.

Zonder een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen zullen we ook in België de groeiende behoeften aan gezondheidszorg niet kunnen beantwoorden op een niveau waar de patiënt recht op heeft. De minister onderstreept dat ze, als federaal minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, de verantwoordelijkheid heeft dat de overheidsmiddelen, onze sociale bijdragen en ons belastinggeld, juist en efficiënt worden besteed. Voor de minister is de samenwerking van ziekenhuizen in netwerken de enige weg om de toegankelijkheid van de zorg te blijven garanderen, binnen een budget dat minder snel groeit dan de voorbije decennia.

De ziekenhuisnetwerken vormen het middel om ervoor te zorgen dat de patiënten de gepaste zorg krijgen, op de juiste plaats en op het goede ogenblik. Daarnaast bewerkstelligen ze dat deze zorg betaalbaar blijft, zowel voor de patiënten als voor de ziekenhuizen en de overheid.

De minister voegt hieraan toe dat het voorliggende ontwerp geen afbreuk doet aan de vrijheid van de patiënt of aan de therapeutische vrijheid van de zorgverlener. De huidige en toekomstige patiënten verzorgen blijft immers het doel: de patiënten moeten centraal staan en hun geobjectiveerde behoeften moeten de te volgen richting aangeven.

De minister bespreekt vervolgens de krachtlijnen van het wetsontwerp.

Er wordt van de ziekenhuizen verwacht dat ze in hun regio een netwerk vormen, en onderling taakafspraken over de locoregionale zorgopdrachten gaan maken. Het gaat erom dat de ziekenhuizen in een netwerk binnen een logisch en coherent zorggebied afspreken welk ziekenhuis welke patiënt zal behandelen, en voor welk deel van de zorgketen. De ziekenhuiswetgeving kent al een aantal samenwerkingsvormen, met name groepering, associatie en fusie. Deze vormen van samenwerking blijven nuttig, maar garanderen niet de beoogde paradigmashift. Het nieuwe concept, het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk, moet ervoor zorgen dat het zorgaanbod aan locoregionale zorgopdrachten efficiënter wordt georganiseerd, en dat het beter is afgestemd op de zorgnoden van de patiënten uit een bepaalde regio.

De minister benadrukt dat het de bedoeling is dat ziekenhuizen samenwerken voor de "locoregionale zorgopdrachten". De samenwerking in netwerken zal ook tot gevolg hebben dat in een regio niet alle ziekenhuizen nog alle zorg aanbieden, maar het zal leiden tot betere én efficiëntere patiëntenzorg. Het nieuwe model van

À moins d'utiliser plus efficacement les moyens disponibles, nous ne parviendrons pas non plus, en Belgique, à répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé à un niveau auquel le patient a droit. La ministre souligne qu'elle assume, en sa qualité de ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, la responsabilité d'utiliser les fonds publics, nos cotisations sociales et l'argent du contribuable de façon adéquate et efficace. Elle considère que la coopération hospitalière en réseaux est la seule voie pour continuer à garantir l'accessibilité des soins dans les limites d'un budget dont l'augmentation s'est ralentie ces dernières décennies.

Les réseaux hospitaliers sont le moyen pour faire en sorte que les patients bénéficient des soins appropriés, au bon endroit et au bon moment. Et que ces soins restent accessibles financièrement tant pour les patients, les hôpitaux que les pouvoirs publics.

La ministre ajoute que ce projet ne porte pas atteinte à la liberté du patient ni à la liberté thérapeutique du prestataire de soins. L'objectif reste en effet de prodiguer des soins aux patients d'aujourd'hui et de demain: les patients doivent se trouver au centre et ce sont les besoins objectifs de ceux-ci qui doivent montrer la direction à prendre.

La ministre détaille ensuite les grandes lignes du projet de loi.

On attend des hôpitaux qu'ils forment un réseau dans leur région et se répartissent mutuellement les missions de soins locorégionales. Il importe que les hôpitaux d'un réseau s'accordent, dans le cadre d'un secteur de soins logique et cohérent, pour déterminer quel hôpital prendra quel patient en charge et pour quel segment de la chaîne de soins. La législation relative aux hôpitaux prévoit déjà différentes formes de collaboration, telles que le groupement, l'association et la fusion. Ces formes de collaboration restent utiles, mais ne garantissent pas le changement de paradigme visé. Le nouveau concept, le réseau hospitalier clinique locorégional, doit faire en sorte que l'offre de soins en matière de missions de soins locorégionales soit organisée plus efficacement et s'accorde mieux aux besoins des patients en matière de soins dans une région précise.

La ministre souligne que le but est que les hôpitaux collaborent pour les "missions de soins locorégionales". La collaboration en réseaux aura également pour effet que dans une région donnée, tous les hôpitaux ne proposeront pas tous les soins. En revanche, les soins dispensés aux patients seront meilleurs et plus efficaces.

samenwerking moet het gekende concurrentiemodel vervangen.

De minister voegt eraan toe dat het wetsontwerp geen besparingsmaatregel is. Het blijft de bedoeling dat de vrijgemaakte middelen anders worden ingezet, teneinde de zorgkwaliteit te optimaliseren en te komen tot een situatie die het mogelijk maakt de druk op het verzorgend personeel te verminderen.

De minister gaat in op het nieuwe concept van locoregionale zorgopdrachten, dat gelijktijdig met het concept van locoregionale ziekenhuisnetwerken zou worden geïntroduceerd. Het betreft zorgopdrachten die in de buurt van de woonplaats van de patiënt worden aangeboden. Het gaat om courante, vaak verstrekte zorg, dringende zorg en zorg die geen dure infrastructuur en/of heel gespecialiseerde en zeldzame expertise vergt. Die zorg blijft dus voor de patiënt beschikbaar in zijn eigen regio.

Naast de locoregionale zijn er ook de supraregionale zorgopdrachten. Voor deze zorgopdrachten die niet in elk netwerk voorkomen, moeten de ziekenhuisnetwerken afspraken maken met een referentiepunt, dat is een ziekenhuis dat deze opdracht wél aanbiedt. Niet elk netwerk zal elke *supraregionale* zorgopdracht kunnen aanbieden in het eigen netwerk: voor de minder vaak voorkomende zorg, voor zeer gespecialiseerde en complexe zorg waarvoor de expertise schaars is, voor zorg die maar kan gegeven worden als de specifieke en meestal zeer dure apparatuur en infrastructuur voorhanden is, kan het nog steeds zo zijn dat de patiënt zich iets verder moet verplaatsen. Van de netwerken wordt verwacht dat ze voor hun patiënten die deze specifieke zorg nodig hebben, per supraregionale zorgopdracht afspraken maken met één of eventueel meerdere referentiepunten.

De minister verklaart dat de burgers niet onderschat mogen worden. Ook de patiënt is zich ervan bewust dat het voor gespecialiseerde zorg zinvol kan zijn zich wat verder te verplaatsen, juist om kwalitatief betere zorg te krijgen.

Teneinde te bepalen welk ziekenhuis van het netwerk welke locoregionale zorg zal aanbieden, zullen de locoregionale ziekenhuisnetwerken in de eerste plaats – en bij voorkeur bij hun oprichting – besprekingen over de locoregionale zorgopdrachten moeten aanvatten. Eerst zullen de netwerken de zorg dicht bij huis moeten bekijken, zoals de zorg aan moeder en kind, de urgentiedienst of de zorg aan de oudere patiënten.

De minister geeft aan dat het federale niveau in overleg met de deelstaten voor de drie voormelde zorgtypes

Le nouveau modèle de collaboration doit remplacer le modèle de concurrence que nous connaissons.

La ministre ajoute que ce projet ne constitue pas une mesure d'économie. L'objectif reste de réallouer les moyens libérés afin d'optimiser la qualité des soins et d'évoluer vers une situation qui permet de diminuer la pression sur le personnel soignant.

La ministre revient sur le nouveau concept de missions de soins locorégionales, introduit conjointement au concept de réseaux hospitaliers locorégionaux. Il s'agit de missions de soins qui sont proposées à proximité du lieu de vie du patient. Il s'agit des soins courants, souvent prodigués, des soins urgents, et des soins qui ne nécessitent pas une infrastructure chère et/ou une expertise très spécialisée et rare. En d'autres termes, ces soins continuent à être disponibles pour le patient dans sa propre région.

Outre les missions de soins locorégionales, il y a aussi les missions de soins suprarégionales. Pour ces missions, qui ne sont pas présentes dans tous les réseaux, les réseaux hospitaliers doivent s'accorder autour d'un point de référence, c'est-à-dire un hôpital qui proposera cette mission. Tous les réseaux ne pourront pas proposer chaque mission de soins *suprarégionale* dans son propre réseau: pour les soins moins fréquents, les soins très spécialisés et complexes, qui nécessitent une expertise rare et les soins qui ne peuvent être dispensés que moyennant un appareillage et une infrastructure spécifiques et généralement très coûteux, le patient devra peut-être encore parcourir une plus grande distance. Les attentes vis-à-vis des réseaux sont qu'ils s'accordent, pour leurs patients nécessitant ces soins spécifiques, par mission de soins suprarégionale, avec un, voire plusieurs, points de référence.

La ministre ajoute qu'il ne faut pas sous-estimer les patients: le patient est conscient, lui aussi, qu'il peut être pertinent, pour ces soins spécialisés, de parcourir davantage de kilomètres, précisément pour bénéficier de soins de meilleure qualité.

Les réseaux hospitaliers locorégionaux devront en premier lieu entamer des discussions sur les missions de soins locorégionales, de préférence lors de leur formation, afin de déterminer quel hôpital du réseau offrira quels soins locorégionaux. Les réseaux devront dans un premier temps se pencher sur les soins de proximité, comme les soins à la mère et à l'enfant, le service des urgences ou les soins aux patients vieillissants.

La ministre ajoute que pour les trois types de soins précités, des groupes de travail ont été mis en place

werkgroepen heeft opgericht. Elk van de werkgroepen is uit deskundigen ter zake samengesteld en zal een toekomstplan uitwerken.

De minister gaat voorts in op de krachtlijnen en organieke criteria van de locoregionale ziekenhuisnetwerken:

— de algemene ziekenhuizen werken duurzaam samen in netwerken;

— het netwerk heeft rechtspersoonlijkheid, precies om het netwerk een geformaliseerd, gestructureerd en duurzaam karakter te geven;

— elk algemeen ziekenhuis moet aansluiten bij één en slechts één locoregionaal klinisch netwerk;

— geen enkel ziekenhuis mag van deelname aan een netwerk uitgesloten worden;

— het gebied van een netwerk moet geografisch aaneensluitend zijn, behalve in de afgesproken grootstedelijke gebieden;

— er komen in België maximaal 25 netwerken, wiens belangrijkste opdracht het organiseren van de locoregionale zorg zal zijn;

— ten slotte: uiterlijk op 1 januari 2020 moet elk algemeen ziekenhuis deel uitmaken van een netwerk.

In verband met de *governance* van de locoregionale klinische netwerken worden minimumvereisten opgelegd. De samenwerking moet duurzaam zijn en het netwerk moet rechtspersoonlijkheid hebben.

Aan de beheersorganen van het ziekenhuisnetwerk worden een aantal voorwaarden opgelegd: elk deelnemend ziekenhuis moet erin zijn vertegenwoordigd, ze moeten ten minste één onafhankelijke bestuurder tellen en ten minste een derde van de bestuurders moeten aantonen dat zij over expertise inzake gezondheidszorg beschikken.

Voorts is in een functie van netwerkhoofddarts voorzien, naar analogie met wat – op dezelfde grondslag in de ziekenhuiswet – voor de ziekenhuizen het geval is. Het komt de netwerken toe te beslissen of het een opdracht betreft die aan een persoon dan wel aan een college zal worden toegekend. De netwerkhoofddarts heeft verscheidene eigen opdrachten; dat is logisch als men er rekening mee houdt dat het netwerk met name verantwoordelijk is voor de coördinatie van de locoregionale zorgopdrachten.

par le niveau fédéral en concertation avec les entités fédérées. Chacun des groupes de travail, réunissant des experts dans le domaine concerné, établira un plan pour l'avenir.

La ministre explicite ensuite les lignes de force et les critères organiques des réseaux hospitaliers locorégionaux, à savoir:

— les hôpitaux généraux travaillent en réseau dans un lien de collaboration durable;

— le réseau est doté de la personnalité juridique, afin, précisément, de lui donner un caractère formalisé, structuré et durable;

— chaque hôpital régional doit s'affilier auprès d'un – et un seul – réseau clinique locorégional;

— aucun hôpital ne peut être exclu de la participation à un réseau;

— un réseau doit s'inscrire dans une zone géographiquement continue, sauf dans les zones des grandes villes qui ont été convenues;

— en Belgique, le nombre de réseaux sera plafonné à 25, lesquels auront pour principale mission d'organiser les soins locorégionaux;

— et, enfin, le 1^{er} janvier 2020 au plus tôt, tous les hôpitaux généraux devront avoir rejoint un réseau.

En ce qui concerne la gouvernance des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, des exigences minimales sont imposées. La collaboration doit être durable et le réseau doté de la personnalité juridique.

Une série de conditions sont imposées aux organes de gestion du réseau hospitalier: chaque hôpital participant y est représenté, il doit également y avoir un administrateur indépendant au minimum, au moins un tiers des administrateurs doivent démontrer qu'ils disposent d'une expertise en matière de soins de santé.

D'autre part, une fonction de médecin en chef de réseau est prévue par analogie avec les hôpitaux et sur la même base dans la loi sur les hôpitaux. Il appartient aux réseaux de décider s'il s'agit d'une mission qui sera attribuée à une personne ou à un collège. Le médecin en chef de réseau a plusieurs missions propres, ce qui est logique si l'on tient compte du fait que le réseau est notamment responsable de la coordination des missions de soins locorégionales.

Er wordt in de wet eveneens een medische raad op het niveau van het ziekenhuisnetwerk voorzien. De belangrijke beslissingen inzake medische strategie of coördinatie worden in onderlinge overeenstemming genomen tussen het netwerkbeheer en de medische raad van het netwerk. Voor de belangrijkste medisch-strategische beslissingen gaan we dus voor het consensusmodel. De artsen zullen de motor moeten vormen van de klinische samenwerking binnen de netwerken en door ze mee te laten beslissen worden ze ook mee verantwoordelijk voor het slagen van het netwerkproject.

Het wetsontwerp laat de sector een ruime vrijheid in verband met de vorming en de organisatie van de netwerken, met name onder impuls van de *stakeholders* met wie een breed overleg werd gepleegd. Ook zullen de netwerken op hun eigen tempo kunnen evolueren naarmate de partners binnen het netwerk vertrouwen in elkaar krijgen. Daarnaast voorziet het wetsontwerp voor de federale overheid in de mogelijkheid om bij de programmering van de locoregionale zorgopdrachten rekening te houden met de ziekenhuisnetwerken. In de toekomst zouden de netwerken ook de financiering van de locoregionale zorgopdrachten toegekend kunnen krijgen.

Ter afronding onderstreept de minister nogmaals dat dit wetsontwerp een zeer belangrijke stap in de hervorming van het ziekenhuislandschap is. Ze benadrukt de lange voorbereiding van dit ontwerp die uit vele gesprekken met vele *stakeholders* gegroeid is naar wat nu ter tafel ligt. Voor de minister moeten we nu verder gaan: nu moeten de 25 netwerken gevormd worden. De deelstaten spelen hierin een belangrijke rol en de minister reken erop dat er op zeer korte termijn sluitende afspraken op interfederaal niveau gemaakt worden inzake de verdeling van dit aantal over de verschillende deelstaten. Bovendien zal dit algemeen kader verder invulling moeten krijgen binnen het ziekenhuisbeleid van de Gemeenschappen. De deelstaten hebben namelijk ook belangrijke hefboomen binnen hun bevoegdheden om de complexe uitdagingen binnen de ziekenhuissector aan te pakken. De minister roept de deelstaten dan ook op om de noodzakelijke initiatieven te nemen.

La loi prévoit également de créer un conseil médical au niveau du réseau hospitalier. Les décisions essentielles en matière de stratégie ou de coordination médicales seront prises de commun accord entre le gestionnaire du réseau et le conseil médical du réseau. Pour les principales décisions médico-stratégiques, nous optons pour le modèle de consensus. Les médecins devront faire office de moteur de la collaboration clinique au sein des réseaux et seront, parce qu'ils sont également associés aux décisions, coresponsables de la réussite du projet du réseau.

Le projet de loi laisse une grande liberté au secteur en ce qui concerne la formation et l'organisation des réseaux et ce, notamment sous l'impulsion des *stakeholders* qui ont été largement consultés. Les réseaux pourront également évoluer à leur propre rythme à mesure que la confiance s'installe entre les partenaires de réseau. Le projet de loi prévoit également la possibilité pour les pouvoirs publics fédéraux de tenir compte des réseaux hospitaliers lors de la programmation des missions de soins locorégionales. Dans le futur, les réseaux pourraient aussi se voir accorder le financement des missions locorégionales de soins.

En conclusion, la ministre souligne une fois encore que le projet de loi à l'examen marque une étape fondamentale dans la réforme du paysage hospitalier. Elle insiste sur les longues préparations qu'a nécessitées ce projet qui est, dans sa forme actuelle, l'aboutissement des nombreux échanges de vues avec de nombreux *stakeholders*. La ministre estime que nous devons poursuivre: il faut maintenant constituer les 25 réseaux. Les entités fédérées jouent un rôle majeur à cet égard et la ministre table sur la conclusion d'accords fermes au niveau interfédéral concernant la répartition de ce nombre entre les différentes entités fédérées. En outre, ce cadre général devra être concrétisé davantage dans le cadre de la politique hospitalière des communautés. Les entités fédérées ont été dotées de leviers importants dans le cadre de leurs compétences afin de pouvoir relever les défis complexes qui se posent au secteur hospitalier. La ministre appelle donc ces dernières à prendre les initiatives qui s'imposent.

III. — ALGEMENE BESPREKING - EERSTE DEEL (23 OKTOBER 2018)

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) acht een herschikking van het ziekenhuislandschap noodzakelijk om in de toekomst een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te blijven waarborgen. De huidige concurrentiestrijd tussen ziekenhuizen leidt tot een suboptimale besteding van de beperkte beschikbare middelen en een vermindering van de kwaliteit, met zelfs een verlaging van de overlevingskansen van patiënten in bepaalde gevallen. Het wetsontwerp heeft tot doel het ziekenhuislandschap te rationaliseren door ziekenhuizen nauwer te laten samenwerken en aan specialisatie te laten doen, in het bijzonder voor chronische en zeldzame aandoeningen. Op het terrein is er veel bezorgdheid, wat volstrekt normaal is bij belangrijke hervormingen. Het voorliggende kader voor de uitbouw van netwerken ligt in de lijn van de adviezen van het kenniscentrum voor de gezondheidszorg en wordt door de verschillende betrokken actoren, zoals de artsen, onderschreven.

De ziekenhuizen zullen binnen een netwerk zelf beslissingen nemen over de taakverdeling door referentiepunten aan te wijzen en zorgopdrachten te verdelen. Zowel algemene als universitaire ziekenhuizen zullen als referentiepunt kunnen fungeren, wat een goede zaak is: zo zullen de excellentiecentra in optimale omstandigheden kunnen functioneren binnen een regionaal netwerk. Er komen verplichte vormen van integratie, maar ziekenhuizen zullen ook zelf kunnen beslissen om nog verder te gaan, zodat zij op hun eigen tempo kunnen groeien naar meer samenwerking.

De federale overheid heeft over de invulling van het wetsontwerp overleg gepleegd met de Gemeenschappen, die bevoegd zijn voor de erkenning van de ziekenhuizen. Het overleg heeft tot vertraging geleid, maar was wel noodzakelijk om gezondheidszorg, welzijnszorg en thuiszorg beter op elkaar te laten aansluiten. In Vlaanderen tekenen de contouren van een nieuw ziekenhuislandschap zich nu reeds af.

De heer Jan Vercammen (N-VA) benadrukt dat belangrijke hervormingen veel tijd vergen. De voorliggende structurele wijzigingen gaan in de goede richting en zijn noodzakelijk, vooral wegens de financiële moeilijkheden waarmee veel ziekenhuizen momenteel te kampen hebben.

Op het terrein werden reeds structuren gecreëerd die een voorafspiegeling van de netwerken zijn. Het nadeel van de uitbouw van nieuwe organisaties is de toename van het aantal vergaderingen, terwijl artsen en andere

III. — DISCUSSION GÉNÉRALE - PREMIÈRE PARTIE (23 OCTOBRE 2018)

A. Questions et observations des membres

Mme Ine Somers (Open Vld) estime qu'un remaniement du paysage hospitalier est nécessaire pour continuer à garantir à l'avenir des soins de santé de qualité. La concurrence actuelle entre les hôpitaux conduit à une utilisation sous-optimale des ressources limitées disponibles et à une réduction de la qualité, avec même une réduction des chances de survie des patients dans certains cas. Le projet de loi à l'examen vise à rationaliser le paysage hospitalier en permettant aux hôpitaux de collaborer plus étroitement et de se spécialiser, notamment dans les maladies chroniques et rares. Les préoccupations sur le terrain sont nombreuses, ce qui est tout à fait normal à la veille de réformes majeures. Le cadre proposé pour le développement des réseaux est conforme aux recommandations du Centre d'expertise des soins de santé et est approuvé par les différents acteurs concernés, tels que les médecins.

Au sein d'un réseau, les hôpitaux prendront leurs propres décisions sur la répartition des tâches en désignant des points de référence et en répartissant les tâches de soins. Les hôpitaux généraux et universitaires pourront servir de point de référence, ce qui est une bonne chose: cela permettra aux centres d'excellence de fonctionner dans les meilleures conditions au sein d'un réseau régional. Il y aura des formes d'intégration obligatoires, mais les hôpitaux pourront aussi décider d'aller encore plus loin, afin qu'ils puissent évoluer à leur propre rythme vers plus de coopération.

Le gouvernement fédéral s'est concerté avec les Communautés, qui sont compétentes pour la reconnaissance des hôpitaux, sur la teneur du projet de loi à l'examen. La concertation a entraîné des retards, mais elle était nécessaire pour améliorer l'adéquation entre les soins de santé, l'aide sociale et les soins à domicile. En Flandre, les contours d'un nouveau paysage hospitalier émergent déjà.

M. Jan Vercammen (N-VA) souligne que les réformes importantes prennent beaucoup de temps. Les changements structurels proposés vont dans la bonne direction et sont nécessaires, en particulier au vu des difficultés financières que connaissent actuellement de nombreux hôpitaux.

Sur le terrain, des structures qui sont une préfiguration des réseaux ont déjà été créées. L'inconvénient du développement de nouvelles organisations est l'augmentation du nombre de réunions, alors que les

zorgverleners hun schaarse tijd meestal liever aan hun patiënten besteden en ook alleen daarvoor worden vergoed. In het bijzonder door de beperkte marge voor een stijging van de artsenhonoraria kan worden verwacht dat artsen minder aandacht zullen geven aan het bestuur van de ziekenhuizen. Het risico bestaat dus dat anderen de organen van de netwerken zullen bemannen, terwijl buitenlandse voorbeelden aantonen dat het bestuur van ziekenhuizen efficiënter, kwalitatiever en goedkoper is indien artsen erbij betrokken worden.

De minister legt stevast de nadruk op de vrijheid van artsen en patiënten, maar de verplichte integratie in netwerken zal die vrijheid automatisch beperken. Hoe kunnen vrijheid en verplichte netwerken worden verzoend?

De heer André Frédéric (PS) stelt vast dat de financiële situatie van de ziekenhuizen zorgwekkend is en nog achteruitgaat door de vergrijzing, dure hoogtechnologische therapieën en een afnemende financiering. De overheid moet haar verantwoordelijkheid opnemen en noodzakelijke hervormingen doorvoeren om zo de houdbaarheid en de toegankelijkheid van het systeem te vrijwaren zonder de vrijheid van artsen en patiënten en de (geografische) toegankelijkheid van de zorgverlening in het gedrang te brengen. Hoe vallen die uitgangspunten te rijmen met de inhoud van voorliggend wetsontwerp? Ondanks de urgentie is de herstructurering van het ziekenhuislandschap tijdens de huidige legislatuur beperkt gebleven: naast het voorliggende wetsontwerp was er verder enkel nog de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. Door dat gebrek aan hervormingen zijn de toenemende lasten steeds meer gaan wegen op de financiële gezondheid van de ziekenhuizen.

De spreker overloopt een aantal problemen, onduidelijkheden en vragen die niet door het regeringsbeleid worden opgelost:

— er worden 25 netwerken van ziekenhuizen in het vooruitzicht gesteld zonder voorafgaand akkoord van de Gemeenschappen over de verdeling van de middelen en zonder algemene visie over de toekomst van de gezondheidszorg;

— de doelstelling van de hervorming lijkt in eerste instantie budgettair te zijn en zal op termijn tot minder jobs in de sector leiden, waardoor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverlening in het gedrang zullen komen;

médecins et autres prestataires de soins de santé préfèrent généralement consacrer leur temps compté à leurs patients et ne sont d'ailleurs rémunérés que pour cela. En particulier, en raison de la faible marge d'augmentation des honoraires médicaux, on peut s'attendre à ce que les médecins accordent moins d'attention à la gestion des hôpitaux. Il y a donc un risque que d'autres s'occupent des organes des réseaux, alors que des exemples étrangers montrent que la gestion des hôpitaux est plus efficace, plus qualitative et moins coûteuse si les médecins y sont associés.

La ministre insiste invariablement sur la liberté des médecins et des patients, mais l'intégration obligatoire dans les réseaux limitera automatiquement cette liberté. Comment concilier liberté et obligation de faire partie d'un réseau?

M. André Frédéric (PS) constate que la situation financière des hôpitaux est préoccupante et se détériore en raison du vieillissement de la population, du coût élevé des thérapies de haute technologie et de la baisse du financement des hôpitaux. Les pouvoirs publics doivent assumer leurs responsabilités et mettre en œuvre les réformes nécessaires pour assurer la durabilité et l'accessibilité du système sans compromettre la liberté des médecins et des patients et l'accessibilité (géographique) des services de santé. Comment concilier ces principes avec le contenu du projet de loi à l'examen? Malgré l'urgence, la restructuration du paysage hospitalier au cours de la législature actuelle est restée limitée: outre le projet de loi à l'examen, seule la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité a été adoptée. Faute de réformes, des charges croissantes pèsent sur la santé financière des hôpitaux.

L'intervenant passe en revue une série de problèmes, incertitudes et questions laissés en suspens par la politique du gouvernement:

— 25 réseaux d'hôpitaux sont annoncés, sans accord préalable des Communautés quant à la répartition des moyens et sans vision globale de l'avenir des soins de santé;

— l'objectif de la réforme semble avant tout d'ordre budgétaire et entraînera à terme une réduction de l'emploi dans le secteur, ce qui portera préjudice à la qualité et à l'accessibilité des soins;

— de financiering wordt tot nu toegekend aan individuele ziekenhuizen. De mogelijkheden van financiering op het niveau van het netwerk dienen vooraf te worden geëvalueerd;

— het risico bestaat dat financiële tekorten van ziekenhuizen in sommige gevallen zullen moeten worden gedragen door de lokale overheden.

— de impact van het voorliggende wetsontwerp is onduidelijk omdat de inhoud van essentiële uitvoeringsbesluiten tot nu toe onbekend is;

— de verschillen tussen het ziekenhuislandschap in het noorden en het zuiden van het land komen in het wetsontwerp niet voldoende uit de verf;

— de bijkomende laag van administratieve complexiteit zal voor alle instellingen werk genereren en geld kosten, terwijl voor sommige ziekenhuizen geen positieve effecten te verwachten zijn;

— sommige ziekenhuizen zullen hun karakter van openbare instelling gedeeltelijk verliezen, wat veel moeilijke juridische vragen oproept;

— de impact op de programmatievrijheid van ziekenhuizen is onzeker: welke instantie zal beslissen over de aanvaardbaarheid van specifieke programma's, werd vooralsnog niet uitgeklaard;

— het is onzeker of ziekenhuizen naderhand van netwerk kunnen veranderen, met name als de samenwerking in een bepaalde configuratie niet als optimaal wordt ervaren;

— locoregionale klinische zorgen zullen in alle netwerken worden aangeboden, maar niet in alle ziekenhuizen, en supraregionale zorgen zullen niet in alle netwerken voorkomen, wat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verder ondermijnt. Bovendien wordt de beide types van zorgen niet precies afgebakend;

— er kunnen overlappingsen ontstaan tussen netwerken die op het grondgebied van verschillende Gemeenschappen actief zijn door de bevoegdheid van die overheden om eigen erkenningsnormen vast te stellen. Als een Gemeenschap beslist om een bepaald netwerk niet te erkennen, terwijl een andere Gemeenschap wel tot erkenning overgaat, zijn de juridische gevolgen onduidelijk;

— de grotere professionele mobiliteit van personeelsleden, die een gevolg zal zijn van de vorming van netwerken, moet op een adequate manier worden

— jusqu'à présent, le financement était accordé à des hôpitaux individuels. Les possibilités de financement au niveau du réseau doivent être évaluées préalablement;

— dans certains cas, les déficits financiers des hôpitaux risquent d'incomber aux pouvoirs locaux;

— l'impact du projet de loi à l'examen n'est pas clair, dès lors que le contenu de certains arrêtés d'exécution essentiels demeure inconnu;

— les différences entre le paysage hospitalier au Nord et au Sud du pays ne ressortent pas suffisamment dans le projet de loi;

— la couche supplémentaire de complexité administrative augmentera la charge de travail et coûtera de l'argent à tous les établissements, alors que certains d'entre eux ne doivent déjà en attendre aucun effet positif;

— certains hôpitaux perdront partiellement leur caractère d'établissement public, ce qui soulève nombre de questions juridiques délicates;

— l'incidence sur la liberté de programmation des hôpitaux est incertaine: le choix de l'instance qui statuera sur l'acceptabilité de programmes spécifiques n'a pas encore été arrêté;

— on ne sait pas encore avec certitude si, après coup, les hôpitaux pourront encore changer de réseau, notamment s'ils s'aperçoivent que la collaboration n'est pas optimale dans une configuration donnée;

— les soins cliniques locorégionaux seront proposés dans tous les réseaux, contrairement aux soins suprarégionaux, ce qui accentue la dégradation de l'accès aux soins de santé. Les deux types de soins ne sont de surcroît pas précisément délimités;

— un risque de chevauchement risque d'apparaître entre les réseaux actifs sur le territoire de plusieurs Communautés, compte tenu de la compétence de ces pouvoirs d'établir leurs propres règles d'agrément. Si une Communauté décide de ne pas agréer un certain réseau, alors que l'autre Communauté procède à l'agrément, les effets juridiques sont incertains;

— l'augmentation de la mobilité professionnelle des membres du personnel qui résultera de la constitution des réseaux devra s'organiser de manière adéquate.

georganiseerd. Zullen de statuten binnen een netwerk worden geharmoniseerd? Welke vorm kan dat statuut aannemen in netwerken met zowel openbare als private ziekenhuizen? Zullen medewerkers die afvloeien ten gevolge van de vervanging van ziekenhuisbedden door thuiszorg kunnen overgaan naar een andere sector? Zullen de sociale onderhandelingen plaatsvinden op het niveau van het netwerk of op het niveau van de individuele ziekenhuizen?

— de recente beslissing tot afschaffing van bijscholingspremies is onlogisch omdat de integratie van ziekenhuizen binnen een netwerk juist bijkomende opleidingsmogelijkheden vergt;

— de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden zou moeten leiden tot uitbreiding van de financiering van de thuiszorg, maar daar worden geen waarborgen voor gegeven;

Zijn werkgroepen aan de slag om de vele onduidelijkheden weg te werken? Staat de inhoud van de aan te nemen uitvoeringsbesluiten al vast? Van ziekenhuizen kan niet worden verwacht dat ze tot een netwerk toetreden als ze de gevolgen van hun beslissingen niet kunnen inschatten.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) gaat in beginsel akkoord met de specialisatie van ziekenhuizen en de uitbouw van satellietziekenhuizen, zoals in het wetsontwerp wordt vooropgesteld. De totstandkoming van een ontwerp van kaderwet heeft wel te veel tijd in beslag genomen. Werden de uitvoeringsbesluiten reeds voorbereid of wordt dat een zaak van de volgende regering, die misschien nog eerst het kader zal willen aanpassen? Waarom worden nieuwe organisaties gecreëerd in plaats van voort te bouwen op de associaties, structuren die nu reeds bestaan en in de praktijk hun meerwaarde bewezen hebben? Zouden niet sneller resultaten worden geboekt door kleine hervormingen met een duidelijke focus binnen het bestaande wettelijke kader?

De aanleidingen voor het wetsontwerp zijn enerzijds financieringsproblemen en anderzijds het streven naar specialisatie. De besparingen op lange termijn kunnen maar worden gerealiseerd door investeringen op korte termijn, die in de visie van de spreker niet ten laste van de patiënten mogen worden gelegd.

Hoe zullen de betrokken actoren op het terrein worden gemotiveerd en hoe zal de uitbouw van netwerken worden gefaciliteerd en gefinancierd? Goede artsen besteden hun tijd liever aan patiënten dan aan vergaderingen waarin administratieve afspraken worden gemaakt, terwijl de betrokkenheid van artsen voor een adequaat beleid wel essentieel is. Welke waarborgen

Les statuts seront-ils harmonisés au sein d'un même réseau? Quelle peut être la forme de ce statut dans des réseaux regroupant des hôpitaux privés et publics? Les collaborateurs qui perdront leur emploi à la suite du remplacement de lits d'hôpitaux par des soins à domicile pourront-ils être transférés dans d'autres secteurs? Les négociations sociales se dérouleront-elles au niveau du réseau ou des hôpitaux individuels?

— la décision récente de supprimer les primes de recyclage est illogique, étant donné que l'intégration des hôpitaux au sein de réseaux requerra précisément davantage de possibilités de formation;

— la réduction du nombre de lits d'hôpitaux devrait aller de pair avec un élargissement du financement des soins à domicile, mais aucune garantie n'est donnée à cet égard;

Des groupes de travail ont-ils été mis en place pour remédier aux nombreuses ambiguïtés? Le contenu des arrêtés d'exécution à prendre est-il déjà fixé? On ne peut exiger d'un hôpital qu'il adhère à un réseau s'il ignore les conséquences de sa décision.

Mme Monica De Coninck (sp.a) souscrit au principe de la spécialisation des hôpitaux et du développement d'hôpitaux périphériques, prôné par le projet de loi. L'élaboration d'un projet de loi-cadre s'est toutefois longuement fait attendre. Les arrêtés d'exécution ont-ils déjà été préparés ou cette tâche est-elle déléguée au prochain gouvernement, qui souhaitera peut-être d'abord adapter le cadre? Pourquoi créer de nouvelles organisations, plutôt que de partir des associations et structures déjà existantes, qui ont prouvé leur plus-value dans la pratique? N'obtiendrait-on pas des résultats plus rapidement en procédant à de petites réformes clairement ciblées dans les limites du cadre légal existant?

Les motivations du projet de loi sont, d'une part, les problèmes de financement et, d'autre part, le désir de spécialisation. Les économies à long terme ne peuvent être réalisées que par des investissements à court terme qui, à l'estime de l'intervenante, ne peuvent être supportés par les patients.

Comment les acteurs de terrain concernés seront-ils motivés et comment la mise en place de réseaux sera-t-elle facilitée et financée? Les bons médecins préfèrent consacrer leur temps aux patients, plutôt qu'aux réunions visant à conclure des accords administratifs, alors que l'implication des médecins est indispensable à une politique adéquate. Qu'est-ce qui garantit que

zijn er dat alle betrokken actoren hun rol zullen spelen binnen de netwerken?

Hoe groot zal de vrijheid van de netwerken in werkelijkheid zijn? De beperkte financieringsmogelijkheden vergen moeilijke keuzes, die *de facto* de vrijheid van de individuele ziekenhuizen zullen inperken. Er is geen alternatief omdat kleinere instellingen hun opdrachten anders niet meer in staat zullen zijn om hun opdrachten goed te vervullen. Welke samenhang is er met de zorgregio's, die op lager niveau werden gecreëerd om korte zorglijnen voor de patiënten te waarborgen? Zijn er waarborgen dat kleine instellingen volwaardige ziekenhuizen blijven? Hoe groot is het risico dat kleine ziekenhuizen binnen een netwerk enkel de minder belangrijke interessante behandelingen overhouden door de dominantie van de grote ziekenhuizen? Dergelijke evolutie kan ertoe leiden dat kleine ziekenhuizen op termijn onleefbaar worden. Welke impact zal de uitbouw van netwerken hebben op het fenomeen van gespecialiseerde private instellingen die eenvoudige en lucratieve gevallen behandelen en voor complexere ziektebeelden naar ziekenhuizen doorverwijzen?

Supraregionale zorginstellingen worden niet opgenomen in netwerken, hoewel die ook specialisaties hebben en eveneens samenwerkingen kunnen aangaan om de kwaliteit te verbeteren. Wat is de motivering voor die verschillende aanpak?

Wordt een gedeelte van de financiering van de ziekenhuizen overgeheveld naar de netwerken? Hoe zal de verplaatsing van zorgverstrekkers en patiënten binnen een netwerk worden gefinancierd?

De spreekster werpt het vraagstuk van de verdeling van de bevoegdheden tussen de verschillende overheden op. De federale overheid is bevoegd voor de organieke erkenningsnormen, maar de Gemeenschappen zijn eveneens bevoegd om eigen erkenningsnormen aan de instellingen op te leggen, zoals in het advies van de Raad van State wordt bevestigd. In de interministeriële conferentie voor volksgezondheid zal overleg moeten worden gepleegd om te waarborgen dat de beleidsopties van de federale overheid en de Gemeenschappen op elkaar afgestemd zijn. Dat geldt bij uitstek voor de locoregionale netwerken, die instellingen op het grondgebied van verschillende Gemeenschappen kunnen omvatten. Wanneer zal de kaderwet volledig zijn geïmplementeerd voor wat de implicaties voor de bevoegdheden van de Gemeenschappen betreft? Bepaalde regelingen dienen te worden getroffen binnen de locoregionale netwerken. Die afspraken of het ontbreken ervan zullen ervoor zorgen dat netwerken op het terrein wel of niet functioneren. Op welke manier zullen die regelingen worden aangemoedigd?

tous les acteurs concernés joueront leur rôle au sein des réseaux?

De quelle latitude les réseaux disposeront-ils réellement? Les possibilités de financement limitées impliquent des choix difficiles, qui restreindront *de facto* la liberté des hôpitaux individuels. Il n'y a pas d'alternative, étant donné que, sans cela, les petits établissements ne seront plus à même de mener à bien leurs missions. Quelle est la cohérence avec les bassins de soins, créés à un niveau inférieur afin de garantir des lignes de soins courtes pour les patients? Peut-on garantir que les petits établissements resteront des hôpitaux à part entière? Quel est le risque qu'au sein d'un réseau, les petits hôpitaux ne gardent que les traitements les moins importants, face à la domination des grands hôpitaux? En raison de cette évolution, les petits hôpitaux risquent, à terme, de devenir non viables. Quelle incidence le développement de réseaux aura-t-il sur le phénomène des établissements privés spécialisés, qui traitent des cas simples et lucratifs et renvoient vers les hôpitaux pour les pathologies plus complexes?

Les établissements de soins suprarégionaux ne sont pas intégrés dans des réseaux, alors même qu'ils ont également des spécialisations et peuvent aussi conclure des accords de collaboration afin d'améliorer la qualité. Comment cette différence d'approche est-elle justifiée?

Le financement des hôpitaux est-il partiellement transféré aux réseaux? Comment le déplacement des prestataires de soins et des patients au sein d'un réseau sera-t-il financé?

L'intervenante soulève la question de la répartition des compétences entre les différents pouvoirs. Si les normes d'agrément organiques relèvent des compétences du pouvoir fédéral, les Communautés sont également compétentes pour imposer leurs propres normes d'agrément aux établissements, ainsi que le confirme l'avis du Conseil d'État. Une concertation devra avoir lieu en conférence interministérielle Santé publique afin de garantir la coordination des options politiques retenues par le pouvoir fédéral et par les Communautés. Cela vaut tout particulièrement pour les réseaux locoregionaux, qui peuvent englober des établissements situés sur le territoire de différentes Communautés. Quand l'exécution de la loi-cadre sera-t-elle complète en ce qui concerne les implications pour les compétences des Communautés? Certaines dispositions doivent être prises au sein des réseaux locoregionaux. Le fonctionnement ou non des réseaux sur le terrain dépendra de ces accords ou de leur absence. Comment la prise de ces dispositions sera-t-elle encouragée?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat de minister een rechtstreeks verband legt tussen het wetsontwerp en de financiële problemen van ziekenhuizen. De spreekster wijst op de verantwoordelijkheid van de regering voor die moeilijke financiële situatie, die grotendeels voortvloeit uit de opeenvolgende besparingsrondes. De ziekenhuizen, die in de afgelopen jaren reeds moeilijke keuzes hebben moeten maken om het hoofd te bieden aan de besparingen, hebben in de eerste plaats nood aan een stabiel budgettair kader, dat zich over meerdere jaren uitstrekt. Het voorliggend wetsontwerp hangt ook nauw samen met keuzes op het vlak van programmatie, maar op dat vlak blijft het beleid volstrekt onduidelijk; die keuzes zijn nochtans bepalend voor de werking van de ziekenhuizen in de toekomst.

De ziekenhuizen hebben niet op het wetsontwerp gewacht om vormen van samenwerking aan te gaan: er bestaan nu al platformen waarin onder meer logistiek en aankoop van geneesmiddelen worden gebundeld. Ook werden sommige ziekenhuizen reeds gefuseerd. De overheid moet respect opbrengen voor die reeds bestaande partnerschappen. Het aantal netwerken wordt in het ontwerp op 25 vastgesteld, terwijl de minister eerder bij herhaling heeft verklaard dat er eventueel nog één of twee netwerken kunnen bijkomen. Waarom heeft zij die benadering van beperkte soepelheid verlaten? Doet die houding geen afbreuk aan de vrijheid van ziekenhuizen, aan de samenwerkingsprojecten die reeds bestaan en aan de problemen die locoregionale samenwerking met zich kan meebrengen?

Bepaalde diensten van ziekenhuizen zullen wellicht worden gesloten, maar binnen welke logica zal dat gebeuren? Werd daarvoor een model opgesteld? Zal de geriatrie worden afgebouwd? Zal de omvorming van ziekenhuisbedden tot zorgverlening buiten de instellingen, onder meer voor revalidatie, aanleiding geven tot de sluiting van instellingen? Werd de samenhang daarvan met de oprichting van netwerken geëvalueerd? Werden de effecten voor het personeel al tegen het licht gehouden, met name op het vlak van arbeidsstatuut en plaats van tewerkstelling?

De patiënt moet centraal staan bij de ontwikkeling van een nieuw ziekenhuisbeleid. Wat zullen de gevolgen voor hen zijn in domeinen als toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en keuzevrijheid? Het wetsontwerp bewaart daarover het stilzwijgen, maar het is duidelijk dat sommige kleine ziekenhuizen door het ontwerp zullen moeten sluiten.

Mme Catherine Fonck (cdH) fait observer que la ministre lie directement le projet de loi aux problèmes financiers des hôpitaux. L'intervenante pointe la responsabilité du gouvernement pour ce qui est de ces difficultés financières, qui découlent en grande partie des vagues d'économies successives. Déjà contraints d'opérer des choix difficiles ces dernières années afin de faire face aux économies, les hôpitaux ont avant tout besoin d'un cadre budgétaire stable, s'étalant sur plusieurs années. Le projet de loi à l'examen est aussi étroitement lié aux choix retenus en matière de programmation, mais, sur ce point, la politique demeure totalement floue; or, ces choix sont déterminants pour le fonctionnement des hôpitaux dans l'avenir.

Les hôpitaux n'ont pas attendu le projet de loi à l'examen pour s'engager dans certaines formes de coopération: il existe d'ores et déjà des plateformes permettant notamment de regrouper la logistique et l'achat de médicaments. De même, certains hôpitaux ont déjà été fusionnés. Les pouvoirs publics doivent respecter ces partenariats existants. Le projet de loi à l'examen fixe le nombre de réseaux autorisés à 25, alors que la ministre avait auparavant déclaré à plusieurs reprises qu'un ou deux réseaux supplémentaires pourraient éventuellement voir le jour. Pourquoi a-t-elle abandonné cette approche caractérisée par une flexibilité limitée? Cette approche ne porte-t-elle pas atteinte à la liberté des hôpitaux, aux projets de collaboration déjà existants et permet-elle de tenir compte des problèmes pouvant découler de la collaboration locorégionale?

Certains services hospitaliers seront sans doute fermés, mais quelle en est la logique sous-jacente? Un modèle a-t-il été élaboré à cet égard? La gériatrie sera-t-elle démantelée? La conversion de lits d'hôpitaux en prestations de soins à réaliser en dehors des établissements, notamment en matière de revalidation, entraînera-t-elle la fermeture d'établissements? La cohérence entre cette conversion et la création de réseaux a-t-elle été évaluée? Les effets pour le personnel ont-ils déjà été examinés, notamment en matière de statut du travail et de lieu de travail?

Le patient doit être au cœur de l'élaboration d'une nouvelle politique hospitalière. Quelles seront les conséquences pour les patients dans des domaines tels que l'accessibilité (y compris financière), la qualité et la liberté de choix? Le projet de loi à l'examen est muet à cet égard, mais il est clair qu'il entraînera la fermeture de certains petits hôpitaux.

De hervorming kan maar slagen als enkele voorwaarden vervuld zijn, wat tot nu toe niet het geval is. De spreekster somt een aantal essentiële voorwaarden op:

- een *bottom-up*- eerder dan een *top-down*-benadering moet worden gevolgd: de wijze waarop wordt samengewerkt, moet van de ziekenhuizen zelf uitgaan en mag niet van bovenaf worden opgelegd. De bestaande praktijken van samenwerking blijken vooral succesvol te zijn als zij medische projecten betreffen;

- er is nood aan een optimale afstemming tussen de federale overheid en de Gemeenschappen, wat tijd vergt; een vergadering van de IMC is gepland op 5 november. Het is niet aanvaardbaar om vandaag, 23 oktober, het wetsontwerp te stemmen;

- de regels moeten duidelijk zijn, zodat alle betrokken instellingen en zorgverleners weten wat ze kunnen verwachten. Momenteel is er onder meer onduidelijkheid over de supraregionale zorgen, de erkenningsnormen van het transregionaal luik en de locoregionale samenwerkingsvormen;

- Er moet rekening worden gehouden met het instroom van patiënten. Zo zijn 30% van de patiënten die in de Brusselse ziekenhuizen worden behandeld Walen. Quid van de programmatie? Er is duidelijkheid vereist maar ook een band met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

De spreekster haalt ten slotte het vraagstuk van het bestuur van ziekenhuizen aan. Bestuurders van individuele instellingen zullen deel uitmaken van nieuwe besturen op het niveau van het netwerk, maar er zijn geen waarborgen dat de zorgverleners tot die raden van bestuur zullen toetreden, terwijl hun deelname aan de ontwikkeling van het beleid essentieel is voor een goede werking. Zelfs de medische directeurs zullen niet automatisch deel uitmaken van de raad van bestuur van een netwerk, wat ongetwijfeld tot spanningen zal leiden. De plaats van de verplegers in de raad van bestuur zou voorzien moeten worden. Ook de patiënten worden niet betrokken, terwijl patiëntenorganisaties nu reeds in veel ziekenhuizen gehoord worden; in landen zoals Canada is dat zelfs al de regel.

De heer Damien Thiéry (MR) herinnert eraan dat de regeringsverklaring van 2014 de aanzet heeft gegeven tot de in dit wetsontwerp vervatte hervorming. Dit wetsontwerp komt pas nu op de banken van de Kamer van volksvertegenwoordigers terecht omdat alle bij deze hervorming betrokken actoren stelselmatig wilden overleggen. Dat overleg is een goede zaak, en het is normaal dat zulks tijd vergt.

La réforme ne peut réussir que si certaines conditions sont remplies, ce qui n'est pas le cas actuellement. L'intervenante énumère plusieurs conditions essentielles:

- la nécessité de suivre une approche *bottom-up* et non une approche *top-down*: les modalités des collaborations doivent être définies par les hôpitaux eux-mêmes et ne doivent pas être imposées d'en haut. Les pratiques de collaboration existantes se révèlent surtout efficaces lorsqu'elles concernent des projets médicaux;

- la nécessité d'optimiser la coordination entre les politiques fédérale et communautaire, ce qui prend du temps; une réunion de la CIM est prévue le 5 novembre. Il n'est pas acceptable de voter aujourd'hui, le 23 octobre, le projet de loi;

- la nécessité de disposer de règles claires, afin que tous les établissements et prestataires de soins concernés sachent à quoi s'attendre. À l'heure actuelle, le flou règne autour des soins suprarégionaux, des normes d'agrément du volet transrégional et des formes de collaboration locorégionale, entre autres.

- Il faut tenir compte des flux de patients. Ainsi, 30% des patients pris en charge dans les hôpitaux bruxellois sont wallons. Qu'en est-il de la programmation ? Il faut de la clarté mais aussi un lien avec la réforme du financement des hôpitaux.

Enfin, l'intervenante évoque la question de la gestion des hôpitaux. Les administrateurs d'établissements individuels intégreront de nouveaux conseils d'administration au niveau du réseau, mais rien ne garantit que les prestataires de soins intégreront ces conseils, alors que leur participation à l'élaboration de la politique hospitalière est essentielle au bon fonctionnement du réseau. Même les directeurs médicaux ne feront pas automatiquement partie du conseil d'administration d'un réseau, ce qui créera indubitablement des tensions. La place de l'infirmier au sein du conseil d'administration devrait être prévue. Les patients n'y sont pas associés non plus, alors que les associations de patients sont déjà représentées dans de nombreux hôpitaux; dans des pays comme le Canada, c'est même déjà la norme.

M. Damien Thiéry (MR) rappelle que la genèse de la réforme portée par ce projet de loi se trouve dans la Déclaration de gouvernement de 2014. Si le projet de loi n'aboutit que maintenant sur les bancs de la Chambre des représentants, c'est en raison de la volonté de concertation systématique de tous les acteurs concernés par cette réforme. Cette concertation est positive et il est normal qu'elle prenne du temps.

Het wetsontwerp strekt ertoe de beschikbare middelen te optimaliseren om de gezondheidszorg te bestendigen. De sector is vragende partij. De spreker vestigt er de aandacht op dat de geplande rationalisering niet gelijkstaat met de afbouw van de middelen; het is louter de bedoeling de bestaande middelen anders te besteden en aldus de werking van de gezondheidszorg te verbeteren, in het belang van de patiënt.

Volgens de heer Thiéry heerst een aantal misvattingen over dit wetsontwerp. Zo legt het wetsontwerp geenszins fusies tussen ziekenhuizen op; elk ziekenhuis zal zijn rechtspersoonlijkheid, zijn erkenningsnummer en zijn financiële aansprakelijkheid behouden. Evenmin wordt op enigerlei wijze afbreuk gedaan aan de therapeutische vrijheid van de artsen en aan de keuzevrijheid van de patiënten. De patiënten moeten worden gerustgesteld wat dat betreft.

Aangaande de betrekkingen met de deelstaten is de spreker van mening dat *idealiter* in onderling overleg voortgang kan worden gemaakt op federaal niveau én op dat van de deelstaten. Dat is het streefdoel van de interministeriële conferenties. De heer Thiéry vraagt de minister of uit die vergaderingen een echte samenwerkingsbereidheid blijkt. Aangezien dit wetsontwerp een ontwerp van kaderwet is, meent de spreker dat het, mocht die bereidheid er niet zijn, mogelijk moet zijn op federaal niveau vooruitgang te boeken in de aangelegenheden die onder de federale bevoegdheden ressorteren, zelfs zonder akkoord met de deelstaten.

Over het begrip “geografisch aan(een)sluitend gebied” is de memorie van toelichting volgens de spreker duidelijk. In dat verband pleit hij ervoor de huidige soepelheid te handhaven, met name inzake de grensoverschrijdende aanpak van de ziekenhuisnetwerken.

Met betrekking tot de juridische structuur van de toekomstige ziekenhuisnetwerken constateert het lid dat de Waalse en de Brusselse wetgeving zal moeten worden aangepast. In dat verband vraagt hij zich af of het wenselijk is te bepalen dat de overheidssector meerderheidsaandeelhouder moet zijn van de netwerkstructuur. Aan Vlaamse zijde dient het probleem zich anders aan. Wat is het standpunt van de minister ter zake?

Met betrekking tot het soort van arbeidssysteem beklemtoont de heer Thiéry dat de statutaire regeling voor de werkgever duurder zou uitvallen en hem meer verplichtingen zou opleggen dan de regeling bij arbeidsovereenkomst. Voorts zouden de pensioenen een probleem kunnen doen rijzen. De spreker pleit voor een evenwichtige oplossing in het kader van de toenadering tussen de beide regelingen. Hij vraagt de minister hoe zij een en ander denkt aan te pakken.

Le projet a pour objectif d’optimiser les moyens disponibles afin de pérenniser le système de santé. Le secteur en est demandeur. L’orateur attire l’attention sur le fait que la rationalisation envisagée n’est pas synonyme d’une diminution des moyens. Il s’agit uniquement d’affecter autrement les moyens existants afin d’améliorer le fonctionnement du système de santé, dans l’intérêt du patient.

M. Thiéry estime qu’il règne de la désinformation vis-à-vis de ce projet de loi. En effet, le projet n’impose aucune fusion entre hôpitaux. Chaque hôpital conservera sa personnalité juridique, son numéro d’agrément et sa responsabilité financière. De la même manière, il n’est en aucune façon porté atteinte à la liberté thérapeutique des médecins, ni à la liberté de choix des patients. Les patients doivent être rassurés à ce sujet.

En ce qui concerne les relations avec les entités fédérées, l’intervenant considère que l’idéal est de pouvoir avancer de concert au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées. C’est l’objectif des conférences interministérielles. M. Thiéry demande à la ministre s’il ressort de ces réunions une réelle volonté de travailler ensemble. A défaut, s’agissant d’un projet de loi cadre, il estime qu’il devrait être possible d’avancer au niveau fédéral pour ce qui concerne les compétences relevant de ce niveau, même sans accord avec les entités fédérées.

A propos de la notion de “zone géographiquement continue”, il estime que l’exposé des motifs est clair. Il plaide à cet égard pour le maintien de la souplesse actuelle notamment sur le plan d’une approche transfrontalière des réseaux hospitaliers.

Concernant la structure juridique des futurs réseaux hospitaliers, il constate que les législations wallonne et bruxelloise devront être modifiées. Il s’interroge à cet égard sur l’opportunité d’imposer que le secteur public soit majoritaire dans la structure des réseaux. Du côté flamand, le problème ne semble pas se poser dans les mêmes termes. Quel est le point de vue de la ministre à ce sujet?

Quant au type de régime de travail, M. Thiéry souligne que le régime statutaire serait plus cher et plus contraignant pour l’employeur que le régime contractuel. Il y aurait également un problème au niveau des pensions. L’intervenant plaide pour qu’une solution équilibrée soit trouvée dans le cadre d’un rapprochement des deux régimes et demande à la ministre comment elle compte s’y prendre.

Gezien de desinformatie over deze hervorming stelt de spreker de minister voor te communiceren met alle actoren van de sector en met de patiënten, alsook deze laatsten gerust te stellen dat zij alle bestaande rechten en voordelen zullen behouden binnen een systeem dat efficiënter zal worden dan het vandaag is.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wijst erop dat Vlaanderen echt vragende partij is voor een juridisch raamwerk voor de ziekenhuisnetwerken. Haar fractie is dan ook verheugd dat dit wetsontwerp eindelijk wordt besproken in de Kamer van volksvertegenwoordigers.

De spreekster wijst er tevens op dat de ziekenhuizen er momenteel niet bepaald goed aan toe zijn; één op vier ziekenhuizen legt rode cijfers voor. Algemeen zijn er te veel ziekenhuisbedden en vaak is de bezettingsgraad te laag. Per patiënt zijn er te weinig verpleegkundigen. Het systeem is ook te prestatiegericht, met als gevolg dat zelfs slechte zorg wordt meegeteld in de cijfers. Kortom, het bestaande stelsel is niet efficiënt georganiseerd en draagt niet bij tot een betere zorgkwaliteit. Een nieuw model is dus aan de orde.

De reeds genomen maatregelen om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen en om de middelen te verschuiven naar de ambulante zorg zijn een stap in de goede richting. Met de aanneming van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd een volgende stap gezet. Ook het ter bespreking voorliggende wetsontwerp luidt een nieuwe fase in, die gepaard zal moeten gaan met een hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Dit wetsontwerp bevat veel positieve aspecten:

- allereerst stelt dit wetsontwerp een lichte netwerkstructuur voor; het beoogt geen bijkomende logge structuren op te leggen bovenop de structuur waarin de netwerken al hebben voorzien;

- in tegenstelling tot het eerste model dat het KCE heeft uitgewerkt, beoogt dit wetsontwerp in geen geval de ziekenhuizen tot een fusie te verplichten, maar reikt het een juridisch raamwerk aan voor de talrijke in de praktijk reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen;

- de balans van de voorbereidingen die – althans in het noorden van het land – reeds werden getroffen, is heel positief. Er wordt al op talrijke manieren samengewerkt (zo werden de laboratoria voor klinische analyse van meerdere ziekenhuizen gebundeld). Zulks werkt niet alleen kostenbesparend, maar komt ook de kwaliteit ten

Vu la désinformation qu'il observe au sujet de cette réforme, l'orateur suggère à la ministre de communiquer avec tous les acteurs du secteur ainsi qu'avec les patients et de rassurer ces derniers quant au fait qu'ils conserveront tous les droits et avantages actuels dans un système qui deviendra plus performant qu'aujourd'hui.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) rappelle qu'il existe, en Flandre, une réelle demande d'un cadre juridique pour les réseaux hospitaliers. Le groupe CD&V se réjouit dès lors que ce projet soit enfin sur les bancs de la Chambre des représentants.

L'oratrice rappelle également que la situation actuelle des hôpitaux n'est pas brillante. Les finances de 25 % d'entre eux sont dans le rouge. Il y a globalement trop de lits d'hôpitaux et les taux d'occupation sont souvent insuffisants. Il y a trop peu d'infirmiers au lit des patients. Le système est également trop axé sur les prestations, ce qui a pour conséquence que même les mauvais soins sont valorisés. En bref, l'organisation du système actuel n'est pas efficiente et n'est pas propice à une amélioration de la qualité des soins. Il faut donc mettre en place un nouveau modèle.

Les mesures déjà prises en vue d'une diminution du nombre de lits hospitaliers et d'un déplacement des moyens vers les soins ambulatoires vont dans la bonne direction. Une étape supplémentaire a été franchie avec l'adoption de la loi 18 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. Le projet actuellement à l'examen constitue une nouvelle étape qui devra être complétée par une réforme du système de financement des hôpitaux.

Ce projet comporte de nombreux éléments positifs:

- Tout d'abord, la structure des réseaux qui est proposée est légère et n'impose pas des structures lourdes supplémentaires à ce que les réseaux ont déjà mis en place.

- Contrairement au premier modèle développé par le KCE, ce projet n'impose aucune fusion entre hôpitaux mais permet d'offrir un cadre juridique aux nombreuses initiatives de collaboration entre hôpitaux qui ont déjà émergé du terrain.

- Le travail préparatoire déjà réalisé sur le terrain, à tout le moins dans le Nord du pays, est très positif. De nombreuses collaborations se sont déjà mises en place, par exemple, en regroupant les laboratoires d'analyse clinique de plusieurs hôpitaux, ce qui entraîne non seulement une rationalisation des coûts mais aussi une

goede. Voorts wordt binnen de ziekenhuisnetwerken nagedacht over de zorgstrategieën die in de verschillende regio's moeten worden uitgerold, bijvoorbeeld met betrekking tot de interactie met de eerstelijnszorg;

— wat het bestuur van die netwerken betreft, stemt het mevrouw Muylle tevreden dat de klemtoon wordt gelegd op de competentie van de betrokkenen. Zo is het positief dat het bestuursorgaan van de locoregionale ziekenhuisnetwerken voor minstens één derde uit zorgdeskundigen moet bestaan;

— ook de aanwezigheid van artsen in het bestuursorgaan van het netwerk is een goede zaak; zij kunnen immers een nuttige bijdrage leveren aan de denk- en oefening over zeer uiteenlopende aspecten zoals het personeelsbeleid, de medische aansprakelijkheid of de zorgstrategie. Het feit dat die artsen niet aan een ziekenhuis van het netwerk verbonden mogen zijn, waarborgt hun onafhankelijke besluitvorming, in het belang van het hele netwerk.

Vervolgens formuleert mevrouw Muylle een aantal bedenkingen en stipt zij een paar punten aan:

— de verzwaarde adviesprocedure geldt thans voor zes aangelegenheden, maar zou in de toekomst kunnen worden verruimd tot zesentwintig. De vereniging Zorgnet staat kritisch ten opzichte van die procedure omdat ze volgens haar niet op een consensusmodel, maar op een conflictmodel berust. Ondanks die kritiek is die procedure niet uit het ter bespreking voorliggende wetsontwerp verdwenen. Hoe zal worden gewaarborgd dat die procedure correct zal functioneren en geen ontradend effect zal hebben?

— de lijsten van de locoregionale en de supraregionale zorgopdrachten zullen, net zoals de programmatiecriteria, worden vastgelegd bij koninklijk besluit. Binnen welke termijn zullen die koninklijke besluiten worden bekendgemaakt?

— hoe zullen de patiënten tussen de ziekenhuizen van het netwerk en naar de referentiepunten buiten het netwerk worden vervoerd? Hoe zal dat vervoer worden gefinancierd?

— de vorming van de ziekenhuisnetwerken mag er niet toe leiden dat de grote ziekenhuizen alle financieel interessante zorgopdrachten naar zich toe trekken ten nadele van de kleinere ziekenhuizen, die genoeg zouden moeten nemen met de resterende zorgopdrachten. Het is echter evenmin aangewezen dat de kleinere ziekenhuizen zouden proberen zorgopdrachten te behouden waarvoor ze niet het best geplaatst of het best

amélioration de la qualité. Par ailleurs, les réseaux hospitaliers réfléchissent aux stratégies de soins à mettre en œuvre dans les différentes régions, par exemple, sur le plan de l'interaction avec la première ligne de soins.

— Au niveau de la gouvernance de ces réseaux, Mme Muylle se réjouit que l'accent soit mis sur la compétence des personnes. Ainsi, le fait que l'organe de gestion des réseaux hospitaliers locorégionaux doive être composé d'au moins un tiers d'experts des soins de santé est un élément positif.

— La présence de médecins dans l'organe de gestion du réseau est également positive car elle contribuera utilement à la réflexion sur des aspects aussi divers que la gestion du personnel, la responsabilité médicale ou encore la stratégie des soins. Le fait que ces médecins ne puissent pas être attachés à un hôpital du réseau constitue une garantie d'indépendance et de prise de décision dans l'intérêt de l'ensemble du réseau.

Mme Muylle soulève ensuite plusieurs questions et points d'attention:

— La procédure d'avis motivé est actuellement d'application à 6 matières, mais pourrait à l'avenir concerner 26 matières. L'association Zorgnet est critique à l'égard de cette procédure qui repose, selon elle, sur un modèle conflictuel et non sur un modèle consensuel. Malgré ces critiques, cette procédure se trouve toujours dans le projet de loi actuellement à l'examen. Comment garantir que cette procédure fonctionnera correctement et n'aura pas un effet dissuasif?

— Les listes des missions de soins locorégionales et suprarégionales seront définies par arrêté royal. Il en va de même pour les critères de programmation. Dans quel délai ces arrêtés royaux seront-ils publiés?

— Qu'en sera-t-il du transport des patients entre les hôpitaux du réseau, voire vers les points de référence hors du réseau? Comment ce transport sera-t-il financé?

— La formation des réseaux hospitaliers ne doit pas conduire à une situation où les grands hôpitaux attirent à eux toutes les missions de soins financièrement intéressantes au détriment des hôpitaux de plus petite taille qui devraient se contenter des missions de soins restantes. Il ne faut cependant pas non plus que les hôpitaux de plus petite taille tentent de garder des missions de soins pour lesquelles ils ne sont pas les mieux placés ou les

uitgerust zijn. Met het oog op de doelmatigheid moeten de middelen zo rationeel mogelijk worden toegekend;

— om de overheveling van zorgopdrachten binnen de netwerken efficiënt te doen verlopen, is een duidelijke ziekenhuisfinanciering van fundamenteel belang; bovendien draagt die duidelijkheid bij tot een verbetering van de zorgkwaliteit. Het ware dan ook raadzaam het desbetreffende koninklijk besluit onverwijld bekend te maken;

— wat de deelstaten betreft, stelt mevrouw Muylle vast dat in Vlaanderen de evolutie van het dossier aangaande de ziekenhuisnetwerken gelijke tred houdt met het op federaal niveau genomen initiatief. Zij vraagt meer uitleg over de situatie in Wallonië en in Brussel.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) merkt op dat er volgens de Raad van State twee mogelijkheden zijn: ofwel worden de erkenningscriteria die de deelstaten zullen moeten hanteren voor de erkenning van de locoregionale ziekenhuisnetwerken, eenzijdig bepaald door de Federale Staat, ofwel worden deze criteria vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de Federale Staat en de deelstaten. Het lid stelt vast dat de minister voor de tweede optie lijkt te gaan. Bij gebrek aan een dergelijke samenwerkingsovereenkomst zijn de criteria voor de erkenning van de netwerken echter nog steeds niet bekend. In de tussentijd zullen de deelstaten dus geen enkele erkenning kunnen afgeven. Mevrouw Dedry wil in het bijzonder weten waarom het bevolkingscriterium (400 000 – 500 000 inwoners) uit de tekst werd geschrapt.

Vervolgens wijst de spreekster erop dat dit wetsontwerp, los van het feit dat de werknemers in deze sector onderling een verschillend statuut hebben, problemen doet rijzen op het vlak van het arbeidsrecht. Gesteld dat een ziekenhuis zou beslissen een zorgeenheid te sluiten, hoe kunnen de werknemers dan worden overgeheveld naar een zorgeenheid van een ander ziekenhuis binnen het netwerk, gezien het wettelijk verbod op detachering van de werknemers? Hoe kunnen soortgelijke problemen worden opgelost zonder dat een ziekenhuis mensen moet ontslaan, gevolgd door aanwervingen door een ander ziekenhuis van het netwerk? Tevens zijn er fiscale problemen. Als de ziekenhuizen van eenzelfde netwerk bijvoorbeeld beslissen de sterilisatie van het materiaal op één locatie te centraliseren, hoe past men dan de btw toe op deze dienstverlening tussen de verschillende ziekenhuizen van het netwerk?

Daarenboven meent mevrouw Dedry dat het echte meerwaardepotentieel van deze netwerken pas duidelijk zal blijken zodra de lijst van de supraregionale zorgopdrachten bekend is. Ze dringt er dan ook op aan

mieux outillés. Pour être efficient, il faut que les moyens soient alloués de la manière la plus rationnelle possible.

— La clarté sur la question du financement des hôpitaux est un élément fondamental pour que le transfert des missions de soins au sein des réseaux se déroule de manière efficiente et contribue à une amélioration de la qualité des soins. Il serait dès lors judicieux que l'arrêté royal à ce sujet soit publié prochainement.

— Au niveau des entités fédérées, Mme Muylle constate que, en Flandre, le dossier des réseaux hospitaliers évolue de concert avec l'initiative prise au niveau fédéral. Elle demande des précisions concernant la situation en Wallonie et à Bruxelles.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) fait remarquer que, selon le Conseil d'État, deux options sont possibles: soit, les critères d'agrément qui devront être utilisés par les entités fédérées pour agréer les réseaux hospitaliers locorégionaux sont déterminés unilatéralement par l'État fédéral; soit, ces critères font l'objet d'un accord de coopération entre l'État fédéral et les entités fédérées. Elle constate que la ministre semble avoir choisi la deuxième option. Cependant, vu que cet accord de coopération n'est pas encore conclu, les critères d'agrément des réseaux ne sont toujours pas connus. Dans l'intervalle, il ne sera donc pas possible pour les entités fédérées de procéder à un quelconque agrément. Mme Dedry demande en particulier pourquoi le critère de population (400 000 – 500 000 habitants) qui se trouvait dans le texte a été supprimé.

L'intervenante attire ensuite l'attention, au-delà de la question des différents statuts des travailleurs de ce secteur, sur les problèmes de droit du travail que pose ce projet. Ainsi, dans l'hypothèse où un hôpital déciderait de fermer une unité de soins, comment les travailleurs pourront-ils être transférés vers une unité de soins d'un autre hôpital du réseau, dès lors que le détachement de travailleur est interdit par la loi. Comment solutionner ce type de problème sans passer par des licenciements par un hôpital, suivis d'embauches par un autre hôpital du réseau? Il existe également des problèmes sur le plan fiscal. Si les hôpitaux d'un même réseau décident, par exemple, de centraliser la stérilisation du matériel à un seul endroit, comment régler l'application de la TVA sur cette prestation de service entre les différents hôpitaux du réseau?

Mme Dedry estime en outre que les potentialités réelles de plus-values de ces réseaux n'apparaîtront clairement qu'une fois la liste des missions de soins suprarégionales connue. Elle plaide donc pour qu'une

zo snel mogelijk een duidelijke en nauwkeurige lijst van deze suprarregionale zorgopdrachten bekend te maken.

Tot slot gaat de spreekster in op de vrees van het veld dat de ziekenhuizen aan autonomie zullen boeten, alsook dat de beslissingen dreigen te worden geblokkeerd door de toekomstige medische raad van het ziekenhuisnetwerk.

B. Antwoorden van de minister van sociale zaken en volksgezondheid

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft de volgende antwoorden.

Het betrekken van de deelstaten

Op 28 april 2015 heeft de minister haar plan van aanpak “Hervorming van de ziekenhuisfinanciering” aan de commissie voorgesteld. Sindsdien werd binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een werkgroep opgericht, die de uitdagingen van de ziekenhuissector onder de loep neemt. Sinds einde 2016 bespreekt die werkgroep voornamelijk de ziekenhuisnetwerken; er werden zes tot zeven vergaderingen per jaar gehouden.

Binnen die werkgroep werd veel informatie uitgewisseld. De deelstaten hebben in dat verband hun bijdrage aan dit wetsontwerp kunnen leveren.

Er werden aanpassingen aangebracht. Zo werden in het aanvankelijke wetsontwerp geografische gebieden met 400 000 tot 500 000 mogelijke patiënten aangegeven. Van dat criterium – dat in de visienota stond – is afgestapt om beter rekening te kunnen houden met de dunbevolkte regio’s, zoals de provincie Luxemburg, of met de dichtbevolkte steden, waar grotere ziekenhuisnetwerken kunnen worden gevormd.

Er was dus wel degelijk overleg met de deelstaten, maar het is niet altijd eenvoudig om de standpunten van acht ministers op elkaar af te stemmen. Indien één van de acht ministers het niet eens is met de anderen, doet dat de onderhandelingen langer duren.

Hoewel alle deelstaten voorstander zijn van meer samenwerking tussen de ziekenhuizen, verschilt hun opstelling ten aanzien van de hervormingen. Voor sommige gaat het immers te snel en voor andere te traag.

De minister heeft een algemeen raamwerk voor die versterkte samenwerking uitgetekend; daartoe moest zij voor een wettelijke verankering in de ziekenhuiswet

liste claire et précise de ces missions de soins suprarégionales soit communiquée le plus rapidement possible.

L’oratrice se fait enfin l’interprète de craintes émanant du terrain au sujet d’un risque de perte d’autonomie des hôpitaux et d’un risque de blocage des décisions par le futur Conseil médical de réseau.

B. Réponses de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique fournit les réponses suivantes:

Implication des entités fédérées

Le 28 avril 2015, la ministre a présenté à la commission son plan d’approche “Réforme du financement des hôpitaux”. Dans l’intervalle, un groupe de travail a été constitué au sein de la concertation interministérielle afin de réfléchir aux défis auxquels est confronté le secteur hospitalier. Depuis fin 2016, ce groupe de travail discute principalement des réseaux entre hôpitaux; six à sept réunions par an ont été organisées.

Ce groupe de travail a été le lieu d’échanges de nombreuses informations et les entités fédérées ont, dans ce cadre, pu apporter leur contribution au présent projet.

Des adaptations ont été apportées. Ainsi, le projet initial mentionnait des zones géographiques de 400 000 à 500 000 patients potentiels. Ce critère, retenu dans la note d’orientation, a été abandonné pour mieux tenir compte des zones faiblement peuplées, comme par exemple la province de Luxembourg ou encore des villes fortement peuplées dans lesquelles des réseaux hospitaliers plus importants peuvent être constitués.

Une concertation a donc bien eu lieu avec les entités fédérées mais il n’est pas toujours facile de concilier les points de vue de huit ministres. Il suffit qu’un ministre sur les huit ne soit pas d’accord pour prolonger les négociations.

Bien que toutes les entités fédérées soutiennent l’idée d’un renforcement de la collaboration entre les hôpitaux, elles n’envisagent pas les réformes de la même manière. En effet, certaines trouvent que les choses avancent trop vite, d’autres trop lentement.

La ministre a développé un cadre général pour cette collaboration renforcée et il lui revenait de créer à cette fin un ancrage légal dans la loi sur les hôpitaux. Les

zorgen. De deelstaten zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de netwerken. Dit wetsontwerp biedt de deelstaten genoeg ruimte om hun eigen ziekenhuisbeleid te voeren. De Raad van State heeft dat overigens bevestigd.

De locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken

Waarom 25 netwerken vastleggen zonder ze nu al aan te wijzen, zoals de Raad van State aanbeveelt? De vastlegging van het aantal netwerken kan ofwel gebeuren via een samenwerkingsakkoord, ofwel met dit wetsontwerp, ofwel via een akkoord binnen de interministeriële conferentie.

Een samenwerkingsakkoord zal nog 4 of 5 jaar onderhandelingen vergen.

Om te zien of een akkoord over het aantal netwerken mogelijk is, moet de volgende vergadering van de interministeriële conferentie, (op 5 november eerstkomend) worden afgewacht. Indien er geen akkoord is, zal de minister een wijziging van het wetsontwerp aan het Parlement voorleggen.

Bij het vastleggen van de criteria werd rekening gehouden met de deelstaten en in het bijzonder met bepaalde landelijke gebieden, alsook met de toestand in sommige grote steden.

Positie van de patiënt

Deze hervorming is noodzakelijk om de patiënten maximale zorgkwaliteit te waarborgen. Gezien de versnippering van de zorg en de overconsumptie in ons land, is het belangrijk om focus in de zorg te brengen, om overlappingen te voorkomen. Het overheidsgeld moet doelmatiger worden aangewend en de financiële sterkte van de ziekenhuizen moet voor langere tijd worden gewaarborgd. Het was al in 2015 duidelijk dat maatregelen genomen moesten worden. Destijds is het KCE om een analyse verzocht en is ook ander onderzoek verricht, onder andere aangaande het uiteenrafelen van het BFM.

Hoewel de financiële sterkte van de ziekenhuizen niet het hoofddoel van het wetsontwerp vormt, ligt er ondanks alles toch een zekere economische logica aan ten gronde. De financiële problemen van de ziekenhuizen zijn immers nefast voor de kwaliteit van de zorg aan de patiënten. Binnen het interministerieel overleg heeft de Waalse minister van Gezondheid en Maatschappelijke Actie verklaard dat de Waalse ziekenhuizen 4 miljard euro in hun infrastructuur wensen te investeren. Hopelijk zullen die bedragen oordeelkundig worden geïnvesteerd, en niet in megalomane projecten.

entités fédérées sont responsables de la mise en place (*implementatie*) des réseaux. Le projet de loi à l'examen laisse assez de liberté aux entités fédérées pour mener leur propre politique hospitalière. C'est d'ailleurs ce que confirme le Conseil d'État.

Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux

Pourquoi déterminer 25 réseaux et ne pas les désigner dès maintenant comme le préconise le Conseil d'État? La détermination du nombre de réseaux peut se faire soit par un accord de coopération, soit dans le présent projet ou bien encore par le biais d'un accord au sein de la conférence interministérielle.

Un accord de coopération nécessitera encore 4 ou 5 ans de négociations.

Il faudra attendre la prochaine réunion de la conférence interministérielle le 5 novembre prochain afin de voir si un accord est possible sur le nombre de réseaux. A défaut d'accord, la ministre soumettra une modification du projet au parlement.

Les critères ont été définis en tenant compte des entités fédérées et, en particulier de certaines zones rurales et de la situation de certaines grandes villes.

Position du patient

La présente réforme est nécessaire pour garantir un maximum de qualité des soins pour les patients. Compte tenu de l'éparpillement des soins et de la surconsommation que l'on constate actuellement en Belgique, il importe de concentrer les soins afin d'éviter les doubles emplois. Il convient d'utiliser plus efficacement les deniers publics et de garantir à plus long terme la santé financière des hôpitaux. Déjà en 2015, il était évident qu'il fallait prendre des mesures. A l'époque, une analyse a été demandée au KCE et d'autres études ont été menées, entre autres sur le détricotage du BFM.

Bien que l'objectif premier du projet de loi ne soit pas la santé financière des hôpitaux, il sous-tend malgré tout une certaine logique économique. En effet, les difficultés financières des hôpitaux sont préjudiciables à la qualité des soins pour les patients. Au sein de la concertation interministérielle, la ministre wallonne de la Santé et de l'Action sociale a déclaré que les hôpitaux wallons souhaitent investir 4 milliards d'euros dans leur infrastructures. Il faut espérer que ces montants seront investis à bon escient et non dans des projets mégalomanes.

De zorgtoegankelijkheid voor de patiënt

Nabijheid is geen waarborg voor goede zorgkwaliteit. Binnen de locoregionale netwerken zal de toegankelijkheid worden gewaarborgd, en de patiënt zal zich altijd in het ziekenhuis van zijn keuze kunnen laten verzorgen. Er moet echter over worden gewaakt dat zorgverlening voor de patiënt én voor de overheid betaalbaar blijft.

De versnippering van de financiële middelen kan schadelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening: in een ziekenhuis met te weinig patiënten met een bepaald ziektebeeld, zal het de medische en verpleegkundige staf aan expertise en ervaring ontbreken.

De zorgverlening dient doeltreffender georganiseerd te worden, gezien de erg dure investeringen in apparatuur en de hoge kosten om sommige diensten in stand te houden, zoals de spoeddiensten of kraamafdelingen; zo zullen bepaalde diensten (zoals kraamklinieken) gegroepeerd moeten worden. Het komt de minister echter niet toe om in de kaderwet te bepalen welke diensten aan een ander ziekenhuis moeten worden overgedragen; die herschikking zal op het terrein worden bepaald, binnen het netwerk. Het zorgaanbod in de regio's met een lage bevolkingsdichtheid moet toereikend zijn.

Overleg

Sommigen betreurden het al te langdurig overleg terwijl de artsen al overbelast zijn. Dit overleg is echter noodzakelijk en men stelt vast dat het resultaat heeft opgeleverd.

Te verwezenlijken bezuinigingen

De huidige regering heeft al veel geïnvesteerd in de ziekenhuizen. De eerste twee jaren werd van de ziekenhuizen geen enkele bezuiniging gevraagd. Vervolgens werd hen gevraagd om 90 miljoen euro te bezuinigen. Later kregen ze 50 miljoen euro voor het IFIC (een model voor de classificatie en valorisatie van de loontrekkende zorgberoepen, met name voor verpleegkundigen), 40 miljoen euro voor ICT en 10 miljoen euro voor de *tax shift*. De regering heeft voor de ziekenhuizen ook een sociaal akkoord voor 4 jaar gesloten, ten belope van 100 miljoen euro.

Zeven maanden voor het einde van deze regeerperiode komt het de minister niet toe om de begrotingsstabiliteit van de ziekenhuizen te garanderen voor de komende vijf jaar.

L'accessibilité aux soins pour les patients

La proximité n'est pas une garantie de bonne qualité des soins. Dans les réseaux locorégionaux, l'accessibilité des soins sera garantie et le patient pourra toujours se faire soigner dans l'hôpital de son choix. Il faut toutefois veiller à ce que le coût des soins reste abordable tant pour le patient que pour les pouvoirs publics.

Le saupoudrage des moyens financiers peut être préjudiciable à la qualité des soins. En effet, s'il y a trop peu de patients avec une certaine pathologie dans un hôpital, le personnel médical et infirmier manquera d'expertise et d'expérience.

Compte tenu des investissements très coûteux en appareillage et des coûts élevés pour maintenir certains services comme les urgences ou les maternités, il convient de réorganiser les soins de manière plus efficace. Ainsi, il sera nécessaire de regrouper certains services comme les maternités. Toutefois, il n'appartient pas à la ministre de déterminer dans la loi-cadre quels sont les services qui doivent être transférés dans un autre hôpital. Ce travail de regroupement sera décidé sur le terrain, au sein même du réseau. Il est clair que l'offre de soins doit être suffisante dans les régions à faible densité de population.

Concertation

D'aucuns ont déploré de trop longues concertations alors que les médecins sont déjà surchargés. Ces concertations sont toutefois nécessaires et force est de constater qu'elles ont porté leurs fruits.

Les économies à réaliser

La présent gouvernement a déjà beaucoup investi dans les hôpitaux. Les deux premières années, aucune économie n'a été demandée aux hôpitaux. Ensuite, on leur a demandé d'économiser 90 millions d'euros. Plus tard, ils ont reçu 50 millions pour l'IFIC (un modèle de classification et de valorisation des professions de soins salariés, notamment les infirmiers), 40 millions pour l'ICT et 10 millions d'euros pour le *tax shift*. Le gouvernement a également conclu un accord social pour 4 ans pour les hôpitaux de l'ordre de 100 millions.

Il n'appartient pas à la ministre, à sept mois de la fin de la législature, de garantir la stabilité budgétaire des hôpitaux pour les cinq années à venir.

De programmatie

Er was overleg over de taken van de universitaire ziekenhuizen, de gespecialiseerde ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen. Drie werkgroepen werden opgericht met als prioritaire aandachtspunten de ongeplande verzorging, de spoeddiensten, de MUG's, de ambulances, de moeder-kindpool en de ouderenzorg.

De minister wacht op de resultaten van de werkzaamheden van die werkgroepen om de situatie te analyseren.

De begroting

De begroting blijft ziekenhuis per ziekenhuis beheerd. In een netwerk optreden doet niets af aan de budgettaire verantwoordelijkheid van elk ziekenhuis afzonderlijk.

Er werd gesproken over het uiteenrafelen van het BFM in het raam van de laagvariabele ziekenhuiszorg, maar dat is niet aan de orde in dit wetsontwerp. Deze tekst schept echter een financieringsmogelijkheid op netwerkniveau, maar dat is geen verplichting.

Publiek-private samenwerking (hoofdstuk 12)

Het Vlaams Gewest heeft maatregelen genomen, via een wijziging van de wet betreffende de OCMW's.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest loopt de tweede lezing.

In het Waals Gewest zal in de komende weken ook een initiatief worden genomen.

De koninklijke uitvoeringsbesluiten

Wat de programmatie betreft, moet men echter wachten op de uitkomst van de besprekingen binnen de interministeriële conferentie, want programmatie valt onder de bevoegdheid van de deelstaten.

Associaties zijn samensmeltingen van diensten, geen fusies van ziekenhuizen. Een associatie staat niet gelijk met een volledige samenwerking tussen de verschillende ziekenhuizen, maar is louter een samenwerking tussen bepaalde diensten.

Een associatie heeft evenmin rechtspersoonlijkheid.

Voor de kleine ziekenhuizen hebben er belang bij om met andere instellingen samen te werken.

La programmation

Des discussions ont eu lieu sur les missions des hôpitaux universitaires, des hôpitaux spécialisés et des hôpitaux généraux. Trois groupes de travail ont été constitués avec comme priorités les soins non planifiés, les services d'urgences, les SMUR, les ambulances, le trajet mère-enfant et les personnes âgées.

La ministre attend les résultats des travaux de ces groupes de travail pour analyser la situation.

Le budget

Le budget continuera à être géré hôpital par hôpital. En effet, travailler en réseau ne supprime pas la responsabilité budgétaire de chaque hôpital individuellement.

Le détricotage du BMF a été évoqué dans le cadre de la définition des soins à basse variabilité mais il n'est pas d'actualité dans le présent projet. Toutefois, le projet crée une possibilité de financement au niveau du réseau mais ce n'est pas une obligation.

Coopération publique/privé (chapitre 12)

La Région flamande a pris des mesures en modifiant la loi sur les CPAS.

En Région de Bruxelles-Capitale, la deuxième lecture est en cours.

En Région wallonne, une initiative sera également prise dans les semaines à venir.

Les arrêtés royaux d'exécution

Toutefois, en ce qui concerne la programmation, il faut attendre l'issue des discussions au sein de la conférence interministérielle car la programmation relève de la compétence des entités fédérées.

Des associations sont des fusions de services et pas des fusions d'hôpitaux. Une association n'implique pas une collaboration complète entre les différents hôpitaux mais une collaboration entre certains services seulement.

Une association ne dispose pas non plus de la personnalité juridique.

Ce sont surtout les petits hôpitaux qui ont intérêt à collaborer avec d'autres.

Veranderen van partner binnen een netwerk

Het is mogelijk om binnen een netwerk van partner te veranderen. De netwerken moeten rechtspersoonlijkheid hebben om hen een bepaalde stabiliteit te garanderen. Een ziekenhuis verbieden om een rechtsstructuur te verlaten zou in strijd zijn met de vrijheid van vereniging. Elk ziekenhuis moet echter altijd deel uitmaken van een netwerk, dat erkend moet zijn door de bevoegde deelstaat.

Het ziekenhuispersoneel en de sociale dialoog

Het sociaal akkoord van 25 oktober 2017 omvatte een onderdeel over de hervorming van de ziekenhuizen. Er werd beslist om een tripartite werkgroep op te richten om te antwoorden op de vragen van het personeel inzake het behoud van de werkgelegenheid, het sociaal overleg tijdens de overgangperiode en de arbeidsomstandigheden in de netwerken.

De werkgroep heeft zijn werkzaamheden bijna beëindigd; hij zal een tekst voorstellen met alle vragen en antwoorden. Het spreekt voor zich dat over elke bijsturing overleg moet worden gepleegd op lokaal niveau.

Gevolgen voor de werknemers

Er is toenemende vraag naar zorgverstrekking en het aantal patiënten stijgt ingevolge de vergrijzing. De angst voor banenverlies is dus niet gegrond. De ziekenhuizen zullen niet minder patiënten verzorgen, maar zich in bepaalde domeinen specialiseren; aldus kan de thans vastgestelde versnippering van het zorgaanbod worden tegengegaan. Die versnippering vergt namelijk veel van het personeel, dat bijvoorbeeld moet meedraaien in wachtdiensten. De verpleegeenheden zullen homogener zijn en een betere organisatie mogelijk maken. Dankzij een optimale organisatie die berust op een goede samenwerking tussen de ziekenhuizen kan, met de bestaande budgetten, de werklast van het ziekenhuispersoneel worden verlicht en kan de patiënten kwaliteitsvollere zorg worden verstrekt. Het personeel, dat aldus wordt ontlast van sommige wachtdiensten en nachtprestaties, zal expertise verwerven en beroeps- en privéleven beter op elkaar kunnen afstemmen; het regeerakkoord stelt dat trouwens in uitzicht. Het is de bedoeling te zorgen voor “meer handen aan bed”.

De minister onderstreept nogmaals dat zij niet aan de bestaande budgetten wil raken.

Het zal de netwerken toekomen zelf de zorgtaken te bepalen. Het is niet uitgesloten dat sommige zorgverstrekkers van werkplek of dienst zullen moeten veranderen, bijvoorbeeld vroedvrouwen die eventueel in

Changement de partenaire au sein d'un réseau

Le changement de partenaire au sein d'un réseau est possible. Les réseaux doivent avoir la personnalité juridique afin de leur garantir une certaine stabilité. Interdire à un hôpital de quitter une structure juridique serait contraire à la liberté d'association. Toutefois, chaque hôpital doit toujours faire partie d'un réseau qui doit être agréé par l'entité fédérée compétente.

Le personnel hospitalier et la concertation sociale

L'accord social du 25 octobre 2017 comportait un volet sur la réforme des hôpitaux. Il a été décidé de créer un groupe de travail tripartite afin d'apporter des réponses aux questions du personnel sur le maintien de l'emploi, sur la concertation sociale pendant la transition et sur les conditions de travail dans les réseaux.

Le groupe de travail a presque terminé ses travaux et il présentera un texte reprenant toutes les questions et les réponses. Il va de soi que tout remaniement nécessitera une concertation au niveau local.

Conséquences pour les travailleurs

Compte tenu de la demande croissante de soins, de l'augmentation du nombre de patients en raison du vieillissement de la population, la crainte de la perte d'emplois n'est pas fondée. Les hôpitaux n'auront pas moins de patients mais il se spécialiseront dans certains domaines de soins afin de lutter contre le saupoudrage des soins que l'on constate actuellement et qui pèse sur le personnel qui doit, par exemple, assurer les permanences. Les unités de soins seront plus homogènes et permettront une meilleure organisation. Une organisation optimale basée sur une bonne collaboration entre les hôpitaux permettra, avec les budgets existants, d'alléger la charge de travail du personnel hospitalier et de fournir des soins de meilleure qualité aux patients. Le personnel, ainsi déchargé de certaines permanences et prestations de nuit, acquerra de l'expertise et pourra mieux combiner sa vie professionnelle et sa vie privée, comme le prévoit d'ailleurs l'accord de gouvernement. L'objectif est de prévoir plus de personnel auprès des patients (*meer handen aan het bed*).

La ministre tient à rappeler qu'elle ne souhaite pas toucher aux budgets existants.

Il appartiendra aux réseaux de déterminer eux-mêmes leurs missions de soins. Il n'est pas exclu que certaines personnes doivent changer de lieu de travail ou de service. Ainsi, certaines sages-femmes devront

een ander ziekenhuis aan de slag moeten indien twee kraamafdelingen worden samengevoegd.

Het statuut van de werknemers zal niet bij de ziekenhuiswet worden gewijzigd.

De arbeidswetgeving en de wetgeving betreffende het sociaal overleg blijven van toepassing, en moeten in acht worden genomen. De oprichting van de netwerken vergt geen aanpassing van die wetgevingen.

Toekomst van de kleine ziekenhuizen

Dit wetsontwerp beoogt geenszins “mastodontziekenhuizen” op te richten, maar wel rekening te houden met de spreiding van de ziekenhuizen over het land. De kleine ziekenhuizen verstrekken uitstekende zorg, die door de patiënten echt wordt gewaardeerd.

Het is logisch dat niet langer in elk ziekenhuis, of zelfs op elke campus, in hetzelfde zorgaanbod wordt voorzien. De partners van het netwerk zullen overleg moeten plegen om op loco-regionaal niveau de versnippering van het zorgaanbod te verminderen.

Het spreekt voor zich dat de kleine ziekenhuizen nog zullen mogen specialiseren in de domeinen waarin ze uitblinken, bijvoorbeeld geriatrie of dagopnames.

Patiëntenvervoer naar de ziekenhuizen

De federale overheid is bevoegd voor het dringend vervoer van patiënten in kritieke toestand, bijvoorbeeld mensen met een CVA. Voor het niet-dringende vervoer zijn daarentegen de deelstaten bevoegd. Zoals de Raad van State opmerkt, mag de federale regering geen aangelegenheden financieren waarvoor de federale overheid niet bevoegd is.

Voor het primair vervoer, te weten de dringende geneeskundige hulpverlening (vervoer van de patiënten van hun woonplaats naar het ziekenhuis) heeft de regering voorzien in een forfaitaire vergoeding van 60 euro per rit, ongeacht de afstand.

De regering onderzoekt vooralsnog het secundair dringend vervoer, dat wil zeggen het vervoer tussen twee ziekenhuizen. De DGH-middelen die in die context worden ingezet, moeten correct en efficiënt worden aangewend. Voor het niet-dringend secundair vervoer is de federale overheid echter niet bevoegd.

éventuellement aller travailler dans un autre hôpital si deux maternités sont regroupées.

Le statut des travailleurs ne sera pas modifié dans la loi sur les hôpitaux.

La législation du travail et celle sur la concertation sociale restent d'application et doivent être respectées. La création des réseaux ne nécessite pas d'adaptation de ces législations.

Avenir des petits hôpitaux

L'objectif du projet n'est certainement pas de créer des hôpitaux mastodontes mais de tenir compte de la répartition des hôpitaux dans le pays. Les petits hôpitaux procurent des soins de très bonne qualité ce qui est très apprécié par les patients.

Il est logique de ne plus prévoir la même offre de soins dans chaque hôpital, voire dans chaque campus. Les partenaires du réseaux devront se concerter afin de réduire l'éparpillement de l'offre de soins au niveau loco-régional.

Il va de soi que les petits hôpitaux pourront encore se spécialiser dans les domaines où ils excellent, comme par exemple la gériatrie ou l'hospitalisation de jour.

Transport des patients vers les hôpitaux

Le gouvernement fédéral est compétent en ce qui concerne le transport urgent de patients dans un état critique (par exemple les personnes victimes d'un AVC). En revanche, le transport non urgent de patients ressortit aux compétences des entités fédérées. Comme le fait remarquer le Conseil d'État, le gouvernement fédéral ne peut pas financer des matières pour lesquelles il n'est pas compétent.

En ce qui concerne le transport primaire, à savoir l'aide médicale urgente (transport du patient du domicile vers l'hôpital), le gouvernement a prévu une intervention forfaitaire de 60 euros par trajet quelle que soit la distance.

Le gouvernement examine encore le transport urgent secondaire, c'est-à-dire le transport entre deux hôpitaux. Les moyens alloués à l'AMU dans ce contexte doivent être utilisés de manière correcte et efficace. La ministre n'est toutefois pas compétente pour le transport secondaire non urgent.

Een stabiel financieel kader

Bij de FOD Volksgezondheid loopt een onderzoek om na te gaan hoe het budget van de ziekenhuizen voorspelbaarder kan worden. Die voorspelbaarheid moet de ziekenhuisbestuurders helpen om beslissingen te nemen en om een beleid over een langere tijdspanne te voeren. Dankzij een langetermijnbeleid zullen ook de hervormingen beter kunnen worden opgevangen.

Budgettaire zekerheid op lange termijn, zoals de ziekenhuissector eist, kan de minister alleen bieden als op de Rijksbegroting meerjarenverbintenissen kunnen worden aangegaan.

Investerings

Het is duidelijk dat investeringen nodig zijn voor een reorganisatie van bijvoorbeeld de ICT, de apotheken of de laboratoria in de ziekenhuizen.

In samenwerking met de administratie onderzoekt de minister hoe de uitbouw van de netwerken kan worden vergemakkelijkt, bijvoorbeeld door een éénmalige beperkte financiering om de opstartkosten deels te compenseren, naar het voorbeeld van hetgeen waarin is voorzien ten behoeve van de laagvariabele zorgverlening.

Personeelsstatuut

Het personeelsstatuut wordt niet bij de wet op de ziekenhuizen geregeld. De arbeidswet en het sociaal overleg zijn bevoegdheden van de vice-eersteminister en minister van Werk; die is overigens vertegenwoordigd in de werkgroep en zal bijgevolg de maatregelen kunnen nemen die hij noodzakelijk acht.

De pensioenlasten voor de openbare ziekenhuizen

Het vraagstuk van de pensioenlasten voor de openbare ziekenhuizen is niet nieuw. Tijdens deze regeerperiode heeft de regering al maatregelen genomen om dit probleem aan te pakken. De minister heeft uit het gezondheidszorgbudget 127 miljoen euro vrijgemaakt om tegemoet te komen in de responsabiliseringsbijdragen van de openbare ziekenhuizen; dat bedrag kon onder meer dankzij “ziekenhuismaatregelen” in het raam van de *tax shift* worden vrijgemaakt. De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft recent geadviseerd om ook de schijven van de *tax shift* voor de jaren 2019-2020 in te zetten om de responsabiliseringsbijdragen te verminderen.

Thans wordt de mogelijkheid bestudeerd om kortingen op die bijdragen toe te kennen. In overleg met de

Un cadre financier stable

Une étude est en cours au sein du SPF Santé publique afin de voir quelles sont les possibilités d'augmenter la prévisibilité du budget des hôpitaux. Cette prévisibilité doit aider les administrateurs des hôpitaux à prendre des décisions et à mener une politique sur une plus longue période. Une politique à long terme permettra également de mieux intégrer les réformes.

La ministre ne peut garantir une sécurité budgétaire à long terme, comme le réclame le secteur hospitalier, qu'à la condition que des engagements pluriannuels puissent être pris dans le budget de l'État fédéral.

Investissements

Il est clair que des investissements sont nécessaires pour permettre de réorganiser, par exemple, l'ICT, les pharmacies ou encore les laboratoires au sein des hôpitaux.

En collaboration avec l'administration, la ministre examine de quelle manière la mise en place des réseaux peut être facilitée, par exemple en accordant une aide financière minimale et unique afin de compenser partiellement les coûts de lancement (*opstartkosten*), à l'instar de ce qui est prévu pour les soins à basse variabilité.

Le statut du personnel

Le statut du personnel ne se règle pas dans la loi sur les hôpitaux. La loi sur le travail et la concertation sociale ressortissent aux compétences du vice-premier ministre et ministre de l'Emploi qui est d'ailleurs représenté au sein du groupe de travail et qui pourra dès lors prendre les mesures qu'il jugera nécessaires.

Le coût des pensions dans les hôpitaux publics

La problématique du coût des pensions dans les hôpitaux publics n'est pas nouvelle. Sous la présente législature, le gouvernement a déjà pris des mesures pour endiguer ce problème. La ministre a dégagé 127 millions d'euros du budget des soins de santé pour financer les contributions de responsabilisation des hôpitaux publics. Ce montant provient, entre autres, des mesures “hôpital” prises dans le cadre du *tax-shift*. Le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers a récemment conseillé d'investir également les tranches du *tax-shift* pour les années 2019-2020 afin de modérer les contributions de responsabilisation.

Actuellement, on examine la possibilité d'accorder des réductions de ces contributions. D'autres pistes sont

minister van Pensioenen worden ook andere denksporen bewandeld.

Verzwaarde adviesprocedure

Een verzwaarde adviesprocedure is alleen van toepassing indien ze betrekking heeft op aspecten betreffende het statuut van ziekenhuisartsen. De minister heeft gekozen voor een consensusmodel, wat inhoudt dat de beslissingen in onderling overleg tussen de artsen en de bestuurders moeten worden genomen. Zodoende worden de artsen geresponsabiliseerd. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, komt er een bemiddelingsprocedure. Alleen wanneer ook die onderhandelingen mislukken, moet de medische raad zich uitspreken in een gemotiveerd advies.

Financiële middelen van de ziekenhuizen

De financiële middelen die aan de ziekenhuizen worden toegekend (zonder de honoraria) bedragen thans 8,5 miljard euro (op een totaal gezondheidszorgbudget van 25 miljard euro).

Waarom geen supraregionale netwerken?

Er komen geen supraregionale netwerken omdat er evenmin supraregionale ziekenhuizen bestaan, maar wel supraregionale zorgtaken of diensten. Het referentiepunt zal voor elk ziektebeeld anders zijn.

Hopelijk erkennen de deelstaten de netwerken op hetzelfde tijdstip.

Gemeenschappelijke financiering

Artikel 40 van het wetsontwerp voorziet in de mogelijkheid tot gemeenschappelijke financiering van de ziekenhuizen van het netwerk.

MAHA-studie door Belfius

De minister suggereert dat de commissie de auteurs van de door Belfius verrichte "Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen" zou horen.

Loco-regionale zorgtaken

Uiteraard staat het de patiënten vrij een ziekenhuis te kiezen – zelfs al is dat ver van hun woonplaats – wanneer ze weten dat dat ziekenhuis beschikt over de vereiste expertise inzake operaties met een hoog risico.

également étudiées en concertation avec le ministre des Pensions.

Procédure d'avis motivé

Une procédure d'avis motivé est prévue uniquement lorsque des aspects relatifs au statut des médecins hospitaliers sont concernés. La ministre a opté pour un modèle de consensus selon lequel les décisions doivent être prises conjointement entre les médecins et les administrateurs. De cette manière, les médecins seront responsabilisés. En cas de blocage, une procédure de conciliation est prévue. C'est seulement en cas d'échec de cette négociation que le Conseil médical doit se prononcer par avis motivé.

Moyens financiers des hôpitaux

Actuellement, les moyens financiers alloués aux hôpitaux (à l'exclusion des honoraires) se montent à 8,5 milliards d'euros (sur un total de 25 milliards pour les soins de santé).

Pourquoi pas des réseaux supra-régionaux?

Il n'y aura pas de réseaux *supra*-régionaux étant donné qu'il n'existe pas d'hôpitaux *supra*-régionaux mais bien des missions ou des services *supra*-régionaux. La point de référence sera différent pour chaque pathologie.

Il faut espérer que les entités fédérées accordent les agréments aux réseaux au même moment.

Financement commun

L'article 40 du projet de loi prévoit la possibilité d'un financement commun des hôpitaux du réseau.

Étude MAHA de Belfius

La ministre suggère que la commission entende les responsables de l'Analyse sectorielle des hôpitaux généraux réalisée par Belfius.

Missions loco-régionales

Il est évident que le patient reste libre de choisir son hôpital – même s'il est éloigné de son domicile – lorsqu'il sait que cet hôpital dispose de l'expérience requise pour une opération à haut risque.

Procedure

De minister bevestigt dat het werk *bottom-up* zal verlopen, naargelang van de specifieke kenmerken van elk netwerk. Het zal ook mogelijk zijn om transregionaal te werken, mits de deelstaat voor een erkenning heeft gezorgd.

Governance

Het wetsontwerp bepaalt “dat minstens een derde van de bestuurders een expertise in zorgverlening heeft”. De minister had zelfs graag verder willen gaan, maar het gaat al om een evolutie ten opzichte van de huidige situatie.

Volgens de *goodgovernance*-principes kan de voorzitter van de medische raad deel uitmaken van de raad van bestuur.

Contacten tussen de ziekenhuizen en de patiënten

Inzake het contact tussen de ziekenhuizen en de patiënten is al vooruitgang geboekt; men denke aan de ombudsman, de onderzoeken naar patiëntentevredenheid, de uitwisseling van informatie tussen de ziekenhuizen en de patiënten.

Communicatie

Er komt communicatie met de sector en de patiënten. De vertegenwoordigers van de patiënten zijn tot nu toe al betrokken geweest bij de beheersorganen, bijvoorbeeld in het KCE en het FAGG. Organisaties zoals de LUSS en het Vlaams Patiëntenplatform ontvangen ook financiële steun om als tussenschakel tussen de patiënten en de ziekenhuizen op te treden.

De artsen hebben in het bestuur een meerwaarde en het is niet uitgesloten dat hun aanwezigheid in de beheersorganen zal worden opgevoerd.

Zorgregio's en interactie met de eerstelijnszorg

In Vlaanderen werden de zorgregio's al ontworpen op basis van de netwerken. In Wallonië is dat nog niet het geval, maar het lijkt erop dat de zaken vooruitgaan. Idealiter zouden beide gewesten op dezelfde manier moeten werken.

Arbeidswetgeving

Het komt de minister van Werk toe om, zo nodig, de arbeidswetgeving te wijzigen.

Procédure

La ministre confirme que le travail se fera *bottom-up*, en fonction des particularités de chaque réseau. Il sera également possible de travailler de manière transrégionale à condition d'avoir obtenu l'agrément de l'entité fédérée.

La gouvernance

Le projet prévoit qu'au moins un tiers des administrateurs disposent d'une expertise en matière de prestation de soins. La ministre aurait même voulu aller plus loin mais il s'agit déjà d'une évolution par rapport à la situation actuelle.

Selon les principes de la bonne gouvernance, le président du Conseil médical peut faire partie du Conseil d'administration.

Les contacts entre les hôpitaux et les patients

En ce qui concerne les contacts entre les hôpitaux et les patients, des avancées ont déjà eu lieu telles que l'ombudsman, les enquêtes de satisfaction des patients, l'échange d'informations entre les hôpitaux et les patients.

Communication

Une communication aura lieu avec le secteur et les patients. Les représentants des patients ont jusqu'à présent déjà été impliqués dans des organes de gestion, comme par exemple dans le KCE et l'AFPMS. Des organisations comme la LUSS et la Vlaamse Patiëntenplatform reçoivent également des aides financières afin de jouer un rôle d'intermédiaire entre les patients et les hôpitaux.

Les médecins représentent une valeur ajoutée dans la gouvernance et il n'est pas exclu qu'à l'avenir leur présence soit renforcée au sein des organes de gestion.

Régions de soins et interaction avec la première ligne

Les régions de soins en Flandre ont déjà été conçues en fonction des réseaux. En Wallonie, ce n'est pas encore le cas mais il semblerait que les choses avancent. Idéalement, les deux régions devraient travailler de la même façon.

Législation sur le travail

Il appartiendra au ministre de l'Emploi de modifier, s'il échet, la législation sur le travail.

Juridische belemmeringen

Er zal een aantal juridische belemmeringen voor de goede samenwerking tussen de ziekenhuizen moeten worden weggenomen, bijvoorbeeld met betrekking tot de btw, de statuten van het personeel en de samenwerking tussen de openbare en de privésector.

Voor sommige van die bevoegdheden zijn andere leden van de federale regering of zelfs van de deelstaten bevoegd. Er heeft overleg plaatsgevonden met alle bevoegde instanties, teneinde alle onzekerheden onverwijld weg te werken.

Toegenomen doeltreffendheid

Sommige maatregelen kunnen vrij snel worden uitgevoerd. Andere maatregelen in verband met de suprarregionale diensten zullen meer tijd vergen.

IV. — HOORZITTINGEN VAN 6 NOVEMBER 2018

A. Inleidende uiteenzettingen van mevrouw Chantal De Boevere, CHAB/RUZB; de heer Yves Smeets, Santhea; de heer Stephan Mercier, UNESSA; mevrouw Margot Cloet, Zorgnet-Icuro; de heer Jacques De Toeuf, BVAS; de heer Reiner Hueting, vertegenwoordiger van KARTEL; de heren Wouter Decat en Yves Mengal, AUVB-UGIB-AKVB; de heer Geert Gielens, Belfius.

1. Procedure

Mevrouw Anne Dedry, voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing, geeft lezing van artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement:

“Bij hoorzittingen (...) wordt sprekers gevraagd om bij het begin van de hoorzitting duidelijk te vermelden of ze:

1° in een andere hoedanigheid betrokken zijn of geweest zijn bij initiatieven betreffende de voorliggende wetgeving, en

2° betaald worden voor de bijdrage aan de hoorzitting en in voorkomend geval door welke instantie.”.

De voorzitter nodigt de sprekers uit om hun respectieve uiteenzettingen aan te vangen met het beantwoorden van deze vragen.

Obstacles juridiques

Certains obstacles juridiques à la bonne collaboration entre hôpitaux devront être levés, par exemple en ce qui concerne la TVA, les statuts du personnel et la collaboration entre les secteurs public et privé.

Certaines de ces compétences relèvent d'autres membres du gouvernement fédéral, voire des entités fédérées. Des concertations ont lieu avec toutes les instances compétentes afin de lever toutes les incertitudes dans les meilleurs délais.

Efficacité accrue

Certaines mesures peuvent être réalisées relativement rapidement. D'autres mesures concernant les services suprarégionaux nécessiteront plus de temps.

IV. — AUDITIONS DU 6 NOVEMBRE 2018

A. Audition de Mme Chantal De Boevere, CHAB/RUZB; M. Yves Smeets, Santhea; M. Stephan Mercier, UNESSA; Mme Margot Cloet, “Zorgnet-Icuro”; M. Jacques de Toeuf, ABSYM; M. Reiner Hueting, représentant de KARTEL; MM. Wouter Decat et Yves Mengal, AUVB-UGIB-AKVB; M. Geert Gielens, Belfius

1. Procédure

Mme Anne Dedry, présidente de la commission de la Santé Publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, donne lecture de l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre:

“En cas d'auditions [...], il est demandé aux orateurs de préciser explicitement au début de l'audition:

1° s'ils sont ou ont été associés à quelque autre titre que ce soit à des initiatives relatives à la législation à l'examen, et

2° s'ils sont rémunérés pour leur contribution à l'audition, et le cas échéant, par quelle instance.”

La présidente invite les orateurs à entamer leurs exposés respectifs en répondant à ces questions.

2. Uiteenzettingen van de genodigden

2.1. Uiteenzetting van mevrouw Chantal De Boevere, CHAB/RUZB

Overeenkomstig artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement, antwoordt *mevrouw Chantal De Boevere* op de door de commissievoorzitster gestelde vragen, dat geen van beide vragen op haar situatie van toepassing zijn.

Vervolgens licht zij het standpunt over het wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, van de Raad voor Universitaire Ziekenhuizen van België (RUZB), die de 7 Belgische universitaire ziekenhuizen groepeerd, als volgt toe. De RUZB kan de filosofie van samenwerking en partnership delen en wenst ook deel uit te maken van de locoregionale netwerken, maar tegelijkertijd wenst de RUZB de referentiefunctie te vervullen voor supraregionale en universitaire zorgverlening. De RUZB steunt met andere woorden de oriëntaties van het nieuwe ziekenhuisbeleid, zowel op het vlak van de organisatie als de financiering van de ziekenhuiszorg.

Bepaalde punten uit het wetsontwerp vragen bijzondere aandacht van de RUZB:

1. De universitaire ziekenhuizen spelen een essentiële rol in de ziekenhuiszorg in ons land. Zo kende men in 2012 in ons land 1,8 miljoen klassieke hospitalisaties. 256 150 van deze opnames vonden plaats in een universitair ziekenhuis. Iets meer dan één ziekenhuisopname op 7 vindt dus plaats in een universitair ziekenhuis. De universitaire ziekenhuizen zijn goed voor 10 % van de erkende bedden in ons land.

2. Daarnaast zijn de universitaire ziekenhuizen de centra voor de derdelijnsgeneeskunde met kwaliteitsstandaarden conform het Europees gemiddelde, en dit met een financiering die vaak aanzienlijk minder is dan de andere Europese landen. De Antares-studie becijferde dat de reële extra kosten voor de academische opdracht van de universitaire ziekenhuizen oplopen tot ongeveer 24,3 % van hun werkingsbudget. In 2013, bedroeg het B7-budget welgeteld 139 miljoen euro, wat minder is dan 5 % van de omzet van de universitaire ziekenhuizen. In andere Europese landen krijgen de universitaire ziekenhuizen beduidend meer. Zo lopen de percentages in Nederland op tot 32 % van de omzet, in Duitsland en Zwitserland tot 20 % en in Frankrijk tot 9 %. De universitaire ziekenhuizen zijn bijzonder ondergefinancierd. Tussen 2012 en 2017 werd voor meer dan 200 miljoen euro bespaard op het budget van de

2. Exposés des invités

2.1. Exposé de Mme Chantal De Boevere, CHAB/RUZB

Conformément à l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre, *Mme Chantal De Boevere* répond aux deux questions posées par la présidente de la commission qu'aucune de celles-ci ne s'applique à sa situation.

Elle expose ensuite le point de vue de la Conférence des Hôpitaux académiques de Belgique (CHAB), qui regroupe les sept hôpitaux académiques belges, sur le 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". Les HA souhaitent, dans un esprit de collaboration et de partenariat, s'inscrire dans les réseaux cliniques locorégionaux, et en même temps, remplir leur fonction de référence pour les soins suprarégionaux et universitaires. En d'autres termes, la CHAB soutient les orientations de la nouvelle politique hospitalière, tant au niveau de l'organisation que du financement des soins hospitaliers.

Certains points du projet de loi retiennent particulièrement l'attention de la CHAB:

1. Les hôpitaux académiques jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des soins hospitaliers dans notre pays. Ainsi, en 2012, si la Belgique a enregistré 1,8 million d'hospitalisations classiques, 256 150 ont eu lieu dans l'un des sept hôpitaux académiques. Un peu plus d'une hospitalisation sur 7 se fait donc dans un hôpital académique, alors que ces hôpitaux ne représentent que 10 % du total des lits agréés offerts dans notre pays.

2. Les hôpitaux universitaires constituent en outre les centres de médecine de troisième ligne répondant à des normes de qualité conformes à la moyenne européenne, avec un financement pourtant moins important que dans d'autres pays européens. Une étude réalisée par le bureau Antares a calculé que les coûts supplémentaires réels auxquels font face les hôpitaux pour les missions universitaires s'élèvent à quelque 24,3 % de l'ensemble de leur budget de fonctionnement. En 2013, la sous-partie B7 du budget pour les hôpitaux académiques belges s'élevait à 139 millions d'euros, ce qui représente moins de 5 % du total de leurs recettes. Dans d'autres pays européens, les hôpitaux académiques reçoivent un financement nettement plus élevé. Par exemple aux Pays-Bas, les HA académiques reçoivent 32 % du total de leurs recettes pour leur mission, en Allemagne et en Suisse, on arrive à 20 % et en France,

universitaire ziekenhuizen. Een aantal besparingen, onder meer op nomenclatuur, treffen de universitaire ziekenhuizen harder, omdat de artsen gesalarieerd zijn. Tijdens de zomer 2018 besliste de minister voor de Volksgezondheid om unilateraal de B7 met 18,8 miljoen euro bestemd voor coördinerend stagemeesters, te verminderen.

3. Het netwerkinitiatief wordt tot nog toe niet voldoende ondersteund door een aangepaste financiering en de eerder beloofde budgettaire garantie blijft uit. Een stabiele financiering en regelgeving is een absolute noodzaak om de netwerken te kunnen opstarten. Financiële stabiliteit en de begrotingsgarantie op bedrijfsniveau moeten het wederzijdse vertrouwen tussen partners bij de netwerkgesprekken en in de eerste jaren van hun oprichting bevorderen.

De RUZB pleit ervoor dat eventuele positieve resultaten door een verbetering van de efficiëntie altijd terugvloeien naar de ziekenhuizen en niet moeten dienen om onderfinanciering te compenseren. Zo kan de invoering van *shared savings* de sector verzekeren dat winsten die voortvloeien uit samenwerking in het netwerk kunnen blijven. Er moeten dan ook tegelijk aangepaste voorstellen worden gedaan inzake ziekenhuisfinanciering, die toelaten de budgettaire impact in te schatten zodat een praktische implementatie mogelijk wordt.

4. De universitaire ziekenhuizen hebben naast hun locoregionale functie ook een supraregionale en universitaire functie. Deze laatste functie kenmerkt zich door inzet en investeringen in het klinisch fundamenteel onderzoek, opleiding, en tertiaire complexe zorg. Door hun universitaire karakter garanderen deze ziekenhuizen een performante, hoogkwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg naar de toekomst toe. Naast de ontwikkeling van nieuwe behandelingen wordt geïnvesteerd in nieuwe diagnostische methodes, nieuwe technieken voor preventie van ziekten, revalidatietechnieken en nieuwe gezondheidszorgmodellen. Dit is alleen mogelijk dankzij het specifiek statuut van de universitaire ziekenhuizen, dat onder meer voorziet dat minstens 70 % van de artsen in de universitaire ziekenhuizen gesalarieerd zijn. Het is dus van primordiaal belang dat dit statuut behouden blijft en dat een oplossing wordt voorzien voor het behoud ervan in het kader van de netwerkvorming.

à 9 %. Les hôpitaux académiques sont particulièrement sous-financés. Entre 2012 et 2017, des économies de plus de 200 millions d'euros ont été réalisées sur le budget des hôpitaux académiques. Certaines économies, notamment sur la nomenclature, touchent plus durement les hôpitaux académiques, parce que les médecins sont salariés. Au cours de l'été 2018, la ministre de la Santé publique a décidé unilatéralement de réduire de 18,8 millions d'euros le poste B7 destiné aux maîtres de stage coordinateurs.

3. Jusqu'à présent, l'initiative des réseaux n'est pas suffisamment soutenue par un financement adapté et la garantie budgétaire promise précédemment n'arrive pas. La stabilité de la réglementation et du financement est une nécessité absolue si l'on veut encourager le démarrage des réseaux. La stabilité financière et la garantie budgétaire à l'échelon de l'établissement devront favoriser la confiance mutuelle des partenaires lors des pourparlers concernant la formation de réseaux et pendant les premières années de leur mise en place.

La CHAB préconise que les éventuels résultats positifs découlant des gains d'efficacité reviennent toujours aux hôpitaux et ne servent pas à compenser le sous-financement. Ainsi, l'instauration de *shared savings* peut garantir au secteur que les bénéfices découlant de la collaboration réseau puissent rester dans ce réseau. Il convient dès lors également de formuler des propositions adéquates en matière de financement des hôpitaux, afin de pouvoir estimer l'impact budgétaire et de permettre une mise en œuvre pratique.

4. Outre leur fonction locoregionale, les hôpitaux académiques remplissent également une fonction suprarégionale et académique. Celle-ci se caractérise par une implication et des investissements dans la recherche clinique fondamentale, dans la formation des médecins et la prise en charge des soins tertiaires complexes. Par leur caractère académique, ces hôpitaux garantissent des soins de santé performants, de haute qualité, accessibles et axés sur l'avenir. Ils investissent non seulement dans le développement de traitements innovants, mais également dans le développement de nouvelles méthodes diagnostiques, de nouvelles techniques de prévention des maladies et de révalidation, ou encore dans de nouveaux modèles de soins de santé. Ceci n'est possible que grâce au statut spécifique des hôpitaux académiques, qui prévoit qu'au moins 70 % des médecins de ces hôpitaux sont salariés. Il est donc primordial que ce statut soit maintenu et qu'une solution puisse être prévue pour en garantir la pérennité dans le cadre de la constitution de réseaux.

5. Het voorliggende wetsontwerp legt de focus op de locoregionale netwerking en heeft bijgevolg als doel de locoregionale samenwerking vorm te geven en streeft naar een verticale zorgintegratie, waar bij de eerste en de tweede lijn de zorg organiseren rond de patiënt. In de praktijk stellen we echter vast dat op het terrein vooral gestreefd wordt naar een economische samenwerking – vaak over verre afstand – die tegemoetkomt aan een *businessmodel* van status quo en waarbij de patiënt als koopwaar dient. Deze evolutie is niet in het belang van de patiënt en kan niet het finale doel zijn van dit initiatief. Terwijl de netwerking vooral bedoeld was om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren – men denke hierbij aan kraamzorg, materniteit en pediatrie – focussen de discussies op het terrein zich vooral op de derdelijngeneeskunde zoals radiotherapie, cardiale interventies en PET-scan. Een correcte communicatie van de doelstellingen is nodig en er moet een duidelijke boodschap komen inzake supraregionale zorg.

6. Het statuut van de medische raad van het locoregionaal netwerk vormt een ander aandachtspunt. Het wetsontwerp voorziet immers dat alle beslissingen in het netwerk worden genomen in onderlinge overeenstemming tussen het beheer en de medische raad. Deze verregaande bevoegdheid van de medische raad in het netwerkbeheer kan de concrete netwerkvorming tegen gaan. Binnen de universitaire ziekenhuizen is er reeds een aanzienlijke traditie en ervaring met inspraak van met medische korps in het bestuur van het ziekenhuis. In de universitaire ziekenhuizen maken de artsen immers deel uit van de raad van bestuur, wat maakt dat het vetorecht waarover de medische raad in bepaalde omstandigheden beschikt, quasi nooit wordt gebruikt. De RUZB pleit dan ook voor een *governancemodel*, waarbij artsen deel uitmaken van de raad van bestuur, eerder dan zich te moeten beroepen op bevoegdheden met verzwaard advies via de medische raad. Alternatief is dat het *governancemodel* van de deelnemende netwerkziekenhuizen wordt gevolgd, eerder dan dat een nieuwe structuur wordt opgelegd.

2.2. Inleidende uiteenzetting door de heer Yves Smeets, Santhea

Als antwoord op de vragen die worden gesteld met toepassing van artikel 28, *2bis*, van het Reglement van de Kamer, antwoordt de heer Smeets dat hij als directeur-generaal van Santhea door die organisatie wordt betaald voor zijn verschijning voor de commissie.

In oktober 2016 stelde minister De Block voor om het Belgische ziekenhuislandschap te reorganiseren in 25 locoregionale netwerken. Dat voorstel was een gevolg op de verontwaardiging die was ontstaan na de budgettaire besparingen van de regering voor 2017,

5. Le projet de loi à l'examen se concentre sur la mise en réseaux locorégionaux. Il a donc pour but de donner forme à la collaboration locorégionale et vise une intégration des soins verticale, où les première et deuxième lignes organisent les soins autour du patient. Dans la pratique, force est toutefois de constater que sur le terrain, on aspire surtout à une collaboration économique – souvent sur une grande distance – qui répond à un modèle économique de *statu quo*, où le patient sert de marchandise. Cette évolution ne va pas dans l'intérêt du patient et ne peut être le but final de l'initiative à l'examen. Alors que la mise en réseaux était surtout destinée à optimiser la qualité des soins – citons par exemple l'obstétrique, la maternité et la pédiatrie –, les discussions sur le terrain se concentrent surtout sur la médecine de troisième ligne comme la radiothérapie, les interventions cardiaques et le pet-scan. Une communication correcte des objectifs est nécessaire et il faut un message clair au niveau des soins suprarégionaux.

6. Le statut du conseil médical du réseau locorégional constitue un autre point d'attention. Le projet de loi prévoit en effet que toutes les décisions au sein du réseau seront prises en concertation entre le gestionnaire et le conseil médical. Cette compétence étendue du conseil médical dans la gestion du réseau peut aller à l'encontre de la formation concrète du réseau. Les hôpitaux académiques disposent déjà d'une tradition et d'une expérience considérables en matière de participation du corps médical à la gestion de l'hôpital. Dans les hôpitaux académiques, les médecins font en effet partie du conseil d'administration, ce qui fait que le droit de veto dont dispose le conseil médical dans certaines circonstances n'est quasi jamais utilisé. La CHAB plaide dès lors en faveur d'un modèle de gouvernance où les médecins font partie du conseil d'administration, plutôt qu'en faveur d'un modèle dans lequel les médecins doivent invoquer leur pouvoir d'avis renforcé par le biais du conseil médical. Une alternative serait d'adopter le modèle de gouvernance des hôpitaux participant au réseau, plutôt que d'imposer une nouvelle structure.

2.2. Exposé introductif de M. Yves Smeets, Santhea

En réponse aux questions posées en vertu de l'article 28, *2bis*, du Règlement de la Chambre, M. Smeets répond qu'il est, en sa qualité de directeur-général de Santhea, rémunéré par cette organisation pour sa présence devant la commission.

En octobre 2016, la ministre de Block proposait de réorganiser le paysage hospitalier belge en 25 réseaux locorégionaux. Cette proposition faisait suite au tollé déclenché par les économies budgétaires décidées par le gouvernement pour 2017, représentant près de

wat in 2017 neerkwam op bijna 300 miljoen euro voor de ziekenhuizen (bovenop ongeveer hetzelfde bedrag sinds 2014).

Santhea en de ziekenhuizen die het vertegenwoordigt, zijn honderd procent voorstanders van een betere verdeling van de zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen ten voordele van de patiënten en hebben altijd gepleit voor een doeltreffende programmering van de zorgopdrachten en de zware medische apparatuur.

De door de minister gewenste netwerking werd echter voorgesteld als een oplossing om te besparen in de ziekenhuizen. Die bewering wordt niet gestaafd door enig wetenschappelijk onderzoek en vloeit voort uit een postulaat. De structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen vloeit immers geenszins voort uit een inefficiënte toewijzing van middelen, maar uit een van staatswege georganiseerde onderfinanciering van de aan de ziekenhuizen opgelegde verplichtingen.

Bijna drie jaar later wordt in deze commissie een wetsontwerp besproken dat die visie van de minister weerspiegelt. Ondertussen zijn de concrete aspecten van die hervorming vervaagd. Aanvankelijk was er immers sprake van een oplistings van de zorgopdrachten in elk ziekenhuis, met name die welke verplicht in elk locoregionaal netwerk moeten worden vervuld, die welke niet in elk netwerk moeten worden vervuld en die welke alleen in de academische ziekenhuizen kunnen worden vervuld. Naar die verdeling van opdrachten wordt nu helemaal niet meer verwezen.

Zoals het wetsontwerp nu wordt voorgesteld, moeten er bijgevolg tegen 1 januari 2020 ziekenhuisnetwerken worden uitgebouwd zonder te weten waarvoor die zullen dienen! De ziekenhuizen zullen vanaf januari 2020 raden van bestuur moeten samenroepen zonder agenda – rechtspersoonlijkheid wordt nu immers verplicht; de spreker zal daarop terugkomen.

Men vraagt de ziekenhuizen dus om keuzes te maken zonder de programmeringsregels van morgen te kennen en zonder te weten waarop die betrekking zullen hebben.

De Waalse en de Brusselse ziekenhuizen hebben niet op het ontwerp van de minister gewacht om de zorg in klinische netwerken te organiseren.

In Brussel werd begin jaren negentig een openbaar ziekenhuisnetwerk opgericht en het vormt nog altijd een uniek voorbeeld van een regionale organisatie van ziekenhuiszorg.

300 millions d'euros en 2017 pour les hôpitaux (venant s'ajouter à environ la même somme depuis 2014).

Santhea et les hôpitaux qu'elle représente, est totalement favorable à une meilleure répartition des missions de soins entre hôpitaux au bénéfice des patients et prône depuis toujours une programmation efficace des missions de soins et des appareillages médicaux lourds.

La mise en réseau, telle que souhaitée par madame la ministre, était toutefois présentée comme une solution pour réaliser des économies au sein des hôpitaux. Cette affirmation n'est corroborée par aucune étude scientifique et découle d'un postulat. En effet, le sous-financement structurel des hôpitaux ne découle nullement d'une répartition inefficace des moyens qui sont octroyés aux hôpitaux mais bien d'un sous-financement organisé par l'État des obligations qui leur sont imparties.

Près de 3 ans plus tard, arrive en discussion au sein de cette commission un projet de loi traduisant cette vision de la ministre. Entretemps, les aspects concrets de cette réforme ont disparu. En effet, au départ, il était question de lister les missions de soins qui devaient être rencontrées dans chaque hôpital, celles qui devaient être obligatoirement présentes dans chaque réseau locorégional, celles qui ne pouvaient pas être présentes dans chaque réseau et celles qui dépendaient uniquement des hôpitaux académiques. A cette répartition des missions, il n'est plus actuellement fait aucune référence.

De sorte que, tel que le projet de loi est présenté, nous allons devoir construire des réseaux hospitaliers pour le 1^{er} janvier 2020 sans savoir à quoi ceux-ci vont bien pouvoir servir! Les hôpitaux devront réunir des Conseils d'administration (puisque une personnalité juridique est imposée – M. Smeets y reviendra) à partir de janvier 2020, sans ordre du jour!

On demande donc aux hôpitaux de faire des choix sans connaître les règles de programmation de demain, et sans savoir sur quels objets celles-ci vont porter.

Les hôpitaux wallons et bruxellois n'ont pas attendu le projet de la ministre pour organiser les soins en réseaux cliniques.

À Bruxelles, un réseau hospitalier public a été créé au début des années 90 et constitue encore aujourd'hui un exemple unique d'organisation régionale des soins hospitaliers.

Voorts zijn zowel in Wallonië als Brussel klinische netwerken ontwikkeld vanuit de Franstalige universiteiten; die waren door de overheid opgelegd als gevolg van de toenmalige budgettaire moeilijkheden. Na een expansiefase (+ 23 % in twintig jaar) als gevolg van de verhoogde medische en opleidingsbehoeften had de oliecrisis van het midden van de jaren 1970 immers een einde gemaakt aan de uitbreiding van het aantal universitaire ziekenhuisbedden; het koninklijk besluit van 30 juni 1978, vervangen door het koninklijk besluit van 24 december 1980 tot vaststelling van het maximum aantal bedden dat van toepassing is voor de programmering van universitaire ziekenhuizen, beperkte het totaal aantal universitaire ziekenhuisbedden tot 1 190 voor de Vrije Universiteit Brussel (gekoppeld aan een decentralisatie van 200 ervan naar de provincie Henegouwen), tot 1 190 voor de Katholieke Universiteit Leuven (gekoppeld aan een decentralisatie van 300 ervan naar Mont-Godinne) en tot 935 voor de Universiteit Luik (waarvan 218 in openbare ziekenhuizen van die provincie).

Het is altijd de wens van de betrokken ziekenhuizen geweest om hun activiteiten in nauwe samenwerking te beheren en te ontwikkelen, met de bedoeling om de bevolking van de betrokken geografische gebieden de beste zorg in alle medische sectoren te bieden, om in die gebieden een krachtige zorgverlening in stand te houden en te ontwikkelen en om de beschikbare personele en budgettaire middelen te optimaliseren.

In het licht van die historische gegevens lijkt het essentieel om niet af te schaffen wat al bestaat, meer in het bijzonder samenwerkingen die soms al meer dan 40 jaar aan de gang zijn. Het idee om netwerken te creëren die hoofdzakelijk gebaseerd zijn op het begrip geografisch gebied, vormt op zich geen garantie voor kwaliteit, efficiëntie of duurzaamheid. Het biedt immers niet de mogelijkheid om:

- de bestaande samenwerkingsverbanden te handhaven,
- de keuzevrijheid van de patiënt te behouden,
- de hiervoor genoemde ethische en levensbeschouwelijke principes te waarborgen,

maar het voert een geneeskunde in met twee snelheden, waarbij degenen die over de middelen beschikken, zich een behandeling buiten hun woonzorggebied kunnen veroorloven.

De (zelfs internationale) experimenten rond fusies of de vorming van conglomeraten tonen aan dat het succes hoofdzakelijk afhankelijk is van het wederzijds

Par ailleurs, tant en Wallonie qu'à Bruxelles, des réseaux cliniques se sont développés au départ des universités francophones, imposés par les autorités, faisant suite aux difficultés budgétaires de l'époque: en effet, après une phase d'expansion (+ 23 % en vingt ans) liée à l'augmentation des besoins médicaux et de formation, la crise pétrolière du milieu des années 70 mettait fin à l'expansion du nombre de lits hospitaliers universitaires et l'arrêté royal du 30 juin 1978, remplacé par l'arrêté royal du 24 décembre 1980 fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires limitait le nombre total de lits hospitaliers universitaires à 1 190 pour l'Université Libre de Bruxelles, tout en imposant une décentralisation de 200 de ceux-ci dans la Province du Hainaut, à 1 190 pour l'Université catholique de Louvain, avec une décentralisation de 300 de ceux-ci à Mont-Godinne et 935 lits pour l'Université de Liège dont 218 dans des hôpitaux publics de la Province.

Les hôpitaux concernés ont toujours eu la volonté de gérer et développer des activités en étroite collaboration en ayant le souci d'offrir aux populations des zones géographiques concernées les soins les meilleurs dans tous les secteurs médicaux, de maintenir et de développer une offre de soins performante dans ces régions et d'optimiser les ressources humaines et budgétaires disponibles.

Compte tenu de ces rappels, il semble essentiel de ne pas supprimer ce qui existe déjà et notamment des collaborations qui fonctionnent depuis parfois plus de 40 ans. L'idée de créer des réseaux basés essentiellement sur une notion de territoire géographique ne constitue pas en soi une garantie de qualité, d'efficacité ou de pérennité. En effet:

- elle ne permet pas de maintenir ces collaborations existantes;
- elle ne permet pas de maintenir la liberté de choix du patient;
- elle ne permet pas de garantir les principes éthiques et philosophiques rappelés ci-dessus;
- elle instaure une médecine à deux vitesses en permettant à ceux qui en ont les moyens de se faire soigner en dehors de leur zone de soins de résidence.

Les expériences menées, même internationalement, de fusion ou de constitution de conglomerats montrent que la clé du succès est essentiellement liée à la

vertrouwen en de verenigbaarheid van de bedrijfsculturen (zie Guberna).

Santhea pleit dus voor een snelle concretisering van de netwerken op basis van bestaande samenwerkingsverbanden, veeleer dan op louter geografische basis. Dit leidt uiteraard tot een overlapping van meerdere netwerken in bepaalde geografische zones.

Daar waar het KCE de oprichting van een concurrentie-instantie voorstelt (waarvan het nut in het aanvankelijke netwerkschema van de minister niet geheel duidelijk is), stelt Santhea de oprichting van provinciale overlegplatformen voor (naar het voorbeeld van de psychiatrische platformen), waarvan het advies vereist zou zijn voor de toekenning van programmaties. Die platformen zouden de werking van de netwerken op het grondgebied coördineren, zonder evenwel de bestuursorganen van de ziekenhuizen te vervangen op het vlak van het beheer.

Voorts is het nuttig erop te wijzen dat de openbare en de niet-confessionele ziekenhuizen een andere finaliteit hebben dan de katholieke ziekenhuizen.

De openbare en niet-confessionele ziekenhuizen leggen de nadruk op de toegankelijkheid, waardoor elke patiënt, ongeacht zijn inkomen, door de best mogelijke zorgteams, binnen de best mogelijke termijn, in de best mogelijke verblijfsomstandigheden en met het best mogelijke materiaal kan worden verzorgd.

Die ziekenhuizen waarborgen de levensbeschouwelijke en ethische neutraliteit van de zorgverstrekking, die zowel een rol speelt in de openbare dienstverlening als in de omzetting van de waarden van de lekenstaat; aan de neutraliteitsbeginselen mag niet worden geraakt. Er kan in geen geval worden toegestaan dat de toegang tot begeleide voortplanting, euthanasie, vrijwillige zwangerschapsafbreking enzovoort in het kader van het naleven van de Belgische wetgeving wordt beperkt.

Die ziekenhuizen staan garant voor de universele dienstverlening, ongeacht de financiële beperkingen waarmee onze instellingen worden geconfronteerd. In dat verband is de toegang tot de spoeddiensten veelbetekenend.

Het voorliggende wetsontwerp bevat geen enkele waarborg dat de ethische en levensbeschouwelijke wil van de patiënt-burger zal worden geëerbiedigd.

Niet alleen de gedachte die ten grondslag ligt aan de organisatie van de zorg in netwerken doet vragen rijzen, maar ook de concrete regels voor de uitvoering ervan.

confiance et à la compatibilité des cultures d'entreprises (cf. Guberna).

Santhea prône donc la concrétisation rapide de réseaux sur la base des collaborations existantes plutôt que sur une base purement géographique. Ceci amène bien entendu à la superposition de plusieurs réseaux sur des zones territoriales déterminées.

À l'instar de la proposition du KCE de créer une instance de concurrence (dont on ne voit pas très bien l'utilité dans le schéma de réseaux initial de la ministre), Santhea propose plutôt de créer des plates-formes de concertation provinciales (à l'instar des plates-formes psychiatriques) dont l'avis serait requis pour l'octroi de programmations et qui coordonneraient l'action des réseaux sur son territoire, sans toutefois que celles-ci ne se substituent en termes de gestion aux entités gérant les hôpitaux.

Il n'est par ailleurs pas inutile de rappeler ici les finalités différentes des hôpitaux publics et laïques de celles des hôpitaux catholiques.

Les hôpitaux publics et laïques mettent l'accent sur l'accessibilité qui offre à chaque patient, indépendamment de ses revenus d'être soigné par les meilleures équipes de soins possibles, dans les meilleurs délais possibles, dans les meilleures conditions d'hébergement possibles et avec le meilleur matériel possible.

Ceux-ci garantissent la neutralité philosophique et en matière d'éthique de l'institution de soins qui participe au service public comme la transposition des valeurs de l'état laïc; aucune entorse aux principes de neutralité ne peut y être admise. Aucune restriction de l'accès à la procréation assistée, en matière d'euthanasie ou d'IVG..., dans le cadre du respect de la législation belge, n'y est admise.

Ils garantissent le service universel nonobstant les contraintes financières auxquelles nos institutions sont confrontées. Dans ce cadre, l'accès aux urgences est significatif.

Aucune garantie de respecter les volontés éthiques et philosophiques du patient-citoyen n'est offerte dans les textes qui vous sont aujourd'hui présentés.

Au-delà de la philosophie même sous-tendant l'organisation des soins en réseau, les modalités concrètes posent question.

Het wetsontwerp strekt er immers toe te bepalen dat de netwerken een duurzame en juridisch geformaliseerde rechtspersoonlijkheid zullen moeten hebben.

In Brussel en Wallonië bestaat er thans geen juridische structuur die openbare ziekenhuizen toestaat zich onderling of met privéziekenhuizen te associëren, met inachtneming van de garanties die aan de overheidsstructuren wordt geboden.

De rechtsleer gaat er traditioneel van uit dat de OCMW's, net als de gemeenten en dus de intercommunales, slechts associaties kunnen aangaan in de vormen die werden bepaald – en dus toegestaan – door de wetgever. Dit komt doordat de hoedanigheid van openbaar rechtspersoon beperkte actiemiddelen impliceert. Noch de gemeenten, noch de OCMW's kunnen zich met andere woorden beroepen op de vrijheid van vereniging en alleen de wetgever kan een bevoegdheid daartoe erkennen.

In zijn arrest van 16 december 1992 over een beroep met betrekking tot het OCMW-ziekenhuis van Dinant vermeldt de Raad van State dat het verslag van de auditeur de stelling overneemt dat een OCMW geen vereniging zonder winstoogmerk mag oprichten die ressorteert onder de wet van 1921 of daaraan kan deelnemen zonder de artikelen 79 en 118 van de wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn te schenden.

In de arresten nr. 47 124 van 2 mei 1994 en nr. 49 708 van 17 oktober 1994 bevestigt de Raad van State die redenering naar aanleiding van het beroep tegen de beslissing van het OCMW van Dendermonde om de uitbating van zijn ziekenhuis toe te vertrouwen aan een vzw. De Raad stelt namelijk dat “de oprichting van een vereniging zonder winstoogmerk niet kan ingepast worden in de door artikel 79 van de wet voorziene mogelijkheid voor “deelneming in maatschappijen””.

Daaruit volgt dat een OCMW of een intercommunale waarvan een ziekenhuis afhangt, niet zou kunnen deelnemen aan een vzw met het oog op het beheer van (delen van) ziekenhuizen. Door het beheer van zijn ziekenhuis aan de desbetreffende vereniging toe te vertrouwen, zou het immers een taak delegeren die behoort tot de wettelijke opdrachten van de OCMW's (artikel 60, § 6, van de organieke wet).

Met andere woorden, zoals de afdeling Wetgeving van de Raad van State heeft gesteld, blijkt uit het beginsel van de onbeschikbaarheid van de aan de overheidsinstellingen – en met name de OCMW's – toegewezen taken dat deze hun opdrachten niet kunnen delegeren aan personen waarvan de activiteiten aan

Le projet de loi impose en effet aux réseaux de se doter d'une personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée.

Aujourd'hui, il n'existe pas à Bruxelles et en Wallonie de structure juridique permettant à des hôpitaux publics de s'associer entre eux ou avec des hôpitaux privés en respectant les garanties offertes aux structures publiques.

La doctrine considère traditionnellement que les CPAS, tout comme les communes et donc les intercommunales, ne peuvent 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.

Dans son arrêt du 16 décembre 1992 sur un recours relatif à l'hôpital du CPAS de Dinant, le Conseil d'État mentionne que le rapport de l'auditrice reprend la thèse qu'un CPAS ne saurait constituer ou participer à une association sans but lucratif régie par la loi de 1921 sans violer les articles 79 et 118 de la loi du 8 juillet 1976 sur les CPAS.

De même, dans des arrêts n° 47 124 du 2 mai 1994 et n° 49 708 du 17 octobre 1994, le Conseil d'État, saisi de recours contre la décision du CPAS de Termonde de confier l'exploitation de son hôpital à une asbl a confirmé que “la constitution d'une asbl ne cadre pas avec la possibilité de participation dans des sociétés prévues à l'article 79 de la loi organique”.

Il découle de ceci qu'un CPAS ou une intercommunale duquel dépend un hôpital ne pourrait pas adhérer à une asbl en vue de gérer des (parties) d'hôpitaux. En effet, en confiant la gestion de son hôpital à ladite association, il délèguerait ainsi à celle-ci une tâche qui relève des missions légales des CPAS (article 60, § 6 de la loi organique).

En d'autres termes, comme l'a relevé la section législation du Conseil d'État, il résulte du principe de l'indisponibilité des attributions dévolues aux pouvoirs publics, et notamment aux CPAS, que les missions de ceux-ci ne peuvent être déléguées à des personnes dont – comme c'est le cas des asbl – les activités

overheidscontrole ontsnappen – zoals dat het geval is bij vzw's. Daaruit volgt ook dat de onroerende goederen waarvan een OCMW eigenaar is, met inbegrip van de gezamenlijke ziekenhuisinfrastructuur, niet kunnen worden overgedragen aan de vzw.

Als men derhalve beoogt nieuwe structuren op te richten van het type vzw, waaraan overheidsstructuren zouden deelnemen, moet hiervoor wettelijk toestemming worden verleend, wat wetwijzigingen vereist in zowel Wallonië als Brussel, met name om te bepalen welke garanties die nieuwe structuren zouden bieden in het licht van de verplichtingen van de overheidssector. Denken we daarbij aan de democratische vertegenwoordiging in de instellingen en de naleving van de wetten betreffende de politieke minderheden, of zelfs aan de transparantie- en cumulatieregels, aan het personeelsstatuut en het pensioen van de benoemde ambtenaren, aan het op zich nemen van de exploitatieverliezen, aan het naleven van de regels inzake transparantie, neutraliteit en toegankelijkheid van overheidsdiensten enzovoort.

Tot slot benadrukt de Raad van State in zijn advies dat er veel samenwerkingsakkoorden tussen het federale niveau en de deelstaten nodig zullen zijn ter uitvoering van deze hervorming, alsook veel uitvoeringsbesluiten die de gemeenschappen en de gewesten moeten uitvoeren. Tot op heden moet men echter vaststellen dat op dit gebied nog geen concrete bakens werden uitgezet en dat, in het vooruitzicht van de federale en regionale verkiezingen in mei 2019, de concretisering van dergelijke samenwerkingsakkoorden tegen 1 januari 2020 onrealistisch is. Daarnaast moeten op federaal niveau veel uitvoeringsbesluiten worden uitgevaardigd waarover Santhea – in dit stadium – geen enkele informatie heeft.

2.3. Uiteenzetting van de heer Stephan Mercier, UNESSA

De heer Stephan Mercier verklaart ontkennend te antwoorden op de overeenkomstig artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement gestelde vragen.

UNESSA is een werkgeversfederatie in de gezondheidszorgsector en de sector van de bijstand aan de personen. Zij telt 300 aangesloten instellingen, waarin 45 000 personen zijn tewerkgesteld, waarvan 25 000 in de aangesloten ziekenhuizen. Als men de in Wallonië gevestigde ziekenhuizen op een geografische kaart weergeeft, moet men vaststellen dat er geen sprake is van een evenwichtige geografische spreiding. Dit heeft alles te maken met bevolkingsconcentraties. De bevolking is in het Waals Gewest niet evenwichtig verspreid over het grondgebied. Dit verklaart waarom er in de provincie Henegouwen een grote concentratie aan

échappent au contrôle des autorités publiques. Il s'en suit également que les biens immeubles dont un CPAS est propriétaire, dont toute l'infrastructure hospitalière, ne pourraient être cédés à l'asbl.

Si l'on envisage dès lors de créer des nouvelles structures de type asbl auxquelles participeraient des structures publiques, ceci devrait faire l'objet d'une autorisation légale, nécessitant des modifications législatives tant en Wallonie qu'à Bruxelles et régissant notamment la question des garanties qu'offriraient ces nouvelles structures au regard des obligations du secteur public. Pensons à la représentation démocratique au sein des instances et au respect des législations relatives aux minorités politiques, voire aux règles de transparence et de cumul, à la problématique du statut du personnel et de pension des agents nommés, à la prise en charge des déficits d'exploitation, au respect des règles de transparence, de neutralité et d'accessibilité des services publics, ...

Enfin, et le Conseil d'État le souligne dans son avis, de nombreux accords de coopération seront nécessaires entre le Fédéral et les entités fédérées pour mettre en œuvre cette réforme, ainsi que des arrêtés d'exécution que doivent prendre les Communautés et Régions. Il faut toutefois constater qu'au moment présent, rien de concret n'est encore esquissé en la matière et que la perspective d'élections fédérales et régionales en mai 2019 rend la concrétisation de tels accords de coopération irréalisable pour le 1^{er} janvier 2020. Par ailleurs, au niveau fédéral, de nombreux arrêtés d'exécution doivent être pris sur lesquels Santhea n'a – à ce stade-ci – aucune information.

2.3. Exposé de M. Stephan Mercier, UNESSA

M. Stephan Mercier répond par la négative aux questions posées en vertu de l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre.

UNESSA est une fédération patronale du secteur des soins de santé et de l'aide aux personnes. Elle compte 300 institutions affiliées, qui emploient 45 000 personnes, dont 25 000 sont occupées dans les hôpitaux affiliés. Si l'on situe les hôpitaux établis en Wallonie sur une carte, force est de constater que leur répartition géographique n'est pas équilibrée, ce qui est dû aux concentrations de population. En Région wallonne, la population n'est pas répartie de manière équilibrée sur le territoire, ce qui explique pourquoi la province de Hainaut se caractérise par une forte concentration d'hôpitaux. La province de Hainaut compte en effet plus

ziekenhuizen is. De Provincie Henegouwen telt immers meer dan 1,3 miljoen inwoners, wat bijna 40 % van de totale bevolking in Wallonië is.

In het Waals Gewest zijn er ongeveer evenveel publieke (47 %) als privaatrechtelijke (53 %) ziekenhuizen. Dit houdt een duidelijk verschil in ten opzichte van de situatie in Vlaanderen. Dit verschil vereist dat bij het uitbouwen van de netwerken, met de specifieke Waalse situatie moet worden rekening gehouden. Een gelijkaardige redenering maakt ook opgeld voor de situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voorts zijn er ook ziekenhuizen die door tussenliggende korpsen van het middenveld worden bestuurd, zoals bijvoorbeeld de mutualiteiten. Deze ziekenhuizen hebben vaak een bestuursmodel dat op dat van de publieke ziekenhuizen lijkt.

UNESSA en een grote meerderheid van haar leden zijn principieel voorstander van het oprichten van ziekenhuisnetwerken. Er is dan ook een groot voluntarisme op het terrein aanwezig om met de hervorming door te gaan. Maar UNESSA vraagt meer duidelijkheid over bepaalde elementen van de hervorming. UNESSA vraagt dan ook uitdrukkelijk dat de verder geformuleerde vragen en kritische bedenkingen worden begrepen in deze context van een positief klimaat en een positieve houding ten aanzien van de principes van netwerkvorming voor de ziekenhuizen.

Vervolgens licht de heer Mercier bepaalde standpunten van UNESSA nader toe.

1. Gemengde netwerken: privaatrechtelijke verenigingen en publieke overheden – pluralistische netwerken

Het strikte geografische criterium (buiten de grote steden- en de niet-overlapping zullen leiden tot de oprichting van verscheidene hybride of gemengde netwerken. Dit kan gaan om ziekenhuizen die bestuurd worden door een vzw, maar die verbonden zijn aan verschillende medische opleidingsinstellingen (universiteiten) en/of aan inrichtende machten die ressorteren onder verschillende zuilen (christelijke en socialistische mutualiteiten bijvoorbeeld). Het betreft eveneens ziekenhuizen waarvan het statuut publiek is en ziekenhuizen uit de verenigingssector; ook in dit geval zijn de opleidingsinitiatieven vaak ook verschillend. Dit vraagstuk overrompelt het Waalse ziekenhuislandschap meer dan dat van de twee andere gewesten, aangezien in Vlaanderen de ziekenhuizen voor het grootste deel tot de verenigingssector behoren en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de ziekenhuizen voornamelijk verbonden zijn aan een zuil of sector.

2. Het is essentieel dat de Waalse decreten betreffende de lokale besturen worden aangepast.

de 1,3 miljoen d'habitants, ce qui représente 40 % de la population totale en Wallonie.

La Région wallonne compte à peu près autant d'hôpitaux publics (47 %) que d'hôpitaux de droit privé (53 %), ce qui diffère clairement de la situation en Flandre. Cette différence implique qu'il convient de tenir compte de la situation spécifique de la Wallonie lors de la constitution des réseaux. Un raisonnement similaire s'applique également à la situation dans la Région de Bruxelles-Capitale. En outre, il existe également des hôpitaux qui sont gérés par des corps intermédiaires de la société civile, par exemple les mutualités. Ces hôpitaux ont souvent un mode de gouvernance proche des hôpitaux publics.

UNESSA et une grande majorité de ses membres sont, par principe, en faveur de la création de réseaux hospitaliers. Il existe donc une forte volonté, sur le terrain, de poursuivre la réforme engagée. Ceci dit, UNESSA souhaite davantage de clarté sur certains éléments de la réforme et demande donc explicitement que les questions et les commentaires critiques qu'elle continue à formuler soient compris dans ce contexte caractérisé par un esprit constructif et par une attitude favorable aux principes du réseautage entre hôpitaux.

M. Mercier apporte ensuite des précisions sur certaines positions de la fédération UNESSA.

1. Réseaux mixtes: associations de droit privé et pouvoirs publics – réseaux pluralistes

Le critère géographique strict (hors grandes villes) et le non-chevauchement vont conduire à la constitution de plusieurs réseaux hybrides ou mixtes. Ceux-ci peuvent concerner des hôpitaux gérés sous forme d'ASBL mais reliés à des filières de formation des médecins différentes (universités) et/ou à des pouvoirs organisateurs issus de piliers différents (mutualités chrétiennes et mutualités socialistes par exemple). Il s'agira aussi d'hôpitaux dont le statut est public et d'hôpitaux associatifs (les filières de formation étant dans ce cas le plus souvent différenciées également). Cette question bouscule le paysage wallon bien plus qu'elle ne le fait dans les deux autres régions, étant donné qu'en Flandre, la plupart des hôpitaux appartiennent au secteur associatif et qu'en Région bruxelloise, ils sont majoritairement reliés à un pilier ou à un secteur.

2. Il est essentiel que les décrets wallons relatifs aux pouvoirs locaux soient adaptés.

De ziekenhuizen verbonden aan de verenigingssector kunnen enkel een locoregionaal netwerk oprichten met partners uit de publieke sector onder de vorm van een privaatrechtelijke vereniging zonder winstoogmerk.

Waar in Vlaanderen de regionale wetgeving betreffende de lokale besturen reeds een aantal jaren geleden werd gewijzigd, is dit niet het geval in Wallonië.

Na verscheidene juridische raadgevingen, hetzij door UNESSA, hetzij door de aangesloten ziekenhuizen zelf, stelt men vast dat er zeer verschillende visies circuleren over dit onderwerp. Dit leidt tot een aanzienlijke rechtsonzekerheid.

De ziekenhuizen uit de publieke sector kunnen slechts een van de twee volgende rechtsvormen bekleden: een vereniging overeenkomstig hoofdstuk 12 van de OCMW-wet of een intercommunale. In Wallonië is samenwerking in een intercommunale de meeste frequent voorkomende vorm van samenwerking.

Over de volgende punten moeten dan ook worden gewaarborgd:

- de mogelijkheid om netwerkstructuren op een proportionele wijze tot stand te brengen, inzonderheid wanneer de publieke partner geen meerderheidsaandeel heeft;

- de impact van de niet- ziekenhuisgerelateerde wetgeving die betrekking heeft op het bestuur van de ziekenhuizen (cf. hervorming van de Waalse intercommunales in het voorjaar van 2018).

3. Van netwerken naar fusies: het pensioen van de statutair benoemde personeelsleden

De netwerken zullen op middellange termijn leiden tot de oprichting van zeer grote geïntegreerde ziekenhuisgehele van meer dan 2000 bedden. Hoewel dit niet het doel is van de hervorming, moet men zich bewust zijn van deze mogelijke realiteit:

- de complexiteit van de zeer geïntegreerde financiering van de medische en ziekenhuisactiviteit en de moeilijkheid van het onderhandelen over de financiële tegenpartijen van het verplaatsen van een activiteit;

- de belemmeringen die de medische statuten en de statuten van de personeelsleden van de verschillende instellingen vertegenwoordigen.

In verscheidene zorgregio's zal het ritme van de integratie dan ook worden versneld om tamelijk snel tot fusies te komen.

Les hôpitaux associatifs ne peuvent imaginer constituer des réseaux locorégionaux avec des partenaires publics qu'au travers de la forme d'une ASBL privée.

Si, en Flandre, la législation régionale sur les pouvoirs locaux a déjà été modifiée il y a plusieurs années, ce n'est pas le cas en Wallonie.

Après diverses consultations juridiques, soit à l'initiative d'UNESSA, soit à celle d'hôpitaux affiliés à la fédération, l'on constate qu'il existe des points de vue très différents à ce sujet, ce qui se traduit par une insécurité juridique considérable.

Les hôpitaux du secteur public ne peuvent revêtir qu'une des deux formes juridiques suivantes: soit une association chapitre 12 de la loi sur les CPAS, soit une intercommunale, ce qui est la forme de collaboration la plus fréquente en Wallonie.

Il y a donc lieu d'apporter des garanties sur les points suivants:

- la possibilité de constituer des structures de réseau à la proportionnelle, en particulier quand le partenaire public n'est pas majoritaire;

- l'impact de législations non hospitalières sur la gestion des hôpitaux (cf. réforme des intercommunales wallonnes au printemps 2018).

3. Des réseaux aux fusions: la pension des membres du personnel statutaire

Les réseaux vont aboutir à moyen terme à la création de très grands ensembles hospitaliers intégrés de plus de 2 000 lits. Bien que ce ne soit pas le but de la réforme, il faut être conscient de cette possibilité. Les raisons sont les suivantes :

- la complexité du financement très intégré de l'activité médicale et hospitalière et la difficulté de négocier les contreparties financières des déplacements d'activité;

- les freins que représentent les différences de statut médical et de statut du personnel entre institutions.

Dans plusieurs bassins, il est donc probable que le rythme de l'intégration s'accélère pour aboutir assez rapidement à des fusions.

Op dit ogenblik vormt de dekking van de pensioenlast van de statutaire personeelsleden van de publieke ziekenhuizen vandaag een aanzienlijke rem op het verwezenlijken van fusies door de financiële onzekerheid die het teweeg brengt en het risico dat dit doet wegen op de partners van het netwerk.

4. Duidelijkheid over de programmatie en de toekomstige erkenningen

Aan de basis van het oprichten van de netwerken, ligt – zij het met schroom uitgedrukt – de intentie om het plaatselijk aanbod te rationaliseren. Dit raakt vooral sectoren met een sterk emotionele impact voor de bevolking en voor de lokale besturen, zoals daar zijn: pediatrie, kraamafdeling, urgentiediensten enzovoort.

Door een gebrek aan precisering, heeft de onderhandeling tussen de ziekenhuizen over de oprichting van het netwerk weinig betrekking op het locoregionale aanbod. Het zal dan ook vooral het suprarregionale aanbod zijn dat de belangrijkste inzet zal vormen bij het oprichten van de netwerken.

Men wordt eveneens geconfronteerd met een programmatie zonder het te vermelden (op basis van RIZIV-conventies) en die zich verwijdt van de logica van de netwerken en de zorgregio's (cf. de recente discussie over de zeldzame kankers).

5. De financiering moet worden gestabiliseerd

De ziekenhuissector verkeert in een moeilijke financiële situatie, omwille van de chronische onderfinanciering. Dit zal verder worden toegelicht door de heer Geert Gielens. Partners die zich in een financieel kwetsbare situatie bevinden, zijn minder geneigd om grote akkoorden te onderhandelen. Het is onmogelijk om gelijktijdig besparingen door te voeren en de netwerken te creëren. De netwerken zullen wellicht besparingen genereren, maar niet meteen. Er moet met andere woorden in de hervorming worden gefinancierd. De ziekenhuizen moeten tevens de garantie krijgen van financiële stabiliteit tijdens de overgangperiode.

6. Hoeveel netwerken?

De optelsom van de A-plannen (bevoorrechte opties) van de algemene ziekenhuizen aangesloten bij UNESSA leidt tot 7 of 8 netwerken voor Wallonië (de Duitse Gemeenschap inbegrepen).

De onzekerheid over de toekomstige programmatiecriteria leidt hen ertoe te streven naar netwerken van vergelijkbare grootte. Zullen bijvoorbeeld de erkenningen worden afgeleverd per netwerk of per activiteitsquota?

À l'heure actuelle, la couverture de la charge des pensions du personnel statutaire des hôpitaux publics constitue un frein considérable à la réalisation de fusions, à cause de l'insécurité financière qu'elle génère et du risque qu'elle fait peser sur les partenaires du réseau.

4. Voir clair sur la programmation et les agréments futurs

La mise en place de réseaux procède de l'intention – même si elle est pudiquement exprimée – de rationaliser l'offre de proximité. Celle-ci touche principalement des secteurs aux impacts émotionnels forts pour la population et les pouvoirs locaux: pédiatrie, maternité, soins d'urgence, etc.

En l'absence de précision, la négociation entre hôpitaux sur la mise en réseau concerne peu l'offre locorégionale. C'est donc surtout l'offre suprarégionale qui est vécue comme l'enjeu principal des formations de réseau.

On assiste également à une programmation qui ne dit pas son nom (par le biais de conventions INAMI) et qui s'éloigne de la logique des réseaux et des bassins (voir les récentes discussions à propos des cancers rares).

5. Nécessaire stabilisation du financement

Le secteur hospitalier est dans une situation financière difficile, en raison d'un problème de sous-financement chronique. M. Geert Gielens reviendra plus en détail sur cet aspect. Des partenaires en situation de fragilité sont peu enclins à négocier des grands accords. Il est impossible de faire des économies et de créer des réseaux en même temps. Les réseaux seront probablement générateurs d'économies mais pas d'emblée. Autrement dit, il faut investir dans la réforme et garantir aux hôpitaux une stabilité financière pendant la période intermédiaire.

6. Combien de réseaux?

L'addition des "plans A" (options privilégiées) des hôpitaux généraux affiliés à UNESSA conduit à 7 ou 8 réseaux pour la Wallonie (communauté germanophone incluse).

L'incertitude sur les critères de programmation futurs les conduit à souhaiter des tailles de réseau comparables. Les agréments seront-ils par exemple octroyés par réseau ou par quota d'activité?

Het slagen van de A-plannen is echter afhankelijk van elementen waarover de garantie nog steeds uitblijft, met name:

— de aanpassing van de wetgeving betreffende de lokale besturen;

— de onontbeerlijke samenwerkingsakkoorden tussen de deelstaten, met oog voor de complexe elementen, verbonden aan de organisatie van het Brussels Gewest (GGC enzovoort) en aan het statuut van de universitaire ziekenhuizen (*Fédération Wallonie-Bruxelles*): zo kan er bijvoorbeeld een netwerk worden opgericht van één of meer Waalse ziekenhuizen, bestaande uit een Brussels universitair ziekenhuis en een niet-universitair ziekenhuis. Het aantal partijen bij het akkoord en de impact op de quota van het aantal netwerken in elke deelstaat moet worden verduidelijkt.

Bij wijze van conclusie onderlijnt de heer Mercier dat er bij de bij UNESSA aangesloten ziekenhuizen een brede consensus bestaat over het principe van de consolidatie van de ziekenhuissector. Bij de hervorming moeten echter flankerende maatregelen worden getroffen die onontbeerlijk zijn om vooruitgang te boeken op de wijze zoals door velen wordt gewenst. De gevolgen op de organisatie van de gezondheidszorg zullen zich waarschijnlijk sneller dan verwacht manifesteren.

2.4. Uiteenzetting van mevrouw Margot Cloet, Zorgnet-Icuro

Mevrouw Margot Cloet wijst er bij wijze van antwoord op de overeenkomstig artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement gestelde vragen op dat zij in haar vorige functie bij de Vlaamse Gemeenschap – waaraan sinds een jaar een einde is aan gekomen – betrokken is geweest bij de beleidsvoorbereiding van het wetsontwerp, onder meer in het kader van de vergaderingen van de Interministeriële Conferentie en in het kader van de besprekingen over het vastleggen van het aantal netwerken per Gewest.

De Vlaamse ziekenhuizen, verenigd in Zorgnet-Icuro, zijn bereid hun actieve medewerking te verlenen bij de netwerkvorming van de ziekenhuizen, mits evenwel wordt voldaan aan een aantal randvoorwaarden, er een kleine amendering van de tekst van het wetsontwerp wordt doorgevoerd, en er tegelijk werk wordt gemaakt van een aangepaste financiering.

De Vlaamse ziekenhuizen, verenigd in Zorgnet-Icuro, tonen zich reeds lang voorstander van een goed georganiseerde rationele samenwerking tussen ziekenhuizen, met linken naar de eerstelijnszorg, de ouderenzorg enzovoort. Sinds de federale en de Vlaamse regering

La réussite des plans A est néanmoins conditionnée par des éléments pour lesquels la garantie tarde à venir, à savoir:

— l'adaptation de la législation sur les pouvoirs locaux;

— les indispensables accords de coopération entre les entités fédérées, compte tenu des éléments de complexité liés à l'organisation de la Région bruxelloise (COCOM, etc.) et au statut des hôpitaux universitaires (Fédération Wallonie-Bruxelles): c'est ainsi qu'on pourrait par exemple créer un réseau constitué d'un ou de plusieurs hôpitaux wallons avec un hôpital universitaire de la Région bruxelloise et un hôpital non universitaire de cette même Région. Il s'agit également de préciser le nombre de parties à l'accord et l'impact sur le quota de réseaux dans chaque entité fédérée.

En guise de conclusion, M. Mercier souligne qu'il existe entre les hôpitaux affiliés à UNESSA un large consensus sur le principe d'une consolidation du secteur hospitalier. Toutefois, des mesures d'accompagnement de la réforme sont indispensables pour aller de l'avant comme beaucoup le souhaitent. Les conséquences sur l'organisation des soins se manifesteront probablement plus rapidement que ce que l'on pourrait attendre.

2.4. Exposé de Mme Margo Cloet, Zorgnet-Icuro

Mme Margot Cloet souligne, en guise de réponse aux questions posées conformément à l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre, que dans le cadre de ses précédentes fonctions au sein de la Communauté flamande – où elle n'est plus en service depuis un an –, elle a été associée à la préparation stratégique du projet de loi, notamment dans le cadre des réunions de la Conférence interministérielle, ainsi que dans le cadre des discussions sur la fixation du nombre de réseaux par Région.

Les hôpitaux flamands affiliés à Zorgnet-Icuro sont disposés à prêter leur concours actif au réseautage des hôpitaux, pour autant que certaines conditions soient remplies, que le texte du projet de loi soit légèrement amendé et que l'on s'attelle, dans le même temps, à modifier le système de financement.

Les hôpitaux flamands, réunis au sein du réseau "Zorgnet-Icuro", sont depuis longtemps favorables à une collaboration rationnelle et bien organisée entre hôpitaux, en lien avec les soins de première ligne, les soins aux personnes âgées, etc. Dès que le gouvernement fédéral

de vorming van ziekenhuisnetwerken (deze legislatuur) in hun regeerakkoorden inschreven, zijn de Vlaamse ziekenhuizen zich hierop aan het voorbereiden. De netwerken vormen zich bottom-up, ook buiten het strikt medisch-klinische vlak. Om aan de ziekenhuizen toe te laten om hun essentiële taken binnen de gezondheidszorg verder te vervullen, is het wel noodzakelijk dat de reeds vele jaren gevraagde hervorming van de ziekenhuisfinanciering daadwerkelijk ingezet wordt en dat een einde gemaakt wordt aan de problematische onderfinanciering van de ziekenhuisactiviteit die op termijn onhoudbaar is. Hierbij verwijzen we, niet in het minst, naar de structurele onderbestaffing. Daar waar het Europees gemiddelde 1 verpleegkundige instaat voor 8 patiënten, is dat bij ons 1 verpleegkundige per 11 patiënten. Het spreekt voor zich dat dit aangepakt moet worden willen we de nodige kwaliteit van zorg voor de patiënten en aldus ook zorg voor de medewerkers blijven garanderen.

Daarnaast vragen de Vlaamse ziekenhuizen een beperkte aanpassing aan het thans voorliggende wetsontwerp en enkele noodzakelijke aanpassingen in andere wetten en besluiten.

1. Een stabiel en betrouwbaar financieel kader

De netwerkvorming moet leiden tot meer kwaliteit van zorg en een rationeler gebruik van de middelen in de gezondheidszorg. Netwerkvorming mag niet aangegrepen worden om een besparingsoperatie door te voeren in de ziekenhuissector die reeds lange tijd ondergefinancierd is. Zorgnet-Icuro herinnert in dat verband aan het duidelijke en goed gemotiveerde advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 23 maart 2017. Dit advies pleit voor financiële stabiliteit voor alle betrokken ziekenhuizen gedurende minstens vijf jaar met een jaarlijkse reële groeinorm van 1,5 %. Financiële stabiliteit en budgetgarantie op ziekenhuisniveau moeten het wederzijds vertrouwen van de partners van het netwerk bevorderen in de opstartfase.

De opstart van de netwerken vraagt veel tijd en inspanning van alle partners. Bovendien vereisen de netwerken ook een structurele coördinatie en zullen er zich nieuwe (netwerk)functies aandienen, bv. de verplichte netwerkhoofddarts. Hiervoor is een bijkomende financiering noodzakelijk. De Vlaamse ziekenhuizen vragen hiervoor een forfaitair bedrag van minstens 475 000 euro per netwerk.

Los hiervan is het absoluut noodzakelijk dat werk gemaakt van een globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Uit de MAHA-studie van Belfius (die op 3 november ll. nog uitgebreid werd besproken in

et le gouvernement flamand ont inscrit dans leur accord de gouvernement la formation de réseaux entre hôpitaux (au début de cette législature), les hôpitaux flamands ont commencé à s'y préparer. Les réseaux se constituent selon une approche *bottom-up*, également en dehors du cadre strictement médical et clinique. Pour permettre aux hôpitaux de poursuivre leurs missions essentielles dans les soins de santé, il convient toutefois que la réforme du financement des hôpitaux, réclamée depuis des années, soit effectivement engagée et qu'il soit mis fin au sous-financement problématique de l'activité hospitalière qui, à terme, est intenable. À cet égard, l'oratrice renvoie en particulier au manque structurel d'effectifs. Alors que, selon la moyenne européenne, un infirmier prend en charge 8 patients, en Belgique, un infirmier doit s'occuper de 11 patients. Il convient bien entendu de régler ce problème si l'on entend garantir la qualité de soins nécessaire pour les patients et, partant, des conditions de travail décentes pour les collaborateurs.

Les hôpitaux flamands demandent en outre une adaptation limitée du projet de loi à l'examen, ainsi que certains ajustements nécessaires dans d'autres lois et arrêtés.

1. Un cadre financier stable et fiable

La création de réseaux doit entraîner une amélioration de la qualité des soins et une utilisation plus rationnelle des moyens dans le domaine des soins de santé. Elle ne peut servir de prétexte pour réaliser des économies dans le secteur hospitalier, qui est depuis longtemps sous-financé. "Zorgnet-Icuro" rappelle, à cet égard, l'avis sans équivoque et solidement argumenté du Conseil fédéral des établissements hospitaliers du 23 mars 2017, qui préconisait la stabilité financière pour tous les hôpitaux concernés pendant au moins cinq ans, avec une norme de croissance réelle annuelle de 1,5 %. La stabilité financière et la garantie budgétaire au niveau des hôpitaux doit favoriser la confiance mutuelle des partenaires au cours de la phase de lancement.

La mise en place des réseaux exige beaucoup de temps et d'efforts de la part de tous les partenaires. Les réseaux nécessitent en outre une coordination structurelle et de nouvelles fonctions (de réseau) verront le jour, comme par exemple celle de médecin en chef du réseau. Un financement supplémentaire est nécessaire à cette fin. Les hôpitaux flamands demandent dès lors un budget forfaitaire d'au moins 475 000 euros par réseau.

Indépendamment de ces considérations, il est absolument nécessaire de procéder à une réforme globale du financement des hôpitaux. L'étude MAHA de Belfius (qui a encore été longuement analysée dans un dossier

een dossier in de Financieel-Economische Tijd) blijkt dat één op drie ziekenhuizen verlieslatend is. Deze trend neemt toe en is in essentie het gevolg van het feit dat de basisactiviteit van de ziekenhuizen (en in het bijzonder de verpleegkundige verzorging) structureel niet voldoende gefinancierd is. Dit probleem neemt toe met nieuwe verplichtingen die ook niet of niet voldoende gefinancierd zijn (zoals *E-health* en de uitbouw van elektronische patiëntendossier – waarvan slechts 15 % is gefinancierd –, de kwaliteitsnormen in het kader van de accreditering, de implementatie van de GDPR).

2. Hinderpalen voor ruimere samenwerking wegnemen

Het wetsontwerp is vooral bedoeld om de klinische samenwerking te bevorderen en de netwerken te verplichten om de locoregionale zorgopdrachten te verdelen en overeenkomsten te sluiten met de zogenaamde referentiepunten. Veel netwerken willen echter verder gaan dan louter die verdeling van zorgopdrachten. Denk maar aan samenwerking op het gebied van ICT, gebouwenbeheer, facilitair management, voedsel of geneesmiddelen. Ook dit is nodig om tot een rationalisatie te komen. Onder de huidige wetgeving wordt die samenwerking belemmerd of duurder gemaakt door een reeks hinderpalen waarvoor aanpassingen buiten de Ziekenhuiswet nodig zijn. Zorgnet-Icuro vraagt om hierover spoedig in overleg te gaan en is bereid om met de betrokken administraties en politiek verantwoordelijken concrete voorstellen uit te werken.

Mevrouw Cloet zoomt in op een aantal concrete voorstellen;

2.1. Geen BTW op transacties tussen samenwerkende ziekenhuizen

Wanneer ziekenhuizen samenwerken en aan elkaar goederen of ondersteunende diensten leveren (zoals maaltijden, poetsdiensten of informatica-dienstverlening), dan bestaat nu het gevaar dat hierop tot 21 % BTW moet worden betaald. Dat is kostenverhogend, remt de beoogde samenwerking af en staat dus haaks op de doelstelling van de netwerken (rationeel gebruik van middelen). Om dat te vermijden is een wetwijziging nodig of minstens een duidelijk standpunt van de fiscale administratie en de minister van Financiën over de toepassing van de Zorgcircular van 2012.

du *Financieel-Economische Tijd* du 3 novembre dernier) montre qu'un hôpital sur trois est déficitaire. Cette tendance est à la hausse et elle résulte essentiellement du sous-financement structurel de l'activité de base des hôpitaux (et en particulier des soins infirmiers). Les nouvelles obligations qui, elles non plus, ne sont pas ou pas suffisamment financées (comme l'*E-health* et la mise en place du dossier de patient électronique – seulement financée à hauteur de 15 % –, les normes qualitatives dans le cadre de l'accréditation et la mise en œuvre du RGPD) accentuent encore ce problème.

2. Lever les entraves à une collaboration élargie

Le projet de loi vise essentiellement à promouvoir la coopération clinique et à obliger les réseaux à se répartir les missions de soins locoregionales et à conclure des conventions avec les points dits de référence. Bon nombre de réseaux veulent toutefois aller au-delà de la simple répartition des missions de soins. Il suffit de songer à la coopération dans le domaine des TIC, à la gestion des bâtiments, aux services généraux, au volet alimentaire ou aux médicaments. Ces éléments doivent également être pris en compte pour parvenir à une rationalisation. Sous l'empire de la législation actuelle, une série d'obstacles ont empêché cette coopération, ou en ont augmenté le coût, de sorte que des ajustements doivent être apportés en dehors de la loi sur les hôpitaux. Zorgnet-Icuro plaide pour une concertation rapide en la matière et se dit disposé à élaborer des propositions concrètes avec les administrations et les responsables politiques concernés.

Mme Cloet détaille quelques propositions concrètes:

2.1. Pas de TVA sur les transactions entre les hôpitaux qui collaborent

Lorsque des hôpitaux collaborent et se fournissent mutuellement des biens ou des services d'appui (tels que les repas, les services de nettoyage ou la fourniture de services informatiques), ils s'exposent désormais au risque d'être soumis au taux de T.V.A de 21 %. Cette disposition fait grimper les coûts, freine la collaboration visée par le projet et est contraire à l'objectif des réseaux (une utilisation rationnelle des moyens). Pour éviter cet écueil, il convient de modifier la loi ou du moins d'obtenir une position claire de l'administration fiscale et du ministre des Finances concernant l'application de la circular de 2012 sur les soins de santé.

2.2. Mogelijkheden om de apotheekfunctie te integreren

Alle ziekenhuizen moeten beschikken over een ziekenhuisapotheek die aan een hele reeks technische en organisatorische normen dient te voldoen. Onder de huidige stand van de wetgeving is het niet mogelijk – tenzij via zeer ingewikkelde juridische constructies – om dat te organiseren op het niveau van het netwerk. Zo kunnen er geen gemeenschappelijke depots of *clean rooms* voor de bereiding van geneesmiddelen worden georganiseerd. Ook het aanstellen van een coördinerende apotheker voor het netwerk is niet mogelijk.

Mede gezien de grote schaarste aan ziekenhuis-apothekers vraagt Zorgnet-Icuro dat de mogelijkheid zou worden voorzien dat de apotheekfunctie op netwerkniveau kan worden georganiseerd. Zorgnet-Icuro vraagt dat er in overleg met de ziekenhuisapothekers en de betrokken administraties voorstellen tot een versoepeling en modernisering van de regelgeving worden geformuleerd.

2.3. Mogelijkheden om de laboratoriumfunctie te integreren

Net zoals voor de ziekenhuisapotheek zullen sommige samenwerkende ziekenhuizen hun laboratorium voor klinische biologie en laboratoria anatome pathologie willen integreren. Het centraliseren betekent een efficiëntiewinst en kan ook een kwaliteitsverhogend effect ressorteren, dat alles binnen een stabiel en financieel kader. Ook hiervoor dienen de hindernissen te worden weggenomen.

3. Een oplossing voor de kosten van het patiëntenvervoer tussen ziekenhuizen

Een gevolg van de verdeling van zorgopdrachten is dat patiënten zich tussen ziekenhuizen zullen moeten verplaatsen. Zij zullen dat niet steeds zelfstandig kunnen doen; ziekenvervoer zal nodig zijn. Dat moet vlot toegankelijk zijn, en professioneel en veilig verlopen. Het Vlaamse decreet van 18 mei 2010 betreffende het “niet-dringend liggend ziekenvervoer” en de hieruit voortvloeiende besluiten leggen kwaliteitseisen vast voor dit soort vervoer. Het is essentieel dat dit vervoer voor de patiënten en de betrokken ziekenhuizen geen bijkomende kosten met zich meebrengt. Vooral voor het “niet dringend” ziekenvervoer is een aangepast kader nodig opdat dit integraal ten laste genomen zou worden door de ziekteverzekering.

2.2. Possibilités d'intégrer la fonction de pharmacie

Tous les hôpitaux doivent disposer d'une pharmacie hospitalière qui doit satisfaire à toute une série de normes techniques et organisationnelles. Dans l'état actuel de la législation, il n'est pas possible – à moins de recourir à des constructions juridiques très complexes – d'organiser cette fonction au niveau du réseau. Ainsi, il n'est pas possible d'organiser des dépôts communs ou des salles blanches pour la préparation de médicaments, ni de désigner un pharmacien coordinateur pour le réseau.

Eu égard notamment à la forte pénurie de pharmaciens hospitaliers, Zorgnet-Icuro demande que l'on prévoie la possibilité d'organiser la fonction de pharmacie au niveau du réseau. Zorgnet-Icuro insiste pour que des propositions soient formulées en concertation avec les pharmaciens hospitaliers et les administrations concernées en vue d'assouplir et de moderniser la réglementation.

2.3. Possibilités d'intégrer une fonction de laboratoire

À l'instar de la pharmacie hospitalière, certains hôpitaux qui collaborent voudront intégrer leur laboratoire de biologie clinique et leurs laboratoires d'anatomie pathologique. La centralisation permet de gagner en efficacité et peut également faire augmenter la qualité, le tout dans un cadre stable et financier. Pour ce faire, il faut également éliminer les entraves.

3. Résoudre le problème du coût relatif au transport de patients entre hôpitaux

Une des conséquences de la répartition des missions de soins est que les patients devront désormais se déplacer entre les hôpitaux. Mais ils ne pourront pas toujours le faire par leurs propres moyens. Il faudra donc organiser le transport des malades. Ce transport devra être facilement accessible, être à la fois professionnel et sûr. Le décret du gouvernement flamand du 18 mai 2018 relatif au transport non urgent de patients couchés et les arrêtés qui en découlent imposent des normes de qualité à ce type de transport. Il est essentiel que ce transport ne génère pas de frais supplémentaires pour les patients et les hôpitaux concernés. Le transport “non urgent” de patients, surtout, nécessite un cadre adapté afin d'être intégralement pris en charge par l'assurance-maladie.

4. Goede samenwerking met de artsen met minder verlammeende veto-mogelijkheden

Bij de uitbouw van de netwerken is het essentieel om goede afspraken te maken met de betrokken ziekenhuisartsen en in overleg te treden over de verdeling van de zorgopdrachten en alle taakafspraken die daarmee samenhangen. Bij het beheer van de netwerken is het ook zeer belangrijk dat bestuurders met een grondige en doorleefde kennis van de zorgsector in het bestuur zetelen. De Vlaamse ziekenhuizen willen de netwerken uitbouwen in overleg en samenwerking met alle medewerkers, en in het bijzonder met de artsen die hierin een cruciale rol opnemen. Het ontwerp dat nu voorligt, stelt echter een *governance* voor die dreigt verlammeend te werken voor het netwerk. De medische raad van het netwerk krijgt immers via het “versterkt” of “verzwaard” advies voor wel heel veel materies uitgebreide blokkeringsmogelijkheden.

In het voorliggende wetsontwerp ziet het “consensusmodel” er samengevat als volgt uit:

— voor alle beslissingen die mogelijk een impact kunnen hebben voor de artsen moet er op netwerk niveau steeds worden gezocht naar een consensus. Het gaat om de aanstelling van de netwerkhoofdarts, alle beslissingen over de coördinatie van de zorgopdrachten en de samenwerking tussen de ziekenhuizen binnen het netwerk, én over bijna alle materies waarover volgens de huidige wet reeds advies aan de medische raad moet worden gevraagd. De mogelijkheid bestaat bovendien dat de adviesbevoegdheid van de medische raden van de afzonderlijke ziekenhuizen vrijwillig “overgeheveld” wordt naar het netwerk niveau;

— voor deze materies moet er steeds minstens drie maanden worden gezocht naar een consensus;

— indien geen consensus kan worden bereikt, moet de beheerder van het netwerk een voorstel doen;

— dat voorstel moet worden voorgelegd aan de medische netwerkraad die hierover binnen de maand een advies moet uitbrengen;

— voor 25 verschillende materies kan de medische netwerkraad een zogenaamd “versterkt” of “verzwaard” advies uitbrengen. Dat gebeurt indien de medische raad zich met een twee derde meerderheid verzet tegen het voorstel van de beheerder. Dat systeem van “versterkt” of “verzwaard” advies is nu reeds opgenomen in art. 139 en 140 van de Ziekenhuiswet. Het leidt er concreet toe dat de besluitvorming gedurende zes maanden kan worden geblokkeerd en vormt in de praktijk een soort

4. Une bonne collaboration avec les médecins disposant d'un droit de veto moins paralysant

Lors du développement des réseaux, il est essentiel de conclure des accords corrects avec les médecins hospitaliers concernés et d'entamer une concertation sur la répartition des missions de soins et tous les accords y relatifs qui en découlent. Dans le cadre de la gestion des réseaux, il est également capital que les administrateurs possédant une connaissance approfondie et éprouvée du secteur des soins siègent dans l'administration. Les hôpitaux flamands veulent développer les réseaux en concertation et en collaboration avec tous les collaborateurs, et en particulier les médecins qui jouent un rôle crucial. Le projet aujourd'hui à l'examen présente un modèle de gouvernance qui risque de paralyser le réseau. Le conseil médical du réseau dispose en effet, grâce à l'avis “renforcé” ou “motivé”, de possibilités de blocage étendues pour un très grand nombre de matières.

Dans le projet de loi à l'examen, le “modèle de consensus” se résume comme suit:

— pour toutes les décisions susceptibles d'impacter les médecins, un consensus doit toujours être recherché au niveau du réseau. Il s'agit de la désignation du médecin en chef de réseau, de toutes les décisions relatives à la coordination des missions de soins et à la collaboration entre hôpitaux au sein du réseau, et de presque toutes les matières qui, sous l'empire de la loi actuelle, nécessitent déjà l'avis du conseil médical. Il est même question de “transférer”, sur base volontaire, la compétence d'avis des conseils médicaux des hôpitaux distincts au niveau du réseau;

— il faut toujours rechercher un consensus sur ces questions pendant au moins trois mois;

— si aucun consensus ne peut être trouvé, le gestionnaire du réseau fait une proposition;

— cette proposition est soumise au conseil médical du réseau, qui doit rendre un avis dans le mois;

— dans 25 matières différentes, le conseil médical du réseau peut émettre un avis dit “renforcé” ou “motivé” lorsqu'il s'oppose à la proposition du gestionnaire à la majorité des deux tiers. Ce système d'avis “renforcé” ou “motivé” est déjà prévu par les articles 139 et 140 de la loi sur les hôpitaux. Dans la pratique, il s'agit en quelque sorte d'un droit de veto du conseil médical, qui peut bloquer le processus décisionnel pendant six mois. Dans la loi actuelle, la possibilité d'opter pour un avis

vetorecht van de medische raad. In de huidige wet is het aantal materies waarover versterkt advies kan worden uitgebracht, beperkt tot 6. Het gaat om de voor de artsen essentiële zaken, zoals het medisch reglement, de algemene regeling der rechtsverhouding, de aanstelling van de hoofdarts enzovoort. In het voorliggende wetsontwerp is het aantal materies waarvoor dit versterkt advies kan worden uitgebracht, uitgebreid tot 25. Dat is onredelijk veel. Het gaat om:

- de aanstelling van de netwerkhoudarts (1);
- alle beslissingen over de coördinatie op netwerkniveau (8);
- alle materies waarover advies moet worden gevraagd aan de medische raad, met uitzondering van het kader van het verpleegkundige personeel en de klachten over de werking van de medische diensten. Dus 16 materies (18 – 2), waaronder ook de aanwerving van alle artsen, de aanstelling van diensthouders of verbouwingen in het ziekenhuis.

De uitbreiding van de mogelijkheid van versterkt advies van 6 naar 25 materies is niet nodig voor de bescherming van de essentiële belangen van de artsen. Op die manier kan de besluitvorming ook over vrij eenvoudige en routineuze zaken worden geblokkeerd. Dit kan de beoogde rationalisering en netwerking in de weg staan.

Deze uitbreiding is onbegrijpelijk en disproportioneel en kan het bestuur van netwerken verlammen. Het geeft aan de medische raden op netwerk-niveau ook veel meer macht en bevoegdheid dan aan de medische raden op het niveau van een ziekenhuis.

Dit is nooit de bedoeling geweest van het consensus-model en gaat veel verder dan het beveiligen van de essentiële belangen van artsen. Ook eerder routineuze beslissingen zoals de aanwerving van een arts-staf of verbouwingen in het ziekenhuis kunnen zo geblokkeerd worden via een “versterkt” of “verzwakt” advies.

Om aan deze (grondwettelijk betwistbare) ongelijkheid te verhelpen stelt Zorgnet-Icuro een beperkte wijziging aan artikel 17/2 van het wetsontwerp voor, waarbij de mogelijkheden van versterkt advies beperkt worden tot:

- de nieuwe adviesmateries op netwerkniveau (opgesomd in het nieuwe artikel 17/2);
- de aanstelling van de netwerkhoudarts;

renforcé est limitée à six matières qui concernent des questions essentielles pour les médecins, telles que le règlement médical, les règles générales relatives aux rapports juridiques, la désignation du médecin principal, etc. Le projet de loi à l'examen prévoit de faire passer ce nombre à 25, ce qui n'est pas raisonnable. Sont visées en l'espèce:

- la désignation du médecin en chef du réseau (1);
- toutes les décisions relatives à la coordination au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional (8);
- toutes les matières pour lesquelles l'avis du conseil médical est requis, à l'exception du cadre du personnel infirmier et des plaintes relatives au fonctionnement des services médicaux. Il s'agit donc de 16 matières (18 – 2) parmi lesquelles figurent également le recrutement de l'ensemble des médecins, la désignation des chefs de service ou les travaux de transformation de l'hôpital.

La volonté de protéger les intérêts essentiels des médecins ne justifie pas de faire passer de 6 à 25 le nombre de matières susceptibles de faire l'objet d'un avis renforcé. Une telle mesure risque de bloquer la prise de décision sur des questions relativement simples et routinières et donc d'entraver la rationalisation et le réseautage prévus.

Cette extension incompréhensible et disproportionnée pourrait paralyser la gestion des réseaux. Elle offre par ailleurs beaucoup plus de pouvoir et de compétences aux conseils médicaux institués au niveau du réseau qu'à ceux créés au niveau d'un hôpital.

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 (dont la constitutionnalité pose question), *Zorgnet-Icuro* propose de modifier légèrement l'article 17/2 du projet de loi de façon à limiter les possibilités d'un avis renforcé aux matières suivantes:

- les nouvelles matières consultatives au niveau du réseau (énumérées à l'article 17/2);
- la désignation du médecin en chef du réseau;

— de ruime mogelijkheden die thans voorzien zijn in de Ziekenhuiswet.

Mevrouw Cloet overhandigt ter zitting het voorstel van amendement aan commissievoorzitter Dedry.

2.5. Inleidende uiteenzetting van de heer Jacques de Toeuf, BVAS

Overeenkomstig artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement, antwoordt de heer de Toeuf op de door de commissievoorzitster gestelde vragen dat hij in dit dossier enkel optreedt in naam van de vereniging die hij vertegenwoordigt, de BVAS. Hij is arts op rust en zijn optreden voor de BVAS is onbezoldigd.

1. Context

Overal ter wereld wordt al sinds meer dan tien jaar werk gemaakt van een hervorming van de gezondheidszorg en bijgevolg van de rol en van de financiering van de ziekenhuizen.

In België werd de bestaande wet op de ziekenhuizen in 1987 opgesteld in een context van “bijzondere machten”. Deze wet werd in 2008 samengeordend en twee keer per jaar gewijzigd via programmawetten of wetten houdende diverse bepalingen. Nooit is echter het normenmodel (*top-down*) ter discussie gesteld; evenmin is er een resultaatcultuur... De verantwoordelijkheid ligt bij de politiek, in de brede zin; het immobilisme bij de beleidsmakers en de stakeholders is flagrant.

Toenmalig minister Demotte heeft de begrippen “netwerk van zorgvoorzieningen”, “zorgcircuit” en “doelgroep” van patiënten opgenomen in de wet op de ziekenhuizen.

De literatuur onderstreept dat de betrokkenheid van de artsen bij het ziekenhuisbeheer moet worden bevorderd (*Advisory Board International, Harvard Business Review*, vakbladen).

De ziekenhuisfinanciering wankelt: beperkte federale budgetten, hoge productiekosten, risico van faillissement, lage ontvangsten. Het ziekenhuispersoneel is uitgeput en de artsen zijn vaak gedemotiveerd.

Het KCE onderstreept dat het tij dringend moet keren. Hervormingen zijn noodzakelijk. De heer de Toeuf verwijst naar de volgende rapporten: rapport “eerste zorglijn” – rapport “bedden op overtal” – rapport “centralisering inzake kankerheekunde” – rapport “ziekenhuisbestuur”.

— les vastes possibilités actuellement prévues par la loi sur les hôpitaux.

Au cours de la réunion, Mme Cloet remet la proposition d'amendement à la présidente de la commission, Mme Anne Dedry.

2.5. Exposé introductif de M. Jacques de Toeuf, ABSYM

Conformément à l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre, M. de Toeuf répond à la présidente de la commission qu'il n'intervient dans ce dossier qu'au nom de l'association qu'il représente, l'ABSYM. Il est médecin à la retraite et son intervention pour l'ABSYM est non rémunérée.

1. Le contexte

Partout dans le monde, une réforme des soins de santé, et donc du rôle et du financement des hôpitaux, est en cours depuis plus de 10 ans.

En Belgique, l'actuelle loi sur les hôpitaux a été rédigée dans un cadre de “Pouvoirs spéciaux” en 1987. Coordonnée en 2008, elle a été modifiée deux fois par an, par des lois-programmes ou des lois de dispositions diverses. Mais il n'y a jamais eu de remise en cause du modèle des normes, *top down*, pas de culture du résultat... La responsabilité est politique, au sens large, l'immobilisme des politiques et des *stakeholders* est flagrant.

Le ministre Demotte a introduit dans la loi sur les hôpitaux les concepts de “réseau d'équipement de soins”, de “circuits de soins” et de “groupe-cible” de patients.

La littérature souligne la nécessité de favoriser l'implication des médecins dans la gestion hospitalière (*Advisory Board International, Harvard Business Review*, journaux spécialisés).

Le financement hospitalier est fragilisé: budgets fédéraux limités, coûts de production élevés, risques de faillite, peu de recettes. Le personnel hospitalier est épuisé et les médecins sont souvent démotivés.

Le KCE souligne la nécessité urgente de changement. Des réformes s'imposent. M. de Toeuf fait référence aux rapports suivants: cf. rapport “1^{re} ligne de soins” – rapport “Lits excédentaires” – rapport “Centralisation en chirurgie du cancer” – rapport “Gouvernance hospitalière”.

De wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid definieert de *Evidence Based Medicine*-programmatie van de ziekenhuisactiviteiten.

2. Systeemreorganisatie in België

De volgende werkzaamheden zijn aan de gang: de afbakening van de responsabilisering van de actoren (Task Force 2016, gebruikerscomité binnen het *eHealth*-platform), het gebruik van ICT-capaciteiten en van artificiële intelligentie in het zorgproces, de nood aan transversaliteit en transmuraliteit (geïntegreerde zorgnetten), de hervorming van de eerstelijnszorg, de verschuiving naar dag- en thuiszorg, de doeltreffendheids- en doelmatigheidsvereiste, de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

De opdracht is gigantisch en het project inzake ziekenhuisnetten is slechts één van de onderdelen van de noodzakelijke hervorming van de gezondheidszorg.

3. Opmerkingen van de BVAS op het wetsontwerp

Over het algemeen kan dankzij een netwerkstructuur worden afgestapt van het gebruikelijke aanbodgerichte beleid en kunnen in de ziekenhuisstrategie zorgvraagparameters worden opgenomen: bij het zorgtakenaanbod moet rekening worden gehouden met het aantal patiënten (patiëntenstroom = patiëntenbestand) en met de bestaande aandoeningen in de zone, die vandaag wel bekend zijn bij de eerstelijnsartsen, maar niet bij de ziekenfondsen noch bij de FOD Volksgezondheid.

De rode draad van het wetsontwerp bestaat erin het aanbod aan te passen aan de vraag en een einde te maken aan de trend om in elk ziekenhuis elke zorg te beoefenen. De netwerken zullen op deze moeilijke situatie een antwoord moeten bieden. Het wetsontwerp is een noodzaak; de veranderingen zullen er niet vanzelf komen. Het model van de locoregionale netwerken is interessant, maar er moet rekening worden gehouden met de zorg die in de eerste lijn wordt verstrekt.

Anders dan in het verleden krijgen de ziekenhuizen via het netwerk een grote keuzevrijheid: stabiele rechtsvorm, samenwerking en doorverwijzing tussen netwerkziekenhuizen, interziekenhuis- en transmurale medische projecten, medische mobiliteit, het gemeenschappelijk maken van de personele en materiële middelen, actieve participatie van de artsen aan het beheer, keuze van doorverwijzing van de patiënten naar de suprarregionale opdrachten.

La loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé définit la programmation Evidence Based Medicine des activités hospitalières.

2. La réorganisation systémique en Belgique

Sont en chantier la définition de la responsabilisation des acteurs (Task Force 2016, comité des utilisateurs au sein de la plateforme *eHealth*), l'usage des capacités TIC et de l'Intelligence artificielle dans le processus de soins, la nécessité de transversalité et de transmuralité (réseaux de soins intégrés), la réforme de la première ligne de soins, le *shift* ambulatoire en hôpital de jour et à domicile, l'exigence d'efficacité et d'efficience, la loi sur l'exercice des professions de soins de santé.

La tâche est colossale et le projet "réseaux hospitaliers" n'est qu'un des volets d'une nécessaire refondation des soins de santé.

3. Le projet: commentaires de l'ABSYM

De façon générale, la configuration en réseau permet de sortir de l'habituelle politique de l'offre, en incluant dans la stratégie hospitalière des paramètres de demande de soins: l'offre de missions de soins doit tenir compte du nombre de patients (flux de patients=patientèle) et des pathologies existant dans la zone, qui sont aujourd'hui connues des médecins de première ligne, et pas des mutuelles ni du SPF Santé.

Le fil rouge du texte du projet de loi est d'adapter l'offre à la demande et de stopper la tendance à organiser tous les soins dans tous les hôpitaux. Les réseaux devront apporter une réponse à cette situation difficile. Le projet de loi est nécessaire, une évolution spontanée ne se fera pas. Le modèle des réseaux locorégionaux est intéressant mais il faut tenir compte des soins assurés en première ligne.

À la différence du passé, les hôpitaux se voient, au travers du réseau, conférer une grande liberté de choix: forme juridique stable, collaboration et adressage entre hôpitaux du réseau, projets médicaux inter hospitaliers et transmuraux, mobilité médicale, mutualisation des ressources humaines et matérielles, participation active des médecins à la gestion, choix d'adressage des patients aux missions suprarégionales.

De netwerkziekenhuizen beschikken dus over een grotere ondernemingsvrijheid en over een grotere verantwoordelijkheid, binnen een gedeelde besluitvormingsomgeving.

De aandachtspunten zijn de volgende:

a) De patiënt staat centraal

— de patiëntenbehoeften vormen de leidraad voor een beleid dat rekening houdt met de vraag;

— de zones worden bepaald volgens die realiteit, en in de toekomst volgens de kennis over de prevalentie van de ziektebeelden;

— het bestuur raadpleegt een vertegenwoordiger van de patiënten;

— nutteloze reizen moeten worden voorkomen.

b) De ziekenhuizen

— het debat over het spanningsveld tussen centralisering en nabijheid zal worden gevoerd binnen elk netwerk, dat autonoom zal beslissen. De samenhang van het zorgaanbod in de zone begint dus bij de omschrijving van de zorgopdrachten en de plaats waar ze gelokaliseerd zijn. Het netwerk en de ziekenhuizen die er lid van zijn, krijgen ter zake de keuzevrijheid. Het onderlinge evenwicht van de opdrachten tussen de ziekenhuizen binnen het netwerk zal pragmatisch en met ieders instemming worden uitgebouwd;

— het individuele ziekenhuis blijft de eindverantwoordelijke. Daar het netwerk geenszins de behoefte heeft om op investeringssubsidies een beroep te doen (behalve dan voor informatica), zal het zich toespitsen op de organisatorische zorgstrategie, onder meer de keuze voor de suprarregionale zorgopdrachten waarmee het zal samenwerken (referentiepunten). Voor de suprarregionale opdrachten zullen geen specifieke erkenningsnormen gelden;

— de *governance* wordt gemoderniseerd via de diversifiëring van de actoren die in het bestuursorgaan zitting hebben: een onafhankelijke bestuurder; één derde van de leden met expertise in de gezondheidszorg; één arts die niet aan een ziekenhuis is verbonden (voor de BVAS: vertegenwoordiger van de huisartsenkringen);

— het netwerk en de ziekenhuizen werken een beleid van onderlinge adressering uit;

— de samenwerkingsvormen kunnen worden uitgediept.

Les hôpitaux du réseau disposent donc de plus de liberté d'entreprendre et plus de responsabilités, le tout dans un environnement décisionnel partagé.

Les points d'attention sont les suivants:

a) Le patient au centre:

— les besoins des patients guident une politique prenant en compte la demande;

— les zones définies en fonction de cette réalité, et à l'avenir en fonction de la connaissance de la prévalence des pathologies;

— un représentant des patients est consulté par la gestion;

— il faut éviter des déplacements inutiles.

b) Les hôpitaux:

— le débat entre centralisation et proximité sera mené au sein de chaque réseau, qui décidera de façon autonome. La cohérence de l'offre dans la zone est donc amorcée par la définition des missions de soins et leur localisation. La liberté de choix est laissée au réseau et à ses hôpitaux membres. L'équilibre des missions entre hôpitaux du réseau sera construit de façon pragmatique et avec l'accord de tous;

— l'hôpital individuel reste le responsable final. Le réseau, n'ayant aucun besoin de recourir à des subsides pour investissements, sauf pour l'informatique, se concentrera sur la stratégie d'organisation des soins, dont le choix des missions de soins suprarégionales avec lesquelles il collaborera (points de référence). Les missions suprarégionales ne feront pas l'objet de normes d'agrément spécifiques;

— la gouvernance est modernisée via la diversification des acteurs siégeant dans l'organe de gestion: administrateur indépendant – 1/3 des membres avec expertise en soins de santé – 1 médecin non hospitalier (pour l'ABSYM: représentant des Cercles de médecins généralistes);

— le réseau et les hôpitaux élaborent une politique d'adressage entre eux;

— les modes de collaboration peuvent être approfondis.

c) De artsen

— Governance

De BVAS schaart zich achter een model waarbij de netwerken samen met de bestuurders worden opgebouwd. Een netwerkhoofddarts en een medische netwerkraad zijn onontbeerlijk.

Zeer belangrijk is de professionalisering van de bestuursorganen. Er zullen onafhankelijke bestuurders moeten worden aangewezen en één derde van de bestuurders moeten over ervaring in de gezondheidszorg beschikken (bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, tandartsen, apothekers enzovoort). Ten behoeve van de netwerken zal een professioneel bestuur worden opgezet, waarbij de onafhankelijkheid van de individuele ziekenhuizen wordt gegarandeerd. Er ontstaat enige vorm van subsidiariteit.

In de vigerende wet zijn er al precedenten inzake bestuur bij consensus: het wordt toegepast “in onderlinge overeenstemming” voor de regeling inzake centrale inning en bestemming van de honoraria, voor de inhoudingen op honoraria en voor de tarieven van de kosten die ten laste komen van de artsen.

De consensusregel zal volgens het wetsontwerp van toepassing zijn op alle bevoegdheidsfacetten in verband met de medische praktijk van de medische raad, en is onontbeerlijk voor de samenhang van het uit te bouwen medisch project.

Dit nieuwe model zorgt ervoor dat meer medische verantwoordelijkheid wordt genomen, dat men zich sterker gedwongen voelt de verandering tot stand te kunnen brengen, dat vanzelfsprekend risico's worden genomen, dat beter rekening wordt gehouden met medische expertise en dat het creatieve enthousiasme van de medische staf wordt aangezwengeld.

De BVAS vraagt niets te veranderen aan de werking van de medische raad in de ziekenhuizen.

De nieuwe opdrachten van de netwerken zijn van dien aard dat ze er noodzakelijkerwijs meer op zijn gericht de geneeskundige verzorging en de andere gezondheidszorgberoepen te organiseren, veeleer dan dat ze zich toespitsen op het veroveren van marktaandeel, op een economische routekaart en op de resultatenrekening. Een medicalisering is echter noodzakelijk, en de bevoegdheden van de medische raad zijn in het ter bespreking voorliggende wetsontwerp opgenomen als een samenwerkingsmodel voor de gezondheidszorgvraagstukken ten behoeve van de bevolking in de

c) Les médecins:

— Gouvernance

L'ABSYM s'inscrit dans un modèle de coconstruction du réseau avec les gestionnaires. Un médecin chef de réseau et un conseil médical de réseau sont indispensables.

Ce qui est très important, c'est la professionnalisation des organes de gestion. Des administrateurs indépendants devront être désignés, 1/3 des administrateurs doivent avoir une expérience en soins de santé (p.e. médecins, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, ...), ... Une gestion professionnelle sera créée pour les réseaux, tout en garantissant l'indépendance des hôpitaux individuels. Il y a une certaine subsidiarité qui s'installe.

La gestion par consensus connaît déjà des précédents dans la loi actuelle: elle s'applique (“de commun accord”) pour le règlement de perception centrale et d'affectation des honoraires, pour les retenues sur honoraires, pour les tarifs des frais mis à charge des médecins.

La règle de consensus s'appliquera, selon le projet de loi, à tous les points de compétence liés à la pratique médicale du conseil médical et est indispensable à la cohérence du projet médical à construire.

La prise de responsabilité médicale est renforcée par ce nouveau modèle, l'obligation de réussir le changement plus forte, la prise de risque évidente, la prise en compte de l'expertise médicale mieux assurée, l'enthousiasme créatif du staff médical revigoré.

L'ABSYM demande de ne rien changer pour ce qui concerne le fonctionnement du conseil médical dans les hôpitaux.

Les nouvelles missions des réseaux sont telles qu'elles sont nécessairement plus axées sur l'organisation des soins médicaux et des autres professions de soins plutôt que sur la conquête de parts de marché, sur un tableau de bord économique et sur les comptes de résultats. Mais une médicalisation est nécessaire et les pouvoirs du conseil médical sont inscrits dans le projet de loi en discussion comme un modèle de coopération dans les questions de soins de santé pour la population de la région concernée. En effet, être co-acteur implique également être coresponsable. Il est normal

betrokken regio. Medeactor zijn betekent immers mee verantwoordelijk zijn. Het is normaal dat de medische raad ook voor het bestuur verantwoordelijk is en dat hij daarvan rekenschap moet afleggen. Een en ander zal investeringen vergen om de medische raden te professionaliseren, en voor alle ziekenhuisbestuurders zullen opleidingen moeten worden georganiseerd.

— Transmurale zorg

De regering heeft gehoor gegeven aan het advies van de Raad van State door in het wetsontwerp de aspecten inzake de structurele reorganisatie van de betrekkingen met de eerstelijnszorg weg te laten. Als reden voor die weglating wordt aangevoerd dat bevoegdheidsconflicten met de deelstaten moeten worden voorkomen (de Zesde Staatshervorming). Daardoor blijft de medische raad het orgaan bij uitstek (artikel 136, 4°, van de vigerende wet) voor de organisatie van de samenwerking met de eerstelijnszorg en met de behandelende artsen.

De medische raad moet een beroep doen op de huisartsen (alook op de gespecialiseerde artsen die niet verbonden zijn aan een ziekenhuis) om op korte termijn het doorverwijzingsbeleid *extra muros* ten uitvoer te leggen: noden van de patiënten, zorgcontinuïteit, kortverblijf, thuiszorg na een ziekenhuisopname, en vooral het gezamenlijk uitwerken van zorgtrajecten. Het betreft voornamelijk medische-expertisedomeinen. Alleen al op grond van die projecten is het gerechtvaardigd dat de medische raad beter vertegenwoordigd is in de beslissingsorganen en -procedures van het netwerk.

De in het wetsontwerp in uitzicht gestelde centralisering zal *à la carte* per zorgopdracht worden uitgevoerd. De instellingen kunnen vrij kiezen voor een welbepaald model en een ander terzijde schuiven. De zorgopdracht wordt zeer ruim opgevat, wat volgens de heer de Toeuf een goede zaak is. Dat proces zal waarschijnlijk een tiental jaar in beslag nemen, maar het is de enige rechtmatige oplossing om te voorkomen dat de ziekenhuizen failliet gaan.

4. Besluiten

Ons zorgmodel is achterhaald door de vereisten inzake overheidsbeheer, de aanzienlijke vooruitgang van het medisch en het technologisch kunnen, de ingrijpende metamorfose van de patiënten die almaar beter geïnformeerd zijn en veeleisender zijn geworden en de digitale revolutie. De ziekenhuizen zijn te complex, zijn te sterk gericht op economisch overleven en op het najagen van subsidies, en houden mordicus vast aan achterhaalde beheersmodellen. Daardoor steven zij af op hun ondergang.

que le conseil médical soit également responsable de la gestion et qu'il doive en rendre compte. Ceci demandera des investissements afin de professionnaliser les conseils médicaux et il conviendra d'organiser des formations pour tous les administrateurs des hôpitaux.

— Transmuralité

Le Conseil d'État a été entendu par le gouvernement qui a retiré du projet les aspects visant la réorganisation structurelle des relations avec la 1ère ligne, au motif d'éviter des conflits de compétences avec les entités fédérées (6^e Réforme de l'État). Le conseil médical reste de la sorte l'organe privilégié (art. 136, 4°, de la loi actuelle) pour organiser la collaboration avec la première ligne et les médecins traitants.

Le conseil médical doit se tourner vers les médecins généralistes (sans oublier les médecins spécialistes non hospitaliers) pour concrétiser à court terme la politique d'adressage hors murs: besoins des patients, continuité des soins, séjours courts, suivi à domicile après hospitalisation, et surtout élaboration conjointe de trajets de soins. Il s'agit de domaines d'expertise essentiellement de nature médicale. À eux seuls, ces projets justifient déjà la présence renforcée pour le conseil médical dans les organes et processus décisionnels du réseau.

La centralisation proposée dans le projet de loi se fera à la carte par mission de soins. Les institutions ont la liberté de choisir un modèle plutôt qu'un autre. La mission de soins est définie de façon très large. M. de Toeuf estime que c'est positif. Ce processus prendra probablement une dizaine d'années, mais c'est la seule solution légitime pour éviter la faillite des hôpitaux.

4. Conclusions

Les impératifs de gestion de l'État, les évolutions majeures des capacités médicales et technologiques, la transformation radicale des patients mieux informés et plus exigeants, la survenue de la révolution numérique, font de notre organisation de soins un modèle dépassé. Trop complexe, trop orienté vers la survie économique et la chasse aux subsides, trop attentif à garder des modèles de gestion dépassés, l'hôpital court à sa perte.

Het systeem moet dusdanig worden hertekend dat het economische-normenmodel wordt vervangen door een gemedicaliseerd model dat rekening houdt met de maatschappelijke verwachtingen, inzonderheid die van de patiënten en van alle zorgverleners. Er moet worden gezorgd voor alternatieven voor ziekenhuisopname en het ziekenhuis moet overschakelen op ambulante zorg.

Het ziekenhuis moet dringend worden opgevat als een plaats waar de patiënten nu en dan langskomen en waar zij al dan niet in een bed verblijven, in het kader van de permanente zorg, voor en na. Samen met de ziekenhuisactoren *intra en extra muros* moet het transmural model worden uitgewerkt, waarin de beheerders “facilitatoren” worden. De gezamenlijke verwezenlijking van het inclusieve model gaat gepaard met de samenwerking binnen het ziekenhuisnetwerk.

Het is van groot belang dat de netwerking per geografische zone gebeurt. De heer de Toeuf gelooft in de dynamiek van de locoregionale netwerken, veeleer dan in de dynamiek op supraregionaal niveau. De ziekenhuizen, niet het netwerk, behouden het initiatiefrecht om de zorgopdrachten te bepalen.

Volgens de BVAS is dit wetsontwerp méér dan welgekomen.

2.6. Uiteenzetting van de heer Reinier Hueting, vertegenwoordiger van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België – KARTEL

Overeenkomstig artikel 28,2bis, van het Kamerreglement antwoordt de heer Hueting als volgt op de hem door de commissievoorzitster gestelde vragen:

— de heer Hueting is niet betrokken geweest bij de beleidsvoorbereiding van het wetsontwerp;

— als vertegenwoordiger van zijn organisatie ontvangt hij een zeer bescheiden vergoeding.

Het KARTEL ASGB-GBO-MoDeS vertegenwoordigt huisartsen (40 % bij de laatste medische syndicale verkiezingen) en artsen-specialisten (12 % bij de laatste medische syndicale verkiezingen).

Het KARTEL is het in grote lijnen eens met het concept van de ziekenhuisnetwerken.

Positief is dat elk ziekenhuis tot één en slechts één netwerk moet en kan behoren in tegenstelling tot het octopusmodel dat door sommige ziekenhuisbeheerders verdedigd werd waarbij elke aparte dienst kon uitmaken met welk ander ziekenhuis hij zou scheepgaan.

Le *reengineering* du système nécessite de passer d'un modèle normé économique à un modèle médicalisé qui prenne en compte les attentes sociétales, en particulier celles des patients et de tous les prestataires de soins. Des substitutions à l'hospitalisation doivent être mises en place, l'hôpital doit réaliser sa conversion ambulatoire.

Il est urgent de voir l'hôpital comme un lieu où s'arrêtent ponctuellement les patients, dans un lit ou non, dans un continuum de soins, en amont et en aval. Le modèle transmural doit être élaboré avec les acteurs hospitaliers et extrahospitaliers, les gestionnaires devenant des “facilitateurs”. La coconstruction du modèle inclusif implique la coconstruction au sein du réseau hospitalier.

Le réseautage par zone géographique est essentiel. M. De Toeuf croit en la dynamique des réseaux locorégionaux, plutôt qu'en la dynamique au niveau suprarégional. Ce sont les hôpitaux qui gardent le droit d'initiative pour déterminer les missions de soins et non pas le réseau.

L'ABSYM estime que ce projet de loi est plus que bienvenu.

2.6. Exposé de M. Reinier Hueting, représentant de l'Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België – KARTEL

Conformément à l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre, M. Hueting répond comme suit aux questions qui lui sont posées par la présidente de la commission:

— M. Hueting n'a pas été associé à l'élaboration du projet de loi;

— il perçoit une indemnité très modeste en tant que représentant de son organisation.

KARTEL GBO-MoDeS représente les généralistes (40 % lors des dernières élections des syndicats médicaux) et les médecins spécialistes (12 % lors des dernières élections des syndicats médicaux).

KARTEL approuve globalement le concept des réseaux hospitaliers.

Il se félicite que chaque hôpital doive et puisse appartenir à un seul réseau, à l'inverse de ce que préconisait le modèle tentaculaire défendu par certains gestionnaires d'hôpitaux dans lequel chaque service distinct pouvait choisir l'hôpital avec lequel il s'associerait.

Dit wetsontwerp maakt enige overzichtelijkheid mogelijk, het laat toe dat het netwerk zich een identiteit verwerft. Klinische paden kunnen voor alle deelnemende ziekenhuizen en artsen worden opgemaakt. Het netwerk krijgt rechtspersoonlijkheid en kan dus ook geresponsabiliseerd worden.

Het belangrijkste bezwaar van het KARTEL is dat de netwerkvorming geenszins de financiële moeilijkheden van vele ziekenhuizen zal kunnen oplossen, en daar was heel de hervorming toch om begonnen? Er is een bewezen onderfinanciering van het BFM van meer dan 360 miljoen (en sedert de KCE-studie is het zeker meer). Naar aanleiding van de meest recente MAHA-studie heeft de minister nog eens, en bij herhaling, gesteld dat haar netwerkverhaal de oplossing moet zijn voor de slechte financiële toestand van de ziekenhuizen. Dat is niet correct. Als er door rationalisatie -hopelijk- al enige besparing op de zorg mogelijk is dan wordt deze meteen opgeslokt door extra kosten voor coördinatie, bijkomende administratie en vervoer van patiënten en artsen. Zorgnet-Icuro vraagt bv. nu al bijkomend budget voor de netwerkhoofddarts en het KARTEL vreest dat de beheerskosten, en dus onze indirecte kosten, evenredig zullen toenemen.

Vandaag is de implementatie van een EPD een van de belangrijkste kwaliteitsbevorderende initiatieven. Momenteel zou slechts één op drie der ziekenhuizen hierover beschikken. De investering is enorm. Het nationaal budget dat hiervoor door de minister ter beschikking gesteld wordt volstaat nauwelijks om één ziekenhuis volledig te informatiseren. Andermaal kijkt men naar de artsen om bovenop de bestaande afhoudingen ook nog eens deze bijkomende kost te dragen.

De keuzevrijheid voor de patiënt blijft bestaan maar wanneer in een regio die +/- 400 000-500 000 inwoners telt slechts één netwerk aanwezig is dan zou dit ook een wel erg theoretisch begrip kunnen worden.

De geografische toegankelijkheid van een aantal diensten dreigt er wat op achteruit te gaan maar mede gezien de alsmaar kortere ligduur mag dit geen groot struikelblok zijn. Het uitschakelen van concurrentie binnen een regio, met de mogelijke vorming van wachtlijsten, zou voor de toegankelijkheid een groter probleem kunnen vormen. Concurrentie is niet per se slecht en de grote beschikbaarheid van onze artsen is, in vergelijking tot andere landen, zonder meer een troef die men niet lichtzinnig mag ondergraven.

Le projet de loi à l'examen crée une certaine clarté et permet au réseau d'acquérir une identité. Des parcours cliniques peuvent être élaborés pour tous les hôpitaux et médecins participants. Le réseau sera doté de la personnalité juridique et pourra donc également être responsabilisé.

La principale objection formulée par KARTEL est que le réseautage ne pourra aucunement résoudre les difficultés financières de nombreux hôpitaux, alors que tel était le point de départ de toute la réforme. Il y a un sous-financement établi du BMF de plus de 360 millions (et celui-ci s'est certainement accru depuis l'étude du KCE). À la suite de la dernière étude MAHA, la ministre a dit et répété que le réseautage qu'elle propose doit résoudre les difficultés financières des hôpitaux. Cela n'est pas exact. Si la rationalisation devait – par bonheur – permettre la moindre économie au niveau des soins, celle-ci serait immédiatement absorbée par des coûts supplémentaires pour la coordination, le supplément d'administration et le transport de patients et de médecins. *Zorgnet-Icuro* demande, par exemple, déjà un budget supplémentaire pour le médecin en chef du réseau et KARTEL craint que les frais de gestion, et donc les frais indirects, n'augmentent de façon proportionnelle.

Actuellement, la création d'un DPI est l'une des principales initiatives visant à promouvoir la qualité des soins. Pour le moment, seul un hôpital sur trois en disposerait. L'investissement est énorme. Le budget national mis à disposition par la ministre suffit à peine à informatiser entièrement un seul hôpital. C'est une nouvelle fois aux médecins que l'on demande de supporter ce coût supplémentaire, en plus des retenues existantes.

La liberté de choix du patient est maintenue, mais, lorsqu'il n'y a qu'un seul réseau présent dans une région comptant +/- 400 000-500 000 habitants, cette notion pourrait devenir très théorique.

L'accessibilité géographique d'un certain nombre de services risque d'être quelque peu réduite, mais, notamment en raison de la diminution de plus en plus importante de la durée du séjour, cela ne peut constituer un obstacle important. La suppression de la concurrence au sein d'une région, et la constitution de listes d'attente qui pourrait s'en suivre pourrait représenter un problème plus important en termes d'accessibilité. La concurrence n'est pas mauvaise en soi et la grande disponibilité de nos médecins est certainement, en comparaison avec d'autres pays, un atout auquel on ne peut renoncer sans plus.

Er zou toch wel snel duidelijkheid moeten komen over de programmatie en de regionale verdeling der netwerken.

Voorts heeft het KARTEL nog volgende punctuele bemerkingen bij het ter bespreking voorliggende wetsontwerp:

Art. 2: De psychiatrische ziekenhuizen en andere specifieke ziekenhuizen zouden best wel in het netwerk worden opgenomen

Ook voor psychiatrische aandoeningen is er nood aan een continuüm tussen acute en meer chronische zorg. Voor bepaalde in ontwikkeling zijn de behandelingen zoals elektroconvulsieve therapie zou best gebruik gemaakt worden van de reeds aanwezige infrastructuur (*recovery*, dagkliniek) en expertise (anesthesie) van de algemene ziekenhuizen eerder dan deze investeringen te ontdebelen in de psychiatrische ziekenhuizen.

Art. 8: Het herdefiniëren van de locoregionale dan wel supraregionale opdrachten "in functie van de wetenschappelijke evolutie en wijzigende patiënten behoeften" gebeurt in de praktijk nooit.

De programmatie van de dialysecentra die in het verleden werd vooropgesteld, werd nooit gerealiseerd. Er is op het terrein veel ongerustheid hoe deze herdefiniëring nu wel zal geschieden.

Art. 13: Hoewel elk ziekenhuis operationele verantwoordelijkheid blijft dragen zou een responsabilisering van het gehele netwerk voor de geleverde kwaliteit zeker nuttig zijn.

De *outcome* zal immers niet meer alleen bepaald worden door de in het eigen ziekenhuis geleverde zorg maar evenzeer door de kwaliteit en snelheid van de verwijzing, wachttijden, coördinatie, terugverwijzing, transport, enzovoort.

Art. 15: Een paritaire vertegenwoordiging in het netwerk, zowel van de artsen als van de beheerders is onontbeerlijk voor het KARTEL.

Art. 30 en 31: Gedurende deze overgangsfase van 5 jaar, om het onderlinge vertrouwen te laten groeien en in het bijzonder om de belangen van de artsen in de kleinere ziekenhuizen te behartigen lijkt ons een paritaire vertegenwoordiging in de medische raad van het netwerk essentieel.

Eén gegarandeerde vertegenwoordiger is nietszeggend, zeker wanneer het totale aantal zetels niet is

Il conviendrait tout de même de clarifier rapidement les choses en ce qui concerne la programmation et la répartition régionale des réseaux.

Pour le reste, KARTEL formule encore les remarques ponctuelles suivantes concernant le projet de loi à l'examen:

Art. 2: Il serait préférable que les hôpitaux psychiatriques et d'autres hôpitaux spécialisés soient repris dans le réseau

Pour les affections psychiatriques également, une continuité est nécessaire entre les soins aigus et les soins plus chroniques. Pour certains traitements en développement comme la thérapie électroconvulsive, il serait préférable de faire usage de l'infrastructure existante (*recovery*, clinique de jour), et de l'expertise (anesthésie) des hôpitaux généraux plutôt que d'effectuer une seconde fois ces investissements dans les hôpitaux psychiatriques.

Art. 8: La requalification des missions de soins locorégionales ou suprarégionales en fonction "des évolutions dans le domaine de la science" et "des modifications des besoins des patients" n'a jamais lieu dans la pratique.

La programmation des centres de dialyse annoncée dans le passé n'a jamais été mise en œuvre. Les acteurs de terrain sont très inquiets quant à la manière dont cette requalification aura lieu.

Art. 13: Bien que chaque hôpital reste le responsable opérationnel de ses missions, il serait certainement utile de responsabiliser l'ensemble du réseau en ce qui concerne la qualité des services fournis.

En effet, le résultat final ne sera plus déterminé uniquement par les soins dispensés dans l'hôpital à proprement parler, mais aussi par la longueur des temps d'attente, la qualité et la rapidité de l'adressage, de la coordination, du renvoi, du transport, etc.

Art. 15: Une représentation paritaire, tant des médecins que des gestionnaires, dans le réseau est essentielle pour KARTEL.

Art. 30 et 31: Durant cette phase transitoire de cinq ans, il semble essentiel d'avoir une représentation paritaire au sein du conseil médical du réseau, afin de tisser une relation de confiance mutuelle et, en particulier, de veiller aux intérêts des médecins des hôpitaux de plus petite taille.

Cela n'a pas de sens de garantir un représentant, surtout si le nombre total de sièges n'a pas été fixé.

vastgelegd. De heer Hueting verklaart erg teleurgesteld te zijn dat de minister niet op deze vraag van het ASGB is willen ingaan. Al laat men de deur nog open door de Koning de bevoegdheid te geven om bijzondere modaliteiten in verband met de samenstelling te bepalen.

Art. 32 en 29: De bijdragen van de artsen in de ziekenhuisfinanciering zijn momenteel hoger dan het BFM.

Het ligt dus nogal voor de hand dat het KARTEL heeft aangedrongen op medebeheer. Dit bleef botsen op een niet vanwege de ziekenhuisbeheerders. De hier voorgestelde aangelegenheden waarover tussen raad van beheer en netwerk medische raad consensus vereist is, vormen dus wel het minimum minimorum. En zelfs dit wordt door de ziekenhuiskoepels nog gecontesteerd. Indien hiervan onder druk van de ziekenhuiskoepels toch nog zou worden afgeweken dan stopt voor het KARTEL het verhaal.

De heer Hueting verwijst verder naar de door het KARTEL ingediende nota waarin voorstellen van amendementen worden geformuleerd.

Art. 34, 37 en 39: Samenwerking lijkt voor het KARTEL onmogelijk indien er tussen de artsen geen ziekenhuis overschrijdende associaties gevormd worden.

Maar de koterij i.v.m. de financiële regelingen in onze ziekenhuizen maakt elke transparantie onmogelijk. Een nationaal akkoord over de erelonen heeft een hoog virtueel gehalte omdat de impact van de afhoudingen in de ziekenhuizen veel groter is dan een onderhandelde honorariumaanpassing. Wij streven in de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen allemaal tariefzekerheid voor de patiënt na maar door de enorme verschillen in afhouding op de honoraria bestaat er *de facto* ook geen tariefzekerheid meer voor de artsen. Het sturend effect in de zorg gaat daardoor ook verloren. Het wordt erg moeilijk om honoraria te herijken wanneer er lokaal al gans andere herijkingsmechanismen in voege zijn. Dit heeft ook implicaties voor het debat over de ereloon-supplementen. Het zou een grote gemiste kans zijn om van deze gelegenheid geen gebruik te maken om de structuur van de financiële regelingen te uniformiseren. De visie van het KARTEL daarbij is dat directe kosten alleen nominaal kunnen worden aangerekend (al kan een procentuele afhouding bij wijze van voorschot wel aanvaard worden), de indirecte kosten per m² eveneens, in een eerste fase kunnen de indirecte kosten per FTE ook nog worden aangerekend (al blijft het zeer problematisch dat de artsen daarop geen enkele vat hebben), en indien bijkomende bijdragen noodzakelijk zijn voor

M. Hueting est extrêmement déçu que la ministre ait refusé d'accéder à cette demande formulée par l'ASGB. Le projet de loi à l'examen habilite cependant le Roi à déterminer des modalités spécifiques à propos de la composition de l'organe représentatif.

Art. 32 et 29: Les contributions des médecins au financement des hôpitaux sont actuellement supérieures aux moyens alloués par le BMF.

Il est donc logique que KARTEL ait insisté sur la mise en place d'une cogestion. Cette demande s'est continuellement heurtée au refus des gestionnaires d'hôpitaux. Les matières à l'examen, qui doivent faire l'objet d'un consensus entre le conseil de gestion et le réseau de conseils médicaux, sont donc le strict minimum. Et même celles-ci sont encore contestées par les organisations coupoles d'hôpitaux. Si, malgré tout, on venait encore à s'écarter du chemin tracé, sous la pression des organisations coupoles d'hôpitaux, KARTEL mettrait un terme à sa participation.

M. Hueting renvoie ensuite à la note présentée par KARTEL, dans laquelle sont formulées des propositions d'amendements.

Art. 34, 37 et 39: KARTEL estime que la coopération est impossible sans la création d'associations hospitalières non partisans entre les médecins.

Cependant, l'enchevêtrement des montages financiers dans nos hôpitaux empêche toute transparence. Un accord national sur les honoraires a potentiellement beaucoup de valeur, car les répercussions des retenues dans les hôpitaux sont beaucoup plus importantes qu'une modification négociée des honoraires. Au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, nous aspirons tous à garantir la sécurité tarifaire des patients, mais, compte tenu des différences considérables existant en matière de retenue sur les honoraires, il n'existe en vérité plus de sécurité tarifaire pour les médecins non plus. De ce fait, l'effet directif en matière de soins est donc également perdu. Il devient très difficile de réévaluer les honoraires lorsque d'autres mécanismes de réévaluation sont déjà mis en place au niveau local. Cela a également des implications pour le débat sur les suppléments d'honoraires. Ne pas saisir cette opportunité pour uniformiser la structure des montages financiers constituerait une énorme occasion manquée. Sur ce point, KARTEL défend la position selon laquelle les coûts directs ne peuvent être facturés que de manière nominale (même si un pourcentage de retenue à titre d'avance peut être accepté), de même que les coûts indirects par m², étant entendu que, dans une première phase, les coûts indirects par ETP peuvent également

de instandhouding van het ziekenhuis dan is de enige eerlijke manier een percentage op het saldo.

Ziekenhuizen met pensioenlasten van statutairen zullen als luis in de pels behandeld worden in de netwerken dit zal de samenwerking en dus de zorg voor de patiënt negatief beïnvloeden. Een oplossing voor deze pensioenbom is noodzakelijk.

Als multidisciplinair syndicaat is het KARTEL ook enigszins bezorgd dat de huisartsgeneeskunde in het ontwerp niet aan bod komt. Het zou jammer zijn dat beide echelons afzonderlijk zwaar gereguleerd worden zonder dat er gestructureerd overleg tussen beide voorzien wordt. Met name voor de organisatie van de wachtdiensten en het opname- en ontslagbeleid lijkt dit toch wel wenselijk. Omwille van de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen inzake de gezondheidszorg na de zesde staatshervorming, kan de eerstelijnszorg op geen enkele wijze betrokken worden bij de vorming van de locoregionale netwerken van de ziekenhuizen. Dit wordt door het KARTEL ten zeerste betreurd. Op zijn minst moet adviesverlening binnen de medische raad mogelijk worden gemaakt, ook voor de eerstelijnszorg. Voor de huisartsen komt dit toe aan de huisartsenkring. Nu reeds immers zijn er verplichte samenwerkingsverbanden voor het organiseren van de wachtposten, bijvoorbeeld. Ook zal er een betere afstemming moeten worden gerealiseerd met de eerstelijnszones, zoals deze bijvoorbeeld in Vlaanderen worden georganiseerd. Er dreigen zich veel problemen te zullen voordoen met het organiseren van de wachtposten en de spoeddiensten voor bijvoorbeeld dringende opnames buiten de uren dat de wachtposten geopend zijn. Ook de gevolgen voor de transmurale zorgen, de zorgtrajecten, het ontslagbeleid, zijn vraagstukken die voor de huisartsen zeer belangrijk zijn. Er moet met andere woorden een georganiseerd overleg worden voorzien. Het mag niet enkel afhangen van de *good will* van het netwerk op zich, waarmee de huisartsenkring wordt geconfronteerd.

Tot slot behoeft het bij lezing van het wetsontwerp weinig verder betoog welke draak de zesde staatshervorming in de gezondheidszorg gecreëerd heeft.

être facturés (bien que le fait que les médecins n'aient aucun contrôle à cet égard reste très problématique). Si des contributions supplémentaires sont nécessaires pour la survie de l'hôpital, le seul moyen équitable est de prélever un pourcentage sur le solde.

Les hôpitaux devant prendre à leur charge des coûts de pension du personnel statutaire seront ostracisés au sein des réseaux, ce qui aura une influence négative sur la coopération et donc sur les soins prodigués aux patients. Il faut trouver une solution pour désamorcer la bombe à retardement que constituent les coûts de pension.

En tant que syndicat multidisciplinaire, KARTEL est également quelque peu préoccupé par le fait que le projet de loi à l'examen n'évoque à aucun moment les médecins généralistes. Il serait regrettable que ces deux échelons soient séparément soumis à une réglementation stricte, sans qu'aucune concertation structurée ne soit prévue entre ces échelons. La mise en place d'une telle concertation serait pourtant souhaitable pour l'organisation des gardes ainsi que pour la politique d'admission et de sortie. Compte tenu de la répartition des compétences entre le niveau fédéral et le niveau communautaire existant en matière de soins de santé depuis la sixième réforme de l'État, les soins de première ligne ne peuvent en aucun cas être associés à l'élaboration des réseaux hospitaliers locorégionaux, ce que regrette profondément KARTEL. Il faut au minimum permettre la formulation d'avis au sein des conseils médicaux, y compris pour les soins de première ligne. En ce qui concerne les médecins généralistes, les cercles de médecins généralistes sont chargés de ces missions. En effet, il existe déjà des accords de coopération obligatoires pour l'organisation des postes de garde, par exemple. De même, il faudra améliorer l'harmonisation avec les zones de première ligne, en s'inspirant par exemple du modèle d'organisation des zones de première ligne flamandes. De nombreux problèmes risquent de se poser concernant l'organisation des postes de garde et des services d'urgence, par exemple pour les admissions urgentes en dehors des heures d'ouverture des postes de garde. Les conséquences pour les soins transmuraux, les trajets de soins, la politique de sortie sont également des questions très importantes pour les médecins généralistes. En d'autres termes, il faut prévoir une consultation organisée, qui ne doit pas uniquement dépendre du bon vouloir du réseau auquel le cercle des médecins généralistes est confronté.

Enfin, la lecture du projet de loi à l'examen suffit à comprendre qu'en matière de soins de santé, la sixième réforme de l'État a créé un véritable dragon.

2.7. Uiteenzetting van de heren Wouter Decat en Yves Mengal, AUVB-UGIB-AKVB

a) Uiteenzetting door de heer Wouter Decat, vertegenwoordigers van AUVB-UGIB-AKVB

Overeenkomstig artikel 28, *2bis*, van het Kamerreglement, antwoordt *de heer Decat* op de door de commissievoorzitster gestelde vragen dat hij in dit dossier geen bevoegdheidsconflicten of financiële belangen heeft.

De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB-UGIB-AKVB) is een vzw met als doel

— de verpleegkunde, de verpleegwetenschappen en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te promoten en te ontwikkelen;

— de verenigingen van beoefenaars van de verpleegkunde in de zin van de Belgische wet over de uitoefening van de gezondheidszorg bijeen te brengen;

— het beroep en de uitoefening van de beoefenaars van de verpleegkunde te vertegenwoordigen en te verdedigen, zowel vanuit hun professionele belangen als vanuit het belang van de hen toevertrouwde patiënten.

Momenteel verenigt de Algemene Unie der Verpleegkundigen van België 43 beroepsorganisaties voor verpleegkunde uit de drie gewesten en gemeenschappen en behartigt alle aspecten van de opleiding en beroepsuitoefening van de verpleegkunde. De AUVB vertegenwoordigt de 198 000 verpleegkundigen (met een visum) waarvan 140 000 actieve verpleegkundigen in ons land.

Informatiedoorstroming, communicatie, overleg en advisering is onze eerste prioriteit. Daarnaast is vertegenwoordiging en netwerkvorming belangrijk. Deze doelstellingen richten zich naar de beroepsorganisaties voor verpleegkunde onderling, als ook breder naar de andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, middenveldorganisaties en de samenleving.

Op 28 april 2015 stelde de minister haar plan voor aan het Parlement over de Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering. Hierbij schoof de minister de ontwikkeling van ziekenhuisnetwerken naar voor als hefboom voor een rationalisatie van het zorgaanbod. Het kabinet van de minister heeft diverse initiatieven genomen in de realisatie en uitwerking hiervan. Er werd ook hierover afgestemd met de diverse regio's via de bevoegde interministeriële conferentie.

2.7. Exposé de MM. Wouter Decat et Yves Mengal, AUVB-UGIB-AKVB

a) Exposé de M. Wouter Decat, représentant l'AUVB-UGIB-AKVB

Conformément à l'article 28, *2bis*, du Règlement de la Chambre, *M. Decat* répond aux questions posées par la présidente de la commission qu'il n'est pas en situation de conflit de compétences et qu'il n'a pas d'intérêts financiers dans ce dossier.

L'Union Générale des Infirmiers de Belgique (AUVB-UGIB-AKVB) est une asbl qui poursuit les objectifs suivants:

— promouvoir et développer les soins infirmiers, les sciences infirmières et la qualité des soins infirmiers;

— regrouper les associations de praticiens des soins infirmiers au sens de la législation belge sur l'exercice des soins de santé;

— représenter et défendre la profession et la pratique professionnelle des praticiens des soins infirmiers, tant dans leur intérêt professionnel que dans l'intérêt des patients qui leur sont confiés.

L'Union Générale des Infirmiers de Belgique regroupe actuellement 43 organisations professionnelles des trois Régions et des trois Communautés. Elle s'intéresse à tous les aspects de la formation et de la pratique professionnelle des soins infirmiers. L'UGIB représente les 198 000 infirmiers (titulaires d'un visa) dont 140 000 sont actifs dans notre pays.

La circulation de l'information, la communication, la concertation et la fourniture de conseils constituent sa première priorité. La représentation et le réseautage sont également importants. Ces objectifs visent les organisations professionnelles des soins infirmiers entre elles, ainsi que les autres associations professionnelles du secteur des soins de santé, les organisations de la société civile et la société.

Le 28 avril 2015, la ministre a présenté au Parlement son "Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux". La ministre y prône le développement de réseaux hospitaliers, qu'elle présente comme un levier de rationalisation de l'offre de soins. Le cabinet de la ministre a pris plusieurs initiatives en vue de la réalisation et de l'élaboration de ce projet. Ce plan a également fait l'objet d'un accord avec les Régions dans le cadre de la conférence interministérielle compétente.

Via deze hervorming wenst de minister alle ziekenhuizen in het land aan te zetten om zich te verenigen in 25 locoregionale klinische netwerken (die de zorg voor 400 000 – 500 000 patiënten dekken). Het doel is om de locoregionale zorgopdrachten te optimaliseren en te organiseren in die zin dat binnen elk netwerk de deelnemer (s)/locatie van dit netwerk wordt/worden gekozen waarin één of meer medische specialismen/activiteiten worden ondergebracht.

Op 13 juni 2018 werd de koepelorganisatie voor verpleegkunde uitgenodigd voor een hoorzitting in het kader van de hervorming van de WUG of het vroegere KB nr. 78. Hierin vermeldt de koepelorganisatie dat zij ondanks gestructureerde ontmoetingen met het kabinet van de minister weinig of geen gehoor en inbreng krijgen bij de wetsontwerpen en KB's die het beroep van verpleegkunde aanbelangen. De AUVB-UGIB-AKVB dient haar visies, voorstellen en reacties aan het kabinet voornamelijk te formuleren via brieven en visiedocumenten. Ook in dit kader van de hervorming van de voorliggende wetgeving werd de koepelorganisatie voor verpleegkunde niet geconsulteerd.

De heer Decat onderlijnt dat de koepelorganisatie voor verpleegkunde zeker niet gekant is tegen rationalisering, efficiënte samenwerking en optimale afstemming van de zorg. Integendeel zelfs, de koepelorganisatie voor verpleegkunde staat open voor aanpassing en hervorming om op deze wijze een antwoord te bieden aan de talrijke uitdagingen in de zorg zoals de vergrijzing, acute personeelstekorten, toenemende informatisering en IT, en verschuiving van ziekenhuiszorg naar zorg binnen de eerste lijn. Telkens elementen waarbij netwerkvorming, duidelijke afspraken en samenwerking bijdragen. Een voorzet werd door het kabinet gegeven in de voorstellen van de nieuwe Wet op de Uitvoering van de Gezondheidszorg (sept 2016) waarbij elke zorgverlener in gelijkwaardigheid rond de patiënt gepositioneerd wordt. Dit werd indertijd voorgesteld aan de hand van een mooi bloemmodel. Helaas is deze bloem ietwat verdord. En is er momenteel geen sprake meer over dit model.

De AUVB-UGIB-AKVB wil een aantal fundamentele opmerkingen formuleren over het ter bespreking voorliggende wetsontwerp:

In het wetsontwerp wordt gespecificeerd dat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, dat rechtspersoonlijkheid heeft, moet beschikken over een eigen beheersorgaan, waarin elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk met minstens één vertegenwoordiger heeft en dat minstens één volledig onafhankelijk bestuurder bevat, een netwerkhoofdarts of een college

Dans le cadre de cette réforme, la ministre entend encourager tous les hôpitaux du pays à s'unir au sein de 25 réseaux cliniques locorégionaux (couvrant les soins de 400 000 à 500 000 patients). L'objectif est d'optimiser et d'organiser les missions de soins locorégionales afin qu'au sein de chaque réseau, le(s) participant(s) / la localisation du réseau soit (soient) choisi(s) et qu'une (ou plusieurs) spécialité(s)/activité(s) médicales y soit (soient) placée(s).

Le 13 juin 2018, l'organisation faïtière des soins infirmiers a été invitée à une audition dans le cadre de la réforme de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS) ou de l'ancien arrêté royal n° 78. L'organisation faïtière a alors déclaré qu'en dépit des réunions structurées avec le cabinet du ministre, elle n'a pas été écoutée ou prise en compte lors de l'élaboration des projets de loi et des arrêtés royaux concernant la profession infirmière. L'AUVB-UGIB-AKVB doit principalement communiquer ses analyses, propositions et réactions au cabinet par voie de lettres et de documents conceptuels. L'organisation faïtière des soins infirmiers n'a pas non plus été consultée dans le cadre de la réforme de la législation à l'examen.

M. Decat souligne que l'organisation faïtière des soins infirmiers n'est certainement pas opposée à la rationalisation, à une coopération efficace, ni à une coordination optimale des soins. Au contraire, l'organisation faïtière des soins infirmiers est ouverte à toute modification et réforme permettant de répondre aux nombreux défis en matière de soins: vieillissement, pénuries aiguës de personnel, informatisation et informatique en augmentation, et glissement des soins hospitaliers vers les soins de première ligne. Tous ces éléments peuvent bénéficier d'une mise en réseau, d'accords clairs et d'une coopération. Le cabinet a fait un premier pas en ce sens dans les propositions concernant la nouvelle législation sur l'exercice des soins de santé (septembre 2016), dans laquelle chaque prestataire de soins est placé sur un pied d'égalité à l'égard du patient. Ce modèle a été présenté à l'époque à partir d'un élégant modèle floral. Malheureusement cette fleur est un peu fanée aujourd'hui et on ne parle plus de ce modèle.

L'AUVB-UGIB-AKVB souhaite formuler quelques observations de fond à propos du projet de loi à l'examen:

Le projet de loi indique que le réseau hospitalier clinique locorégional, doté de la personnalité juridique, doit disposer d'un organe de gestion propre. Chaque hôpital faisant partie du réseau doit disposer d'au moins un représentant dans l'organe de gestion et cet organe doit comprendre au moins un administrateur totalement indépendant, un médecin en chef de réseau ou un

van netwerkhoofddartsen en een medische raad van het netwerk.

De AUVB-UGIB-AKVB heeft hierbij belangrijke bedenkingen (omtrent de gelijkwaardigheid).

De verpleegkundigen vertegenwoordigen de grootste beroepsgroep binnen de ziekenhuissector. Nochtans krijgen ze volgens de huidige klijntlijnen van het “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” geen expliciete inspraak in de organisatie en het beheer van deze klinische ziekenhuisnetwerken. Dit in tegenstelling tot de artsen.

De AUVB-UGIB-AKVB wenst dat deze ongelijkheid wordt rechtgezet. Tot op de dag van vandaag is de “Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen” nog van kracht. Deze wet bepaalt in Titel 1, in de hoofdstukken III en IV, de ‘structurering van de medische activiteit’ en de ‘structurering van de verpleegkundige activiteit’. Elke structurering veronderstelt dezelfde hiërarchisch en parallelle niveaus die vervolgens samenwerken.

De AUVB-UGIB-AKVB dat de oprichting en organisatie van ziekenhuisnetwerken dient gebaseerd te zijn op de bestaande wetgeving. In het licht van deze bepalingen moeten toekomstige ziekenhuisnetwerken aangestuurd worden door een “coördinatie- of netwerkcomité”. De voorliggende wetgeving doet afbreuk aan het principe van parallelle niveaus.

Concreet had de heer Decat een verplichting willen zien om bij het opzetten van deze klinische ziekenhuisnetwerken om lokale verpleeggraden in het leven te roepen en een “functie van netwerkhoofdverpleegkundige” op te richten. De Verpleegraad van het locoregionaal klinische Ziekenhuisnetwerk en de netwerkhoofdverpleegkundige dienen dezelfde prerogatieven te kunnen uitoefenen als de medische raad van het netwerk en de hoofdarts van dit netwerk.

In artikel 22/1 en artikel 143/1 en alle gelijkaardige artikelen van de “wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft” zou de term “medisch” systematisch vervangen moeten worden door de woorden “medisch en verplegend”, en de term “medisch advies” vervangen worden door “medisch en verplegend advies”. Natuurlijk dient dan ook de daaropvolgende artikelen waarin de verkiezing van de leden wordt beschreven, in die zin aangepast te worden.

collège de médecins en chef de réseau et un conseil médical du réseau.

À cet égard, l’UGIB-AUVB-AKVB émet plusieurs réserves importantes (concernant l’équivalence).

Bien que les infirmiers constituent le groupe professionnel le plus important dans le secteur hospitalier, ceux-ci n’ont toutefois pas explicitement voix au chapitre dans l’organisation des réseaux hospitaliers cliniques aux termes du “projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements des soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux”, contrairement aux médecins.

L’UGIB-AUVB-AKVB demande la suppression de cette inégalité. Jusqu’à présent, la “loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements des soins” est toujours en vigueur. Elle prévoit, en son titre I^{er}, chapitres III et IV, la “structuration de l’activité médicale” et la “structuration de l’activité infirmière”. Toute structuration suppose la mise en place des mêmes niveaux hiérarchiques et parallèles, préalablement à leur collaboration.

L’UGIB-AUVB-AKVB estime que la création et l’organisation de réseaux hospitaliers doit se fonder sur la législation existante. À la lumière de ces dispositions, les futurs réseaux hospitaliers doivent être pilotés par un “comité de coordination ou de réseau”. La législation à l’examen renonce au principe des réseaux parallèles.

Concrètement, M. Decat demande de prévoir, dans le cadre de la mise en place de ces réseaux hospitaliers cliniques, une obligation de créer des conseils infirmiers locaux ainsi que la fonction d’“infirmier en chef du réseau”. Les conseils infirmiers des réseaux hospitaliers cliniques locoregionaux et les infirmiers en chef des réseaux devraient pouvoir exercer les mêmes prérogatives que les conseils médicaux des réseaux et les médecins en chef des réseaux.

Dans les articles 22/1 et 143/1, ainsi que dans tous les articles similaires de la “loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements des soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux”, le terme “médical” devrait systématiquement être remplacé par les mots “médical et infirmier”, et l’expression “avis médical” par les mots “avis médical et infirmier”. Il convient bien entendu d’adapter également en ce sens les articles suivants relatifs à l’élection des membres.

Ook is het wenselijk dat de verpleegkundigen sterker betrokken worden bij het tot stand komen van de RIZIV-overeenkomsten en medezeggenschap en stemrecht krijgen over de verdeling van het door de verpleegkundigen gegenereerde financiële pakket. Immers worden momenteel de binnen het RIZIV opgestelde overeenkomsten alleen onderhandeld met gespecialiseerde artsen. Terwijl de huidige RIZIV-overeenkomsten ook normen omvatten die betrekking hebben op de wettelijke uitoefening en de juridische aansprakelijkheid van de verpleegkundige zorg.

Het verpleegkundig werk eindigt niet met de verpleegkundige handelingen en het uitvoeren van gedelegeerde handelingen. Er zijn ook de klinische reflecties eigen aan de uitoefening van het beroep van verpleegkundige en de specifieke verantwoordelijkheden die hiermee gepaard gaan. Deze dienen eveneens in overweging genomen te worden en gefinancierd te worden. De koepelorganisatie voor verpleegkunde is uitdrukkelijk bereid deze uitdaging aan te gaan.

De AUVB-UGIB-AKVB meent eveneens dat van deze hervorming ook expliciet gebruik dient te worden gemaakt om te garanderen dat alle patiënten in alle sectoren gelijkwaardige toegang krijgen tot de zorgverlening en dit met een gelijkwaardige kwaliteit van zorg. Gelijke toegang en gelijke kwalitatieve zorg voor alle patiënten blijft toch de uitdaging, zo stelt de heer Decat.

Volgens het advies van de Raad van State kan het wetsontwerp ook gevolgen hebben voor het al dan niet voldoen aan de erkenningsnormen. Volgens de zesde staatshervorming is dit een verantwoordelijkheid van de gemeenschappen. Dit dient op termijn ook de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen te blijven. In elk geval zullen de gemeenschappen een eigen rechtsgrond moeten aanleggen vooraleer hun regeringen bij besluit erkenningsnormen kunnen invoeren voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Vooralsnog is er in het ontwerp geen sprake van deze rechtsgrond en implicaties voor de erkenningsnormen. De bevoegdheidsverdelingen hierbij dienen echt wel geëxpliciteerd te worden.

Op 26 maart 2018 verstuurden de AUVB-UGIB-AKVB een brief naar de minister met de bovenstaande concrete en relevante adviezen en met de vraag om expliciete aandacht te besteden aan de positie van de verpleegkundigen en aan de integratie van de verpleegkundigen in het wetsvoorstel.

In haar antwoord liet de minister weten dat ze het inderdaad zinvol acht om de werking van de samenwerkende ziekenhuizen nog meer op elkaar af te stemmen

Il serait aussi opportun d'associer plus étroitement les infirmiers à l'élaboration des conventions INAMI et de leur donner voix au chapitre et droit de vote en ce qui concerne la répartition de l'enveloppe financière générée par les infirmiers. Pour l'heure, en effet, les conventions élaborées au sein de l'INAMI ne sont négociées qu'avec les médecins spécialisés, alors que ces accords comportent actuellement aussi des normes se rapportant à l'exercice légal et à la responsabilité juridique des soins infirmiers.

Le travail infirmier ne s'arrête pas aux actes infirmiers et à l'exécution des actes délégués. Il y a aussi les réflexions cliniques inhérentes à l'exercice de la profession infirmière et les responsabilités particulières qui y sont associées. Celles-ci devraient également être prises en considération et financées. L'organisation faïtière des soins infirmiers est explicitement prête à relever ce défi.

L'AUVB-UGIB-AKVB estime également que cette réforme devrait aussi être explicitement utilisée pour garantir que tous les patients dans tous les secteurs aient un accès égal aux soins de santé avec une qualité de soins équivalente. L'égalité d'accès et l'égalité de qualité des soins pour tous les patients restent le défi, déclare M. Decat.

Selon l'avis du Conseil d'État, le projet de loi peut également avoir des conséquences sur le respect ou non des normes d'agrément. En vertu de la sixième réforme de l'État, cette responsabilité incombe aux Communautés. À long terme, cela doit également rester de la responsabilité des Communautés. En tout état de cause, les Communautés devront établir leur propre base juridique avant que leurs gouvernements puissent décider d'introduire des normes de reconnaissance pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Pour l'instant, le projet ne fait pas référence à cette base juridique et à ses implications pour les normes d'agrément. La répartition des compétences à cet égard devrait vraiment être explicitée.

Le 26 mars 2018, l'AUVB-UGIB-AKVB a envoyé à la ministre un courrier reprenant les avis concrets et pertinents formulés ci-dessus ainsi que la demande d'accorder une attention explicite à la position des infirmiers et à leur intégration dans le projet de loi.

Dans sa réponse, la ministre a déclaré qu'elle jugeait en effet utile d'harmoniser davantage le fonctionnement des hôpitaux collaborant, par exemple en adoptant

door bijvoorbeeld één verpleegkundig beleid te voeren, door bijvoorbeeld een aantal structuren of functies te voorzien om de verpleegkundige zorg van de verschillende ziekenhuizen op elkaar af te stemmen. Doch stelt ze dat dit tot de vrijheid van elk netwerk behoort, en ze dit niet wettelijk wil verankeren in het wetsontwerp omtrent de netwerken.

Door de werking en het beleid van de grootste beroepsgroep binnen de ziekenhuisnetwerken in dit wetsontwerp net te vermelden, neigt men om de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg te verloochenen en hun potentieel te negeren. Dit terwijl deze beroepsgroep kreunt onder de werkdruk, werkstress en personeelstekorten. De beroepsgroep van de verpleegkundigen verdient beter. Vorig weekend nog verscheen een alarmerend rapport over de slechte financiële resultaten van de Vlaamse Ziekenhuizen. Er werd gesteld dat de ziekenhuizen vragen voor meer geld voor zorg. Terwijl ze nu paradoxaal genoeg net zwaar verlies maken op verpleging... Basiszorg en verpleging worden onvoldoende gefinancierd terwijl ziekenhuizen winst puren uit de medische machines en geneesmiddelen, klinkt het. Eigenlijk is de aansturing van dit wetsontwerp een bevestiging van dit principe. Een bevoordelen van de structuren die winst maken binnen het ziekenhuiswezen en het verder benadelen van de structuren die eigenlijk de *core business* van de ziekenhuissetting uitmaken, namelijk het aanbieden van de zorg aan het bed van de patiënt.

b) Uiteenzetting van de heer Yves MENGAL, voorzitter van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) en vicevoorzitter van de Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen (NFBV)

Overeenkomstig art. 28, 2bis, van het Reglement van de Kamer, verklaart de heer Mengal het volgende:

— hij bevestigt dat hij voor zijn aanwezigheid en deze hoorzitting door geen enkele instantie wordt vergoed. Hij oefent zijn mandaten van voorzitter van de AUVB en van vicevoorzitter van de NFBV beroepsmatig en vrijwillig uit;

— hij bevestigt tevens niet betrokken te zijn geweest (noch persoonlijk, noch als vertegenwoordiger van een vereniging) bij initiatieven betreffende de voorliggende wetgeving. Dit wetsontwerp stond overigens nooit op de agenda van de ontmoetingen met het kabinet van de minister. Die ontmoetingen zijn steeds unilateraal en worden door het kabinet georganiseerd om de verenigingen van verpleegkundigen te informeren; ze zijn niet opgevat als een reëel bilateraal overleg;

— de spreker bevestigt in dat verband de informatie die tijdens vorige hoorzittingen al werd meegedeeld aan

une politique unique en matière de soins infirmiers ou encore en prévoyant un certain nombre de structures ou de fonctions pour harmoniser les soins infirmiers des différents hôpitaux. Cependant, elle précise que cela fait partie de la liberté de tout réseau et qu'elle ne veut pas lui conférer un ancrage légal dans le projet de loi sur les réseaux.

En ne mentionnant pas dans ce projet de loi le fonctionnement et la politique du plus grand groupe professionnel au sein des réseaux hospitaliers, on a tendance à ignorer le plus grand groupe professionnel de la santé et à ignorer son potentiel. Et ce, alors que cette profession croule sous la charge de travail, le stress au travail et la pénurie de personnel. Le groupe professionnel du personnel infirmier mérite mieux. Pas plus tard que le week-end dernier, un rapport alarmant a été publié sur les mauvais résultats financiers des hôpitaux flamands. On y lit que les hôpitaux demandent plus d'argent pour les soins. Alors que, paradoxalement, ils font maintenant de lourdes pertes en soins infirmiers.... Les soins de base et les soins infirmiers sont insuffisamment financés, alors que les hôpitaux tirent des bénéfices des appareils médicaux et des médicaments, selon ce rapport. En fait, le fil conducteur de ce projet de loi confirme ce principe. Favoriser les structures rentables au sein du système hospitalier et continuer à pénaliser les structures qui constituent le cœur de métier de l'hôpital, à savoir la prise en charge du patient alité.

b) Intervention de M. Yves MENGAL, Président de l'Union Générale des Infirmières de Belgique UGIB – Vice-Président de la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique FNIB

Conformément à l'art. 28,2bis du Règlement de la Chambre, *M. Mengal* déclare ce qui suit:

— Il confirme n'être rémunéré par aucune instance pour sa présence et l'audition en cours. Ses mandats de Président UGIB et Vice-Président FNIB sont exercés à titre professionnel bénévole.

— Il confirme aussi n'avoir pas été associé (à titre personnel et/ou associatif) à des initiatives relatives à la législation à l'examen. Ce projet n'a d'ailleurs fait l'objet d'aucun point à l'ordre du jour des rencontres avec le cabinet de la ministre, rencontres qui sont toujours des rencontres d'information unilatérale du cabinet vers le secteur associatif infirmier et non de réelle concertation bilatérale.

— A cet égard, Il confirme les informations déjà transmises à la commission Santé publique de la Chambre

de commissie voor de Volksgezondheid, en geeft aan dat hij sinds drieënhalve jaar geen enkele persoonlijke en rechtstreekse ontmoeting met de minister heeft gehad aangaande de verpleegkundige sector.

Op inhoudelijk vlak vat de heer Mengal zijn uiteenzetting aan met de ziekenhuisnetwerken en de locoregionale netwerken (verplichte koepel voor coördinatie en beheer).

Wat de algemene visie, de intenties voor de hervorming van ons gezondheidszorgsysteem en de wetsontwerpen voor de hervorming van de ziekenhuizen betreft, maar ook met betrekking tot de hervorming van koninklijk besluit nr. 78 en de hervorming van de gezondheidszorgberoepen, steunen de AUVB en de verpleegkundige sector grotendeels de ideeën en de kwaliteitsbeginselen achter de visie van de minister: het gaat daarbij over de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, over de kwaliteit en de klinische en deontologische bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaars, alsook over de toegankelijkheid van de zorg en het feit dat de patiënt centraal staat in het systeem, zowel in de ziekenhuizen als in de instellingen die geen ziekenhuis zijn en bij de thuiszorg.

De AUVB was optimistisch en tevreden over deze wetsontwerpen en heeft in 2016 overigens intens bijgedragen aan de ideeën en de voorstellen in het kader van de ruime raadpleging door de minister over de hervorming van KB nr. 78. De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België steunt met andere woorden het principe van een rationalisering van de ziekenhuisstructuren en van de oprichting van netwerken.

Niettemin heeft de concrete tenuitvoerlegging van die ideeën de jongste twee jaar bij de AUVB vragen opgeroepen en verbazing gewekt. Bepaalde dossiers lokten heftige reacties uit bij de verenigingen van verpleegkundigen, zowel in de ziekenhuissector als in de eerstelijnszorg (thuiszorg).

Wat het voorliggende wetsontwerp betreft, rekende de AUVB erop dat bij de ontwikkeling van die ziekenhuisnetwerken uitdrukkelijk aandacht zou worden besteed aan de plaats van het verpleegkundig beroep binnen die netwerken, en aan de integratie van de verpleegkundigen in het wetsontwerp.

Zodra de AUVB in begin 2018 kennis heeft genomen van het voorontwerp van wet, heeft ze in maart 2018 een brief aan de minister gericht. De inhoud daarvan is nog altijd actueel en sluit aan bij de hiernavolgende uiteenzetting. In haar brief van 28 mei 2018 heeft de minister de

lors d'auditions antérieures et faisant état qu'aucune rencontre personnelle et directe avec la ministre, portant sur le secteur infirmier, n'a eu lieu depuis 3 ans et demi.

Quant au fond, M. Mengal débute son intervention par les réseaux hospitaliers et les réseaux loco-régionaux (couple obligatoire de coordination et gestion).

Pour ce qui est de la vision globale, des intentions de réformes de notre système de santé et des projets de réformes des hôpitaux, mais aussi de la réforme de l'AR78 et de la réforme des professions de santé, l'UGIB et la profession infirmière ont soutenu largement les idées et les principes de qualité à la base de la vision de la ministre: c'est-à-dire, la qualité et la sécurité des soins, la qualité et les compétences cliniques et déontologiques des professionnels de santé, l'accessibilité des soins et la situation du patient au centre du système, tant pour ce qui concerne les hôpitaux que les institutions non hospitalières et les soins à domicile.

L'UGIB était à la fois optimiste et réjouit de ces projets et a d'ailleurs largement participé en 2016 aux idées et propositions lors de la large consultation de la ministre concernant le projet de réforme de l'AR78. Ainsi, le principe d'une rationalisation des structures hospitalières et de la mise en réseau est soutenu par l'Union Générale des Infirmières de Belgique.

Cependant, au cours de ces deux dernières années, la mise en œuvre concrète de ces idées a suscité au sein de l'UGIB des interrogations, de l'étonnement et, pour certains dossiers, des réactions vives des associations infirmières, tant pour le secteur hospitalier que pour la première ligne (soins à domicile).

Pour ce qui concerne le projet de loi à l'examen, l'UGIB comptait sur le fait que, dans le développement de ces réseaux hospitaliers, une attention explicite soit accordée à la position de la profession infirmière au sein de ces réseaux et à l'intégration des infirmières dans le projet de loi.

Dès la connaissance, début 2018, de l'avant-projet de loi, l'UGIB a transmis un courrier à la ministre en mars 2018. Le contenu de ce courrier reste d'actualité et correspond à l'intervention qui suit. Par courrier du 28 mai 2018, la ministre a rejeté les remarques et

opmerkingen en de voorstellen van de AUVB verworpen. Tegelijk heeft ze beklemtoond dat de verpleegkundigen een heel belangrijke rol in de zorgverstrekking spelen.

De vigerende gecoördineerde wet op de ziekenhuizen (10 juli 2008) bepaalt het volgende:

1/ Onder de titel “Algemene bepalingen”

1.1 Hoofdstuk II (Beheer van ziekenhuizen), afdeling 2, 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.”

1.2 Hoofdstuk II (Beheer van ziekenhuizen), afdeling 3, art. 17: “In elk ziekenhuis is er een directeur. Hij is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder. De directeur werkt nauw samen met de hoofddarts, het hoofd van het verpleegkundig departement, van de paramedische, van de administratief-financiële en van de technische diensten en met de ziekenhuisapotheker;”

1.3 Nergens wordt melding gemaakt van enige titel of diploma die vereist is om beide functies uit te oefenen (dat aspect zou trouwens een mooi onderwerp zijn voor het functieonderzoek door het IFIC). Er wordt dus nergens vermeld dat de beheerder en/of de directeur arts moeten zijn.

1.4 In de hoofdstukken III en IV wordt de structuur van de medische activiteit en van de verpleegkundige activiteit verduidelijkt. De beide structuren hebben gelijklopende hiërarchische niveaus en moeten perfect met elkaar kunnen samenwerken. De medische structuur wordt geleid door een hoofddarts. De verpleegkundige structuur wordt geleid door een hoofd van het verpleegkundig departement (of hoofdverpleegkundige).

2/ Afdeling Erkenning en normen

1.1 In hoofdstuk III wordt het begrip “ziekenhuisgroepering” verduidelijkt en in onderafdeling C het begrip “ziekenhuisassociatie”.

1.2 Zowel voor de groepering als voor de associatie, die model staan voor of de voorlopers zijn van wat in de nieuwe terminologie “ziekenhuisnetwerken” heet, wordt het volgende vermeld:

— de ziekenhuisbeheerders sluiten een overeenkomst af;

— in het geval van de ziekenhuisgroepering wordt een coördinatiecomité opgericht en in het

proposities de l’UGIB, tout en affirmant que les infirmiers jouent un rôle de premier plan dans les soins.

La loi coordonnée relative aux hôpitaux (10 juillet 2008), dans son texte actuel, précise:

1/ Dans la section “Dispositions générales”

1.1 en son chapitre II – Gestion des Hôpitaux – section 2, 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

1.2 en son chapitre II – Gestion des Hôpitaux – section 3, art. 17 “Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire. Il collabore étroitement avec le médecin en chef, le chef du Département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier;”

1.3 Il n’est fait mention nulle part d’un quelconque titre ou diplôme pour exercer ces deux fonctions (par ailleurs, un beau sujet pour l’étude des fonctions de l’IFIC) – Il n’est donc pas mentionné que le Gestionnaire et/ou le Directeur doivent être médecins.

1.4 en ses chapitres III et IV – il est précisé la structure de l’activité médicale et la structure de l’activité infirmière. Chaque structure présente les mêmes niveaux hiérarchiques et parallèles et doit travailler en parfaite collaboration. La structure médicale est dirigée par un Médecin Chef. La structure infirmière est dirigée par un Chef du Département Infirmier (ou Infirmier Chef).

2/ Dans la section “Agrément – Normes”

1.1 le chapitre III précise la notion de “groupement d’hôpitaux”. La sous-section C précise la notion “d’associations d’hôpitaux”.

1.2 Tant pour le groupement que pour l’association, qui sont les modèles (ou les ancêtres) de la nouvelle appellation “réseaux hospitaliers”, il est précisé:

— les gestionnaires des hôpitaux concluent une convention;

— il est créé un comité de coordination pour le groupement ou un comité d’association pour l’association

geval van de ziekenhuisassociatie een associatiecomité; beide bestaan uit vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders;

— “teneinde te komen tot een optimale samenwerking moeten de ziekenhuizen [van de ziekenhuisgroepering] overgaan tot de aanduiding van een hoofdgeneesheer-coördinator, een coördinator van het verpleegkundig departement, een algemeen coördinator evenals tot de oprichting van een gemeenschappelijk medisch comité (...). De coördinatoren wonen de vergadering van het coördinatiecomité bij.

Die regels worden nu aangevuld met een reeks wetsartikelen betreffende de structuur en de organisatie van de ziekenhuisnetwerken. Voormelde regelingen worden niet gewijzigd of opgeheven en blijven dus van toepassing zoals in het verleden.

Duidelijker kan het niet! De toekomstige netwerken moeten in elk geval worden overkoepeld door een “coördinatiecomité” of een “netwerkcomité”, bestaande uit de beheerders van de ziekenhuizen in het netwerk, de algemeen coördinator, de vertegenwoordiger van de gemeenschappelijke medische raad en de coördinator van het verpleegkundig departement (hoofdverpleegkundige/directeur van het verpleegkundig departement, door het netwerk als medisch directeur aangewezen of gekozen).

In antwoord op mondelinge parlementaire vragen van mevrouw Fonck en mevrouw Gerkens *de dato* 5 juni 2018 (CRIV 54 COM 912) heeft minister Maggie De Block de aanwezigheid van verpleegkundigen op het niveau van het overkoepelende ziekenhuisnetwerk met het volgende argument afgewezen: *“La fonction de médecin-chef et l’existence d’un Conseil médical font partie de la législation organique depuis longtemps. La loi sur les hôpitaux ne fait mention d’aucun Conseil de l’art infirmier”*.

De minister verwacht al dan niet bewust de hoofddarts met de arts die de medische raad vertegenwoordigt; in werkelijkheid gaat het om twee verschillende instanties, die beide in de koepel van het ziekenhuisnetwerk moeten zijn vertegenwoordigd.

Logischerwijs zouden dus het verpleegkundig departement en de hoofdverpleegkundige op het niveau van de ziekenhuisnetwerkkoepeel vertegenwoordigd moeten zijn. Indien dat niet het geval is, zou het wetsontwerp een vormelijke fout vertonen. In het wetsontwerp wordt

composés des représentants des gestionnaires des hôpitaux;

— pour le groupement – “afin de parvenir à une collaboration optimale (groupement)” ou “Afin de faire en sorte que l’activité médicale et l’activité infirmière fassent partie intégrante de l’activité des hôpitaux participants (association)”, les hôpitaux (les gestionnaires) désignent un coordinateur général, un coordinateur médecin en chef du département médical, un coordinateur chef du département infirmier, et un comité médical commun. Les coordinateurs assistent à la réunion du comité de coordination”.

Cette loi est maintenant augmentée d’une série d’articles portant sur la structure et l’organisation des réseaux hospitaliers. Les articles qui précèdent ne sont pas modifiés ou supprimés et s’appliquent donc toujours, comme par le passé.

On ne peut être plus clair. Dans tous les cas, les futurs réseaux devraient être “chapeautés” par un “comité de coordination ou de réseau” composé des gestionnaires des hôpitaux du réseau, du coordinateur général, du coordinateur médical, du représentant du conseil médical commun et du coordinateur infirmier (infirmier chef/directeur du département Infirmier, désigné ou choisi par le réseau comme le directeur médical).

Répondant à ce sujet à une interpellation parlementaire de Mmes Fonck et Gerkens, en date du 5 juin dernier (criv54-COM912), la ministre Maggie De Block réfute la présence infirmière au sein de la coupole du réseau hospitalier par cet argument: “La fonction de médecin-chef et l’existence d’un Conseil médical font partie de la législation organique depuis longtemps. La loi sur les hôpitaux ne fait mention d’aucun Conseil de l’art infirmier”.

La ministre confond (volontairement?) médecin-chef et médecin représentant du Conseil médical, qui sont, en fait, deux entités distinctes devant être représentées au sein de la “coupole” du réseau hospitalier.

Le département infirmier et l’infirmier-chef devraient donc en toute logique être représentés au niveau de la “coupole” du réseau hospitalier. Dans le cas contraire, ce serait un vice-de forme du projet de loi. Or, le projet de loi prévoit seulement la présence du gestionnaire, du

echter alleen voorzien in de aanwezigheid van de beheerder, van de hoofddarts en van de vertegenwoordiger van de medische raad. Dat is onaanvaardbaar.

De spreker gaat vervolgens in op het feit dat in de ziekenhuiscontext geen parallel met de medische raad gestructureerde verpleegkundige raad bestaat; daarvoor kan binnen de koepel van het ziekenhuisnetwerk geen verpleegkundige worden opgenomen als vertegenwoordiger van die raad. De minister weet heel goed dat dit te maken heeft met het feit dat er geen orde of erkende regulerende instantie voor de verpleegkundigen bestaat, die parallel met de Orde van Artsen zou zijn gestructureerd; de AUVB betreurt dat trouwens al jaren.

Nochtans maakte de oprichting van een regulerend orgaan voor de verpleegkundigen al deel uit van het plan van toenmalig minister Onkelinx om het beroep aantrekkelijker te maken; de maatregel was ook opgenomen in een wetsvoorstel van senator Jacques Brotchi (dat de steun kreeg van de beroepsorganisaties maar dat tot dusver nog niet werd besproken). Toch is minister Maggie De Block terecht bekommerd om de vaardigheden en het deontologisch gedrag van de gezondheidsprofessionals; in de pers heeft zij voorgesteld beroepsorden op te richten voor de tandartsen, de logopedisten en de klinisch psychologen, maar tot dusver helemaal niet voor de verpleegkundigen.

Verband met de eerstelijnszorg

In het wetsontwerp betreffende de ziekenhuisnetwerken komt de afstemming met de eerstelijnszorg één keer ter sprake (DOC 3275/001, blz. 27). Hoewel in dit wetsontwerp op de ziekenhuissector wordt gefocust, maakt het deel uit van een bredere visie waarin men ziekenhuisopnames wil voorkomen, de patiënten thuis wil houden, de gemiddelde ziekenhuisverblijfsduur nog wil verminderen en een snelle terugkeer naar huis of naar het rust- en verzorgingstehuis (naargelang van de situatie van de patiënt vóór zijn ziekenhuisopname) wil bewerkstelligen. Als dat niet mogelijk is, kunnen de dringende ziekenhuisopnames leiden tot langdurigere ziekenhuisopnames die met tussenpozen plaatsvinden en op revalidatie gericht zijn, alvorens de patiënt terugkeert naar huis of naar het RVT.

Om die doelstellingen – waar de AUVB volledig achter staat – te bereiken, moeten de verpleegkundige teams van de ziekenhuiseenheden talrijk genoeg zijn, over de geschikte kwalificaties beschikken en worden geholpen door personeel voor logistieke en administratieve ondersteuning. Dat is echter absoluut niet het geval. De jongste 20 jaar is de gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf voortdurend afgenomen.

médecin-chef et du représentant du Conseil médical. Ce qui est inacceptable.

Pour ce qui concerne l'absence d'un Conseil Infirmier en milieu hospitalier en parallèle au Conseil médical et donc l'impossibilité de prévoir un représentant infirmier de ce conseil au sein de la coupole du réseau hospitalier: la ministre sait pertinemment que cela est lié à l'absence d'un Ordre ou d'organe régulateur infirmier reconnu, en parallèle à l'Ordre des médecins, ce que l'UGIB regrette d'ailleurs depuis de nombreuses années.

Pourtant, la création d'un organe régulateur infirmier faisait déjà partie du Plan d'Attractivité de la ministre Onkelinx et était inscrit dans un projet de loi du sénateur Jacques Brotchi (projet soutenu par les associations professionnelles mais non débattu à ce jour). La ministre Maggie De Block est pourtant attentive, avec raison, aux compétences et comportements "déontologiques" des professions de santé et dans certaines de ses interventions à la presse a proposé de créer des ordres professionnels pour les dentistes, les logopèdes et les psychologues cliniciens mais rien à ce jour pour les infirmiers.

Lien avec la première ligne

Le projet de loi sur les réseaux hospitaliers parle une seule fois de l'harmonisation avec la première ligne (DOC 3275/001, p.28). Pourtant, bien que ce projet soit centré sur le secteur hospitalier, il s'insère dans une vision plus large visant à éviter les hospitalisations et favoriser le maintien à domicile, à diminuer encore les durées moyennes de séjours hospitaliers et à favoriser un retour rapide à domicile ou en maison de repos et de soins (selon la situation du patient avant son hospitalisation). Si ce n'est pas possible, les hospitalisations aiguës peuvent conduire à des hospitalisations intermédiaires de plus longues durées à visée de revalidation, avant le retour à domicile ou MRS.

Pour atteindre ces objectifs, que l'UGIB partage entièrement, il est nécessaire que les équipes infirmières des unités de soins hospitalières soient en nombre suffisant, disposent des qualifications adéquates et qu'elles soient assistées par du personnel d'assistance logistique et administrative. Or, il n'en est rien. Au cours des 20 dernières années, la durée moyenne de séjour hospitalier n'a cessé de diminuer.

Bijgevolg is het patiëntenverloop meer dan verdubbeld, is de acute zorg complexer geworden en is ook de werklust op het vlak van administratie en zorgversprekking meer dan verdubbeld. Aan het verpleegkundig personeel wordt gevraagd snel en goed te werken, maar de minimumnormen inzake verpleegkundig en logistiek personeel werden nooit herzien! Dit is algemeen bekend en aangetoond.

Bovendien wordt – terecht – van dit verpleegkundig personeel verwacht dat het zorgvuldig de opname én het ontslag van de patiënt voorbereidt, in nauwe samenwerking met de arts-specialist van het ziekenhuis, maar vooral met de beroepsbeoefenaars “op het thuisfront” (behandelende arts, verpleegkundige die aan huis komt, vaste apotheker – het basisdrietal van een doeltreffend gezondheidssysteem). De proefprojecten met thuishospitalisaties steunen echter op “uitgaand” verpleegkundig personeel, van het ziekenhuis naar de thuissituatie, wat de ziekenhuisteams verzwakt en geen rekening houdt met wat op het vlak van verzorging buiten de ziekenhuisomgeving al bestaat en nochtans doeltreffend is. Dat is volstrekt absurd...

Op dezelfde wijze wordt de zorg thuis complexer en “zwaarder”, vereist de continuïteit van die zorg dat men vaker langskomt en de evolutie strikter opvolgt. Er is steeds meer vraag naar thuisverpleegsters, als werknemers in thuiszorgstructuren of als zelfstandigen (die overigens 60 % van de thuisverpleegkundigen uitmaken – 70 % in Franstalig België). Bijna 50 % van hen heeft zich gespecialiseerd – verzorging van complexe wonden, palliatieve zorg, diabeteseducator enzovoort – en vaak volgen ze, op eigen kosten, veel vervolmingscursussen. En dan hebben we het nog niet over de vele maatregelen en verplichtingen qua administratie en informatica waaraan dit personeel sinds een aantal jaren moet voldoen. De verpleegkundige sector is telkens het “proefdier” van nieuwe maatregelen die niet of pas veel later worden toegepast op andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg – het verplicht inlezen van de identiteitskaart van de patiënten bij elk thuisbezoek, om maar iets te noemen, een maatregel die de AUVB in beginsel bovendien heeft ondersteund, maar waarvan de toepassing in oktober 2017 bijzonder wanordelijk verliep.

In dat verband verwijst de heer Mengal naar de uitstekende uiteenzettingen-syntheses van de heren Damien Nottebaert en Lucien Speeckaert (vertegenwoordigers van de Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen) tijdens de hoorzittingen in de Kamercommissie voor de Volksgezondheid van 23 mei laatstleden betreffende de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (DOC 54 3248/001, blz.

En conséquence, le turn-over des patients a plus que doublé, les soins aigus sont devenus plus complexes, la charge de travail administrative et de soins a aussi plus que doublé. Il est demandé au personnel infirmier de travailler vite et bien... Or les normes minimales en personnel infirmier et logistique n'ont jamais été revues!! Ceci est largement connu et étayé.

De plus, ce personnel infirmier, avec raison, doit préparer minutieusement l'admission du patient et sa sortie, en collaboration étroite avec le médecin spécialiste hospitalier mais surtout avec les professionnels du “domicile” (médecin traitant, infirmière titulaire, pharmacien titulaire – la triade de base d'un système de santé efficace). Or les projets pilotes d'hospitalisations à domicile sont basés sur une “sortie” du personnel infirmier de l'hôpital vers le domicile, ce qui déforce les équipes hospitalières et fait fi de ce qui existe déjà et est pourtant efficace en milieu extra-hospitalier. Ceci est complètement aberrant...

De même, à domicile, les soins deviennent plus complexes et plus “lourds”, la continuité des soins nécessite des passages plus fréquents et une attention plus étroite. Les infirmières du domicile, qu'elles soient salariées dans des structures de soins à domicile ou de pratique indépendante qui représentent 60 % des praticiens infirmiers à domicile (70 % en région francophone) sont de plus en plus sollicitées. Près de 50 % se sont spécialisées (soins de plaies complexes, soins palliatifs, éducateurs en diabétologie...) et participent, souvent à leurs frais, à de nombreuses formations continuées. Et ne parlons pas des multiples mesures et contraintes administratives et informatiques que ce personnel a dû subir au cours des dernières années. Le secteur infirmier est, à chaque fois, le “cobaye” de nouvelles mesures non appliquées ou appliquées beaucoup plus tardivement aux autres professionnels de santé – citons, par exemple, la lecture obligatoire des cartes d'identité des patients à chaque passage de soins au domicile – mesure que l'UGIB a par ailleurs soutenue dans son principe mais dont l'application en octobre 2017 a été particulièrement anarchique.

À cet égard, M. Mengal renvoie aux excellents exposés-synthèses présentés par Damien Nottebaert et Lucien Speeckaert (représentants les infirmières indépendantes du domicile) lors des auditions en commission Santé de la Chambre du 23 mai dernier concernant le projet de réforme de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions de santé (DOC 54 3248/001, pp185-189). La situation difficile des soins infirmiers à domicile y est largement décrite. Si cette situation ne

185-189). De moeilijke situatie van de thuiszorg wordt daarin uitvoerig beschreven. Indien deze situatie kwalitatief en kwantitatief niet verbeterd, is het een illusie om te denken aan een harmonisering van de betrekkingen tussen ziekenhuis- en thuisnetwerken.

In tegenstelling tot wat soms wordt geloofd of beweerd, hebben de structuren buiten de ziekenhuizen tot doel een doeltreffende en complementaire samenwerking te verwezenlijken tussen woonplaats en ziekenhuis, zonder dat er sprake is van mededinging en zonder dat het ene aspect het andere verdringt.

De geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (afgekort GDT, (als bedoeld in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008, evenals het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, *Belgisch Staatsblad* van 5 oktober 2002) zouden in alle gewesten van het land moeten bestaan. Sinds 2002 hebben sommige gewesten zich daar nog steeds niet mee toegerust of zijn die diensten er amper operationeel, terwijl ze wel worden gefinancierd! Zonder zorgoperators te zijn, bestaan hun opdrachten erin de zorgcoördinatievormen en de gezondheidswerkers te groeperen alsook de samenwerking tussen en de coördinatie van de gezondheidswerkers omheen de patiënt te bevorderen.

Het betreft zorginstellingen buiten de ziekenhuizen die de tegenhanger zouden moeten vormen van de medische, de verpleegkundige en de psychosociale directies in de ziekenhuissector en dus van het toekomstige ziekenhuisnetwerk. De vertegenwoordigers van de lokale verenigingen van huisartsen, van de thuisverpleegkundigen, van de apothekers, van de kinesitherapeuten, van de andere paramedici en van de psychosociale sector zouden erin moeten worden vertegenwoordigd. Sinds kort zijn in sommige GDT's, met het oog op de toekomstige netwerking, ook de artsenbezoekers en de ziekenhuisverpleegkundigen daarin vertegenwoordigd. Het omgekeerde zou het geval moeten zijn... Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp bevat geen enkele bepaling ter zake.

Tot besluit betreurt de heer Mengal dat het verpleegkundigenberoep noch gehoord, noch geraadpleegd wordt. Bij de diverse voorstellen voor hervormingen constateert hij dat het verpleegkundigenberoep stelselmatig wordt genegeerd. Nochtans zijn er 200 000 geregistreerde verpleegkundigen van wie er ongeveer 150 000 in ons land werkzaam zijn (wanneer men er de gepensioneerde verpleegkundigen van aftrekt).

s'améliore pas en termes qualitatifs et quantitatifs, il est illusoire de penser à harmoniser les relations entre réseaux hospitaliers et domicile.

Au contraire de ce que l'on croit ou prétend parfois, les structures extra-hospitalières existent pour réaliser une collaboration efficace et complémentaire entre le domicile et l'hôpital, sans concurrence ni substitution.

En effet, les services intégrés de soins à domicile (SISD) (tels que visés dans la loi coordonnée du 8 juillet 2008 sur les hôpitaux, ainsi qu'à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, *MB* 05/10/2002) devraient exister dans toutes les régions du pays. Depuis 2002, certaines régions n'en sont toujours pas dotées ou sont peu opérationnelles, alors qu'elles sont financées! Sans être des opérateurs de soins, leurs missions consistent à regrouper les coordinations de soins et les professionnels de santé et à favoriser la collaboration et la coordination des professionnels de santé autour du patient.

Il s'agit d'"institutions de soins – extra-hospitalières" qui devraient faire le pendant avec les Directions médicale, infirmière et psycho-sociale du secteur hospitalier et donc du réseau hospitalier futur. Les représentants des associations locales de médecins généralistes, d'infirmiers du domicile, des pharmaciens, des kinés, des autres paramédicaux et du secteur psycho-social devraient y être représentés. Depuis peu, dans certains SISD et dans l'optique du "réseautage", les représentants médicaux et infirmiers des hôpitaux y sont représentés. L'inverse devrait être vrai... Le projet de loi à l'examen ne contient aucune disposition à ce sujet.

En conclusion, M. Mengal déplore que la profession infirmière ne soit ni entendue ni consultée. Dans les diverses propositions de réformes, il constate une négation systématique de la profession infirmière et des 200 000 infirmières enregistrées dont environ 150 000 sont actives dans notre pays (en y retirant les infirmières retraitées). Ceci correspond à un ratio national de 13,5 à 14 infirmiers/ 1000 habitants – c'est-à-dire

Dat stemt overeen met een nationale ratio van 13,5 à 14 verpleegkundigen per 1 000 inwoners, dat wil zeggen een van de hoogste verpleegkundigenratio's in Europa. Nochtans wordt nog altijd gewag gemaakt van schaarste; de vraag rijst waarom.

Het vertrouwen is zowat weg... De tijdens de jongste twee jaar gelanceerde plannen en genomen beslissingen verbijsteren de AUVB.

De AUVB rekent er dus op dat, bij de uitbouw van de ziekenhuisnetwerken, uitdrukkelijk aandacht wordt besteed aan het standpunt van het verpleegkundigenberoep alsook aan de opnemings van de verpleegkundigen en van hun beroepsverenigingen in de hen betreffende plannen.

De AUVB rekent er eveneens op dat bij de instelling van die klinische ziekenhuisnetwerken de hoofdverpleegkundige verplicht vertegenwoordigd zal zijn bij de koepelorganisatie van het ziekenhuisnetwerk. Evenzo moeten "raden voor verpleegkundige zorg" worden ingesteld en moet worden voorzien in een "functie van verpleegkundige-vertegenwoordiger van de verpleegkundige raden", teneinde dezelfde rechten te kunnen uitoefenen als de arts die de medische raad-netwerkhooftarts vertegenwoordigt.

Aangaande de netwerking ziekenhuis-woonplaats verwacht de AUVB eveneens dat de verpleegkundigen in grotere getale deelnemen aan de werkzaamheden van de NRZV (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) en dat zij in de ziekenhuiscommissie van het RIZIV worden vertegenwoordigd met het oog op een gezamenlijke controle van de financiële enveloppe voor de verpleegkundigen.

Het werk van de verpleegkundige gaat verder dan de strikt verpleegkundige zorg en de uitoefening van de gedelegeerde beroepswerkzaamheden. Er zijn eveneens het denkwerk over klinische aangelegenheden die eigen zijn aan de uitoefening van het verpleegkundig beroep en de daarmee verbonden specifieke verantwoordelijkheden. Ook die aspecten moeten in aanmerking worden genomen en worden gefinancierd.

Tot slot dankt en feliciteert de heer Mengal mevrouw Yoleen Van Camp (ondervoorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid en N-VA-Kamerlid) voor haar artikel in het webmagazine MediQuality van 31 oktober 2018. Hij gaat weliswaar niet helemaal akkoord met de stelling van een bestaand of nakend tekort aan verpleegkundigen in België, maar onderschrijft de vaststelling over de aantrekkelijkheid van

un des ratios infirmiers les plus élevés en Europe. Et, pourtant, on parle encore et toujours de pénurie?

La confiance est plutôt rompue... Les divers projets et décisions prises au cours des deux années passées laissent l'UGIB perplexe.

L'UGIB compte donc sur le fait que, dans le développement des réseaux hospitaliers, une attention explicite soit accordée à la position de la profession infirmière et à l'intégration des infirmières et de leurs associations professionnelles dans les projets qui les concernent.

Nous comptons également sur le fait que, lors de la mise en place de ces réseaux hospitaliers cliniques, il y ait une obligation de représentation de l'infirmier-chef à la coupole chapeautant le réseau hospitalier. De même, il est nécessaire de mettre en place des "Conseils de soins infirmiers" et d'établir une "fonction d'infirmière représentant les conseils infirmiers" afin de pouvoir exercer les mêmes prérogatives que le médecin représentant le Conseil médical-chef du réseau.

En termes de réseautage hôpital-domicile, nous nous attendons également à ce que les infirmiers participent en nombre plus important aux travaux du CNEH (Conseil National des Établissements Hospitaliers) et soient représentés à la Commission hospitalière de l'INAMI pour un contrôle conjoint de l'enveloppe financière générée par les infirmiers.

Le travail infirmier ne se termine pas avec les activités de soins infirmiers et l'exercice des activités professionnelles déléguées. Il y a aussi les réflexions cliniques inhérentes à l'exercice de la profession infirmière et les responsabilités particulières qui s'y rattachent. Il convient également d'en tenir compte et de les financer.

Pour terminer, M. Mengal souhaite remercier et féliciter Mme Yoleen Van Camp (vice-présidente de la Commission Santé et députée N-VA) pour son article paru dans la revue électronique MediQuality le 31/10/18. Même s'il n'est pas tout à fait d'accord avec l'affirmation d'une pénurie actuelle ou à venir d'infirmières en Belgique, le constat réalisé concernant l'attractivité de la profession et la situation de plus en plus pénible de la

het beroep en over de almaar heikelere situatie van het beroep in de ziekenhuizen, de rusthuizen en aan huis: een jammerlijke, maar correcte vaststelling.

Het verpleegkundig personeel gaat erop achteruit... Nochtans is het Belgische systeem inzake gezondheid en verpleegkunde nog steeds van goede kwaliteit en staat het in heel wat landen hoog aangeschreven... Enkele correct afgesproken verbeteringen zouden volstaan om opnieuw, zoals voorheen, een voortrekkersrol te spelen en te blijven spelen.

2.8. Uiteenzetting van de heer Geert Gielens, Belfius

Overeenkomstig artikel 28, 2bis, van het Kamerreglement, antwoordt *de heer Geert Gielens* op de door de commissievoorzitster gestelde vragen dat hij in dit dossier geen bevoegdheidsconflicten of financiële belangen heeft.

In zijn uiteenzetting zal de heer Gielens een toelichting geven over de financiële context van de Belgische ziekenhuissector, waartegen het ter bespreking voorliggende wetsontwerp geschreven is. Bij de door Belfius uitgevoerd analyse werden alle algemene en universitaire ziekenhuizen in België bij de studie betrokken.

Concreet beschikte men bij de opmaak van de steekproef van de studie op 1 jaar over 100 % van de financiële gegevens (92 ziekenhuizen); voor de steekproef van de studie op 5 jaar beschikte men over 89 % van de financiële gegevens (82 ziekenhuizen). Ook voor 2017 beschikte men niet over alle gegevens van alle ziekenhuizen: zo kon bijvoorbeeld niet elk ziekenhuis zijn analytische boekhouding voorleggen.

Een eerste algemene vaststelling is dat de financiële situatie van de ziekenhuizen slecht is en er sedert 2012 systematisch op achteruit gaat. De resultaten voor 2017 waren zeer slecht. Rekening houdend met de macro-economische en budgettaire context, moet men ervan uitgaan dat deze situatie niet snel zal verbeteren. Immers, de ziekenhuizen worden door een overheid gefinancierd. België wordt geconfronteerd met een zwakke groei (+1,5 % van het BBP). De belastbare basis zal dan ook niet sterk aangroeien. Er zullen dus niet meer inkomsten zijn voor de overheden om te herverdelen. Dit geldt des te meer gezien het begrotingstekort waarmee België kampt, en gezien de engagementen in dit verband ten aanzien van de Europese Unie, die een structureel begrotingsevenwicht tegen 2020 en een afbouw van de overheidsschuld impliceren. Bij ongewijzigd beleid, kan de Belgische Staat zich niet permitteren om meer uit te geven.

profession à l'hôpital, en maisons de repos et à domicile, représente malheureusement une triste réalité...

Le personnel infirmier est en voie de régression... Et pourtant, notre système de santé et infirmier belge est encore de bonne qualité et vanté par de nombreux pays... Il suffirait de quelques améliorations correctement concertées pour revenir ou se maintenir à la pointe, comme par le passé...

2.8. Exposé de M. Geert Gielens, Belfius

Conformément à l'article 28, 2bis, du Règlement de la Chambre, *M. Geert Gielens* répond aux questions posées par la présidente de la commission qu'il n'a pas de conflits de compétence ni d'intérêts financiers dans ce dossier.

Dans son exposé, M. Gielens commentera le contexte financier dans lequel se situe le secteur belge des hôpitaux, contexte dont il a été tenu compte lors de l'élaboration du projet de loi à l'examen. Tous les hôpitaux généraux et universitaires de Belgique ont été associés à l'analyse réalisée par Belfius.

Concrètement, Belfius disposait, pour l'échantillon de l'étude portant sur une année, de 100 % des données financières (92 hôpitaux); pour l'échantillon de l'étude portant sur cinq ans, il disposait de 89 % des données financières (82 hôpitaux). Pour 2017 également, toutes les données de tous les hôpitaux n'étaient pas disponibles: ainsi, par exemple, tous les hôpitaux n'ont pas pu soumettre leur comptabilité analytique.

Une première constatation générale est que la situation financière des hôpitaux est mauvaise et s'empire systématiquement depuis 2012. Les résultats de 2017 étaient très mauvais. Compte tenu du contexte macro-économique et budgétaire, il faut partir du principe que cette situation ne s'améliorera pas rapidement. En effet, les hôpitaux sont financés par les pouvoirs publics. La Belgique est confrontée à une croissance faible (+1,5 % du PIB). La base imposable n'augmentera donc pas fortement. Les recettes à redistribuer ne seront pas plus importantes, d'autant plus que la Belgique est confrontée à un déficit budgétaire et qu'elle a pris des engagements à cet égard vis-à-vis de l'Union européenne, qui impliquent un équilibre budgétaire structurel d'ici 2020 et une réduction progressive de la dette publique. À politique inchangée, l'État belge ne peut pas se permettre de dépenser plus.

Als men echter de te verwachten uitgaven in de ziekenhuissector analyseert, kan men niet anders dan vaststellen dat de kosten voor de ziekenhuizen alleen maar zullen stijgen. Dit heeft voornamelijk te maken met de digitalisering en de robotisering (cf. E-Health, EPD,...), de lopende accreditatieprocessen, de demografische evolutie en de toename in de ambulante zorg. Uit een vergelijking van de beschikbare middelen voor digitalisering en robotisering in de ziekenhuissector en de financiële sector, blijkt dat er een gigantische kloof gaapt tussen beide. Zo geeft één instelling in de financiële sector gemakkelijk 100 miljoen euro uit aan informatisering. Voor EPD was er zelfs geen 100 miljoen euro voorzien voor 2017 voor alle Belgische ziekenhuizen samen.

De demografische evolutie, en in het bijzonder de vergrijzingsgolf, zal de kosten voor de pensioenen van de statutaire personeelsleden van de openbare ziekenhuizen zeer sterk doen toenemen. Het is nu reeds duidelijk dat de ziekenhuizen hiervoor onvoldoende middelen hebben.

Als men de evolutie in de balans over een periode van 5 jaar van de algemene en de universitaire ziekenhuizen samen analyseert, stelt men een gemiddelde stijging per jaar van 4,5 % vast. Voor 2017 beschikken de algemene ziekenhuizen over een vermogen van ongeveer 17,4 miljard euro en de universitaire ziekenhuizen over een vermogen van iets minder dan 4,5 miljard euro. Met andere woorden: de waarde van het vermogen van de ziekenhuizen neemt toe. Dit is een positief gegeven. Dit vermogen is voornamelijk opgebouwd uit vaste activa (meer dan de helft): wanneer een ziekenhuis investeert, is het zeer vaak in gebouwen of terreinen; er wordt veel minder geïnvesteerd in ICT of medische apparatuur. Deze trend is de laatste vijf jaar enkel nog toegenomen. De vraag is of dit de juiste investeringen zijn, indien men rekening houdt met de noden in de ziekenhuissector binnen dit en twintig jaar. Nog in 2017 investeerden de ziekenhuizen 1,2 miljard in gebouwen; in 2013 stond dit bedrag nog op 1,4 miljard. Deze gegevens zijn een gevolg van de uitbouw van de in het verleden afgesproken bouwkalender. Met het stopzetten van de subsidiëring van deze bouwkalender had men verwacht dat deze bouwkalender zou leeglopen, maar dit is vooralsnog niet het geval. Dit betreft niet steeds de gehele ziekenhuissector, maar per jaar gaat het om 4 tot 5 ziekenhuizen. Verwachting is dat de investeringen in vaste activa door de ziekenhuizen in de toekomst zullen afnemen.

Wanneer men vervolgens de passiva zijde van de balans bestudeert, stelt men voor 2017 vast dat deze als volgt is samengesteld: 34,1 % bestaat uit eigen vermogen, 35,5 % bestaat uit financiële schulden

Cependant, si l'on analyse les dépenses auxquelles on peut s'attendre dans le secteur hospitalier, force est de constater que les coûts ne feront qu'augmenter pour les hôpitaux. Cet accroissement des coûts est essentiellement lié à la numérisation et à la robotisation (cf. E-health, DPI, ...), aux processus d'accréditation en cours, à l'évolution démographique et à l'augmentation des soins ambulatoires. Il ressort d'une comparaison des moyens disponibles pour la numérisation et la robotisation dans le secteur hospitalier et dans le secteur financier que le fossé est énorme entre les deux. Ainsi, un seul organisme du secteur financier consacre facilement 100 millions d'euros à l'informatisation. Pour le DPI, la ministre n'avait même pas prévu 100 millions d'euros pour l'ensemble des hôpitaux belges en 2017.

Le coût des pensions du personnel statutaire des hôpitaux publics augmentera sensiblement du fait de l'évolution démographique et en particulier de la vague de vieillissement. Il est déjà évident que les hôpitaux ne disposent pas de ressources suffisantes à cet effet.

Si l'on analyse l'évolution du bilan des hôpitaux généraux et des hôpitaux universitaires sur une période de 5 ans, on constate une augmentation moyenne de 4,5 % par an. Pour 2017, le patrimoine des hôpitaux généraux s'élevait à environ 17,4 milliards d'euros, contre un peu moins de 4,5 milliards d'euros pour les hôpitaux universitaires. En d'autres termes, la valeur du patrimoine des hôpitaux augmente, ce qui est positif. Ce patrimoine est principalement constitué d'immobilisations (plus de la moitié): lorsqu'un hôpital investit, il le fait très souvent dans des bâtiments ou des terrains et beaucoup moins dans les TIC ou les équipements médicaux. Cette tendance n'a fait qu'augmenter au cours des cinq dernières années. Il est toutefois permis de s'interroger sur la pertinence de ces investissements compte tenu des besoins du secteur hospitalier tels qu'ils se présenteront dans les vingt prochaines années. En 2017, les hôpitaux ont investi 1,2 milliard d'euros dans des bâtiments; en 2013, ce montant était encore d'1,4 milliard d'euros. Cette situation est due à l'évolution du calendrier de construction convenu dans le passé. On s'attendait à ce que la fin des subventions accordées dans le cadre du calendrier de construction entraîne l'extinction de celui-ci, mais ce n'est pas encore le cas. Ce n'est pas toujours l'ensemble du secteur hospitalier qui est concerné, mais 4 à 5 hôpitaux par an. On s'attend à ce que dans le futur, les hôpitaux investissent moins en immobilisations.

Lorsqu'on examine le passif du bilan 2017, on constate qu'il se compose comme suit: 34,1 % de fonds propres, 35,5 % de dettes financières (il s'agit principalement de dettes contractées auprès d'une banque en

(voornamelijk schulden aan banken voor investeringen), 24,8 % bestaat uit andere schulden. Over de periode 2013-2017 is gebleken dat de samenstelling van deze balans redelijk constant blijft. In principe zou men kunnen stellen dat 34,1 % eigen vermogen een zeer sterk resultaat is. Voor een *corporate* bedrijf verwachten de banken minstens 25 % aan eigen vermogen. Maar de balans van de ziekenhuizen geeft in deze een verkeerd beeld aangezien de investeringssubsidies ook in het eigen vermogen zijn opgenomen. Dit is eigenlijk vanuit economisch oogpunt niet echt correct. Als men de investeringssubsidies uit de balansen van de ziekenhuizen haalt, dan blijft er slechts 22 % aan eigen vermogen over. Zo nadert men sterk het door de banken als ondergrens vastgelegde percentage van 20 %. Bovendien is 22 % het percentage voor de hele Belgische ziekenhuissector. Als men hierbij de cijfers per ziekenhuis beschouwt, dan heeft men aan de ene kant van het spectrum een ziekenhuis met een negatief vermogen van 5,9 % en aan de andere kant een ziekenhuis met een eigen vermogen van bijna 70 %, wat in feite ook niet goed is.

Wat blijft er over van de financiën van een ziekenhuis na een jaar operationele werking, ofwel de erosie van het resultaat, en dit over 5 jaren geanalyseerd? Hierbij worden drie resultaten bekeken: het resultaat van het boekjaar, het bedrijfsresultaat en het courant resultaat. Als bankier is de heer Gielens geïnteresseerd in het courant resultaat: dit geeft weer wat er effectief overblijft van het eigen vermogen na exploitatie. Het resultaat boekjaar geeft de buitengewone, niet-normale inkomsten en uitgaven weer. Over 5 jaar daalt het gemiddeld courant resultaat van de Belgische ziekenhuizen van 0,6 % van de omzet in 2013 naar 0,3 % van de omzet in 2017. Voor deze steekproef over 5 jaar werd rekening gehouden met het courant resultaat van 82 ziekenhuizen. Als men enkel de cijfers voor 2017 bekijkt – die betrekking hebben op 92 ziekenhuizen, dan staat het gemiddeld courant resultaat zelfs nog maar op 0,2 % van de omzet. In geld uitgedrukt, betekent dit afgerond 29 miljoen euro overschot voor 92 ziekenhuizen. Concreet betekent dit dat er per ziekenhuis bijna niets overblijft. Indien men dit in detail nader analyseert, stelt men vast dat de resultaten tussen de ziekenhuizen onderling zeer sterk van elkaar verschillen: sommige ziekenhuizen draaien zeer sterk verlies, andere ziekenhuizen hebben dan weer net iets meer overschot. Wat wel vaststaat, is dat het aantal ziekenhuizen met een positief resultaat, systematisch daalt van 63 in 2014 naar 50 in 2017. Als men de grootteorde van het resultaat van naderbij bekijkt, moet men bovendien vaststellen dat het positieve resultaat bijna volledig verdwijnt. Ook ziekenhuizen met een sterk resultaat, worden met erosie van het eigen vermogen geconfronteerd. Dit heeft weinig te maken met

vue de réaliser des investissements) et 24,8 % d'autres dettes. Pour la période 2013-2017, la composition de ce bilan reste relativement constante. On pourrait en principe considérer que les 34,1 % de fonds propres évoqués ci-dessus constituent un résultat très solide. En effet, les banques exigent un minimum de 25 % de fonds propres lorsqu'elles ont affaire à une entreprise commerciale. Mais le bilan des hôpitaux est trompeur, car les subventions d'investissement sont également incluses dans les fonds propres, ce qui n'est pas vraiment correct d'un point de vue économique. Si l'on retire les subventions d'investissement du bilan des hôpitaux, il ne reste que 22 % de fonds propres, ce qui est très proche du seuil de 20 % fixé par les banques. Il convient par ailleurs de préciser que ces 22 % représentent un pourcentage global portant sur l'ensemble du secteur hospitalier belge. Si l'on considère chaque hôpital séparément, on aperçoit à une extrémité un hôpital ayant un patrimoine négatif de 5,9 % et de l'autre côté, un hôpital dont les fonds propres atteignent pratiquement 70 %, ce qui n'est pas non plus idéal.

Que reste-t-il des finances d'un hôpital après une année de fonctionnement opérationnel, ou quelle est l'érosion du résultat, l'analyse portant sur une période de 5 ans? Trois résultats sont pris en considération: le résultat de l'exercice, le résultat d'exploitation et le résultat courant. En tant que banquier, M. Gielens s'intéresse au résultat courant: il traduit le solde effectif des fonds propres après exploitation. Le résultat de l'exercice indique les recettes et dépenses extraordinaires, anormales. En l'espace de 5 ans, le résultat courant moyen des hôpitaux belges passe de 0,6 % du chiffre d'affaires en 2013 à 0,3 % du chiffre d'affaires en 2017. Cette enquête par coup de sonde menée sur une période de 5 ans s'est intéressée au résultat courant de 82 hôpitaux. Si l'on considère uniquement les chiffres de 2017 – qui portent sur 92 hôpitaux – le résultat courant moyen n'atteint même plus que 0,2 % du chiffre d'affaires. En termes de liquidités, cela signifie un excédent arrondi de 29 millions d'euros pour 92 hôpitaux. Concrètement, cela implique qu'il ne reste quasi rien par hôpital. Une analyse détaillée plus approfondie fait apparaître que les résultats diffèrent substantiellement d'un hôpital à l'autre: certains hôpitaux enregistrent des pertes très considérables, alors que d'autres bénéficient d'un peu plus d'excédent. Une chose est sûre, le nombre d'hôpitaux enregistrant un résultat positif diminue systématiquement pour tomber de 63 en 2014 à 50 en 2017. Si l'on analyse de plus près l'ordre de grandeur, force est en outre de constater que le résultat positif disparaît quasi totalement. Même les hôpitaux dont les résultats sont bons sont confrontés à l'érosion de leurs fonds propres. Cela ne tient guère à la qualité de la

de kwaliteit van de bedrijfsvoering. Maar het is duidelijk dat een dergelijk financieringssysteem, zonder aanpassingen, niet houdbaar is.

Dit blijkt ook uit de analyse van de gerealiseerde *cash flow*. Voor 2017 werd er gemiddeld 938 miljoen euro aan *cash flow* gegenereerd. Dit betekent voor het eerst een daling, wat een verontrustend signaal is. Daarenboven is van deze 938 miljoen euro 653 miljoen euro voorbehouden voor het afbetalen van leningen die gaan vervallen. Er blijft met andere woorden slechts 285 miljoen euro *free cash flow* over. Ook het bedrag van deze *free cash flow* daalt systematisch. Bovendien blijkt dat het aantal ziekenhuizen die niet voldoende *cash flow* genereren om hun schulden die binnen het jaar vervallen, af te betalen, stijgt van 16 in 2016 naar 24 in 2017! Deze ziekenhuizen moeten met andere woorden hiervoor putten uit de eigen reserves. Maar als het kapitaal maar 22 % uitmaakt van de balans, dan is de spaarpot ook beperkt. Met andere woorden, de ziekenhuizen kunnen, indien deze tendens zich doorzet, niet blijven teren op hun eindige reserves. Ook deze analyse toont aan dat het huidige financieringssysteem op dit punt niet houdbaar is.

Wat zijn de oorzaken van deze moeilijke financiële situatie van de ziekenhuizen? In de eerste plaats, is er de onderfinanciering. Maar de grootste oorzaak is de evolutie in de personeelskosten. De personeelskost – artsen niet meegerekend – maakt 43 % uit van de kostenstructuur van een ziekenhuis. Het onder controle houden van de personeelskost is dan ook opdracht nummer één van het ziekenhuisbestuur. Nochtans kennen de Belgische ziekenhuizen, in vergelijking met het buitenland, een bescheiden aantal verpleegkundigen per ziekenhuisbed. Wél stelt men vast dat de FTE (*full time equivalent*) gedurende de laatste 5 jaren zijn gestegen: +3,9 %. Dit geldt ook voor de kostprijs per FTE: +4,8 %. Globaal betekent dit een stijging van 8,8 %, wat iets meer is dan de globale indexatie voor die periode. Met andere woorden, de stijging met 8,8 % van de grootste kostenpost, wordt niet gecompenseerd door meerinkomsten voor de ziekenhuizen. De financiering volgt met andere woorden niet.

Waar komt deze onderfinanciering vandaan? In % van de omzet bedraagt de gemiddelde resultatenrekening van de Belgische ziekenhuizen 1,14 % voor het boekjaar 2017. Dit positief resultaat is te danken aan de 2,02 % omzet van de medisch-technische diensten (o.a. nierdialyse, MRI-scanners,...), de 1,21 % omzet van de apotheek, de 0,6 % omzet van niet ziekenhuisactiviteiten, de -1,46 % verplegingsdiensten en de -0,78 % omzet van de consultaties. Deze onderverdeling is reeds verscheidene jaren stabiel. Ziekenhuizen boeken enkel

gestion. Mais il est clair qu'à défaut d'adaptations, un tel système de financement est intenable.

Cela ressort également de l'analyse du *cash flow* réalisé. En 2017, le *cash flow* généré s'élevait en moyenne à 938 millions d'euros. Cela signifie qu'il est en recul pour la première fois, ce qui est un signal préoccupant. En outre, de ces 938 millions d'euros, 653 millions d'euros sont réservés au remboursement d'emprunts qui arrivent à échéance. En d'autres termes, il ne reste que 285 millions d'euros de *free cash flow*. Le montant de ce *free cash flow* diminue, lui aussi, de manière systématique. Il s'avère en outre que le nombre d'hôpitaux qui ne génèrent pas un *cash flow* suffisant pour rembourser leurs dettes échéant dans l'année passe de 16 en 2016 à 24 en 2017! En d'autres termes, ces hôpitaux doivent puiser dans leurs réserves pour leurs remboursements. Si le capital ne représente que 22 % du bilan, la tirelire est, elle aussi, limitée. En d'autres mots, si cette tendance persiste, les hôpitaux ne pourront continuer à vivre sur leurs réserves. Cette analyse montre, elle aussi, que le système de financement actuel n'est pas tenable sur ce point.

Quelles sont les causes des difficultés financières des hôpitaux? En premier lieu, il s'agit du sous-financement. Mais la raison principale est l'évolution des frais de personnel. Les frais de personnel – médecins non inclus – représentent 43 % de la structure de coûts d'un hôpital. La maîtrise des frais de personnel est dès lors la mission numéro un de la gestion hospitalière. Pourtant, par rapport à l'étranger, les hôpitaux belges comptent un nombre modeste d'infirmiers par lit d'hôpital. Force est en revanche de constater qu'au cours des cinq dernières années, le nombre d'ETP (équivalents temps plein) a augmenté: +3,9 %. Il en va de même pour le coût par ETP: +4,8 %. Globalement, cela équivaut à une hausse de 8,8 %, soit un peu plus que l'indexation globale pour cette période. En d'autres termes, l'augmentation de 8,8 % du principal poste de dépenses n'est pas compensée par des revenus supplémentaires pour les hôpitaux. Le financement ne suit pas.

D'où vient ce sous-financement? En pourcentage du chiffre d'affaires, le compte de résultats moyen des hôpitaux belges est de 1,14 % pour l'exercice comptable 2017. Ce résultat positif est dû aux 2,2 % de chiffre d'affaires des services medicotechniques (entre autres, les dialyses rénales, les scanners IRM, etc.), au 1,21 % de chiffre d'affaires de la pharmacie, au 0,6 % de chiffre d'affaires des activités non hospitalières, au -1,46 % de services infirmiers et au -0,78 % de chiffre d'affaires des consultations. Cette ventilation est stable

een overschot in de omzet dankzij medisch-technische diensten en dankzij de apotheek.

Algemene conclusie

Op het eerste zicht lijkt de algemene solvabiliteit van de Belgische ziekenhuizen van 34,1 % goed te zijn. Maar als men naar het concrete financieringsconcept kijkt, ziet de situatie er veel minder rooskleurig uit. Het financieringsconcept erodeert. De investerings-subsidies zullen op termijn wegvallen en de thesaurie van de ziekenhuizen kent een dalende trend. 24 van de 92 Belgische ziekenhuizen hebben te weinig *cash flow* om hun vervallen schuld voor het volgende jaar te betalen en moeten noodgedwongen interen op hun bestaande reserves. Het courant resultaat is, met 0,2 % van de omzet, extreem laag. Het resultaat van het boekjaar geeft, met 0,9 % van de omzet, een iets beter beeld. Maar men mag niet uit de oog verliezen dat deze resultaten werden opgetekend voor een jaar waarbij er voor heel België een daling van het aantal ziekenhuisopnames werd opgetekend.

Het huidige financieringssysteem van de Belgische ziekenhuizen is niet houdbaar en er dringen zich dan ook maatregelen op. Zo niet, varen de Belgische ziekenhuizen als een Titanic af op de onvermijdelijke ijsberg.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) herinnert eraan dat de heer Smeets van Santhea benadrukt heeft hoe moeilijk het is openbare en privéziekenhuizen te doen samenwerken; om die reden is hij geen voorstander van de oprichting van netwerken. De spreekster wijst erop dat een decreet van het Vlaams Gewest dit soort van samenwerking tussen de overheidssector en de privésector reeds mogelijk maakt.

Uit de MAHA-studie van Belfius blijkt dat de Waalse en de Brusselse ziekenhuizen een tekort van 32 miljoen euro laten optekenen. Welke oplossingen ziet de heer Smeets om dit tekort weg te werken?

Verwijzend naar de uiteenzetting van mevrouw Cloet van Icuero, vraagt mevrouw Muylle of de artsen werden geraadpleegd bij het opstellen van het wetsontwerp, met name om zich te verweren tegen de bepaling betreffende het met redenen omkleed advies. De minister is van oordeel dat het met redenen omkleed advies de procedure niet zal vertragen omdat dat advies pas na de verzoeningsperiode wordt verstrekt. Wat denken de artsen daarvan? Zijn zij bereid daarover te debatteren?

depuis plusieurs années. Les hôpitaux ne réalisent un chiffre d'affaires excédentaire que grâce aux services medicotechniques et à la pharmacie.

Conclusion générale

À première vue, la solvabilité générale des hôpitaux belges (34,1 %) paraît bonne. Mais si l'on examine le concept de financement concret, la situation est beaucoup moins réjouissante. Le concept de financement s'érode. À terme, les subventions d'investissement disparaîtront et la trésorerie des hôpitaux connaît une tendance à la baisse. Sur 92 hôpitaux belges, 24 manquent de *cash flow* pour payer leurs dettes échues pour l'année suivante et sont forcés de vivre sur leurs réserves. Le résultat courant est, avec 0,2 % du chiffre d'affaires, extrêmement faible. Le résultat de l'exercice comptable donne, avec 0,9 % du chiffre d'affaires, une image un peu meilleure. Mais il faut garder à l'esprit que ces résultats ont été enregistrés pour une année qui s'est caractérisée par une diminution du nombre d'hospitalisations sur l'ensemble de la Belgique.

Le système actuel de financement des hôpitaux belges n'est pas tenable et des mesures s'imposent, sans quoi les hôpitaux belges se dirigent inexorablement vers un naufrage digne du Titanic.

B Questions et observations des membres

Mme Nathalie Muylle (CD&V) rappelle que M. Smeets de Santhea a souligné la difficulté de faire collaborer des hôpitaux privés et publics, c'est la raison pour laquelle il n'est pas partisan de la mise en place de réseaux. Mme Muylle tient à rappeler qu'un décret de la Région flamande permet déjà ce genre de collaboration entre secteur privé et public.

L'étude MAHA de Belfius a mis en évidence un déficit de 32 millions d'euros pour les hôpitaux wallons et bruxellois. Quelles sont les solutions envisagées par M. Smeets pour résorber ce déficit?

S'adressant à Mme Cloet d'Icuero, Mme Muylle demande si les médecins ont été consultés lors de la rédaction du projet de loi, notamment pour contrer la disposition relative à l'avis motivé. La ministre estime que l'avis motivé ne risque pas de ralentir la procédure étant donné qu'il intervient après la période de conciliation. Qu'en pensent les médecins? sont-ils prêts à en discuter?

Vervolgens wil de spreekster van de heer Gielens (Belfius) weten welke impact de vermindering van de overvloedige bedden zou hebben op de financiering van de ziekenhuizen. Welke impact zal de pensioenmassa hebben op die financiering?

De heer André Frédéric (PS) vindt veel van zijn bezorgdheden terug in de uiteenzettingen van de sprekers. Hij stelt vast dat de sprekers het volkomen eens zijn over twee elementen, met name dat maatregelen moeten worden genomen en dat netwerken moeten worden opgericht, alsook dat de ziekenhuizen ondergefinancierd zijn en nood hebben aan een strikt begrotingskader, dat iedereen de mogelijkheid biedt zijn taken te vervullen.

De heer Frédéric wijst erop dat zijn fractie positief staat tegenover de hervorming, maar een aantal duidelijke antwoorden op verschillende vragen wenst. Hij somt er een paar op.

Sommige sprekers hebben hun bezorgdheid geuit over de oprichting van netwerken terwijl er nog geen programmatieregels zijn; die zullen later in koninklijke besluiten worden uitgewerkt. Wat met de neutraliteit en de vrije keuze van de patiënten in de toekomstige netwerken? Kunnen de openbare en de privéziekenhuizen samenwerken uit juridisch oogpunt? Hoe zal het bestuur worden georganiseerd? Al deze vragen sterken de spreker in zijn mening dat het werk moet worden voortgezet om deze fundamentele vragen te kunnen beantwoorden.

De spreker merkt op dat tijdens de hoorzittingen niet werd ingegaan op twee thema's: het personeel en de patiënten. De heer Frédéric zou graag het standpunt kennen van de vakbonden die de werknemers in de ziekenhuissector vertegenwoordigen. Van de vertegenwoordigers van het verplegend personeel wil hij weten of hun leden bezorgd zijn over hun toekomst.

Zal de hervorming een kwalijke invloed hebben op de kwaliteit van de patiëntenzorg? Zal er een impact zijn op de reeds bestaande ziekenhuisassociaties?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat de ziekenhuisfinanciering en de toekomst van de ziekenhuisstructuren als een rode draad door de hoorzittingen lopen. Alle sprekers hebben erop aangedrongen de besparingen te stoppen en de financiering van de ziekenhuizen een aantal jaar stabiel te houden.

Sommige sprekers willen een financiering voor het netwerk. In dit stadium zou een dergelijke financiering via een koninklijk besluit moeten worden geregeld.

L'intervenant demande ensuite à M. Gielens de Belfius quel serait l'effet de la réduction des lits surnuméraires sur le financement des hôpitaux. Quel sera également l'impact des pensions?

M. André Frédéric (PS) retrouve nombreuses de ses préoccupations dans les exposés des intervenants. Il constate que les intervenants sont unanimes sur deux éléments: d'une part la nécessité de prendre des mesures et de créer des réseaux et, d'autre part, le problème du sous-financement des hôpitaux et le besoin d'un cadre budgétaire strict permettant à chacun de remplir ses missions.

M. Frédéric rappelle que son groupe est favorable à la réforme mais souhaite obtenir un certain nombre de réponses claires sur différentes questions. Il en cite quelques-unes.

Ainsi, certains intervenants ont émis des craintes sur la création de réseaux en l'absence de règles de programmation qui seront précisées ultérieurement dans des arrêtés royaux. Qu'advient-il de la neutralité et du libre choix des patients dans les futurs réseaux? Sera-t-il juridiquement possible de construire des alliances entre hôpitaux publics et privés? Comment sera organisée la gouvernance? Toutes ces interrogations confortent l'intervenant dans l'idée qu'il convient de poursuivre le travail pour apporter des réponses à ces questions fondamentales.

Il fait remarquer que deux thèmes n'ont pas été abordés dans les auditions à savoir le personnel et les patients. M. Frédéric aurait aimé entendre le point de vue des organisations syndicales représentant les travailleurs du secteur hospitalier. Il demande aux représentants des infirmiers si leurs affiliés sont inquiets pour leur avenir.

La réforme aura-t-elle une influence négative sur la qualité des soins pour le patient? aura-t-elle un impact sur les associations d'hôpitaux déjà existantes?

Mme Catherine Fonck (cdH) relève que le fil conducteur des auditions est la problématique du financement des hôpitaux et de l'avenir des structures hospitalières. Tous les intervenants ont appelé à stopper les économies et à trouver une stabilité pluriannuelle pour le financement des hôpitaux.

Certains intervenants ont réclamé un financement pour le réseau. À ce stade, ce financement devrait faire l'objet d'un arrêté royal.

Mevrouw Fonck vraagt of de deskundigen erin geslaagd zijn een beheerskostenmodel voor een netwerk uit te werken. Hoe werd het bedrag van 475 000 euro per netwerk bepaald? Voor welke taken? Met welke structuren?

Eventuele besparingen zullen in een tweede fase kunnen worden doorgevoerd. Hoe zouden die op middellange of lange termijn verwezenlijkt kunnen worden? Door bepaalde diensten te sluiten, of door te snoeien in het aantal bedden? Zeker niet door de personeelskosten te verminderen.

De deskundigen hebben ook aangedrongen op de verduidelijking van de programmatieregels, die tot dusver nog steeds onbekend zijn.

Wat is het standpunt van de deskundigen inzake de supraregionale opdrachten (noodsituaties moeders/kinderen, pediatrie, moederschap, geriatrie)? Welke criteria moeten in aanmerking worden genomen? Kunnen de toekomstige programmatieregels een impact hebben op de vorming van de netwerken?

Mevrouw Fonck gaat vervolgens in op de behoeften van de patiënten. Dat moet een prioriteit zijn, inzonderheid de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.

Door de oprichting van de netwerken zullen patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere moeten worden overgebracht. Hoe zal die niet-dringende overbrenging worden gefinancierd? Zullen de patiënt hun overbrenging (eventueel per ambulance) zelf moeten betalen? Werd dit probleem al besproken?

Een studie van het KCE over de vergrijzing had de noodzaak aangetoond van de conversie van een aantal bedden naar de geriatrie en de revalidatie. Aldus zouden acute bedden kunnen worden gesloten en geconverteerd in bedden voor geriatrische revalidatie of zelfs in pre- of postziekenhuisbedden. Zijn over dit vraagstuk discussies gevoerd en werden door het veld voorstellen geformuleerd? Het is zaak oplossingen te vinden waarmee aan alle behoeften van de patiënten kan worden voldaan.

Aangaande het verplegend personeel heeft de minister aangegeven dat een tripartiete werkgroep werd opgericht om na te denken over de diverse problemen die het hele personeel treffen (in de eerste plaats verpleegkundigen en zorgkundigen). Er rijzen vragen over eventueel jobverlies, personeelsmutaties, statutaire verschillen, de pensioenkosten en de verschillende regelingen die bestaan tussen de vzw-ziekenhuizen en de openbare ziekenhuizen.

Mme Fonck demande si les experts ont pu modéliser les coûts de gestion que représente un réseau. Comment a été déterminé le montant de 475 000 euros par réseau? pour quelles missions? avec quelles structures?

Si des économies sont possibles, elles n'arriveront que dans une seconde phase. D'où pourraient-elles provenir à moyen ou long terme? de la fermeture de certains services? de la réduction du nombre de lits? certainement pas de la réduction des coûts en personnel.

Les experts ont également réclamé la clarification des règles de programmation qui sont toujours inconnues à l'heure actuelle.

Quelle est la position des experts sur les règles de programmation, les missions *supra*-régionales, les urgences, les blocs mère-enfant, les services de gériatrie? Quels sont les critères à retenir? Les règles de programmation à venir pourraient-elles avoir un impact sur la construction des réseaux?

Mme Fonck aborde ensuite le volet relatif aux besoins des patients qui doit être une priorité et en particulier la qualité des soins et l'accessibilité financière aux soins.

La création des réseaux va nécessiter le transfert de patients d'un hôpital à l'autre. De quelle manière ce transfert non urgent va-t-il être financé? Le patient devra-t-il lui-même payer son transfert (éventuellement en ambulance)? Ce problème a-t-il déjà fait l'objet de discussions?

Une étude du KCE sur le vieillissement de la population avait pointé la nécessité de convertir un certain nombre de lits en gériatrie et en revalidation. Ainsi, on pourrait fermer des lits aigus et les convertir en lits de revalidation de gériatrie, voire même convertir des lits en amont et en aval de l'hôpital. Des discussions ont-elles eu lieu sur cette problématique et des propositions du terrain ont-elles été formulées? Il importe de trouver des solutions permettant de rencontrer l'ensemble des besoins des patients.

En ce qui concerne le personnel infirmier, la ministre a annoncé qu'un groupe de travail tripartite avait été mis en place afin de réfléchir aux différents problèmes qui touchent l'ensemble du personnel (surtout des infirmiers et des aides-soignants). Des questions se posent en ce qui concerne d'éventuelles pertes d'emplois, des mouvements de personnel, sur la différence de statut, la charge des pensions et les différents régimes existants entre les hôpitaux associatifs et les hôpitaux publics.

Werden de verenigingen die de verpleegkundigen vertegenwoordigen, bij die werkgroep betrokken?

Mevrouw Fonck merkt vervolgens op dat de adviezen van de deskundigen over het behoorlijk bestuur niet gelijklopen. Zijzelf is van mening dat een grote uitdaging erin schuilt het bestuur en meer bepaald de raad van bestuur te professionaliseren. Het komt erop aan onafhankelijke bestuurders te hebben en binnen de raden van bestuur over een mix aan profielen te beschikken (bijvoorbeeld aanwezigheid van ICT- en financieel deskundigen).

Mevrouw Fonck pleit al langer voor een nauwere co-participatie tussen de beheerders en het zorgpersoneel in de raden van bestuur.

In dat verband vraagt zij de heer De Toeuf op welke basis hij kan stellen dat het “zorgpersoneel” wel degelijk in de raden van bestuur vertegenwoordigd zal zijn. Is het niet noodzakelijk dat de medisch directeur en de voorzitter van de medische raad zitting hebben in de governancestructuur van de netwerken? Het wetsontwerp voorziet in een nauwere participatie van de artsen via ruimere nadere beslissingsvoorwaarden voor de medische raad. Zoals sommige sprekers hebben onderstreept, dreigt er eindeloos heen-en-weerverkeer tussen de raad van bestuur en de medische raad. Ware een dialoogruimte binnen de raad van bestuur zelf geen betere oplossing? Het is zaak te voorkomen dat bestaande spanningen in de raden van bestuur worden geïmporteerd in het netwerk.

Mevrouw Fonck is een groot voorstander van de aanwezigheid van vertegenwoordigers van het verplegend personeel in de raad van bestuur van het netwerk, als ook van de aanwezigheid van een huisarts uit de huisartsenkringen. Zij zal daartoe amendementen indienen.

Wat ten slotte de financiering van de universitaire ziekenhuizen en de vergelijkingen met het buitenland betreft, vraagt de spreekster of de deskundigen over vergelijkende cijfers beschikken, niet alleen voor de financiering van de gezondheidszorg maar ook voor de financiering van het academische aspect (vorming en onderzoek).

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) dankt de sprekers en vraagt de commissie na te denken over de concrete maatregelen die moeten worden genomen om komaf te maken met de rampzalige toestand van de ziekenhuizen. Zij verwijst naar de verontwaardiging en de paniek die in Nederland bij patiënten zijn ontstaan toen twee ziekenhuizen er failliet gingen en de deuren

Les associations représentatives des infirmiers ont-elles été associées à ce groupe de travail ?

Mme Fonck relève ensuite que les avis des experts sur la gouvernance ne sont pas convergents. À titre personnel, elle estime qu’il existe un enjeu majeur de professionnalisation de la gouvernance et singulièrement du conseil d’administration. Il importe d’avoir des administrateurs indépendants et d’avoir une mixité de profils au sein des conseils d’administration (présence d’experts en ICT et en financement, par exemple).

Mme Fonck plaide depuis longtemps pour une co-participation plus étroite entre les gestionnaires et les soignants dans les conseils d’administration.

À cet égard, elle demande à M. De Toeuf sur quelle base il peut affirmer que les “soignants” seront bien présents au sein des conseils d’administration. Ne serait-il pas indispensable que le directeur médical et le président du conseil médical soient présents dans la structure de gouvernance des réseaux? Le projet de loi prévoit une participation plus étroite des médecins par le biais de modalités étendues de décisions du conseil médical. Comme l’ont souligné certains intervenants, il risque d’y avoir des allers-retours interminables entre le conseil d’administration et le conseil médical. Ne serait-il pas opportun de prévoir un espace de dialogue au sein même du conseil d’administration? Il faut éviter d’importer au sein du réseau des tensions existantes actuellement dans les conseils d’administration.

Mme Fonck se déclare très favorable à la présence de représentants du personnel infirmier au sein du conseil d’administration du réseau ainsi que la présence d’un médecin généraliste des cercles de médecine générale. Elle déposera d’ailleurs des amendements à cet effet.

Enfin, en ce qui concerne le financement des hôpitaux universitaires et la comparaison avec les pays étrangers, elle demande si les experts disposent de chiffres comparatifs non seulement pour le financement des soins de santé mais également pour le financement du volet académique (formation et recherche).

Mme Monica De Coninck (sp.a) remercie les intervenants et invite la commission à réfléchir aux actions concrètes à entreprendre pour remédier à la situation catastrophique des hôpitaux. Elle évoque l’indignation et la panique qu’ont ressenties les patients lors de la fermeture de deux hôpitaux aux Pays-Bas pour cause de faillite. Elle est convaincue qu’en cherchant des

moesten sluiten. Zij is ervan overtuigd dat het tij kan worden gekeerd als men naar oplossingen en partnerschappen zoekt, als men initiatieven neemt.

Toen de spreekster nog OCMW-voorzitter in Antwerpen was, gingen ook daar enkele ziekenhuizen over de kop; na een lang proces kon uiteindelijk een ziekenhuisnetwerk tot stand worden gebracht.

Zij betwijfelt of de artsen bereid zijn mee te werken en hun patiënten over te dragen aan andere ziekenhuizen. Zij zullen immers schrik hebben om niet alleen hun patiënt maar ook hun ereloon te verliezen. Samenwerken houdt bovendien bezuinigingen en uiteindelijk ook inkomstenverlies in. Die dynamiek mag niet worden onderschat. De artsen zullen ervan moeten worden overtuigd dat de nieuwe structuur op basis van samenwerking borg zal staan voor een betere zorgkwaliteit en dat het mogelijk zal zijn om méér te doen met minder middelen.

Mevrouw De Coninck spoort de beleidsverantwoordelijken ertoe aan inspiratie te putten uit de bestaande voorbeelden en tegelijkertijd – wetgevende of andere – initiatieven te nemen om de transformatie naar netwerken te bevorderen. Het is duidelijk dat de Staatshervorming de zaken er niet makkelijker op heeft gemaakt.

De spreekster vraagt of samenwerking tussen universitaire ziekenhuizen mogelijk zal zijn en zal worden aangemoedigd. In hoeverre zal het criterium van de afstand een element in de discussie zijn?

Bij de hervorming zal hoe dan ook rekening moeten worden gehouden met de werkdruk voor het verplegend personeel.

Aangaande de professionalisering van het bestuursmodel is mevrouw De Coninck ervan overtuigd dat een einde moet worden gemaakt aan het compleet voorbijgestreefde feodale standensysteem, meer bepaald ten aanzien van de patiënten. De zorgkwaliteit hangt nu immers af van het vermogen van alle personen die zich met de patiënt bezighouden (van het onderhoudspersoneel tot de arts-specialist), om als een team te werken. Dat *teamwork* geldt eveneens voor de leden van de raad van bestuur.

Net als sommige sprekers, zoals de vertegenwoordiger van ICURO, begrijpt mevrouw De Coninck niet waarom het wetsontwerp voorziet in een dermate omslachtige besluitvormingsprocedure met een veto-recht voor de medische raad, temeer daar, zoals de vertegenwoordiger van Belfius heeft beklemtoond, het hele systeem door de Staat wordt gefinancierd. Dat vetorecht zal ertoe leiden dat nog slechts heel moeilijk

solutions et des partenariats, en prenant des initiatives, il est possible d'inverser la vapeur.

Lorsqu'elle était présidente du CPAS d'Anvers, elle a également été confrontée à la faillite de certains hôpitaux et finalement, après un long processus, un réseau hospitalier a pu être mis en place.

Elle émet des doutes quant à la disponibilité des médecins à collaborer et à transférer leurs patients vers d'autres hôpitaux. En effet, ces derniers auront peur de perdre leurs patients et, partant, leurs honoraires. En outre, collaborer signifie implicitement faire des économies et *in fine* perdre des revenus. Il ne faut pas sous-estimer cette dynamique. Il faudra les convaincre que la nouvelle structure basée sur la collaboration sera garante d'une meilleure qualité des soins et qu'il sera possible de faire plus avec moins de moyens.

Mme De Coninck exhorte les responsables politiques à s'inspirer des exemples existants et à prendre simultanément des initiatives, législatives ou autres, afin de faciliter la transformation en réseaux. Il est clair que la réforme de l'État n'a pas facilité les choses.

L'intervenante demande si la collaboration entre hôpitaux universitaires sera possible et encouragée. Dans quelle mesure le critère de la distance sera-t-il un élément de discussion?

La réforme devra inévitablement tenir compte de la charge de travail du personnel infirmier.

En ce qui concerne la professionnalisation du modèle de gestion, Mme De Coninck est convaincue qu'il faut mettre un terme au système féodal des classes (*standen*) qui est dépassé, notamment vis-à-vis des patients. En effet, la qualité des soins dépend maintenant de la capacité de toutes les personnes qui s'occupent du patient de travailler en équipe, cela va du personnel d'entretien jusqu'au médecin spécialiste. Ce travail en équipe vaut également pour les membres du conseil d'administration.

À l'instar de certains intervenants, comme ICURO, Mme De Coninck ne comprend pas pourquoi le projet prévoit une procédure de décision aussi lourde avec un droit de veto dans le chef du conseil médical, d'autant plus que, comme l'a souligné le représentant de Belfius, tout le système est financé par l'État. Ce droit de veto fera en sorte qu'il sera très difficile d'encontre trouver des directeurs d'hôpitaux qui accepteront de porter toute

ziekenhuisdirecteurs te vinden zullen zijn die zullen aanvaarden de volledige aansprakelijkheid voor het deugdelijk beheer van het ziekenhuis op zich te nemen, terwijl zij geen stem in het kapittel hebben. In dat verband vraagt de spreekster de deskundigen hoe het percentage van de honoraria de jongste jaren evolueert binnen het geheel van de ziekenhuisinkomsten. Het lid heeft de indruk dat sommige ziekenhuizen weliswaar armlastig zijn, maar dat de specialisten die er werken vermogend zijn. Wil men meer doen met minder middelen, dan zullen de beheerders moeten worden overtuigd en worden gemotiveerd om ermee in te stemmen meer te werken met minder financiële middelen. Zij betreurt dat is gepland om het BMF voor ten minste vijf jaar te bevriezen.

Wil men netwerken oprichten om de kosten te rationaliseren, dan moet men eerst investeren, met name in infrastructuur.

De spreekster is verbaasd dat het wetsontwerp in uitzicht stelt dat men de artsen binnen de netwerken moet doen samenwerken, maar dat in een dergelijke samenwerking niet is voorzien voor de steundiensten (ICT, groepsaankopen enzovoort). Wat vinden de deskundigen daarvan?

In antwoord op de stelling van de heer Dielens van Belfius, die het beeld van de ijsberg heeft gebruikt, beklemtoont mevrouw De Coninck dat een instrument moet worden uitgewerkt dat het verzonken gedeelte van die ijsberg kan zien en ontwijken.

De heer Benoît Piedboeuf (MR) dankt alle sprekers voor de constructieve strekking van hun betogen.

Hij herinnert eraan dat het wetsontwerp een eerste fase in de hervorming is en dat in een tweede stadium sommige punten zullen moeten worden gepreciseerd, zoals de programmatieregels of de in hoofdstuk 12 van de OCMW-wet vervatte bepalingen die van een ander bevoegdheidsniveau afhangen. Er zal aandacht dienen te gaan naar de toekomstige koninklijke besluiten.

Het is geruststellend dat er een overeenkomst bestaat over het aantal netwerken en de spreiding ervan, alsmede dat bepaalde ziekenhuizen in afwachting daarvan al samenwerkingsinitiatieven hebben genomen.

De regeringsverklaring voorziet niet alleen in een hervorming van de ziekenhuissector, maar ook van de financiering. De hervorming heeft niet tot doel de ziekenhuizen te verarmen, maar ze integendeel een operationele bestendigheid te garanderen.

la responsabilité de la bonne gestion de l'hôpital alors qu'ils n'ont pas droit au chapitre. À cet égard, l'intervenante demande aux experts quelle est l'évolution du pourcentage des honoraires dans les revenus des hôpitaux ces dernières années. Elle a l'impression que certains hôpitaux sont pauvres mais que les médecins spécialistes qui y travaillent sont riches. Elle est d'avis que si l'on veut faire plus avec moins de moyens il faudra convaincre les gestionnaires et les motiver pour qu'ils acceptent de travailler plus avec moins de moyens financiers. Elle déplore qu'il soit prévu de geler le BMF pour 5 ans au moins.

Si l'on veut créer des réseaux afin de rationaliser les coûts, il faudra d'abord investir, notamment dans des infrastructures.

Elle s'étonne que le projet prévoie de faire collaborer les médecins au sein des réseaux mais qu'une telle collaboration ne soit pas prévue pour les services d'appui (ICT, achats groupés, ...). Quel est l'avis des experts à cet égard?

Répliquant enfin à M. Dielens de Belfius qui a utilisé l'image de l'iceberg, Mme De Coninck souligne qu'il convient de développer un instrument permettant de voir et d'éviter la partie immergée de cet iceberg.

M. Benoît Piedboeuf (MR) remercie tous les intervenants pour le caractère constructif de leurs interventions.

Il rappelle que le projet de loi constitue une première étape dans la réforme et qu'il conviendra, dans un second temps, de préciser certains points comme par exemple, les règles de programmation ou les dispositions du chapitre 12 de la loi sur les CPAS qui dépendent d'un autre niveau de pouvoir. Il conviendra d'être attentifs aux arrêtés royaux à venir.

Il est rassurant de voir qu'il existe un accord sur le nombre et la répartition des réseaux et qu'en attendant, certains hôpitaux ont déjà pris des initiatives de collaboration.

La déclaration gouvernementale prévoit une réforme du secteur hospitalier mais également du financement. L'objectif de la réforme n'est pas d'appauvrir les hôpitaux mais, au contraire de leur assurer une pérennité opérationnelle.

Ondanks enkele afwijkende accenten (al dan niet van confessionele strekking) hebben alle betogen blijk gegeven van gezond verstand en van de gemeenschappelijke bereidheid tot een constructieve hervorming.

De heer Piedboeuf geeft aan dat zijn fractie het wetsontwerp weliswaar steunt, maar zal aansturen op een aantal noodzakelijke preciseringen.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) polst naar de reactie van de vertegenwoordigers van de artsen op het verzoek van de verpleegkundigen om in de bestuursraden van de netwerken te worden vertegenwoordigd. Hebben de huisartsen daarin ook hun plaats?

Vervolgens vraagt mevrouw Dedry de heer Hueting te preciseren waarom de netwerking volgens hem de herijking van de nomenclatuur zal bemoeilijken.

Ten slotte vraagt de spreekster of de deskundigen van mening zijn dat de supraregionale opdrachten nu al in het wetsontwerp zouden moeten worden gepreciseerd, en niet achteraf bij koninklijk besluit.

C. Antwoorden

Mevrouw Chantal De Boevere (RUZB-CHAB) antwoordt dat de financiering van de universitaire ziekenhuizen in het buitenland anders is georganiseerd. Zo spelen de universitaire ziekenhuizen in Nederland een grotere coördinerende rol. Ze worden per patiënt gefinancierd.

In België wordt de tertiaire zorg hoofdzakelijk gefinancierd via de *Diagnosis Related Groups* (DGR). De jongste jaren wordt een linearisatie van de financiering geconstateerd, en uiteindelijk een lagere financiering voor de in de universitaire ziekenhuizen verzorgde, ernstigere pathologieën.

In sommige landen bestaat basisfinanciering voor het onderzoek én financiering per project. In België hangt het onderzoek af van de bereidheid van de medische teams.

In Nederland en Duitsland wordt de opleiding gefinancierd via de artsen-specialisten in opleiding (ASO), te weten per arts-specialist in opleiding.

De Belgische universitaire ziekenhuizen werken nu al samen in bepaalde domeinen, zoals de zeldzame genetische ziekten, de centra voor menselijke erfelijkheid, de stamcelbanken, de klinische onderzoeken enzovoort. Er bestaan contracten met de farmaceutische bedrijven voor klinische onderzoeken, die vervolgens worden

Malgré certains accents différents, à portée confessionnelle ou autre, toutes les interventions ont fait preuve de bon sens et d'une volonté commune de réforme constructive.

M. Piedboeuf déclare que son groupe soutient le projet de loi mais qu'il sera attentif aux nécessaires précisions à y apporter.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) demande la réaction des représentants des médecins à la demande des infirmiers d'être représentés au sein des conseils d'administration des réseaux. Les médecins généralistes y ont-ils aussi leur place?

Mme Dedry demande ensuite à M. Hueting de préciser pour quelles raisons il estime que la mise en réseau va compliquer le rééquilibrage (*herijking*) de la nomenclature.

Elle demande enfin si les experts sont d'avis que les missions *supra*-régionales devraient, dès à présent, être précisées dans le projet de loi et non pas ultérieurement par arrêté royal.

C. Réponses

Mme Chantal De Boevere (CHAB-RUZB) répond que le financement des hôpitaux universitaires est organisé de manière différente à l'étranger. Ainsi, aux Pays-Bas, les hôpitaux universitaires ont un plus grand rôle de coordination. Ils sont financés par patient.

En Belgique, les soins tertiaires sont principalement financés par le biais du DGR (*Diagnosis Related Groups*). Ces dernières années, on constate une linéarisation du financement et au final un financement moindre pour les pathologies plus lourdes soignées dans les hôpitaux universitaires.

Dans certains pays, il existe un financement de base pour la recherche ainsi qu'un financement par projet. En Belgique, la recherche dépend de la volonté des équipes médicales.

Aux Pays-Bas et en Allemagne, la formation est financée par ASO (*Artsen specialisten in opleiding*), à savoir par médecin spécialiste en formation.

Les hôpitaux universitaires belges collaborent déjà dans différents domaines tels que par exemple, les maladies génétiques rares, les centres de génétique humaine (*centra voor menselijke erfelijkheid*), les banques de cellules souches, les études cliniques, ... Des contrats existent avec des firmes pharmaceutiques

uitgebreid tot de randziekenhuizen. Die samenwerkingsverbanden hebben de verdienste dat ze bestaan, maar ze zouden moeten worden versterkt.

Bepaalde supraregionale opdrachten zouden enkel aan universitaire centra mogen worden toevertrouwd. Indien supraregionale opdrachten aan een netwerk worden toevertrouwd, dan zou dat netwerk minstens één universitair ziekenhuis moeten bevatten, opdat de verzamelde gegevens voor onderzoek kunnen worden aangewend en de geneeskunde vooruithelpen (genetica, stamcellen, zware medische apparatuur enzovoort). Die opdrachten zijn heel duur, vergen veel expertise en passen binnen het klinisch onderzoek.

De heer Yves Smeets (Santhea) bevestigt dat de wetgeving inzake publiek-private samenwerking in de drie gewesten van het land verschillend is. Het komt dus de gewestministers toe initiatieven te nemen om publieke en private instellingen in netwerken te organiseren. Tot dusver werd geen enkele initiatief genomen. Bij gebrek aan juridische instrumenten zullen geen gepaste juridische structuren voor de netwerken kunnen worden uitgewerkt.

Santhea heeft niets tegen netwerken, maar vreest dat het gebrek aan duidelijkheid over de locoregionale opdrachten ertoe kan leiden dat bestaande samenwerkingen op losse schroeven komen te staan. Men moet dus duidelijkheid over deze opdrachten scheppen en een zekere mate van flexibiliteit mogelijk maken ten opzichte van de samenwerkingen die, tot grote tevredenheid van de patiënt, reeds tot stand zijn gekomen.

Wat de financiering betreft, mogen de cijfers die naar voren komen uit het onderzoek van Belfius en die een gevolg zijn van de onderfinanciering van de opdrachten die aan de ziekenhuizen worden toevertrouwd, niet worden verward met de kosten voor het creëren van netwerken. De huidige afwezigheid van netwerken is niet de oorzaak van het deficit van de ziekenhuizen. Integendeel, het organiseren van netwerken zal, althans tijdens de startfase, duurder uitvallen dan het huidige stelsel.

Het structureel tekort van de ziekenhuizen is te wijten aan het feit dat de bij koninklijk besluit opgelegde opdrachten niet worden gefinancierd. De oprichting van netwerken zal aan die toestand niets veranderen.

Talrijke vragen met betrekking tot de mobiliteit van het ziekenhuispersoneel en de harmonisering van de statuten blijven onbeantwoord.

De heer Smeets vestigt de aandacht op de noodzaak om beheerders die hun verantwoordelijkheid nemen in

pour des études cliniques qui sont ensuite étendues aux hôpitaux périphériques. Ces collaborations ont le mérite d'exister mais il conviendrait de les intensifier.

Certaines missions *supra*-régionales devraient être uniquement dévolues à des centres universitaires. Si des missions *supra*-régionales étaient confiées à un réseau, il conviendrait qu'au moins un hôpital universitaire soit impliqué dans le réseau afin que les données récoltées servent à la recherche et fassent avancer la médecine (génétique, cellules souches, appareillage médical lourd, ...). Ces missions coûtent très cher, réclament beaucoup d'expertise et s'inscrivent dans la recherche clinique.

M. Yves Smeets (Santhea) confirme que la législation sur les partenariats public/privé est différente dans les trois régions du pays. Il appartient donc aux ministres régionaux de prendre des initiatives pour permettre la mise en réseaux d'institutions publiques et privées. Jusqu'à présent aucune initiative n'a été prise. En l'absence d'outils juridiques, il sera impossible de créer les structures juridiques propres aux réseaux.

Santhea n'est pas opposé aux réseaux mais est d'avis qu'en raison d'un manque de visibilité sur les missions loco-régionales, le risque existe que les collaborations déjà mises en place actuellement soient mises en péril. Il convient dès lors de faire la clarté sur ces missions et de permettre une certaine souplesse vis-à-vis des collaborations qui ont déjà été mises en place à la grande satisfaction du patient.

En ce qui concerne le financement, il ne faut pas confondre les chiffres avancés dans l'étude de Belfius qui découlent d'un sous-financement des missions confiées aux hôpitaux et le coût de la mise en réseaux. L'absence actuelle de réseaux n'est pas la cause du déficit des hôpitaux. Au contraire, la mise en réseaux coûtera plus cher, au moins dans la phase de démarrage, que le système actuel.

Le déficit structurel des hôpitaux est dû au fait que les missions, imposées par arrêté royal, ne sont pas financées. La création des réseaux ne va rien changer à cette situation.

De nombreuses questions restent ouvertes en ce qui concerne la mobilité du personnel hospitalier et l'harmonisation des statuts.

M. Smeets attire l'attention sur la nécessité de faire siéger au conseil d'administration des gestionnaires

de raad van bestuur op te nemen. Hij is in dat verband van oordeel dat het niet raadzaam is om personeelsleden, zoals verpleegkundigen, zitting te laten hebben in de raad van bestuur.

Ten slotte is de heer Smeets geen voorstander van een verzwaarde adviesprocedure; hij acht het beter te werken aan de hand van een consensus die tot stand komt in permanente overlegcomités, zoals overigens bij wet bepaald.

De heer Stéphane Mercier (UNESSA) beklemtoont nogmaals dat de sector vragende partij is voor een hervorming.

Wat de aanwezigheid van de stakeholders in de bestuursorganen betreft (artsen en verpleegkundigen in de raad van bestuur), wijst de heer Mercier erop dat in andere landen vandaag al de mogelijkheid bestaat dat patiënten, eerstelijnszorgverleners en zelfs andere beoefenaars van andere zorgberoepen deel uitmaken van die organen. Het debat is niet gesloten.

Door de manier waarop de gezondheidszorg in België is georganiseerd, neemt het medisch korps een bijzondere plaats in; daarmee moet in de beheersorganen rekening worden gehouden indien men er andere gezondheidsberoepen in wil opnemen. Met uitzondering van de universitaire ziekenhuizen worden de artsen aangesteld op basis van een aannemingscontract; ze vormen de belangrijkste bron voor de financiering van de ziekenhuizen.

Op termijn zal worden bespaard door ziekenhuisvestingen en diensten op te doeken en het aantal bedden terug te schroeven, wat moeilijk te aanvaarden is voor de bevolking, de patiënten en de lokale bestuurders. Bij recente sluitingen werden we niet ondersteund door de ministers voor Volksgezondheid aangezien het in hun ogen neerkwam op een louter op beheer gericht beleid zonder rechtstreekse band met hun gezondheidszorgbeleid.

Om de bevolking en de werknemers gerust te stellen moet onder andere worden gegarandeerd dat de bespaarde middelen opnieuw in het systeem zullen worden geïnvesteerd met het oog op het behoud van de werkgelegenheid en de diensten.

De heer Reinier Hueting (KARTEL) verduidelijkt zijn uitspraken over de herijking van de nomenclatuur.

Men kan zich niet toespitsen op de creatie van netwerken zonder oog te hebben voor de onderfinanciering van de ziekenhuizen. Alvorens te hervormen, moet de nomenclatuur worden herzien.

qui prennent leurs responsabilités. À cet égard, il estime qu'il est malsain de faire siéger dans le conseil d'administration des membres du personnel, tels que les infirmiers.

Enfin, M. Smeets n'est pas partisan d'une procédure d'avis renforcé et estime qu'il est préférable de travailler par consensus par le biais de comités permanents de concertation, comme le prévoit d'ailleurs la loi.

M. Stéphane Mercier (UNESSA) réaffirme que le secteur est demandeur d'une réforme.

En ce qui concerne la présence des parties prenantes dans les organes de gouvernance (présence des médecins et des infirmiers dans le conseil d'administration), M. Mercier signale que d'autres pays prévoient déjà la présence des patients, des prestataires de première ligne et même des prestataires d'autres professions de santé. Le débat n'est pas clos.

Par la manière dont sont organisés les soins de santé en Belgique, le corps médical occupe une position particulière dont il faut tenir compte dans les organes de gestion si on y incorpore d'autres professions de santé. Hormis les hôpitaux universitaires, les médecins sont engagés sur la base d'un contrat d'entreprise et ils sont le point d'entrée majeur du financement des hôpitaux.

À terme, les économies viendront de la suppression de sites hospitaliers, de services et de lits, ce qui est difficile à faire accepter à la population, aux patients et mêmes aux édiles locaux. Dans des fermetures récentes, nous n'avons pas été soutenus par les ministres de la Santé qui n'ont voulu y voir qu'une politique purement gestionnaire sans lien direct avec leur politique des soins de santé.

Une des manières de rassurer la population et les travailleurs sera de garantir que les économies engrangées seront bien réinvesties dans le système afin de maintenir l'emploi et les services.

M. Reinier Hueting (KARTEL) précise ses propos en ce qui concerne le rééquilibrage de la nomenclature.

Il serait faux de se focaliser sur la création des réseaux et d'oublier le sous-financement des hôpitaux. Avant de réformer, il convient de revoir la nomenclature.

De financiering van de ziekenhuizen gebeurt weliswaar met overheidsgeld, maar passeert deels via de honoraria van de artsen. De afhoudingen op de honoraria zijn noodzakelijk voor de werking van de ziekenhuizen. Besparingen op de nomenclatuur leiden tot een daling van de inkomsten en een verhoging van de afhoudingen en de honorariasupplementen.

De nomenclatuur moet worden herzien door een onderscheid te maken tussen de honoraria ontvangen door de arts voor intellectuele prestaties, voor technische en medische handelingen, de zogenaamde niet tastbare component enerzijds en een tastbare component ter compensatie van de geassocieerde kosten anderzijds. Zolang de ziekenhuizen via de honoraria van de artsen worden gefinancierd, zullen die artsen eisen te mogen deel uitmaken van de bestuursorganen van het ziekenhuis, wat dan weer tegen de zin van de beheerders is. Daarom vormt de procedure waarbij gebruik wordt gemaakt van met redenen omklede adviezen, nog de meest aannemelijke oplossing.

Aangezien de financiële regeling tussen de ziekenhuizen en de artsen niet homogeen is, is het nu heel moeilijk om overeenkomsten te sluiten. De artsen zouden b.v. geneigd kunnen zijn te gaan werken in de ziekenhuizen waar ze het minst moeten afdragen. Het KARTEL vindt dat de tijd gekomen is om na te denken over een uniforme en transparante aanpak voor de financiële regeling tussen de artsen en de ziekenhuisbeheerders.

Op de vraag van mevrouw Fonck over de geriatrie en de pediatrie antwoordt de heer Hueting dat als de intellectuele handelingen en de multidisciplinaire samenwerking niet beter worden betaald, het onmogelijk zal zijn de artsen te motiveren om in kleine basisziekenhuizen te werken.

Die artsen moeten ook toegang kunnen hebben tot de technische diensten waarover het netwerk beschikt. Mocht dat niet het geval zijn, waartoe dient het dan nog om hoogopgeleide specialisten te blijven opleiden?

Sommigen hebben gepleit voor de opname in het wetsontwerp van de supraregionale opdrachten van de netwerken. De spreker wijst erop dat in het wetsontwerp ook geen melding wordt gemaakt van de basisopdrachten van het netwerk. Hoewel dat gebrek aan precisering de ziekenhuizen een zekere vrijheid laat om geavanceerde diensten te ontwikkelen, bemoeilijkt dat desondanks het sluiten van concrete overeenkomsten.

Verder wenst de spreker te benadrukken dat de huisartsen zeker niet bereid zijn om te functioneren in een z.g. "proxispoed" (een soort huisartsenwachtpost

Il est vrai que le financement des hôpitaux provient des deniers publics mais passe aussi par les honoraires des médecins. Les retenues sur les honoraires (afhoudingen) sont nécessaires pour faire fonctionner les hôpitaux. Des économies sur la nomenclature entraînent une réduction des recettes et une augmentation des déductions et des suppléments d'honoraires.

Il convient de revoir la nomenclature en faisant la distinction entre les honoraires perçus par le médecin pour ses prestations intellectuelles, et pour ses actes techniques et médicaux, la composante intangible d'une part, et une composante tangible de coûts associés d'autre part. Tant que les flux financiers de l'hôpital passeront par les honoraires des médecins, ces derniers exigeront de faire partie des organes de gestion de l'hôpital, ce dont les gestionnaires ne veulent pas. C'est pourquoi la procédure d'avis motivé est encore la solution la plus plausible.

Actuellement, étant donné que le règlement financier des hôpitaux avec les médecins n'est pas homogène, il est très compliqué de conclure des accords. Les médecins pourraient être tentés de travailler dans les hôpitaux où les retenues sont les plus faibles. Le KARTEL est d'avis que le moment est venu de réfléchir à une approche uniforme et transparente du règlement financier entre les médecins et les gestionnaires d'hôpitaux.

En réponse à la question de Mme Fonck sur la gériatrie et la pédiatrie, M. Hueting répond que si les actes intellectuels et la collaboration multidisciplinaire ne sont pas mieux rémunérés, il sera impossible de motiver les médecins à travailler dans des hôpitaux de base de petite taille.

Ces médecins doivent également pouvoir avoir accès aux services techniques dont dispose le réseau. Si tel n'était pas le cas, à quoi bon continuer à former des médecins spécialistes ayant suivi une formation supérieure.

D'aucuns ont plaidé pour l'inscription dans le projet de loi des missions *supra*-régionales des réseaux. M. Hueting fait remarquer que le projet ne mentionne pas non plus quelles sont les missions de base du réseau. Ces imprécisions, bien qu'elles laissent une certaine liberté aux hôpitaux de développer des services de pointe, rendent malgré tout des accords concrets très difficiles.

En outre, l'orateur insiste sur le fait que les médecins généralistes ne sont certainement pas prêts à travailler, pendant les jours de semaine, dans des services dits

naast de spoeddienst van een ziekenhuis) tijdens de weekdays. Een huisartsenwachtpost is enkel geopend gedurende de 61 uur van een weekend, of tijdens een feestdag. Een basisziekenhuis zonder de mogelijkheid om de patiënten, die worden gevolgd op de polikliniek, dringend te kunnen opnemen buiten de normale uren, is niet patiëntvriendelijk en gedoemd te sluiten na korte tijd.

De heer Wouter Decat (AUVB-UGIB-AKVB) staat erop mee te delen dat men moet spreken van verpleegkundigen en niet van verplegers.

Hij herinnert eraan dat de verpleegkundigen als gevolg van de enorme werklast en het snelle patiëntenverloop geen tijd meer hebben om al hun taken – die ruimer zijn dan louter zorg – in de best mogelijke omstandigheden uit te voeren. Men dient zich te bezinnen over de plaats van het verzorgend personeel in de samenleving.

De spreker wijst erop dat de AUVB voor de besprekingen over de verpleegkundigen niet op het kabinet van de minister van Volksgezondheid werd uitgenodigd.

De heer Yves Mengal (AUVB-UGIB-AKVB) herinnert eraan dat de taken van de verpleegkundigen in de privésector onlangs werden herzien. Die herziening zou binnenkort moeten worden uitgebreid tot de overheidssector (IFIC-dossier). Dat is een interessant dossier, omdat er rekening in wordt gehouden met de administratieve en logistieke taken van de verpleegkundigen. Spijtig genoeg werden hun vertegenwoordigers niet bij de besprekingen betrokken.

De beschrijving van de taken (verpleegkundigen, apothekers, psychologen enzovoort) bevat fouten die nadelig zijn voor de loonschalen. Zo worden bepaalde specialisaties niet langer erkend, wat voor de studenten demotiverend is.

In tegenstelling tot de andere Europese landen heeft België een groot aantal minimumnormen vastgesteld die niet meer in overeenstemming zijn met de werklast van de verpleegkundigen.

In België worden de personeelsnormen per ziekenhuisverpleegeenheid berekend volgens het aantal bedden (11 tot 13 verpleegkundigen per 30 bedden). In de andere Europese landen gebeurt dat per patiënt. Zo is er in België gemiddeld één verpleegkundige voor 11 patiënten, terwijl het EU-gemiddelde één verpleegkundige per 8 patiënten bedraagt. De kwalificatiegraad van de verpleegkundigen in de Belgische ziekenhuisafdelingen

“d’urgence de proximité” (une sorte de poste de garde de médecins généralistes qui serait mis en place en marge des services d’urgence des hôpitaux). Un poste de garde de médecins généralistes n’est ouvert que pendant les 61 heures que dure un weekend, ou les jours fériés. Un hôpital de base qui n’offre pas la possibilité d’admettre d’urgence des patients suivis dans la polyclinique, en dehors des heures normales de travail, n’est pas suffisamment accueillant pour les patients et est condamné à fermer à brève échéance.

M. Wouter Decat (AUVB-UGIB-AKVB) tient à préciser qu’il convient de parler de personnel infirmier plutôt que d’infirmiers (en Néerlandais: *verpleegkundigen* et non *verplegers*).

Il rappelle qu’en raison de l’énorme charge de travail et de la rotation rapide des patients, le personnel infirmier n’a plus le temps d’exécuter toutes ses tâches – qui sont plus vastes qu’uniquement les soins – dans les meilleures conditions. Il convient de réfléchir à la place du personnel soignant dans la société.

M. Decat précise que l’AUVB n’a pas été invitée au cabinet de la ministre de la Santé pour les discussions relatives aux infirmiers.

M. Yves Mengal (AUVB-UGIB-AKVB) rappelle qu’il y a eu récemment une révision des tâches du personnel infirmier dans le secteur privé. Cette révision devrait bientôt être étendue au secteur public (dossier IFIC). Ce dossier IFIC est intéressant car il prend en compte les tâches administratives et logistiques du personnel infirmier. Malheureusement, les représentants des infirmiers n’ont pas été associés aux discussions.

La description des tâches (infirmiers, pharmaciens, psychologues, ...) contient des erreurs qui sont préjudiciables aux barèmes. Ainsi, certaines spécialités ne sont plus reconnues ce qui démotive les étudiants.

Contrairement aux autres pays européens, la Belgique a fixé un grand nombre de normes minimales qui ne sont plus en adéquation avec la charge de travail des infirmiers.

En Belgique, les normes en personnel par unité de soins hospitalière sont calculées par 30 lits (11 à 13 infirmières pour 30 lits). Dans les autres pays européens, le calcul se fait par patient. Ainsi, en Belgique il y a en moyenne une infirmière pour 11 patients alors que la moyenne européenne est d’une infirmière pour 8 patients. En revanche, le taux de qualification des infirmières dans les unités de soins hospitalières belges est

is daarentegen heel hoog (80 à 86 %). De UGIB vindt dat het hoge kwalificatieniveau van de verpleegkundigen in alle ziekenhuizen moet worden gehandhaafd, ongeacht of ze in een netwerk zitten.

Als men de gemiddelde verblijfsduur en het aantal bedden wil verminderen, dienen de teams voldoende in aantal en voldoende gekwalificeerd te zijn.

De heer Geert Gielens (Belfius) bevestigt dat het aantal bedden in alle diensten afneemt, behalve in de geriatrie. De financiële weerslag is echter moeilijk te berekenen, aangezien de personeelskosten niet in dezelfde mate dalen en het personeel naar ambulante eenheden wordt overgeheveld.

Er loopt een onderzoek bij Belfius over de impact van de pensioenen op de financiering van de ziekenhuizen. Aangezien het onderwerp pensioenen in België nog een taboe is, is het heel moeilijk om informatie te verkrijgen die niet openbaar is en die in de boekhouding van de ziekenhuizen bijzonder moeilijk op te sporen is. Er zijn bij Belfius al voor sommige ziekenhuizen gegevens beschikbaar en daaruit blijken heel hoge bedragen.

De cijfers in verband met de erelonen zijn beschikbaar op de website van Belfius.

Het bedrag van de door de ziekenhuizen geïnde erelonen is 5,9 miljard euro per jaar, wat neerkomt op 40,9 % van de omzet van de ziekenhuissector. Het bedrag van de door de artsen effectief geïnde erelonen is 3,7 miljard euro (25 % van de omzet). Die percentages zijn vrij stabiel.

Inzake het goed bestuur bevestigt *mevrouw Margot Cloet (Zorgnet-Icuro)* dat binnen de werkgroep ter voorbereiding van het wetsontwerp overleg met de artsenverenigingen heeft plaatsgevonden.

Teneinde tot een consensus te komen, is ICURO vragende partij voor nieuw overleg naar aanleiding van de vastlegging van de 25 aangelegenheden waarvoor een met redenen omkleed advies vereist is. Ter zake meent ICURO dat het beter zou zijn de artsen bij de beheersorganen te betrekken, veeleer dan de lijst met aangelegenheden uit te breiden.

Het wetsontwerp beoogt dat wie deel uitmaakt van de raad van bestuur, over een zekere deskundigheid moet beschikken. ICURO meent dat het interessant zou zijn dat zowel de artsen als de verpleegkundigen in de raad van bestuur zitting zouden kunnen hebben. Het is belangrijk dat ook de artsen bij het beheer van de ziekenhuizen worden betrokken.

très élevé (de 80 à 86 %). L'UGIB est d'avis que le haut taux de qualification des infirmières doit être maintenu dans tous les hôpitaux, en réseau ou non.

Si on veut réduire la durée moyenne de séjour et le nombre de lits, il convient que les équipes soient en nombre suffisant et suffisamment qualifiées.

M. Geert Gielens (Belfius) confirme que le nombre de lits diminue dans tous les services sauf en gériatrie. Toutefois, l'impact financier est difficile à calculer étant donné que les coûts en personnel ne diminuent pas pour autant étant donné que le personnel est transféré dans des unités ambulatoires.

Une étude est en cours chez Belfius relative à l'impact des pensions sur le financement des hôpitaux. Toutefois, le sujet des pensions étant encore tabou en Belgique, il est très difficile d'obtenir des informations qui ne sont pas publiques et qui sont très difficiles à identifier dans la comptabilité des hôpitaux. Des données sont déjà disponibles chez Belfius pour certains hôpitaux et laissent apparaître des montants très élevés.

Les chiffres relatifs aux honoraires sont disponibles sur le site internet de Belfius.

Le montant des honoraires perçus par les hôpitaux est 5,9 milliards d'euros par an, cela représente 40,9 % du chiffre d'affaires du secteur hospitalier. Les honoraires que perçoivent effectivement les médecins sont de 3,7 milliards d'euros (25 % du chiffre d'affaires). Ces pourcentages sont relativement stables.

Mme Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) confirme qu'en ce qui concerne la gouvernance une concertation a eu lieu, au sein du groupe de travail, avec les syndicats de médecins en préparation de la loi.

ICURO est demandeur d'une nouvelle concertation lorsqu'il sera question de déterminer les 25 matières qui requerront un avis motivé, et ce afin de dégager un consensus. À cet égard, ICURO est d'avis qu'il vaudrait mieux impliquer les médecins dans les organes de gestion plutôt que d'étendre la liste des matières.

Le projet de loi prévoit que les personnes siégeant au conseil d'administration doivent faire preuve d'une certaine expertise. ICURO estime qu'il est intéressant que tant les médecins que les infirmiers puissent siéger au conseil d'administration. Il importe que les médecins puissent également participer à la gestion des hôpitaux.

Zullen de netwerken nadelig zijn voor de zorgkwaliteit? Mevrouw Cloet meent dat net dankzij de *clustering* van bepaalde specialismen de kwaliteit alleen maar kan verbeteren, op voorwaarde dat de basis- en de bovenregionale opdrachten goed worden omschreven en een passende financiering krijgen.

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen vraagt een bedrag van 643 000 euro per netwerk om de bijkomende, door de ziekenhuizen te vervullen organisatieopdracht te financieren (hoofddarts, netwerkcoördinator, secretariaat en algemene werkingskosten). Zoals mevrouw De Coninck heeft benadrukt, zullen eerst bepaalde investeringen moeten gebeuren, alvorens besparingen te kunnen verwezenlijken.

Dat betekent echter niet dat de vermindering van het aantal bedden de budgetten zou kunnen doen krimpen. Er moet immers worden gezorgd voor meer medisch personeel naarmate wegens de bevolkingsveroudering en wegens de steeds complexere aandoeningen de patiëntenbehoeften stijgen.

Aangezien de netwerken tegen 2020 moeten zijn gevormd, is het belangrijk dat de basis- en de bovenregionale functies tegen die datum zijn omschreven, opdat de ziekenhuizen hun zorgaanbod kunnen heroriënteren. Ter zake is mevrouw Cloet het eens met het pleidooi van de heer Hueting voor een herziening van de nomenclatuur.

V. — ALGEMENE BESPREKING – DEEL TWEE (6 NOVEMBER 2018)

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat dankzij de hoorzittingen met de vertegenwoordigers van de sector haar standpunt over een aantal aangelegenheden kon worden bevestigd.

Financiële toestand van de ziekenhuizen

De spreekster wijst erop dat de minister de vorming van locoregionale ziekenhuisnetwerken heeft voorgesteld als een antwoord op de financiële problemen van de ziekenhuizen.

Ze merkt op dat alle vertegenwoordigers van de sector het erover eens zijn dat de ziekenhuizen ondergefinancierd zijn. Ze vragen dat een einde wordt gemaakt aan de besparingsmaatregelen die tijdens deze regeerperiode opliepen tot meerdere honderden miljoenen euro.

Les réseaux porteront-ils préjudice à la qualité des soins? Mme Cloet est d'avis que si les missions de base et les missions *supra*-régionales sont bien définies et assorties d'un financement adéquat, la qualité ne peut que s'améliorer, précisément en raison du *clustering* de certaines spécialités.

Le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers réclame un montant de 643 000 euros par réseau pour financer la fonction supplémentaire d'organisation que devront remplir les hôpitaux (médecin principal, coordinateur du réseau, secrétariat et frais généraux de fonctionnement). Comme l'a souligné Mme De Coninck, il faudra d'abord consentir à certains investissements avant de pouvoir réaliser des économies.

Toutefois, cela ne signifie pas que la réduction du nombre de lits permettra de réduire les budgets. En effet, il faudra prévoir plus de personnel médical en fonction de l'augmentation des besoins des patients dus au vieillissement de la population et en raison de pathologies toujours plus complexes.

Etant donné que les réseaux doivent être constitués pour 2020, il importe que les fonctions de base et les fonctions *supra*-régionales soient définies pour cette date afin que les hôpitaux puissent réorienter leur offre de soins. À cet égard, Mme Cloet se rallie au plaidoyer de M. Hueting pour une révision de la nomenclature.

V. — DISCUSSION GÉNÉRALE – SECONDE PARTIE (6 NOVEMBRE 2018)

A. Questions et observations des membres

Mme Catherine Fonck (cdH) fait remarquer que les auditions des représentants du secteur permettent de corroborer le point de vue qu'elle défend sur un certain nombre de sujets.

Situation financière des hôpitaux

L'intervenante rappelle que la ministre a présenté la mise en place des réseaux cliniques locorégionaux comme une réponse aux problèmes financiers des hôpitaux.

Elle fait remarquer que les représentants du secteur sont unanimes quant au fait que les hôpitaux sont sous-financés. Ils demandent l'arrêt des mesures d'économies qui se sont élevés, durant cette législature, à plusieurs centaines de millions d'euros.

Mevrouw Fonck voegt eraan toe dat de netwerkvorming in een eerste fase geld zal kosten. Zorgnet-Icuro heeft berekend dat de bijkomende kosten zouden neerkomen op een bedrag van 600 000 euro werkingsbudget per netwerk. Hoe zal dit worden gefinancierd?

De sector heeft ook gewezen op het probleem van de bijkomende kosten als gevolg van het overbrengen van de patiënten tussen de verschillende ziekenhuizen van elk netwerk. Wie zal die meerkosten dragen? Hoe kan worden gegarandeerd dat de netwerkvorming niet ten koste zal gaan van de financiële toegankelijkheid van de zorgverstrekking voor de patiënten?

De spreekster vestigt ook de aandacht op de minder gunstige situatie van de Belgische universitaire ziekenhuizen in vergelijking met die van andere landen.

In die context ziet de spreekster niet in hoe de klinische netwerking tussen ziekenhuizen een oplossing kan vormen voor de financiële problemen van de ziekenhuizen, tenzij die netwerkvorming een voorwendsel is om het aantal bedden af te bouwen en ziekenhuisdiensten op te doeken – wat tot banenverlies zal leiden – of om te besparen in de zware zorg, die wellicht onder de supraregionale zorgopdrachten zal vallen.

De spreekster benadrukt bovendien dat de ziekenhuizen meer stabiliteit en financiële voorspelbaarheid verlangen. Niet alleen aan de besparingsmaatregelen moet een einde komen, maar ook aan het stelsel van gedeeltelijke financiering van de extra opdrachten die de ziekenhuizen worden opgelegd. Mevrouw Fonck pleit voor een meerjarige vastlegging, zoals die ook voor de apothekers werd ingesteld.

Duidelijke criteria met betrekking tot de locoregionale zorgopdrachten

Mevrouw Fonck gaat in op de vraag van de sector om de regels aangaande de locoregionale zorgopdrachten te verduidelijken, in het bijzonder met betrekking tot de drie door de minister genoemde sectoren: het moeder-kindtraject (pediatrie en materniteit), de geriatrie en de spoeddiensten. Welke criteria gelden bij deze drie sectoren bijvoorbeeld op het vlak van het aantal bevalingen of van het aantal ziekenhuisbedden die vereist zijn om een dienst te kunnen behouden?

In het KCE-rapport van 2017 over de “benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 (...)” waren projecties gemaakt volgens de regels die zouden kunnen worden gebruikt. Die regels zouden leiden tot de sluiting van een aantal bedden (wat de besparingen verklaart?). In Tubeke en Nijvel bijvoorbeeld is de reorganisatie van

Mme Fonck ajoute que la mise en place des réseaux va, dans un premier temps, coûter de l'argent. Zorgnet-Icuro a évalué ce surcoût lié à 600 000 euros de budget de fonctionnement par réseau. Comment sera-t-il financé?

Le secteur a également soulevé le problème du surcoût lié aux transferts des patients entre les hôpitaux de chaque réseau. Qui supportera ce surcoût? Quelles sont les garanties que la mise en place des réseaux ne se fera pas au détriment de l'accessibilité financière des soins pour les patients?

L'intervenante attire également l'attention sur la situation moins favorable des hôpitaux universitaires belges en comparaison à ceux des autres pays.

Dans ce contexte, l'intervenante ne voit pas comment la mise en place des réseaux cliniques entre hôpitaux va permettre de résoudre les problèmes financiers des hôpitaux, à moins que cette mise en réseau ne dissimule une volonté de fermer des lits et des services hospitaliers, ce qui entraînera des pertes d'emplois, ou de réaliser des économies sur les soins lourds qui relèveront probablement des missions de soins suprarégionales.

Elle souligne en outre que les hôpitaux aspirent à davantage de stabilité et de prévisibilité financière. Il faut arrêter non seulement les mesures d'économies mais aussi le système de financement partiel des missions supplémentaires imposées aux hôpitaux. Mme Fonck plaide pour la mise en place d'un engagement pluriannuel, à l'instar de ce qui a été fait pour les pharmaciens.

Clarté des critères relatifs aux missions de soins locorégionales

Mme Fonck relaie la demande du secteur de clarifier davantage les règles qui régiront les missions de soins locorégionales, plus particulièrement concernant les trois secteurs évoqués par la ministre: les trajets de soins mère-enfant (pédiatrie et maternité), la gériatrie et les urgences. Quels sont, pour ces trois secteurs, les critères, par exemple en termes de nombre d'accouchements ou de nombre de lits hospitaliers, qui permettront de maintenir un service?

Le Rapport du KCE de 2017 sur la capacité hospitalière 2025 avait fait des projections en fonction des règles qui pourraient être utilisées. Ces règles mèneraient à la fermeture d'un certain nombre de lits (d'où les économies?). Par exemple, à Tubize et Nivelles, la question de la réorganisation des services de pédiatrie

de pediatrie- en kraamdiensten aangekaart, en ter zake waren er op de verschillende bevoegdheidsniveaus uiteenlopende betogen te horen.

De minister schat in dat die hervorming besparingen zal opleveren. Dat zal alleen mogelijk zijn via het ontslag van personeel en/of de sluiting van diensten of bedden. Vandaag worden alleen de verantwoorde bedden gefinancierd. De gesloten erkende bedden brengen niets op omdat ze niet worden gefinancierd. De minister moet consequent zijn als zij beslist tot criteria die zullen leiden tot de sluiting van diensten of bedden (als er een criterium van 25 bedden in de kindergeneeskunde geldt, als een gegeven aantal bevallingen als criterium geldt, dan zullen er sluitingen plaatsvinden).

Behoeften van de patiënten

De hervorming zal tot gevolg hebben dat patiënten vaker trajecten tussen ziekenhuizen en tussen sites moeten afleggen. Werd dat aspect besproken? Zullen die overbrengingen een financiële weerslag hebben op de patiënt? De ziekenhuizen zullen voor die overbrengingen geen enveloppes vrijmaken. Welke oplossingen zullen hiervoor worden aangereikt?

De spreekster benadrukt dat de behoeften van de patiënten veranderen en dat de financiële toegankelijkheid tot de zorgverstrekking en de vrije keuze van de patiënten moeten gewaarborgd blijven. Gelet op de toenemende ontwikkeling van de transmurale zorg pleit mevrouw Fonck voor een reconversie van de afgeschafte bedden, zowel in de fase vóór de zorgverstrekking in het ziekenhuis als erna. Bestaan daarover duidelijke en concrete voorstellen?

Personeel

Mevrouw Fonck benadrukt dat de vorming van de locoregionale klinische netwerken een aantal personeelsgebonden problemen met zich zal brengen: overheveling van personeel, personeelsverlies, verschillende statuten, verschillende pensioenstelsels enzovoort.

De spreekster hekelt het feit dat de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen niet waren betrokken bij de door de minister ingestelde driedelige werkgroep om een antwoord te bieden op deze bekommelingen, noch meer algemeen bij de werkzaamheden in het kader van dit wetsontwerp.

Ze roept de minister op om met de vertegenwoordigers van de verschillende paramedische beroepen overleg te plegen, in het bijzonder over alle personeelsaangelegenheden. Bovendien is de situatie aangaande

et maternité a été évoquée et a fait l'objet de discours différents de la part des différents niveaux de pouvoir.

La Ministre prévoit des économies suite à cette réforme. Cela ne sera possible que via le licenciement de personnel et/ou la fermeture de services ou de lits. Aujourd'hui, les lits justifiés sont les seuls financés. Les lits agréés fermés ne rapportent rien parce qu'ils ne sont pas financés. La ministre doit assumer ses positions si elle décide de critères qui mèneront à la fermeture de services ou de lits (si critère de 25 lits en pédiatrie, si critère du nombre d'accouchements, il y aura des fermetures).

Besoins des patients

La réforme aura pour conséquence des trajets plus fréquents de patients entre hôpitaux, entre sites. Ce point a-t-il été discuté ? Qu'en est-il de la répercussion financière de ces transferts à charge du patient ? Ce ne sont pas les hôpitaux qui vont dégager des enveloppes pour ces transferts. Quelles sont les solutions apportées sur cette question ?

Outre la nécessité de garantir l'accessibilité financière des soins et le libre choix des patients, l'intervenante souligne que les besoins des patients évoluent. Dans la perspective du développement accru des soins transmuraux, Mme Fonck plaide pour une reconversion des lits supprimés, en amont et en aval de l'hôpital. Y a-t-il des propositions claires et précises en la matière?

Personnel

Mme Fonck souligne que la mise en place des réseaux cliniques locorégionaux soulèvera un certain nombre de problèmes concernant le personnel: transfert de personnel, perte de personnel, statuts différents, régimes de pension différents, etc.

L'intervenante dénonce que les représentants des infirmiers n'aient pas été associés au groupe de travail tripartite mis en place par la ministre pour répondre à ces préoccupations, ni d'ailleurs, de manière plus générale, aux travaux concernant le présent projet de loi.

Elle invite la ministre à se concerter avec les représentants des différentes professions paramédicales, en particulier sur toutes les questions touchant le personnel. En outre, la situation avec l'IFIC est chaotique

het IFIC chaotisch (verpleegkundigen, ziekenhuisapothekers, kinesitherapeuten enzovoort); ook hier is overleg met de mensen in het veld noodzakelijk.

Netwerkgovernance

Mevrouw Fonck vindt dat het voorgestelde model van netwerkgovernance de samenwerking tussen de beheerders en het verzorgend personeel niet bevordert. Door de verzorgers niet in het orgaan van beheer op te nemen en ze “af te zonderen” in een medische raad biedt dit model niet de mogelijkheid een echte dialoog in te stellen tussen beheerders en verzorgers in het netwerkbeheersorgaan zelf. Het naast elkaar bestaan van twee organen (het beheersorgaan en de medische raad) vormt een risico van tijdverlies als gevolg van het over en weer zenden van de dossiers, alsook van blokering bij onderlinge onenigheid.

De spreekster merkt ook op dat noch de medisch directeur noch de voorzitter van de medische raad deel zal uitmaken van het netwerkbeheersorgaan. Artikel 15 bepaalt bovendien het volgende: “Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg.” De spreekster vestigt de aandacht op die vage formulering, die geenszins de aanwezigheid van artsen of andere verzorgers in het netwerkbeheersorgaan waarborgt. Zij stelt daarom voor uitdrukkelijk te bepalen dat minstens een derde van de leden van dat beheersorgaan arts moeten zijn of behoren tot een paramedisch beroep moet behoren.

Transmurale zorg

Nu geschiedt de afstemming met de eerstelijnsgezondheidszorg tussen de huisartsenkringen en de verschillende ziekenhuizen. Aangezien het opzetten van locoregionale klinische netwerken een extra laag aan het bestaande systeem zal toevoegen, acht mevrouw Fonck het verstandig de huisartsenkringen bij het netwerkbeheersorgaan te betrekken.

Universitaire ziekenhuizen

De universitaire ziekenhuizen kregen voor honderden miljoenen euro aan besparingen opgelegd. De onderfinanciering treft ook de universitaire ziekenhuizen (tertiaire zorg, onderzoek, het academische aspect).

Interministeriële conferentie

Mevrouw Fonck vraagt tot slot om nadere informatie over het akkoord dat op de interministeriële conferentie van 5 november 2018 werd gesloten en dat gaat over

(infirmiers, farmaciens hospitaliers, kinés,...) et mériterait aussi une concertation avec les acteurs de terrain

Gouvernance des réseaux

Mme Fonck estime que le modèle de gouvernance des réseaux proposé n'encourage pas la collaboration entre les gestionnaires et les soignants. En n'intégrant pas les soignants à l'organe de gestion et en les confinant dans un conseil médical, ce modèle ne permet pas d'instaurer un véritable dialogue entre gestionnaires et soignants au sein même de l'organe de gestion du réseau. La coexistence de deux organes (l'organe de gestion et le conseil médical) présente un risque de perte de temps, par le renvoi des dossiers de l'un à l'autre, ainsi que de paralysie, en cas de désaccord entre eux.

L'intervenante constate également que ni le directeur médical, ni le président du conseil médical ne fera partie de l'organe de gestion du réseau. L'article 15 prévoit en outre que au moins un tiers de ses membres doit disposer d'une expertise en matière de soins de santé. Mme Fonck attire l'attention sur cette formulation vague qui ne garantit aucunement la présence de médecins ou d'autres soignants au sein de l'organe de gestion du réseau. Elle propose dès lors de prévoir explicitement qu'au moins un tiers des membres de cet organe de gestion doit être médecin ou appartenir à une profession paramédicale.

Soins transmuraux

Actuellement, l'articulation avec la première ligne de soins se fait entre les cercles de médecins généralistes et les différents hôpitaux. Dès lors que la mise en place des réseaux cliniques locorégionaux ajoutera une couche supplémentaire au dispositif existant, Mme Fonck estime qu'il serait judicieux d'associer les cercles de médecins généralistes à l'organe de gestion du réseau.

Hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires ont été confronté à des centaines de millions d'économies. Le sous-financement concerne aussi les hôpitaux universitaires (soins tertiaires, recherche, volet académique).

Conférence interministérielle

Mme Fonck demande enfin des précisions sur l'accord conclu lors de la Conférence interministérielle du 5 novembre 2018 concernant la répartition des réseaux

de verdeling van de netwerken, zodat daarmee in het kader van de bespreking van dit wetsontwerp rekening kan worden gehouden.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vindt dat de technologische ontwikkelingen, de vergrijzing, de verbetering van de zorgkwaliteit en de financiële duurzaamheid van de ziekenhuizen allemaal uitdagingen zijn die een hervorming van het ziekenhuislandschap vereisen.

De netwerking van de ziekenhuizen wordt door de minister voorgesteld als een positieve maatregel, zowel voor de ziekenhuisfinanciën als voor de zorgkwaliteit. Het komt vooral over als een manier om te besparen. Maar net als bij een paar dat besluit om te trouwen of samen te wonen, is het belangrijk dat elk van de betrokken actoren belang heeft bij de netwerking. Het is dus belangrijk te investeren en duidelijk te bepalen hoe geld wordt verdiend en besteed.

De spreekster betreurt het voorgestelde model van *governance*. De instelling van netwerken met rechtspersoonlijkheid en eigen organen zal het bladerdeegbestuur vergroten, met de risico's van dien voor het afschuiven van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende lagen. Het *governance*-model moet professionalisering en teamwerk bevorderen. Het is daarom essentieel dat iedereen zich in het netwerkbeheersorgaan voldoende vertegenwoordigd voelt. Zij herinnert eraan dat de sector bijna volledig met openbare middelen wordt gefinancierd, wat de vereiste inzake *good governance* nog groter maakt.

De spreekster pleit tot slot voor een zodanige hervorming van de nomenclatuur dat de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers wordt bevorderd.

De heer André Frédéric (PS) verwijst naar de hoorzittingen met de vertegenwoordigers van de sector. Hij stelt vast dat zij een hervorming van het ziekenhuislandschap unaniem noodzakelijk vinden en dat het idee van netwerken niet noodzakelijk slecht is. De PS-fractie is dus niet tegen het principe van netwerking, maar maakt zich zorgen over een aantal concrete elementen in het huidige wetsontwerp.

Hij snijdt eerst het probleem aan van de onderfinanciering van de ziekenhuizen en van de besparingsmaatregelen tijdens deze regeerperiode. Hij ziet niet hoe het netwerkproject de onderfinanciering van de ziekenhuizen zal kunnen oplossen. Hij vestigt bovendien de aandacht op de extra kosten van het opzetten zelf van de netwerken.

afin qu'il puisse en être tenu compte dans le cadre de l'examen du présent projet de loi.

Mme Monica De Coninck (sp.a) estime que l'évolution technologique, le vieillissement de la population, l'amélioration de la qualité des soins ou encore la soutenabilité financière des hôpitaux sont autant de défis qui nécessitent une réforme du paysage hospitalier.

La mise en réseau des hôpitaux est présentée par la ministre comme une mesure positive, à la fois pour les finances des hôpitaux et pour la qualité des soins. Elle apparaît avant tout comme un moyen de faire des économies. Cependant, comme dans un couple qui décide de se marier ou de cohabiter, il est important que chacun des acteurs concernés trouve un intérêt dans la mise en réseau. Il est donc important d'investir et que la manière dont l'argent est gagné et dépensé soit définie clairement.

Mme De Coninck déplore le modèle de gouvernance proposé. La mise en place de réseaux ayant une personnalité juridique et des organes propres va aggraver le "mille-feuille institutionnel" (= bladerdeeg bestuur) avec les risques inhérents de renvoi de responsabilités entre ses différentes couches. Le modèle de gouvernance doit promouvoir la professionnalisation et le travail d'équipe. Il est dès lors essentiel que chacun se sente suffisamment représenté au sein de l'organe de gestion du réseau. Elle rappelle que le secteur est presque entièrement financé par des fonds publics, ce qui renforce l'exigence d'une bonne gouvernance.

L'intervenante plaide enfin pour une réforme de la nomenclature dans un sens qui encouragerait la collaboration entre les hôpitaux et les prestataires de soins.

M. André Frédéric (PS) se réfère aux auditions des représentants du secteur. Il constate qu'ils sont unanimement d'accord qu'une réforme du paysage hospitalier est nécessaire et que l'idée des réseaux n'est pas nécessairement mauvaise. Le groupe PS n'est donc pas contre le principe de la mise en réseau mais est préoccupé par un certain nombre d'éléments concrets du projet actuel.

L'intervenant aborde d'abord le problème du sous-financement des hôpitaux et des mesures d'économies prises sous la présente législature. Il ne voit pas comment le projet de mise en réseau permettra de résoudre le sous-financement des hôpitaux. Il attire en outre l'attention sur le surcoût lié à la mise en place proprement dite des réseaux.

De spreker betreurt dat de voorwaarden voor de toenadering binnen de netwerken niet op voorhand bekend zijn. *Quid* met de programmatie en met de regels die voor de verschillende zorgopdrachten zullen gelden, meer bepaald de locoregionale zorgopdrachten?

De heer Frédéric vraagt hoe de keuzevrijheid van de patiënt zal kunnen worden gewaarborgd als bedden en/of ziekenhuisdiensten worden afgeschaft.

Voorts geeft het lid weerklank aan de bekommelingen van de sector in verband met het gebrek aan rechtszekerheid omtrent het raamwerk ten behoeve van de samenwerkingsverbanden tussen openbare ziekenhuizen en vzw-ziekenhuizen. Wat gebeurt er voorts met de al bestaande samenwerkingsverbanden, met name de grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden tussen Belgische, Franse en Luxemburgse ziekenhuizen? Zullen die wegens de uitbouw van de netwerken op de helling komen te staan?

De spreker sluit zich aan bij de opmerkingen die sommige van zijn collega's al hebben gemaakt over het *governancemodel*, inzonderheid als het gaat om het gevaar voor blokkeringen inzake beslissingen.

De spreker vindt het jammer dat het voorstel van de PS-fractie om de vakbondsorganisaties te horen niet is aanvaard. De gezondheidszorgberoepen zijn zware beroepen. De bekommelingen van het personeel over de risico's op een verandering van werkplek of van statuut zijn gewettigd en moeten worden gehoord.

Volgens de heer Frédéric moet het wetsontwerp garanderen dat de patiënten toegang zullen blijven hebben tot kwaliteitsvolle zorg die door gekwalificeerd personeel wordt verstrekt, tegen een redelijke prijs en binnen een redelijke geografische afstand.

B. Antwoorden

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, vindt dat de MAHA-analyse 2018 van Belfius een goed overzicht geeft van het vraagstuk inzake de financiële situatie van de ziekenhuizen. De netwerking kan deels op die uitdaging een antwoord bieden. Zo vindt er in veel kraamafdelingen gemiddeld één bevalling per dag plaats. Indien er in een stad of regio twee of drie kraamafdelingen zijn waar elk gemiddeld drie à vier moeders en drie à vier in het ziekenhuis opgenomen kinderen verblijven, ware het doeltreffender mochten die twee of drie kraamafdelingen samenwerken. Dat zou voorkomen dat in dezelfde stad of regio twee à drie wachtdiensten moeten worden

L'orateur déplore que les conditions de rapprochement au sein des réseaux ne soient pas connues à l'avance. Qu'en sera-t-il de la programmation et des règles qui régiront les différentes missions de soins, en particulier les missions de soins locorégionales?

M. Frédéric demande comment la liberté de choix du patient pourra être garantie s'il y a des fermetures de lits et/ou de services hospitaliers.

Il relaie également les préoccupations du secteur au sujet du manque de sécurité juridique relative à l'encadrement des collaborations entre hôpitaux publics et hôpitaux associatifs. Qu'en sera-t-il aussi des collaborations qui existent déjà, notamment des collaborations transfrontalières entre hôpitaux belges, français et luxembourgeois? Seront-elles remises en cause par la mise en place des réseaux?

L'intervenant se joint aux observations que certains de ses collègues ont déjà exprimées au sujet du modèle de gouvernance, tout particulièrement à propos des risques de blocage des décisions.

L'orateur déplore que la proposition du groupe PS d'auditionner les organisations syndicales n'ait pas été retenue. Les professions des soins de santé sont des métiers lourds. Les inquiétudes du personnel quant aux risques de changement de lieu de travail ou de statut sont légitimes et doivent être entendues.

M. Frédéric estime que le projet doit garantir que les patients continueront à avoir accès à des soins de qualité, effectués par un personnel qualifié, à un prix et à une distance géographique raisonnables.

B. Réponses

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, considère que l'analyse MAHA 2018 de Belfius donne un bon aperçu du problème de la situation financière des hôpitaux. La mise en réseau peut en partie répondre à ce défi. Ainsi, dans de nombreuses maternités, il y a, en moyenne, un accouchement par jour. Si, dans une ville ou région, il y a deux ou trois maternités ayant chacune, en moyenne, trois à quatre mères et trois ou quatre enfants hospitalisés, il serait plus efficace que ces deux ou trois maternités collaborent. Cela permettrait d'éviter de devoir organiser deux à trois permanences différentes dans la même ville ou région. Une telle collaboration augmenterait

opgezet. Derhalve zou een dergelijke samenwerking ook de levenskwaliteit van de zorgverstrekkers verbeteren en dus de zorgkwaliteit verhogen.

In verband met de suggestie om voor een meerjarenvastlegging te zorgen naar het voorbeeld van die welke voor de sector van de farmaceutische industrie bestaat, onderstreept de minister dat het meerjarenkader voor de sector van de farmaceutische industrie voorzag in een groeipercentage van 0,5 %, dus een lager percentage dan het op de andere gezondheidszorgsectoren toepasselijke percentage van 1,5 %. Verhoudingsgewijs heeft de sector van de farmaceutische industrie dus meer tot de bezuinigingen bijgedragen dan de andere gezondheidszorgsectoren.

De minister begrijpt de bekommerning inzake de voorspelbaarheid van het budget van de ziekenhuizen. Samen met haar administratie onderzoekt de minister of het mogelijk is enkele regels inzake het budget van middelen van de ziekenhuizen aan te passen, teneinde die ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden hun budget beter te voorspellen. De hervorming van de financiering van de laagvariabele zorg op grond van een proactief budget in plaats van op basis van cijfers van drie à vier jaar voordien, zou eveneens de ziekenhuizen moeten helpen hun budget beter te voorspellen.

Aangaande de samenstelling van de tripartite werkgroep beklemtoont de minister dat het sociaal overleg alleen de vakbondsorganisaties aanbelangt, en niet de vertegenwoordigers van een of ander specifiek beroep. Het is dus normaal dat de afgevaardigden van de verpleegkundigen niet in die werkgroep worden vertegenwoordigd.

Met betrekking tot het patiëntenvervoer tussen ziekenhuizen onderling verwijst de minister naar het antwoord dat zij al eerder heeft verstrekt over het niet-dringend vervoer, over de hervorming van het dringend vervoer per ziekenwagen en over het secundair vervoer, waarvoor de deelstaten bevoegd zijn.

Het totale jaarlijkse budget voor de ziekenhuizen bedraagt 8,5 miljard euro. De ziekenhuizen zullen dat budget blijven krijgen. Het is onjuist te beweren dat er honderden miljoenen euro werden bespaard. Tijdens deze regeerperiode werd er op het niveau de ziekenhuizen 100 miljoen euro bespaard. Zij die spreken van honderden miljoenen, rekenen de indexsprong erbij, maar die beoogde de concurrentiekracht te verbeteren en de economie aan te wakkeren. Die indexsprong was echter niet alleen op de ziekenhuizen van toepassing, maar op alle sectoren. De minister voegt daaraan toe dat er ook werd geïnvesteerd, bijvoorbeeld in de IFIC-hervorming, in ICT en in andere specifieke projecten.

dès lors aussi la qualité de vie des soignants et donc la qualité des soins.

En ce qui concerne la suggestion d'engagement pluriannuel à l'instar de celui des pharmaciens, la ministre souligne que le cadre pluriannuel des pharmaciens prévoyait un taux de croissance de 0,5 %, soit moins élevé que le taux de 1,5 % applicable aux autres secteurs des soins de santé. Les pharmaciens ont donc, proportionnellement, pris une part plus importante aux économies que les autres secteurs des soins de santé.

La ministre comprend le souci de prévisibilité budgétaire des hôpitaux. La ministre examine avec son administration s'il est possible d'adapter quelques règles du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux afin de permettre à ces derniers de mieux prédire leur budget. La réforme du financement des soins de basse variabilité sur base d'un budget proactif plutôt que sur base des chiffres de trois à quatre ans auparavant devrait également aider les hôpitaux à mieux prédire leur budget.

Concernant la composition du groupe de travail tripartite, la ministre souligne que seules les organisations syndicales sont concernées par la concertation sociale, pas les représentants de l'une ou l'autre profession spécifique. Il est donc normal que les représentants des infirmiers ne soient pas impliqués dans ce groupe de travail.

En ce qui concerne le transport des patients entre hôpitaux, la ministre se réfère à la réponse qu'elle a déjà fournie précédemment au sujet des transports non urgents, de la réforme des transports urgents par ambulance ainsi que des transports secondaires relevant de la compétence des entités fédérées.

Le budget global annuel des hôpitaux s'élève à 8,5 milliards d'euros. Ce budget continuera à être attribué aux hôpitaux. Il est inexact d'affirmer qu'il y a eu des mesures d'économies pour plusieurs centaines de millions d'euros. Il y a eu 100 000 000 euros d'économies réalisées au niveau des hôpitaux durant cette législature. Ceux qui évoquent plusieurs centaines de millions comptabilisent le saut d'index qui visait à améliorer la compétitivité et à relancer l'économie. Mais ce saut d'index concernait tous les secteurs d'activités, pas uniquement les hôpitaux. La ministre ajoute qu'il a aussi été investi, par exemple, dans la réforme IFIC, dans l'ICT et dans d'autres projets spécifiques.

De zorgkwaliteit varieert momenteel naargelang het ziekenhuis. Om de zorgkwaliteit te verbeteren, moet de juiste zorg op de juiste plaats worden verstrekt, moet er meer verpleegkundig personeel bij de patiënten zijn, moet de basiszorg op geografisch vlak voldoende toegankelijk zijn en moet de gespecialiseerde zorg door referentiecentra worden verstrekt. Het is onjuist te beweren dat men honderden kilometers zal moeten afleggen om verzorgd te worden. De basiszorg blijft nabijheidszorg. Alleen de gespecialiseerde zorg zal in referentiecentra worden geconcentreerd, maar dat zal de kwaliteit van die zorg zeker ten goede komen.

Naarmate de samenwerking toeneemt, zal het mogelijk zijn de kosten te verminderen door doelmatiger te werken. Uit de MAHA-2018-analyse van Belfius blijkt bovendien dat er aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen bestaan; sommige maken winst en kunnen dus reserves opbouwen, terwijl andere met een financieel tekort kampen. Het is dus duidelijk mogelijk om op het vlak van het kostenbeheer doelmatiger te werk te gaan. Voorst zal door de oprichting van de netwerken meer in het zorgpersoneel kunnen worden geïnvesteerd, aangezien er minder concurrentie tussen ziekenhuizen zal zijn, waardoor het niet langer nuttig zal zijn dat elk ziekenhuis alle diensten organiseert, met alle materiële investeringen die daarmee gepaard gaan.

De regels betreffende de moeder-kind-zorgtrajecten (pediatrie en kraamafdeling), de geriatrie en de spoeddienst worden uitgewerkt door drie werkgroepen binnen de interministeriële conferentie. De samenstelling van deze werkgroepen bevat een brede vertegenwoordiging van experten van de sector. Eind november 2018 zal een tussentijdse evaluatie worden bezorgd; in januari 2019 komt het onderwerp opnieuw op de agenda van de interministeriële conferentie.

Het aantal verantwoorde bedden vermindert van jaar tot jaar. Er zijn dus almaar meer niet-gefinancierde bedden. In 2014 verklaarde de heer Jean Hermesse dat er in België ongeveer 10 000 ziekenhuisbedden te veel waren. De minister geeft aan dat zij ervoor heeft gepleit om die 10 000 bedden niet af te schaffen, maar ze tot revalidatiebedden, bedden voor palliatieve zorg, G-bedden en Sp-bedden om te vormen. Op laatstgenoemde categorie is een moratorium van toepassing, dat zou kunnen worden opgeheven. Wat de kosten van de bedden betreft, merkt de minister op dat er in België per inwoner meer dan dubbel zoveel ziekenhuisbedden zijn dan in Denemarken, terwijl er geen epidemiologische of sociale reden is die dat verschil zou kunnen rechtvaardigen. Dat betekent dat er in België middelen worden geïnvesteerd in bedden die niet door de patiënten worden gebruikt.

Actuellement, la qualité des soins fluctue d'un hôpital à l'autre. Pour améliorer la qualité des soins, il faut que les bons soins soient dispensés aux bons endroits, qu'il y ait davantage de personnel infirmier auprès des patients, que les soins de base soient géographiquement suffisamment accessibles et que les soins spécialisés soient dispensés par des centres de référence. Il est inexact d'affirmer que les personnes devront parcourir des centaines de kilomètres pour se faire soigner. Les soins de base resteront des soins de proximité. Seuls les soins spécialisés seront concentrés dans des centres de référence mais cela améliorera certainement la qualité de ces soins.

Au plus il y a de coopération, au plus il sera possible de réduire les coûts en travaillant de manière plus efficiente. Il ressort en outre de l'analyse MAHA 2018 de Belfius qu'il existe des différences importantes entre hôpitaux: certains sont bénéficiaires et peuvent dès lors constituer des réserves alors que d'autres sont en déficit. Il est donc clair qu'il est possible de travailler de manière plus efficiente sur le plan de la gestion des coûts. Par ailleurs, la mise en place des réseaux permettra d'investir davantage dans le personnel soignant puisqu'il y aura moins de concurrence entre hôpitaux et qu'il ne sera dès lors plus utile que chaque hôpital organise tous les services avec tous les investissements en matériel que cela suppose.

Les règles relatives aux trajets de soins mère-enfant (pédiatrie et maternité), à la gériatrie et aux urgences sont élaborées dans trois groupes de travaux constitué au sein de la Conférence interministérielle. La composition de ces groupes de travail contient une large représentation d'expert du secteur. Une évaluation intermédiaire sera remise fin novembre 2018 et le sujet reviendra à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle du mois de janvier 2019.

Le nombre de lits justifiés diminue chaque année. Il y a donc de plus en plus de lits non financés. En 2014, M. Jean Hermesse déclarait qu'il y avait environ 10 000 lits de trop en Belgique. La ministre indique que, au lieu de supprimer ces 10 000 lits, elle a plaidé pour une reconversion en lits de revalidation, en lit de soins palliatifs, en lits G et en lits SP. Ces derniers font l'objet d'un moratoire qui pourrait être levé. Concernant le coût des lits, la ministre fait remarquer qu'il y a, en Belgique, plus de deux fois plus de lits par habitant qu'au Danemark alors qu'il n'y a pas de raison épidémiologique ou sociale qui permettrait de justifier cette différence. Cela signifie qu'il y a, en Belgique, des moyens investis dans des lits qui ne sont pas utilisés par les patients.

De minister geeft aan dat zij uit principe geen ziekenhuisdiensten wil sluiten, noch personeel wil ontslaan. Zij wil integendeel dat er meer personeel bij de patiënten is. Daarom denkt zij dat het nodig zal zijn de diensten te sluiten die niet doelmatig zijn of waarvan de bezettingsgraad ontoereikend is. Zij stipt aan dat de netwerken zelf zullen beslissen welke diensten eventueel moeten sluiten. De minister meent dat het onjuist is kwaliteit gelijk te stellen met nabijheid en nabijheid met toegankelijkheid. Zij voegt daaraan toe dat zij gewonnen is voor een omvorming van de afgeschafte bedden, bijvoorbeeld ten bate van de geriatrie en van de bejaarde patiënten.

Wat de *governance* van de netwerken betreft, geeft de minister aan dat talrijke raadplegingen hebben plaatsgevonden. Er is geen consensus binnen de sector. Het model in het wetsontwerp vloeit dus voort uit een compromis tussen de diverse standpunten binnen de sector. De minister voegt daaraan toe dat momenteel geen enkele vorm van deskundigheid inzake gezondheidszorg is vereist om lid van het bestuursorgaan van een ziekenhuis te zijn. Doordat wordt geëist dat minstens een derde van de leden van het bestuursorgaan van het netwerk over een dergelijke deskundigheid beschikt, is dit wetsontwerp beslist een stap vooruit ten opzichte van de huidige situatie.

Aangaande de financiering van de universitaire opdrachten in de ziekenhuizen meent de minister dat het om een thema gaat dat geen rechtstreeks verband houdt met dit wetsontwerp. Die financiering is ingewikkeld en is afkomstig uit diverse bronnen, zodat het moeilijk is betrouwbare vergelijkingen te maken met andere landen.

Met betrekking tot de interministeriële conferentie van 5 november 2018 wijst de minister erop dat de communicatie het voorrecht is van de voorzitter van die conferentie, en dat zij zulks in acht wil nemen. Niettemin geeft de minister aan dat het persagentschap Belga een persmededeling heeft verspreid over het in de interministeriële conferentie tussen de Federale Staat en de deelstaten gesloten akkoord inzake de spreiding van de 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken. Samengevat, bepaalt dat akkoord dat het Vlaams Gewest maximum 13 locoregionale ziekenhuisnetwerken zal tellen, het Waals Gewest maximum 8 en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest maximum 4. Van de maximum 8 netwerken in het Waals Gewest zal er 1 zowel door het Waals Gewest als door de Duitstalige Gemeenschap moeten worden erkend. Van de maximum 4 netwerken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet er 1 worden erkend door de Vlaamse Gemeenschap. De erkenning van de overige 3 netwerken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is in handen van de Gemeenschappelijke

La ministre indique qu'elle ne veut pas, par principe, fermer des services hospitaliers ou licencier du personnel. Elle souhaite au contraire qu'il y ait davantage de personnel auprès des patients. C'est pourquoi, elle pense qu'il sera nécessaire de fermer les services qui ne sont pas efficaces ou qui ont un taux d'occupation insuffisant. Elle précise que ce sont les réseaux qui décideront eux-mêmes les services qui devront éventuellement être clôturés. Elle estime qu'il n'est pas exact d'assimiler la qualité avec la proximité et la proximité avec l'accessibilité. La ministre ajoute qu'elle est favorable à une reconversion des lits supprimés, par exemple, au profit de la gériatrie et des patients âgés.

En ce qui concerne la gouvernance des réseaux, la ministre indique que de nombreuses consultations ont été menées. Le secteur n'a pas de position unanime. Le modèle proposé résulte donc d'un compromis entre les diverses positions au sein du secteur. La ministre ajoute que, actuellement, aucune expertise en matière de soins de santé n'est requise pour être membre de l'organe de gestion d'un hôpital. En exigeant qu'au moins un tiers des membres de l'organe de gestion du réseau ait une telle expertise, le présent projet de loi constitue assurément un progrès par rapport à la situation qui prévaut actuellement.

Au sujet du financement des tâches universitaires dans les hôpitaux, la ministre estime qu'il s'agit d'un sujet sans rapport direct avec le présent projet de loi. Ce financement est complexe et provient de différentes sources, de sorte qu'il paraît difficile d'effectuer des comparaisons valables avec les autres pays.

Au sujet de la Conférence interministérielle du 5 novembre 2018, la ministre tient à respecter le fait que la communication est une prérogative de la présidente de cette conférence. Elle indique cependant qu'un communiqué de presse de l'agence Belga a été émis au sujet de l'accord dégagé au sein de la Conférence interministérielle entre l'État fédéral et les entités fédérées sur la répartition des 25 réseaux cliniques locoregionaux. En résumé, il est convenu qu'il y en aura maximum 13 en Région flamande, maximum 8 en Région wallonne et maximum 4 en Région bruxelloise. Parmi les maximum 8 réseaux en Région wallonne, 1 devra être agréé conjointement par la Région wallonne et par la Communauté germanophone. Parmi les maximum 4 réseaux en Région bruxelloise, 1 devra être agréé par la Communauté flamande. Pour les 3 autres réseaux situés en Région bruxelloise, l'agrément dépendra de la Commission communautaire commune, de la Communauté française et de la Région wallonne. Cette complexité est due aux réformes de l'État successives

Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest. Deze ingewikkelde toestand is te wijten aan de opeenvolgende staatshervormingen, waardoor momenteel acht ministers bevoegd zijn voor gezondheid.

De netwerken doen op geen enkel vlak afbreuk aan de keuzevrijheid van de patiënten. Geen enkele patiënt is verplicht zich te doen behandelen in het netwerk van de geografische zone waarin zijn woonplaats zich bevindt. Elke patiënt kan langsgaan in het ziekenhuis van zijn keuze, zelfs aan de andere kant van het land.

Over de nomenclatuurherziening wordt gedebatteerd in het kader van de overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen. De besprekingen schieten niet op omdat het niet makkelijk is de nomenclatuur budgettair neutraal te herzien.

Voorts blijkt uit het overleg met de sector dat deze bij de organisatie van de netwerken zeer autonoom tewerk wil gaan, rekening houdend met de lokale eigenheden. Dit wetsontwerp beoogt dan ook daarin mee te gaan, door een algemeen kader te bieden waarbinnen de ziekenhuizen zich vrij kunnen organiseren zoals zij dat willen. Dat verklaart tevens waarom een aantal regels nog niet werd vastgesteld.

C. Replieken

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is verheugd dat de minister niet van plan is te snoeien in het totale ziekenhuisbudget. Niettemin merkt zij op dat de ziekenhuizen die zo goed mogelijk zullen proberen samen te werken binnen het netwerk en daardoor eventueel besparingen zullen verwezenlijken, niet zullen worden beloond voor hun inspanningen, aangezien hun budget zal dalen.

Daar staat tegenover dat de ziekenhuizen die niet de van hen verwachte inspanningen leveren om binnen de netwerken samen te werken, geenszins zullen worden gestraft – toch niet op korte termijn. Daarom stelt mevrouw De Coninck voor het budget van elk individueel ziekenhuis vijf jaar lang te bevriezen, opdat de “goede leerlingen” gebruik zouden kunnen maken van de eventueel gegenereerde overschotten en voor hun inspanningen zouden worden beloond doordat zij die overschotten zouden mogen herinvesteren in materiaal, dan wel in meer personeel bij de patiënten.

Volgens *mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*, is dit voorstel om de budgetten van elk individueel ziekenhuis te bevriezen, een tweesnijdend zwaard. Wanneer de

qui ont conduit à ce qu’il y ait aujourd’hui huit ministres compétents en matière de Santé.

La mise en place des réseaux ne porte aucunement atteinte à la liberté de choix des patients. Aucun patient n’est tenu de se faire soigner dans le réseau de la zone géographique où il habite. Chaque patient peut se présenter où il le souhaite, même à l’autre bout du pays.

Concernant la révision de la nomenclature, elle fait l’objet de discussions dans le cadre de l’accord médico-mutualiste. Ces discussions sont lentes car il est difficile de parvenir à une révision qui soit budgétairement neutre.

Par ailleurs, il ressort de la concertation avec le secteur, que ce dernier souhaite disposer de beaucoup d’autonomie pour organiser les réseaux, en tenant compte des spécificités locales. C’est donc l’option qui a été retenue dans ce projet de loi qui offre un cadre général au sein duquel les hôpitaux ont la liberté de s’organiser comme ils l’entendent. Et c’est la raison pour laquelle un certain nombre de règles ne sont pas encore définies.

C. Répliques

Mme Monica De Coninck (sp.a) se réjouit que la ministre n’envisage pas de baisse du budget global des hôpitaux. Elle fait cependant remarquer que les hôpitaux qui feront de leur mieux pour collaborer au sein des réseaux et, ce faisant, réaliseront éventuellement des économies, ne se verront pas récompenser pour leurs efforts puisque leur budget diminuera.

En revanche, ceux qui ne feront pas les efforts attendus pour collaborer au sein des réseaux ne se verront aucunement sanctionner, du moins à court terme. Mme De Coninck propose dès lors de geler le budget de chaque hôpital individuel durant une période de 5 ans, afin que ces derniers puissent profiter des surplus qu’ils parviendraient à dégager et soient ainsi récompenser de leurs efforts en pouvant réinvestir ces surplus, soit en matériel, soit en davantage de personnel au lit des patients.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, estime que cette proposition de geler les budgets de chaque hôpital individuel est à double tranchant. Si l’activité d’un hôpital diminue et

ziekenhuisactiviteiten verminderen maar het budget hetzelfde blijft, zal het ziekenhuis een overschot boeken. Nemen de ziekenhuisactiviteiten evenwel toe bij gelijkblijvend budget, dan gaat het ziekenhuis in het rood. Een dergelijk voorstel zal de ziekenhuizen er dus niet toe aanzetten hun activiteiten uit te bouwen, noch zich beter te organiseren.

Inzake de besparingsmaatregelen wijst *mevrouw Catherine Fonck (cdH)* erop dat alle vertegenwoordigers van de sector hebben geklaagd over de opgelegde besparingsmaatregelen. Zij betreurt dat de minister de impact van haar eigen beslissingen op het veld niet nagaat.

Met betrekking tot de efficiëntiewinst die de netwerken zouden moeten opleveren, wil het lid weten of de overgehevelde en de gesloten bedden verantwoorde, dan wel erkende bedden zijn. Zij wijst erop dat de sluiting van erkende bedden geen enkele besparing voor de overheidsfinanciën zal opleveren, aangezien deze bedden niet worden gefinancierd. Gesteld dat de gesloten bedden verantwoorde bedden zijn, dan leidt zulks tot een daling van het budget van de betrokken ziekenhuizen, met banenverlies tot gevolg. Voor een ziekenhuis is een te groot verschil tussen het aantal verantwoorde bedden en het aantal erkende bedden dus niet financieel interessant. Niettemin moeten ze beschikken over méér erkende dan verantwoorde bedden, om een eenmalige toevloed van patiënten aan te kunnen, bijvoorbeeld op de afdeling pediatrie, wanneer in de winter de virusziekten pieken. Daarom moet geen bezettingsgraad van 100 % worden nagestreefd.

Wanneer de minister zegt dat het sluiten van bedden of van diensten zal worden beslist door de netwerken en niet door haar, vergeet ze te vermelden dat deze beslissingen zullen worden genomen op basis van de normen die zij zal vastleggen, bijvoorbeeld inzake bezettingsgraad, aantal bedden of aantal bevallingen. Uiteraard zullen deze normen een rechtstreekse weerslag hebben op de patiënten en op het personeel. Het is derhalve niet correct van de minister om te beweren dat het sluiten van bedden of diensten niet haar verantwoordelijkheid zijn.

Wat de overeenkomst tussen de Federale Staat en de deelstaten over de verdeling van 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken betreft, plaatst mevrouw Fonck vraagtekens bij de erkenning van de Brusselse ziekenhuizen. Zo normaal ze het vindt dat de Vlaamse Gemeenschap een Vlaams universitair ziekenhuis erkent omdat een dergelijk ziekenhuis tot zijn bevoegdheden behoort, zo incorrect vindt de spreker het mocht de erkenning van een niet-universitair Brussels ziekenhuis uitsluitend van de

que son budget reste identique, l'hôpital dégagera un surplus. En revanche, si son activité augmente et que son budget reste identique, l'hôpital sera en déficit. Une telle proposition n'incite donc pas les hôpitaux à développer leurs activités, ni à mieux s'organiser.

Mme Catherine Fonck (cdH) rappelle, en ce qui concerne les mesures d'économies, que les représentants du secteur se sont unanimement plaints des mesures d'économies imposées. Elle déplore que la ministre ne mesure pas l'impact de ses propres décisions sur le terrain.

Concernant les gains d'efficacité escomptés par la mise en place des réseaux, l'intervenante souhaite savoir si les transferts ou les fermetures de lits concernent des lits justifiés ou des lits agréés. Elle rappelle que la fermeture de lits agréés ne générera aucune économie pour le budget de l'État puisqu'ils ne sont pas financés. Si les fermetures concernent des lits justifiés, cela impliquera une diminution du budget pour les hôpitaux concernés et donc des pertes d'emploi. Il n'est donc pas financièrement intéressant pour un hôpital d'avoir une trop grande différence entre le nombre de lits justifiés et le nombre de lits agréés. Il est cependant nécessaire qu'ils disposent de plus de lits agréés que de lits justifiés afin de pouvoir faire face à un afflux ponctuel de patients, par exemple, en ce qui concerne les services de pédiatrie, en cas de pic viral hivernal. C'est la raison pour laquelle il ne faut pas viser un taux d'occupation de 100 %.

Lorsque la ministre affirme que les fermetures de lits ou de services seront décidées par les réseaux et non par elle, elle omet de préciser que ces décisions seront prises sur base des normes qu'elle-même aura fixées, par exemple, en termes de taux d'occupation, de nombre de lits ou de nombre d'accouchements. Ces normes auront évidemment un impact direct sur les patients et sur le personnel. Il n'est dès lors pas correct que la ministre affirme que ces fermetures de lits ou de services ne relèvent pas de sa responsabilité.

Concernant l'accord entre l'État fédéral et les entités fédérées sur la répartition des 25 réseaux cliniques locoregionaux, Mme Fonck s'interroge sur l'agrément des hôpitaux bruxellois. Autant elle estime normal que la Communauté flamande agrée un hôpital universitaire flamand puisque ce dernier relève de sa compétence, autant elle estime qu'il ne serait pas correct que l'agrément d'un hôpital bruxellois non universitaire relève uniquement de la Communauté flamande. Cet agrément devrait alors être donné conjointement

Vlaamse Gemeenschap afhangen. Deze erkenning zou gezamenlijk moeten worden verleend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschap.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verduidelijkt dat de normen worden opgesteld door deskundigen uit de sector en niet door de leden van haar kabinet. De doelstelling bestaat er niet in bedden of diensten te sluiten maar tot een betere organisatie te komen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Wat de verantwoorde en erkende bedden betreft, klopt het dat de erkende bedden kosten vormen voor het ziekenhuis zelf die niet worden gedragen door de overheid. Anderzijds is de minister van oordeel dat, over het geheel genomen, de capaciteit inzake het aantal bedden toereikend is en geen grote problemen zou mogen opleveren, zelfs niet bij pieken.

De minister verduidelijkt tot slot dat de erkenningsbevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap het Vlaams universitair ziekenhuis betreft op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De Vlaamse Gemeenschap wil deze bevoegdheid die haar uitsluitend toekomt niet delen met een andere instantie. Voor het overige verwijst de minister naar de tekst van het protocolakkoord tussen de Federale Staat en de deelstaten.

VI. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 1

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 2

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vraagt waarom de psychiatrische, geriatrische en revalidatieziekenhuizen worden uitgesloten van het toepassingsgebied van het wetsontwerp.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat deze ziekenhuizen geen basiszorgopdrachten hebben maar gespecialiseerde zorgopdrachten. Deze ziekenhuizen zullen niet verplicht worden deel te nemen aan een netwerk, maar zij die dat willen kunnen dat vrijwillig doen. De minister voegt eraan toe dat de psychiatrische ziekenhuizen al het onderwerp vormen van de “hervorming van artikel 107” en dat het haar niet wenselijk leek deze ziekenhuizen twee gelijktijdige hervormingen op te leggen, wat tot nog meer bezorgdheid had kunnen leiden.

par la Commission communautaire commune et la Communauté flamande.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que les normes sont établies par des experts issus du secteur et non pas les membres de son cabinet. L'objectif n'est pas la fermeture de lits ou de service mais une meilleure organisation pour améliorer la qualité des soins.

En ce qui concerne les lits justifiés et les lits agréés, il est exact que les lits agréés constituent un coût propre de l'hôpital qui n'est pas supporté par les autorités publiques. En revanche, la ministre estime que, dans l'ensemble, la capacité en termes de nombre de lits est suffisantes et ne devrait pas poser de problème majeur, même en cas de pics.

La ministre précise enfin que la compétence d'agrément de la Communauté flamande vise l'hôpital universitaire flamand établi en Région bruxelloise. La Communauté flamande ne souhaite pas partager cette compétence qui lui revient exclusivement avec une autre instance. Pour le surplus, la ministre renvoie au texte du protocole d'accord entre l'État fédéral et les entités fédérées.

VI. — DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 2

Mme Monica De Coninck (sp.a) demande quelle est la raison de l'exclusion des hôpitaux psychiatriques, gériatriques et de revalidation du champs d'application du projet de loi.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que ces hôpitaux ne sont pas concernés par les missions de soins de base mais par des missions de soins spécialisées. Ces hôpitaux ne seront pas obligés de participer à un réseau mais ceux qui le souhaitent pourront le faire sur une base volontaire. La ministre ajoute que les hôpitaux psychiatriques font déjà l'objet de la “réforme article 107” et qu'il ne lui a pas paru souhaitable d'imposer à ces hôpitaux deux réformes concomitantes, ce qui aurait risqué de susciter encore plus d'inquiétudes.

De heer André Frédéric (PS) vraagt of de vrijwillige toetreding van deze ziekenhuizen tot netwerken aan bepaalde voorwaarden onderworpen zal zijn.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verduidelijkt dat het voorliggende wetsontwerp een breed wettelijk kader vormt. De tekst beoogt de Koning ertoe te machtigen om voorwaarden te bepalen waaraan deze ziekenhuizen zouden moeten voldoen om vrijwillig tot de netwerken te kunnen toetreden. Maar thans werd geen enkele specifieke voorwaarde bepaald. De minister voegt toe dat, bij haar weten, deze ziekenhuizen op dit ogenblik geen vragende partij zijn om tot de netwerken toe te treden.

Artikel 3

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vraagt wie het werkgeversgezag zal uitoefenen op de werknemers die in dienst zullen worden genomen door het netwerk en hoe deze mensen eventueel ter beschikking zullen kunnen worden gesteld van de individuele ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat dankzij dit wetsontwerp personeelsleden in dienst zullen kunnen worden genomen via het netwerk, maar dat dit wellicht niet het eerste zal zijn wat de ziekenhuizen in het kader van de instelling van de netwerken zullen doen. Zodra een netwerk personeel in dienst zal hebben genomen, zal over de terbeschikkingstelling ervan aan de afzonderlijke ziekenhuizen een overeenkomst moeten worden gesloten tussen het netwerk en de betrokken ziekenhuizen.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is van mening dat deze werkwijze problemen zal doen rijzen in verband met de verenigbaarheid met het arbeidsrecht.

Artikel 4

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 5

De heer André Frédéric (PS) vraagt te kunnen beschikken over de volledige tekst van het protocolakkoord dat de Federale Staat en de deelstaten hebben gesloten tijdens de Interministeriële conferentie van 5 november 2018.

M. André Frédéric (PS) demande si l'adhésion de ces hôpitaux à des réseaux sur une base volontaire sera soumise à certaines conditions.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que le présent projet de loi constitue un cadre légal large. Le texte autorise le Roi à prévoir des conditions auxquelles ces hôpitaux devraient répondre pour pouvoir adhérer aux réseaux sur une base volontaire. Mais, aucune condition spécifique n'est prévue actuellement. La ministre ajoute que, à sa connaissance, ces hôpitaux ne sont actuellement pas demandeurs d'adhérer aux réseaux.

Article 3

Mme Monica De Coninck (sp.a) demande qui exercera l'autorité patronale sur les travailleurs qui seront engagés par le réseau et de quelle manière ces personnes pourront éventuellement être mises à disposition des hôpitaux individuels faisant partie du réseau.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que si le présent projet de loi rendra possible l'engagement de personnel par le réseau, il ne s'agira sans doute pas de la première chose que les hôpitaux feront dans le cadre de la mise en place des réseaux. Le jour où un réseau engagement du personnel, l'éventuelle sa mise à disposition des hôpitaux individuels devra faire l'objet de convention entre le réseau et les hôpitaux concernés.

Mme Monica De Coninck (sp.a) estime que cette manière de procéder posera des problèmes de compatibilité avec le droit du travail.

Article 4

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 5

M. André Frédéric (PS) demande de pouvoir disposer du texte complet du protocole d'accord conclu entre l'État fédéral et les entités fédérées durant la Conférence interministérielle du 5 novembre 2018.

Aangezien partnerschappen binnen de netwerken kunnen evolueren, wil de spreker weten of daardoor andere samenwerkingen ter discussie kunnen komen te staan.

De spreker merkt op dat er momenteel geen specifieke rechtsvorm bestaat waarmee openbare ziekenhuizen en privéziekenhuizen zodanig binnen eenzelfde netwerk kunnen samengaan dat elk ziekenhuis zijn eigen, openbaar dan wel privéstatuut kan behouden. Kan de minister bevestigen dat de deelstaten vooruitgang boeken aangaande de uitwerking van een wettelijk raamwerk in dat verband?

De heer Frédéric c.s. dient amendement nr. 8 (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt artikel 5 te wijzigen.

De heer André Frédéric (PS) verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

De heer Frédéric gaat nogmaals in op de uniformering van de diverse personeelsstatuten binnen een zelfde netwerk. Hoe zal dat meer bepaald zitten voor het personeel van de openbare ziekenhuizen?

Wat zullen bij budgettaire problemen overigens de verantwoordelijkheid en de bewegingsvrijheid zijn van de gemeenten of de OCMW's die aan de openbare ziekenhuizen meewerken, en voor wie er responsabiliseringsprincipes bestaan? Bestaat het gevaar dat die gemeenten of OCMW's verantwoordelijk zullen worden gesteld, terwijl zij geen vat hebben op de besluitvorming op het niveau van het netwerk?

Wat wordt bedoeld met "[ziekenhuizen] die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden"? Hoe kan worden gewaarborgd dat die complementaire en rationele aard niet subjectief zal worden beoordeeld?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat in Vlaanderen al regelgevingsinitiatieven zijn genomen om publiek-private samenwerking mogelijk te maken. Bij haar weten wordt momenteel over gelijkaardige projecten gesproken in zowel Brussel als Wallonië.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vraagt zich af waarom het locoregionaal klinisch netwerk zelf de keuze van rechtsvorm wordt gelaten. Is dat niet in strijd met artikel 12, waarbij wordt bepaald dat de Koning de categorieën van rechtspersonen kan bepalen die een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen uitbaten?

Dès lors que les partenariats au sein des réseaux seront susceptibles d'évoluer, l'intervenant souhaite savoir si cela sera de nature à remettre en question d'autres collaborations.

L'orateur fait remarquer qu'il n'existe actuellement pas de forme juridique spécifique permettant d'associer des hôpitaux publics et des hôpitaux privés dans un même réseau de telle manière que chaque hôpital puisse conserver son statut public ou privé? La ministre peut-elle confirmer que les entités fédérées avancent sur le plan de l'élaboration d'un cadre légal à cet égard?

M. Frédéric et consorts déposent l'amendement n° 8 (DOC 54 3275/002) visant à modifier l'article.

M. André Frédéric (PS) renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. Frédéric revient également sur la question de l'unification au sein d'un même réseau des statuts différents du personnel. Qu'en sera-t-il en particulier du personnel des hôpitaux publics?

Par ailleurs, en cas de problème budgétaire, quelle sera la responsabilité et la marge de manœuvre des communes ou des CPAS qui participent aux hôpitaux publics et pour lesquelles des principes de responsabilisation existent? Existe-t-il un risque que ces communes ou CPAS devront assumer des responsabilités alors qu'elles n'auront pas de prise sur les décisions qui seront prises au niveau du réseau?

Que faut-il entendre par les mots "qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire"? Comment garantir que ce caractère rationnel et complémentaire ne sera pas évalué de manière subjective?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que, en Flandre, des initiatives réglementaires afin de permettre la mise en place de partenariats public-privé ont déjà été prises. A sa connaissance, il y a également des projets dans ce sens en discussions, tant à Bruxelles qu'en Wallonie.

Mme Monica De Coninck (sp.a) demande pourquoi laisser le réseau clinique locorégional choisir lui-même la forme de personnalité juridique qu'il souhaite adopter. N'est-ce pas contradictoire avec l'article 12 qui prévoit que le Roi peut fixer les catégories de personnes morales qui pourront exploiter un réseau hospitalier clinique locorégional?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, preciseert dat dit wetsontwerp er niet toe strekt de bestaande regelgeving met betrekking tot de rechtsvormen voor de verschillende afzonderlijke ziekenhuizen te wijzigen. Zij voegt eraan toe dat artikel 15, § 3, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, ingevolge waarvan de Koning de categorieën van rechtspersonen kan bepalen die een ziekenhuis mogen uitbaten, nooit werd toegepast met betrekking tot de individuele ziekenhuizen. De minister wil nochtans, via artikel 12 van dit wetsontwerp, de Koning de mogelijkheid bieden om eveneens op het niveau van de netwerken tussenbeide te komen ingeval moeilijkheden zouden rijzen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt of een ziekenhuis dat in een netwerk stapt, een bestaande dienstenassociatie mag handhaven met een ander ziekenhuis dat geen deel van dat netwerk uitmaakt, indien deze dienstenassociatie geen betrekking heeft op een supraregionale zorgopdracht.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, vindt het logisch dat de dienstenassociaties met locoregionale zorgopdrachten zouden samenwerken binnen het netwerk. Zij geeft aan dat het wetsontwerp het voortbestaan van bestaande dienstenassociaties tussen ziekenhuizen die niet tot hetzelfde netwerk behoren, evenwel niet belet. De ziekenhuizen zullen het behoud van soortgelijke dienstenassociaties doorgaans bespreken bij de vorming van de netwerken.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) verwijst naar een dergelijk geval in haar regio, waar twee ziekenhuizen die weliswaar dichtbij elkaar gelegen zijn maar tot een verschillend netwerk behoren, nu al een dienstenassociatie vormen voor autodialyse.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) beklemtoont dat artikel 2 nochtans aangeeft dat elk ziekenhuis deel uitmaakt van "één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk". Zij neemt er dus akte van dat een ziekenhuis dat samenwerkingsverbanden heeft gesloten met andere ziekenhuizen die niet tot hetzelfde netwerk behoren, die bepaling van artikel 2 niet overtreedt.

Artikel 6

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) dient amendement nr. 2 (DOC 54 3275/002) in, tot wijziging van dit artikel.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wil artikel 6 gewijzigd zien om de Koning de mogelijkheid te bieden

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que le présent projet de loi ne vise pas à modifier la réglementation existante relative aux formes juridiques des différents hôpitaux individuels. Elle ajoute que l'article 15, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 permettant au Roi de fixer les catégories de personnes morales qui pourront exploiter un hôpital n'a jamais été appliqué en ce qui concerne les hôpitaux individuels. La ministre souhaite cependant, par le biais de l'article 12 du présent projet de loi, laisser la possibilité au Roi d'intervenir également au niveau des réseaux au cas où des problèmes surviendraient.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande si un hôpital qui entre dans un réseau pourra maintenir une association de services existante avec un autre hôpital qui ne fait pas partie du réseau, si cette association de service ne concerne pas une mission de soin suprarégionale.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, estime qu'il serait logique que les associations de services qui concernent des missions de soins locorégionales aient lieu au sein du réseau. Elle indique que le projet de loi n'empêche cependant pas la poursuite d'associations de service existantes entre des hôpitaux qui ne sont pas membres du même réseau. Le maintien de ce type d'association de services fera généralement l'objet de discussion entre les hôpitaux au moment de la formation des réseaux.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) indique qu'un tel cas de figure existe déjà dans sa région, où deux hôpitaux géographiquement proches mais appartenant à des réseaux différents forment une association de service pour l'autodialyse.

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne que l'article 2 indique pourtant que "chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau". Elle prend donc bonne note que le fait qu'un hôpital soit lié par des contrats d'association à d'autres hôpitaux ne faisant pas partie du même réseau ne sera pas contraire à cette disposition de l'article 2.

Article 6

Mme Catherine Fonck (cdH) dépose l'amendement n° 2 (DOC 54 3275/002) visant à modifier l'article.

Mme Catherine Fonck (cdH) le justifie par son souhait de permettre au Roi d'autoriser, si nécessaire, la

om, indien nodig, één of meer bijkomende netwerken te creëren, bovenop de 25 netwerken waarin het wetsontwerp voorziet. Volgens de indienster is immers enige soepelheid nodig om tegemoet te komen aan de “bottom-up”-aanpak die vereist is voor het welslagen van die netwerken. Voor het overige verwijst mevrouw Fonck naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) heeft bedenkingen bij het standpunt van de cdH-fractie in dit dossier. Zij wijst erop dat minister Greoli, die nochtans tot die fractie behoort, gisteren het protocolakkoord heeft ondertekend over de samenwerking tussen de Federale Staat en de deelstaten inzake de spreiding van de 25 klinische locoregionale netwerken.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) verduidelijkt dat het protocolakkoord louter betrekking heeft op de spreiding van de netwerken, niet op het totale aantal netwerken.

De bevoegdheid om het totale aantal te bepalen, ligt uitsluitend bij de Federale Staat. Mevrouw Fonck beklemtoont dat het volkomen mogelijk is dat het, zelfs in Vlaanderen, in de toekomst noodzakelijk blijkt een bijkomend netwerk op te richten.

Daarom ook handhaaft zij haar amendement; het bouwt immers een soort veiligheidsmarge in, doordat het de Koning beoogt te machtigen om, indien nodig, één of twee bijkomende netwerken toe te staan.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat het totale aantal netwerken ook werd besproken in de Interministeriële Conferentie, maar dat de deelstaatministers die voor een verhoging van het totale aantal netwerken pleitten nooit de motieven noch de cijfergegevens hebben meegedeeld op grond waarvan de toevoeging van bijkomende netwerken zou kunnen worden verantwoord. Volgens de minister zijn 25 netwerken voldoende voor het hele land.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat, voor een netwerkdekking van 400 000 potentiële patiënten, het gehele land in totaal 27 of 28, en geen 25 netwerken zou moeten tellen.

De heer André Frédéric (PS) c.s. dient amendement nr. 9 (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt het artikel te wijzigen.

De heer André Frédéric (PS) verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

creatie d'un ou deux réseaux supplémentaires par rapport aux 25 réseaux prévus dans le projet de loi. Ceci permettrait une certaine souplesse afin de respecter une démarche *bottom-up* nécessaire à la réussite de ces réseaux. Pour le surplus, Mme Fonck renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) s'interroge sur la position du cdH dans ce dossier. Elle rappelle que la ministre Greoli, qui appartient pourtant à ce parti, a signé hier le protocole d'accord de coopération entre l'État fédéral et les entités fédérées au sujet de la répartition des 25 réseaux cliniques locorégionaux.

Mme Catherine Fonck (cdH) précise que le protocole d'accord porte uniquement sur la répartition des réseaux et non sur le nombre total de réseaux.

La détermination du nombre total relève de la compétence exclusive de l'État fédéral. Mme Fonck souligne qu'il est tout à fait possible que, même en Flandre, il s'avère, à l'avenir, nécessaire de créer un réseau supplémentaire.

C'est la raison pour laquelle elle maintient son amendement, lequel constitue une sorte de “soupape de sécurité”, en permettant au Roi, si nécessaire, d'autoriser un ou deux réseaux supplémentaires.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que le nombre total de réseaux a aussi été discuté en Conférence interministerielle, mais que les ministres des entités fédérées qui plaidaient pour une augmentation du nombre total de réseaux n'ont jamais communiqué les motifs et les données chiffrées qui permettraient de justifier l'ajout de réseaux supplémentaires. La ministre estime que 25 réseaux constituent un nombre suffisant pour l'ensemble du pays.

Mme Catherine Fonck (cdH) fait remarquer que pour une couverture de réseau de 400 000 patients potentiels, le nombre total de réseaux pour l'ensemble du pays devrait s'élever à 27 ou 28 et non à 25.

M. Frédéric et consorts déposent l'amendement n° 9 (DOC 54 3275/002) visant à modifier l'article.

M. André Frédéric (PS) renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Mevrouw Muylle c.s. dient amendement nr. 12 (DOC 54 3275/003) in, dat ertoe strekt het artikel te wijzigen.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wijst erop dat dit amendement tot doel heeft een wettelijke basis te verlenen aan het protocolakkoord van 5 november 2018 tussen de Federale Staat en de deelstaten over de verdeling van de maximum 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken onder de voor de erkenning bevoegde deelstaten.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) geeft aan niet akkoord te gaan met de asymmetrische procedure voor de erkenning van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De tekst van het protocolakkoord die in het door mevrouw Muylle c.s. ingediende amendement werd opgenomen, bepaalt dat van de vier netwerken één door de Vlaamse Gemeenschap zal worden erkend, en de drie andere gezamenlijk door het Waals Gewest, de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Als het door de Vlaamse Gemeenschap erkende netwerk alleen op het Vlaamse universitair ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betrekking heeft, is er wellicht geen probleem aangezien alleen de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Wel is het mogelijk dat in de toekomst een algemeen ziekenhuis uit het Brussels Gewest zich bij dat netwerk aansluit. In dat geval zou het niet normaal zijn dat het netwerk louter door de Vlaamse Gemeenschap zou worden erkend, aangezien het een ziekenhuis zou omvatten waarvoor de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is. Er moet dus worden bepaald dat het netwerk in een dergelijk scenario gezamenlijk wordt erkend door de Vlaamse Gemeenschap én de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; anders dreigt de aanneming van dit amendement in strijd te zijn met de in artikel 128 van de Grondwet verankerde bevoegdheidsverdeling. Die bepaling houdt evenmin rekening met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Er wordt immers in voorzien dat één van die vier netwerken alleen door de Vlaamse Gemeenschap zou moeten worden erkend, ook al bevat dat netwerk ziekenhuizen die zijn erkend door de GGC, terwijl de drie andere netwerken zouden moeten worden erkend door zowel de GGC als door de Franse Gemeenschap of het Waals Gewest indien ze ziekenhuizen bevatten die door de GGC zijn erkend. Dat verschil in behandeling tussen de netwerken en tussen de ziekenhuizen die er deel van kunnen uitmaken, lijkt discriminerend voor de Waalse ziekenhuizen die zouden willen aansluiten bij een netwerk met ziekenhuizen van de GGC. Dat netwerk zou immers zowel door het Waals

Mme Muylle et consorts déposent l'amendement n° 12 (DOC 54 3275/003) visant à modifier l'article.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) indique que cet amendement a pour objectif de donner une base légale au protocole d'accord conclu le 5 novembre 2018 entre l'État fédéral et les entités fédérées sur la répartition du nombre maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux entre les entités compétentes pour l'agrément.

Mme Catherine Fonck (cdH) indique qu'elle n'est pas d'accord avec l'asymétrie de procédure au niveau de l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux en Région bruxelloise.

Le texte du protocole d'accord tel que repris dans l'amendement déposé par Mme Muylle et consorts prévoit que, sur les maximum 4 réseaux, 1 sera agréé par la Communauté flamande et 3 conjointement par deux ou plusieurs des autorités suivantes: la Région wallonne, la Communauté française et la Commission Communautaire Commune.

Si le réseau agréé par la Communauté flamande ne concerne que l'hôpital universitaire flamand situé en Région bruxelloise, il n'y aurait pas de problème puisque seule la Communauté flamande est compétente. Mais, il est possible que, à l'avenir, un hôpital général situé en Région bruxelloise soit associé à ce réseau. Dans cette hypothèse, il ne serait pas normal que le réseau soit uniquement agréé par la Communauté flamande alors qu'il comprendrait un hôpital qui ne relève pas de sa compétence. Il faudrait donc prévoir que, dans un tel cas de figure, le réseau soit agréé conjointement par la Communauté flamande et la Commission Communautaire Commune. A défaut, l'adoption de cet amendement risque de contrevenir à la répartition des compétences consacrée par l'article 128 de la Constitution. Cette disposition méconnaît également les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'elle prévoit qu'un de ces 4 réseaux ne doit être agréé que par la Communauté flamande, même s'il comprend des hôpitaux agréés par la COCOM, alors que les 3 autres devront s'ils comprennent des hôpitaux agréés par la COCOM, être agréés tant par la COCOM que par la Communauté française ou la Région wallonne. Cette différence de traitement entre les réseaux et entre les hôpitaux susceptibles de les composer apparaît discriminatoire pour les hôpitaux wallons qui souhaiteraient participer à un réseau avec des hôpitaux de la COCOM puisque ce réseau devrait être agréé à la fois par la Région wallonne et par la COCOM, alors que ce ne serait pas le cas d'hôpitaux flamands qui souhaiteraient participer au réseau bruxellois agréé par la Communauté

Gewest als door de GGC moeten worden erkend, terwijl dat niet het geval zou zijn voor de Vlaamse ziekenhuizen die zouden willen aansluiten bij het door de Vlaamse Gemeenschap erkend Brussels netwerk. Tevens zou dat verschil in behandeling discriminerend zijn voor de Brusselse ziekenhuizen die zouden willen aansluiten bij een netwerk met Waalse ziekenhuizen, aangezien dat netwerk zowel door de GGC als door het Waals Gewest zou moeten worden erkend, terwijl dat niet het geval zou zijn voor ziekenhuizen die willen aansluiten bij het door de Vlaamse Gemeenschap erkend Brussels netwerk. De sprekerster vraagt bijgevolg om omtrent dat amendement 12 het advies van de Raad van State in te winnen.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, meent dat de asymmetrische procedure de institutionele asymmetrie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest weerspiegelt; die is louter een gevolg van de opeenvolgende staatsvormingen. Zij herinnert eraan dat de versnippering van de bevoegdheden tussen de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie haar niet kan worden aangerekend.

De minister beschouwt het door mevrouw Fonck aangehaalde geval bovendien louter als een hypothese, die van toepassing is op geen enkel netwerk dat thans wordt opgebouwd.

Zij betreurt voorts dat mevrouw Fonck een protocolakkoord in vraag stelt, hoewel het door een minister van haar eigen partij werd goedgekeurd en ondertekend.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) meent dat het geval waarnaar zij verwijst, allesbehalve hypothetisch is en in de toekomst wel degelijk zou kunnen bestaan. Zij blijft erbij dat er een procedureprobleem bestaat, aangezien het ingediende amendement beoogt dat een netwerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dat dus algemene ziekenhuizen kan omvatten die niet onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap ressorteren, uitsluitend door de Vlaamse Gemeenschap kan worden erkend. Een dergelijke procedure lijkt haar in strijd met de in artikel 128 van de Grondwet geregelde bevoegdheidsverdeling.

Artikel 7

De heer André Frédéric (PS) vraagt of de grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden tussen Belgische, Luxemburgse en Franse ziekenhuizen nog mogelijk zullen zijn in het kader van de uitbouw van de locoregionale klinische netwerken.

flamande, mais aussi pour les hôpitaux bruxellois qui souhaiteraient participer à un réseau avec des hôpitaux wallons puisque ce réseau devrait être agréé à la fois par la COCOM et la Région wallonne, alors que ce ne serait pas le cas des hôpitaux qui souhaiteraient participer au réseau bruxellois agréé par la Communauté flamande. Elle invite donc à soumettre cet amendement à l'avis du Conseil d'État.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, estime que l'asymétrie de procédure reflète l'asymétrie institutionnelle en Région bruxelloise, laquelle n'est qu'une conséquence des réformes de l'État successives. Elle rappelle que le morcellement des compétences entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission Communautaire Commune ne lui est pas imputable.

La ministre estime en outre que le cas de figure avancé par Mme Fonck est purement hypothétique et ne correspond à aucun réseau actuellement en cours de formation.

Elle déplore également que Mme Fonck remette en question un protocole d'accord qui a pourtant été approuvé et signé par une ministre issue de son propre parti.

Mme Catherine Fonck (cdH) considère que le cas de figure auquel elle fait référence n'est pas du tout hypothétique et qu'il pourrait tout à fait se produire à l'avenir. Elle maintient qu'il y a un problème de procédure dès lors que l'amendement déposé prévoit qu'un réseau situé en Région bruxelloise et pouvant donc inclure des hôpitaux généraux ne relevant pas de la compétence de la Communauté flamande pourra être agréé exclusivement par cette dernière. Une telle procédure lui paraît contraire à la répartition des compétences prévues à l'article 128 de la Constitution.

Article 7

M. André Frédéric (PS) demande si les collaborations transfrontalières entre hôpitaux belges, luxembourgeois et français seront encore possible dans le cadre de la mise en place des réseaux cliniques locorégionaux.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, antwoordt dat de uitbouw van de locoregionale klinische netwerken de grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden geenszins ter discussie zal stellen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt of het beginsel van de geografische continuïteit onderlinge overlappingen tussen zones verbiedt.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, antwoordt dat netwerken met een incoherente vorm, waarbij een ziekenhuis een enclave in een ander netwerk zou vormen, niet zullen worden toegestaan. In een uitzondering is voorzien voor de grote steden, namelijk (buiten het Brussels Gewest) Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik. In die steden is netwerkoverlapping toegestaan.

De heer André Frédéric (PS) c.s. dient amendement nr. 10 (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt dit artikel te wijzigen.

Hij verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

Artikel 8

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vraagt wanneer de koninklijke besluiten met de precieze definities van de verschillende locoregionale en supraregionale zorgopdrachten zullen worden bekendgemaakt.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) benadrukt dat het onontbeerlijk is om over de precieze lijsten met de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten te beschikken, opdat de ziekenhuizen met kennis van zaken kunnen kiezen en kunnen anticiperen op de gevolgen van de netwerking met het oog op de bestending van hun diensten en personeel.

De heer André Frédéric (PS) herhaalt dat het noodzakelijk is te beschikken over preciezere definities van de verschillende locoregionale en supraregionale zorgopdrachten, aangezien ziekenhuisgroeperingen op die basis hun beslag zullen moeten krijgen. Hoe zit het voorts met de programmering?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) sluit zich aan bij de vragen van haar collega's over dit onderwerp en wijst erop dat het gebrek aan duidelijkheid dienaangaande werd benadrukt door alle sprekers op de hoorzittingen van 6 november 2018.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répond que les collaborations transfrontalières ne seront aucunement remises en question par la mise en place des réseaux cliniques locorégionaux.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande si le principe de continuité géographique interdit les chevauchements entre zones.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répond que les réseaux de forme incohérente où un hôpital formerait une enclave au sein d'un autre réseau ne seront pas autorisés. Une exception est prévue pour les grandes villes, à savoir, outre la Région bruxelloise, Anvers, Charleroi, Gand et Liège. Dans ces villes, le chevauchement des réseaux sera autorisé.

M. Frédéric et consorts déposent l'amendement n° 10 (DOC 54 3275/002) visant à modifier l'article.

M. André Frédéric (PS) renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Article 8

Mme Monica De Coninck (sp.a) demande quand les arrêtés royaux définissant plus précisément les différentes missions de soins locorégionales et suprarégionales seront publiés.

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne qu'il est indispensable de disposer des listes précises de missions de soins locorégionales et suprarégionales afin de permettre aux hôpitaux d'effectuer des choix en toute connaissance de cause et de pouvoir anticiper les conséquences de la mise en réseaux sur la pérennité de leurs services et sur leurs personnels.

M. André Frédéric (PS) répète qu'il est nécessaire de disposer de définitions plus précises des différentes missions de soins locorégionales et suprarégionales puisque c'est sur cette base que les regroupement entre hôpitaux devront s'effectuer. Qu'en sera-t-il également de la programmation?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) se joint aux questions de ses collègues à ce sujet et souligne que le manque de clarté à ce sujet a été signalé par l'ensemble des orateurs qui se sont exprimés lors des auditions du 6 novembre 2018.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verduidelijkt dat dit wetsontwerp ertoe strekt het wettelijk kader vast te leggen met het oog op de netwerkvorming. Met betrekking tot de gedetailleerde beschrijving en de opsplitsing van de zorgopdrachten in locoregionale en supra-regionale opdrachten heeft de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies uitgebracht dat logisch en samenhangend lijkt. Hierover bestaat weliswaar nog discussie; wat evenwel niet ter discussie staat, is het feit dat de zorgtrajecten moeder-kind (pediatrie en kraamkliniek), de spoedgevallenzorg en de geriatrie onder de locoregionale zorgopdrachten zullen vallen. Daarom werd in de Interministeriële Conferentie beslist zich op die drie activiteitendomeinen toe te spitsen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) benadrukt dat men de wet op 1 januari 2020 in werking wil doen treden. Aangezien er in mei 2019 verkiezingen plaatsvinden en het niet zeker is dat er snel een nieuwe regering zal worden gevormd, dringt ze erop aan dat de lijst van locoregionale opdrachten vóór het einde van de regeerperiode wordt bekendgemaakt, opdat de ziekenhuizen over een redelijke termijn beschikken om zich aan te passen.

Volgens *de heer André Frédéric (PS)* kan men van de ziekenhuizen moeilijk verlangen dat ze met elkaar gaan samenwerken zonder dat ze op voorhand op zijn minst kennis hebben kunnen nemen van de lijst met locoregionale zorgopdrachten. Hij is van oordeel dat de bekendmaking van die lijst in belangrijke mate kan bijdragen aan een snellere netwerkvorming.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, wijst erop dat bij haar weten talrijke ziekenhuizen een dergelijke lijst niet nodig achten, omdat ze heel goed weten welke opdrachten tot het locoregionale niveau behoren en welke tot het supra-regionale. De minister verduidelijkt ook dat de netwerken over een zekere autonomie zullen beschikken en dat ze dus, naargelang van de expertise die ze in huis hebben, deels zelf zullen kunnen bepalen welke zorgopdrachten onder het locoregionale niveau en welke onder het supra-regionale niveau zullen vallen. Ze is van oordeel dat het in dit wetsontwerp aangereikte wettelijk kader de sector de mogelijkheid zal bieden om vooruitgang te boeken in de netwerkvorming, ongeacht de termijn waarbinnen na de verkiezingen van mei 2019 een nieuwe regering zal worden gevormd.

Artikel 9

De heer André Frédéric (PS) vraagt zich af wat de strekking is van de woorden “moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten”. Impliceert dit artikel dat het netwerk niet het recht zou hebben de aanvraag tot aansluiting van een ziekenhuis te weigeren?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que le présent projet de loi établit le cadre légal en vue de la mise en place des réseaux. En ce qui concerne la description détaillée et la répartition des missions de soins en missions locoregionales et suprarégionales, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers a remis un avis qui paraît logique et cohérent. Il existe cependant encore des discussions à ce sujet sauf sur le fait que les trajets de soins mère-enfant (pédiatrie et maternité), les urgences et la gériatrie relèveront de missions de soins locoregionales. Il a dès lors été décidé en Conférence interministérielle de se concentrer sur ces trois domaines d'activités.

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne que l'entrée en vigueur du projet de loi est prévue le 1^{er} janvier 2020. Elle rappelle que des élections sont prévues au mois de mai 2019. Dans la mesure où il n'est pas certain qu'un nouveau gouvernement sera rapidement formé, elle insiste pour que la liste des missions locoregionales soit rendue publique avant la fin de la législature afin que les hôpitaux disposent d'un délai d'adaptation raisonnable.

M. André Frédéric (PS) estime qu'il est difficile de demander aux hôpitaux de collaborer sans connaître préalablement au moins la liste des missions de soins locoregionales. Il considère que la communication de cette liste pourrait grandement contribuer à accélérer la mise en place des réseaux.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que, à sa connaissance, de nombreux hôpitaux estiment qu'une telle liste n'est pas nécessaire car ils savent très bien quelles missions relèvent du niveau locoregional et du niveau suprarégional. La ministre précise aussi que les réseaux disposeront d'une certaine autonomie et pourront dès lors, en fonction de l'expertise dont ils disposent, déterminer, en partie eux-mêmes, ce qui relèvera de missions de soins locoregionales et ce qui relèvera de missions supra-regionales. Elle estime que le cadre légal offert par le présent projet de loi permettra au secteur de continuer à avancer dans la mise en place des réseaux, quel que soit le délai dans lequel un nouveau gouvernement sera formé après les élections du mois de mai 2019.

Article 9

M. André Frédéric (PS) s'interroge sur la portée des termes “doit avoir la possibilité d'adhérer”. Cet article implique-t-il que le réseau n'aurait pas le droit de refuser la demande d'adhésion formulée par l'hôpital?

De minister antwoordt dat dit artikel ertoe strekt te waarborgen dat geen enkel ziekenhuis kan worden uitgesloten omdat het bijvoorbeeld (financieel) minder aantrekkelijk is of omdat het als een te grote concurrent wordt beschouwd. Elk ziekenhuis heeft het recht zich bij een netwerk aan te sluiten. Dat recht moet ook worden gewaarborgd door de overheid die het netwerk moet erkennen.

Artikel 10

De heer André Frédéric (PS) stipt aan dat artikel 10 ertoe strekt te verduidelijken hoe de samenwerking in het kader van de supraregionale zorgopdrachten moet worden georganiseerd.

Deze bepaling doet een probleem rijzen aangezien het wetsontwerp die opdrachten niet definieert.

Artikel 10 strekt er bovendien toe “verwijs- en terugverwijsafspraken” in de wet op te nemen. Het is echter zo dat zowel de memorie van toelichting als artikel 13 de keuzevrijheid van de patiënt waarborgen. Volgens de heer Frédéric spreken deze bepalingen elkaar tegen. Indien de verwijs- en terugverwijsafspraken in de wet worden opgenomen, heeft de patiënt niet langer een onbeperkte keuzevrijheid.

De spreker dient *amendement nr. 11* (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt de keuzevrijheid van de patiënt te vrijwaren.

De minister verduidelijkt dat, krachtens artikel 10, de ziekenhuizen bij de netwerkvorming onderling zullen afspreken volgens welke regels de patiënt voor een bepaalde zorgverstrekking van de ene site naar een andere zal worden doorverwezen. Niettemin staat het de patiënt die niet naar het hem toegewezen ziekenhuis of naar de hem toegewezen referentiedienst wenst te gaan, vrij om te weigeren en om zich tot een ander ziekenhuis of een andere dienst te wenden. De vrijheid van de patiënt wordt met andere woorden gewaarborgd.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wijst erop dat het locoregionaal netwerk er krachtens artikel 10 toe zou zijn gehouden een supraregionale samenwerking aan te gaan met minimum één en maximum drie referentiepunten voor elke supraregionale zorgopdracht. De spreker leidt daaruit af dat een netwerk een samenwerking zou kunnen aangaan met drie referentiepunten voor een bepaalde supraregionale zorgopdracht, en met drie andere referentiepunten voor een andere opdracht.

De minister bevestigt deze interpretatie.

La ministre répond que cet article garantit qu’aucun hôpital ne puisse être mis à l’écart par exemple en raison de sa moindre attractivité (financière) ou de son caractère trop concurrentiel. Chaque hôpital a le droit d’adhérer à un réseau. La garantie de ce droit repose également sur l’autorité chargée d’agréer le réseau.

Article 10

M. André Frédéric (PS) relève que l’article 10 précise comment doit s’organiser la collaboration dans le cadre des missions de soins suprarégionales.

Cette disposition pose problème dans la mesure où le projet ne définit pas ces missions.

En outre, l’article 10 prévoit la fixation des “modalités d’adressage et de renvoi”. Or tant l’exposé des motifs que l’article 13 garantissent la liberté de choix des patients. Pour M. Frédéric ces dispositions se contredisent. Si les modalités d’adressage et de renvoi sont définies, le patient ne peut simultanément disposer d’une liberté de choix totale.

L’orateur dépose *l’amendement n°11* (DOC 54 3275/002) qui tend à garantir la liberté de choix du patient.

La ministre précise qu’en vertu de l’article 10, les hôpitaux conviendront lors de la mise en place du réseau des modalités selon lesquelles les patients sont renvoyés d’un site à l’autre pour tel ou tel type de soins. Le patient qui ne souhaite pas se rendre vers l’hôpital ou le service de référence auquel il est adressé reste toutefois libre de refuser et de se rendre ailleurs. La liberté du patient est donc garantie.

Mme Catherine Fonck (cdH) relève qu’en vertu de l’article 10 le réseau locorégional est tenu de conclure une collaboration suprarégionale avec minimum un et maximum trois points de référence pour chaque mission de soins suprarégionale. Pour l’oratrice, un réseau peut donc conclure une collaboration avec trois points de référence pour une mission suprarégionale donnée, et avec trois autres points de référence pour une autre de ces missions.

La ministre confirme cette interprétation.

Artikel 11

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt verduidelijking over het nieuwe artikel 14/7, eerste lid. Het enige ziekenhuis dat thans wordt “beheerd door het ministerie van Landsverdediging” is het Militair Hospitaal Koningin Astrid in Neder-Over-Hembeek. Zal dit ziekenhuis zich moeten aansluiten bij een locoregionaal netwerk?

Hoe valt deze bepaling te verzoenen met de verplichting tot samenwerking met referentiecentra?

Het ontworpen artikel heeft tevens betrekking op “onderdelen van ziekenhuizen” die door het ministerie van Landsverdediging worden beheerd. Wat is de strekking daarvan?

De spreekster merkt bovendien op dat artikel 14/7, tweede lid, van het wetsontwerp ertoe strekt dat de Koning de door datzelfde ministerie beheerde ziekenhuizen of ziekenhuisonderdelen aanduidt. De spreekster vreest dat die bepaling de deur openzet naar een teveel aan militaire ziekenhuizen.

De heer André Frédéric (PS) benadrukt het belang van de opdracht van het Militair Hospitaal Koningin Astrid en van zijn diensten aan de natie. De spreker maakt van de gelegenheid gebruik om te peilen naar de visie van de minister over de toekomst van dit ziekenhuis, gelet met name op de moeilijke budgettaire situatie.

De minister wijst erop dat het Militair Hospitaal Koningin Astrid onder de bevoegdheid van de minister van Defensie valt. Daar verandert dit wetsontwerp niets aan. De minister kan zich dus niet uitspreken over de toekomstvisie voor dit ziekenhuis.

De minister verduidelijkt vervolgens dat het Militair Hospitaal heeft verzocht tot de instellingen te worden gerekend waaraan, op grond van dit wetsontwerp, supraregionale zorgopdrachten zouden kunnen worden toegewezen. De minister wijst op de heel grote expertise van het Militair Hospitaal in de behandeling van ernstige brandwonden. Het ontworpen artikel strekt ertoe de netwerken de mogelijkheid te bieden de nodige samenwerkingsovereenkomsten te sluiten opdat de ziekenhuizen hun patiënten met ernstige brandwonden kunnen doorverwijzen naar het Militair Hospitaal, dat in dat domein als referentiepunt zou fungeren.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) begrijpt dat het Militair Hospitaal zelf vragende partij is. Toch is ze van oordeel dat het nieuwe artikel 14/6, dat bij artikel 10 van dit wetsontwerp in de wet zou worden ingevoegd, een

Article 11

Mme Catherine Fonck (cdH) demande des précisions sur le nouvel article 14/7, alinéa 1^{er}. Actuellement le seul hôpital “géré par le Ministère de la Défense” est l’Hôpital Militaire Reine Astrid de Neder-Over-Hembeek. Cet hôpital sera-t-il tenu d’adhérer à un réseau locorégional?

Comment cette disposition se combine-t-elle avec l’obligation de conclure des collaborations avec des centres de référence?

L’article en projet vise également des “parties d’hôpital” gérées par le Ministère de la Défense. Que vise-t-on?

L’oratrice note en outre que l’article 14/7, alinéa 2, en projet prévoit que le Roi désigne les hôpitaux ou parties d’hôpitaux gérés par ce même Ministère. L’oratrice craint que cette disposition n’ouvre la porte à la multiplication d’hôpitaux militaires.

M. André Frédéric (PS) rappelle l’importance de la mission de l’Hôpital Militaire Reine Astrid et des services qu’il rend à la nation. L’orateur profite de l’occasion pour interroger la ministre sur sa vision pour l’avenir de cet hôpital, notamment au vu du contexte budgétaire difficile.

La ministre rappelle que l’Hôpital Militaire Reine Astrid relève de la compétence du ministre de la Défense. Le projet ne change rien à cet égard. La ministre ne peut donc se prononcer sur la vision d’avenir pour cet hôpital.

La ministre précise ensuite que l’Hôpital Militaire a demandé à faire partie des institutions auxquelles peuvent être confiées, en vertu du présent projet, des missions de soins suprarégionales. La ministre rappelle la très grande expertise de l’Hôpital Militaire dans le traitement des grands brûlés. L’article en projet permet aux réseaux de conclure les accords nécessaires afin que ses hôpitaux puissent référer leurs patients grands brûlés vers l’Hôpital Militaire, qui jouera le rôle de point de référence.

Mme Catherine Fonck (cdH) dit comprendre cette demande. Elle estime cependant que le nouvel article 14/6, inséré par l’article 10 du projet, constitue une base légale suffisante pour la conclusion d’un accord entre

toereikende wettelijke basis vormt voor het sluiten van een overeenkomst tussen een netwerk en het Militair Hospitaal. De spreekster vraagt zich daarom af wat de strekking van het ontworpen artikel 11 is.

De minister geeft aan dat artikel 10 van het wetsontwerp geen betrekking heeft op het Militair Hospitaal. Dat laatste valt buiten het toepassingsgebied van de wet van 10 juli 2008 en bijgevolg ook buiten dat van het wetsontwerp. Er dient een afzonderlijke wettelijke grondslag te worden aangenomen opdat dit ziekenhuis desondanks als referentiepunt zou kunnen worden aangewezen voor bepaalde suprarregionale zorgopdrachten. Aangezien het Militair Hospitaal onder de bevoegdheid van de minister van Defensie valt, zullen de koninklijke besluiten ter uitvoering van deze bepaling moeten worden uitgevaardigd op gezamenlijk voorstel van de minister van Volksgezondheid en die van Defensie.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt waarom de tekst voorziet in de aanneming van koninklijke besluiten om de door de minister van Defensie beheerde ziekenhuizen of ziekenhuisonderdelen aan te wijzen. Er bestaat reeds basiswetgeving met betrekking tot het Militair Hospitaal. Het artikel wekt de indruk dat de ministers ziekenhuisonderdelen die vandaag niet van Landsverdediging afhangen, zullen aanwijzen als militaire onderdelen.

De spreekster dient *amendement nr. 3* (DOC 54 3275/002) in, teneinde te bepalen dat over die besluiten zal worden overlegd in de Ministerraad.

De minister antwoordt dat die koninklijke besluiten louter en alleen tot doel hebben de door Landsverdediging beheerde ziekenhuizen of ziekenhuisonderdelen als referentiecentrum te belasten met suprarregionale zorgopdrachten.

Artikel 11/1 (nieuw)

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) dient *amendement nr. 4* (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt een artikel 11/1 in te voegen. De spreekster stelt voor om binnen elk netwerk een adviesraad voor patiënten en familieleden op te richten. Momenteel treden in elk ziekenhuis het zorgpersoneel en de patiënten en hun familieleden met elkaar in dialoog. De netwerklogica dreigt dat evenwicht echter aan het wankelen te brengen. De transfers zullen bovendien een aanzienlijke impact hebben op de patiënten en hun familieleden. Dankzij de oprichting van een adviesraad zullen die pijnpunten kunnen worden aangestipt en zullen er oplossingen voor kunnen worden aangereikt.

un réseau et l'Hôpital Militaire. L'oratrice s'interroge dès lors sur la portée de l'article 11 du projet.

La ministre précise que l'article 10 du projet ne vise pas l'Hôpital Militaire. Ce dernier ne relève pas du champ d'application de la loi du 10 juillet 2008, ni dès lors du présent projet. Il convient d'adopter une base juridique distincte afin de permettre malgré tout à cet hôpital d'être désigné comme point de référence pour certaines missions de soins suprarégionales. L'Hôpital Militaire relevant de la compétence du ministre de la Défense, les arrêtés royaux pris en exécution de cette disposition devront être proposés de concert par les ministres compétents pour la Santé publique et pour la Défense.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande pour quelle raison le texte prévoit l'adoption d'arrêtés royaux "pour désigner les hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par le ministère de la Défense". Il existe déjà une législation de base régissant l'Hôpital Militaire. L'article donne à penser que les ministres désigneront comme militaires des parties d'hôpitaux qui ne dépendent aujourd'hui pas de la Défense.

L'oratrice dépose *l'amendement n° 3* (DOC 54 3275/001) afin que de tels arrêtés soient délibérés en Conseil des ministres.

La ministre répond que ces arrêtés royaux n'ont pour seul objectif que de charger des hôpitaux ou parties d'hôpitaux gérés par la Défense de missions de soins suprarégionales, en tant que centre de référence.

Article 11/1 (nouveau)

Mme Catherine Fonck (cdH) dépose *l'amendement n°4* (DOC 54 3275/002) visant à insérer un article 11/1 dans le projet. L'oratrice propose de créer au sein de chaque réseau un Conseil consultatif des patients et de leurs familles. A l'heure actuelle dans la pratique le dialogue se noue entre le personnel soignant et les patients et leurs familles dans chaque hôpital. La logique des réseaux risque cependant de bouleverser cet équilibre. Les transferts auront en outre un impact non négligeable pour les patients et leurs familles. La création d'un conseil consultatif permettra d'identifier ces difficultés et d'y apporter des solutions.

De minister geeft aan niet overtuigd te zijn van dat model. Zij is van mening dat de instelling van een adviesraad niet nodig is om een dialoog tussen de patiënten en hun familieleden, enerzijds, en het zorgpersoneel, anderzijds, tot stand te brengen. Die dialoog ontstaat spontaan zonder dat ze door starre structuren moet worden opgelegd.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) neemt akte van dit antwoord, dat zij betreurt. De patiënt moet alle voorrang krijgen. Bovendien gaat het hier niet om een dialoog binnen het ziekenhuis, maar op het niveau van de netwerken. De voorbeelden uit het buitenland hebben de meerwaarde van een dergelijk model aangetoond.

Artikel 12

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 13

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt nadere uitleg over de verantwoordelijkheid die de ziekenhuisbeheerder inzake locoregionale zorgopdrachten draagt. In de toekomst zullen de netwerken worden beheerd door een raad van bestuur. Het gelijktijdig handhaven van een raad van bestuur op ziekenhuisniveau zal niet stelsmatig gebeuren, maar zal afhangen van het gekozen *governancemodel*.

Hoe zullen de respectieve verantwoordelijkheden van de netwerkbeheerder en van de afzonderlijke ziekenhuizen zich tot elkaar verhouden? Voor de spreekster zijn er in bepaalde aangelegenheden raakpunten tussen de respectieve bevoegdheidsgebieden van de netwerken en van de ziekenhuizen.

De minister herinnert eraan dat de verantwoordelijkheid, krachtens de ziekenhuiswet van 10 juli 2008, ten laste valt van de beheerder en niet van de raad van bestuur of enig comité. Dit wetsontwerp vormt geen uitzondering op dat beginsel.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt of daaruit moet worden afgeleid dat in geval van een probleem op netwerkniveau de verantwoordelijkheid ten laste zal vallen van de diverse beheerders van de netwerkziekenhuizen.

De minister herinnert eraan dat de meeste ziekenhuizen zijn opgericht als een vzw of als een rechtspersoon naar publiek recht. De verantwoordelijkheden van de betrokken actoren worden bepaald in de wetten waarbij deze vormen van rechtspersonen worden geregeld. Dit

La ministre ne se dit pas convaincue par ce modèle. Elle estime que la mise en place d'un conseil n'est pas nécessaire pour assurer un dialogue entre les patients et leurs familles et les soignants. Ce dialogue se développe spontanément sans qu'il ne faille imposer des structures rigides.

Mme Catherine Fonck (cdH) prend acte de cette réponse et la regrette. Les patients doivent rester la priorité. Il ne s'agit en outre pas ici de dialogue au sein de l'hôpital mais au niveau des réseaux. Les exemples étrangers ont démontré la plus-value d'un tel modèle.

Article 12

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 13

Mme Catherine Fonck (cdH) demande des précisions quant à la responsabilité qui incombe au gestionnaire de l'hôpital pour les missions de soins locorégionales. A l'avenir, les réseaux seront gérés par un conseil d'administration. Le maintien en parallèle d'un conseil d'administration au niveau de l'hôpital ne sera pas systématique mais dépendra du modèle de gouvernance choisi.

Comment les responsabilités respectives du gestionnaire du réseau d'une part, et des hôpitaux pris individuellement d'autre part, s'articuleront-elles? Pour l'oratrice, certaines matières se situent à la frontière des champs de compétence respectifs des réseaux et des hôpitaux.

La ministre rappelle qu'en vertu de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux la responsabilité incombe au gestionnaire et non au conseil d'administration ou à l'un ou l'autre comité. Le présent projet n'introduit aucune exception à ce principe.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande s'il faut en déduire qu'en cas de problème au niveau du réseau la responsabilité en incombera à chaque gestionnaire de chacun des hôpitaux du réseau?

La ministre rappelle que la plupart des hôpitaux sont constitués en asbl ou en personne morale de droit public. Les responsabilités des acteurs en présence sont définies dans les lois qui régissent ces formes de personnes morales. Le présent projet ne porte en rien

wetsontwerp doet hoegenaamd geen afbreuk aan die wetgevingen. Het vertrouwt louter een reeks taken aan de ziekenhuizen toe om de op netwerkniveau bepaalde strategie uit te voeren.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is van oordeel dat wanneer een patiënt ten gevolge van een op het niveau van het netwerk genomen beslissing schade lijdt, de rechtbank de zaak zal moeten beslechten en de verantwoordelijkheden zal moeten vaststellen. De spreker is verwonderd dat voor dat model werd gekozen: er worden opdrachten naar het netwerk overgeheveld zonder te voorzien in de juridische aansprakelijkheid ervan. Bovendien mag het ziekenhuis niet aansprakelijk worden gesteld voor de gevolgen van de beslissingen die uitgaan van het netwerk. Is hier dan ook geen sprake van een juridische leemte?

De minister antwoordt dat het wetsontwerp wel degelijk een onderscheid maakt tussen de verantwoordelijkheden van elke speler. Het verstrekken van de patiëntenzorg blijft de verantwoordelijkheid van de individuele ziekenhuizen. De minister stipt voorts aan dat de netwerkhoofdarts op grond van artikel 17 van het wetsontwerp de rol en een recht krijgt om instructies te geven. Dat recht is precies bedoeld voor gevallen waarin de veiligheid van de patiënten op het spel staat, bijvoorbeeld in het kader van het doorverwijzingsbeleid of bij het patiëntentransport.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) neemt het voorbeeld waarbij het netwerk voor zorgverstrekking van een bepaald type een referentiecentrum aanwijst. Die beslissing moet door de ziekenhuisnetwerken worden genomen. Hoe zit het als de keuze door het netwerk schade aan de patiënt veroorzaakt, bijvoorbeeld omdat de afstand tot het referentiecentrum te groot is? Op grond van artikel 40 kunnen bovendien sommige activiteiten, zoals de administratieve afhandeling van de erelonen van de artsen, op het niveau van het netwerk worden gecentraliseerd. Mogelijk wordt dus geraakt aan de arbeidsovereenkomsten. Hoe zit het in dat geval met de aansprakelijkheid van het netwerk?

De minister herinnert eraan dat het netwerk inderdaad overeenkomsten zal sluiten om referentiecentra aan te wijzen en een verwijsbeleid zal vastleggen. De beslissing om de patiënt door te verwijzen om zijn behandeling in een andere dienst of vestiging voort te zetten, blijft echter een medische beslissing die wordt genomen door de behandelende arts, die er ook de verantwoordelijkheid voor draagt. Het oorzakelijk verband tussen de aan de patiënt veroorzaakte schade en de beslissing op zich van het netwerk om met een bepaald referentiecentrum te werken, lijkt heel theoretisch.

préjudice à ces législations. Il confie simplement une série de tâches aux hôpitaux afin d'exécuter la stratégie définie au niveau du réseau.

Mme Catherine Fonck (cdH) estime que dès lors si un patient subit un dommage à la suite d'une décision prise au niveau du réseau, il appartiendra au tribunal de trancher la question et de déterminer les responsabilités. L'oratrice s'étonne du choix de ce modèle: l'on renvoie des tâches au réseau sans prévoir une responsabilité juridique de ce dernier. D'autre part l'hôpital ne saurait être tenu pour responsable des conséquences de décisions relevant du réseau. Ne se trouve-t-on dès lors pas face à un vide juridique?

La ministre répond que le projet distingue bien les responsabilités de chacun des acteurs. La dispensation des soins aux patients reste la responsabilité des hôpitaux pris individuellement. La ministre précise en outre que le projet prévoit, en son article 17, le rôle et un droit d'instruction pour le médecin en chef de réseau. Ce droit a été prévu précisément en cas de danger pour la sécurité des patients par exemple dans le cadre de la politique d'adressage ou lors du transport des patients.

Mme Catherine Fonck (cdH) prend l'exemple de la définition par le réseau d'un point de référence pour un certain type de soins. Cette décision s'impose aux hôpitaux du réseau. Quid si le choix posé par le réseau cause un dommage à un patient par exemple parce que la distance jusqu'au centre de référence est trop grande? L'article 40 donne en outre la possibilité de centraliser certaines activités au niveau du réseau comme le traitement administratif des honoraires des médecins. L'on touche dès lors potentiellement aux contrats de travail. Quid de la responsabilité du réseau dans ce cas?

La ministre rappelle qu'effectivement le réseau conclura des accords pour la désignation de centres de référence et définira une politique d'adressage. Cependant, la décision de renvoyer le patient pour poursuivre son traitement dans un autre service ou établissement reste une décision médicale prise par le médecin traitant et pour laquelle il est responsable. Le lien de causalité entre le dommage causé à un patient et la simple décision prise par le réseau de travailler avec tel ou tel centre de référence semble très théorique.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) kan met dat antwoord geen genoegen nemen. De bevoegdheden van de netwerken zullen in koninklijke besluiten worden uitgediept. De netwerken ertoe verplichten rechtspersoonlijkheid aan te nemen, zonder tegelijk de reikwijdte van hun aansprakelijkheid te omschrijven, geeft geen blijk van samenhang.

De minister bevestigt dat de ziekenhuizen inderdaad verdere stappen tot integratie kunnen zetten en meer opdrachten – en dus ook meer verantwoordelijkheid – naar het netwerk kunnen doorschuiven. Dat is echter louter een mogelijkheid. De ziekenhuizen en netwerken die daarvan gebruik zullen maken, zullen dat welbewust doen. De minister benadrukt echter dat op grond van dit door de regering ingediende wetsontwerp de individuele ziekenhuizen bevoegd blijven voor de patiëntenzorg.

Artikel 14

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 15

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) benadrukt dat op grond van dit artikel een derde van de leden van de raad van bestuur van het netwerk moet beschikken over deskundigheid inzake gezondheidszorg. Zullen die leden dezelfde prerogatieven hebben als de andere bestuurders of zullen zij louter waarnemers zijn?

De minister antwoordt dat het wetsontwerp niet de bedoeling heeft wijzigingen aan te brengen in de huidige wettelijke bepalingen betreffende de werking van de raden van bestuur van de diverse rechtsvormen waarvoor de netwerken kunnen kiezen (bijvoorbeeld de vzw). Het wetsontwerp voegt daarentegen bijkomende eisen toe, teneinde te waarborgen dat in die raden van bestuur minstens één onafhankelijke bestuurder zitting heeft en minstens een derde van de leden over deskundigheid inzake gezondheidszorg beschikt.

De heer André Frédéric (PS) plaatst vraagtekens bij de reikwijdte van het begrip “expertise in gezondheidszorg”.

De minister antwoordt dat bewust werd gekozen voor die ruime bewoording, waardoor heel verschillende situaties worden gedekt. De formulering mag niet te dirigistisch zijn.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) dient amendement nr. 5 (DOC 54 3275/002) in, dat ertoe strekt het mogelijk

Mme Catherine Fonck (cdH) ne peut se satisfaire de cette réponse. Les compétences des réseaux vont se développer via l'adoption d'arrêtés royaux. Imposer aux réseaux de se doter de la personnalité juridique sans définir simultanément le champ de la responsabilité de celle-ci manque de cohérence.

La ministre confirme que les hôpitaux ont effectivement la possibilité d'aller plus loin en termes d'intégration et de confier davantage de tâches, et donc de responsabilités au réseau. Il s'agit cependant d'une simple faculté. Les hôpitaux et réseaux qui useront de cette faculté le feront en connaissance de cause. Toutefois, la ministre insiste sur le fait que, à ce jour, le projet tel qu'il est déposé par le gouvernement prévoit que les soins aux patients restent de la compétence des hôpitaux individuels.

Article 14

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 15

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne qu'en vertu de cet article, un tiers des membres du conseil d'administration du réseau doivent disposer d'une expertise en matière de soins de santé. Ces membres auront-ils les mêmes prérogatives que les autres administrateurs ou seront-ils de simples observateurs?

La ministre répond que le projet n'apporte pas de modification aux dispositions légales actuelles qui régissent le fonctionnement des conseils d'administration des différents véhicules juridiques qui pourront être choisis pour les réseaux (par exemple l'asbl). Le projet ajoute par contre des exigences supplémentaires afin de garantir la présence dans ces conseils d'administration d'au moins un administrateur indépendant et d'au moins un tiers de membres disposant d'une expertise en matière de soins de santé.

M. André Frédéric (PS) s'interroge sur la portée de la notion “d'expertise en matière de soins de santé”.

La ministre répond avoir volontairement opté pour cette formulation large qui permet d'englober une grande variété de situations. Le texte ne peut être trop dirigiste.

Mme Catherine Fonck (cdH) dépose l'amendement n°5 (DOC 54 3275/002) qui vise à permettre

te maken dat het verzorgend personeel deel uitmaakt van de raad van bestuur. Dat bestuursmodel zou moeten voorkomen dat de raden van bestuur en de medische raden de bal voortdurend naar elkaar terugkaatsen; het vormt in het kader van de netwerken dan ook een uiterst interessante oplossing.

Art. 16

De heer André Frédéric (PS) wijst erop dat dit wetsontwerp zal leiden tot de sluiting van bepaalde sites en dat de patiënten zich dus ook meer zullen moeten verplaatsen.

Om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, is het belangrijk om, in overleg met de gemeenschappen, de nadere regels te bepalen inzake de terugbetaling van de kosten die de patiënten moeten maken.

De minister geeft aan dat die kwestie nog niet aan de orde is. Eerst en vooral moet het wettelijk kader worden bepaald. Indien nodig, zullen vervolgens oplossingen worden gezocht.

De heer André Frédéric (PS) stelt tevreden vast dat de minister zich bewust is van het probleem. Niettemin meent hij dat aldus de rechtmatige verwachtingen van de patiënten niet worden ingelost.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wijst erop dat de netwerkbeheerders op grond van het nieuwe artikel 17/2, 6°, van de wet van 10 juli 2008 zeer veel elementen zullen moeten bepalen. Bovendien bevat het wetsontwerp geen omschrijving van de locoregionale zorgtaken; de ziekenhuizen kunnen zich daar dus momenteel niet op voorbereiden. Hoe kan de minister de inwerkingtreding op 1 januari 2020 plannen, zoals bepaald bij artikel 41? Hoe kan zij van de ziekenhuizen verwachten dat zij de nadere regels inzake door- en terugverwijzing bepalen zonder te weten om welke zorgtaken het gaat?

De minister antwoordt dat de in het nieuwe artikel 17/2, 6°, vervatte regeling werd uitgewerkt op verzoek van de ziekenhuizen. Zij wensten de zorgtaken vrij kunnen invullen om in te spelen op de specifieke toestand en op de praktische problemen van elk ziekenhuis.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) kan zich vinden in die aanpak. Niettemin is het onaanvaardbaar dat de overeenkomsten tussen ziekenhuizen die momenteel worden aangegaan, op de helling zouden worden gezet bij de uitvaardiging van de koninklijke besluiten.

une participation du personnel soignant au conseil d'administration. Ce modèle de gouvernance permettrait d'éviter des va-et-vient entre conseils d'administration et conseils médicaux, et constitue dès lors une solution particulièrement intéressante dans le cadre des réseaux.

Article 16

M. André Frédéric (PS) rappelle que le projet entraînera la fermeture de certains sites et dès lors la multiplication des déplacements des patients.

Afin de garantir l'accessibilité des soins, il importe de prévoir des modalités de prise en charge des coûts engendrés pour les patients, et ce en concertation avec les communautés.

La ministre indique que cette question est prématurée. Il convient tout d'abord de fixer le cadre légal. Des solutions seront recherchées par la suite si nécessaire.

M. André Frédéric (PS) constate que la ministre est consciente du problème et s'en félicite. Il estime cependant que les attentes légitimes des patients ne sont ce faisant pas rencontrées.

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne les très nombreux éléments qui devront être définis par la gestion du réseau en vertu du nouvel article 17/2, 6°, de la loi du 10 juillet 2008. Le projet ne donne en outre aucune indication quant à la définition des missions de soins locorégionales de sorte que les hôpitaux ne peuvent aujourd'hui s'atteler à cette tâche. Comment la ministre peut-elle envisager une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, telle que prévue à l'article 41? Comment demander aux hôpitaux de définir des modalités d'adressage et de renvoi sans savoir quelles seront les missions de soins concernées?

La ministre répond que le mécanisme de l'article 17/2, 6°, procède d'une demande des hôpitaux. Ces derniers souhaitent disposer de la liberté de définir eux-mêmes les missions de soins afin de prendre en compte la situation particulière et les difficultés de chaque hôpital sur le terrain.

Mme Catherine Fonck (cdH) salue cette approche. Cependant, l'on ne peut alors admettre que les accords qui se nouent aujourd'hui entre hôpitaux soient remis en cause lorsque les arrêtés royaux seront adoptés.

De minister geeft aan dat over ongeveer 90 % van de supraregionale taken geen discussie meer bestaat. De risico's zijn dan ook beperkt. De minister wijst erop dat drie werkgroepen met mensen uit het veld werden opgericht om de drie reeds vernoemde locoregionale zorgopdrachten prioritair te bekijken. Deze drie zorgopdrachten moeten dan ook prioritair door de netwerken worden aangepakt.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) wijst erop dat het beheer krachtens het nieuwe artikel 17/2, 7°, van de wet van 2008 de schriftelijke overeenkomsten sluit inzake de terbeschikkingstelling van de (onder meer financiële) middelen die vereist zijn om de taken van het netwerk uit te voeren. Vanwaar komen die middelen? Denkt de minister eraan om (in het kader van de hervorming van de regeling tot financiering van de ziekenhuizen) eigen middelen aan de netwerken toe te kennen, los van de middelen die individueel aan de ziekenhuizen worden verstrekt? Of betreft het middelen die de ziekenhuizen zullen moeten afstaan aan het netwerk waartoe zij behoren?

De minister verduidelijkt dat de financiële middelen nog steeds per ziekenhuis zullen worden toegekend. Een deel van het ziekenhuisbudget zal naar evenredigheid aan het netwerk moeten worden toegekend, ter financiering van de taken waarmee het netwerk is belast. Deze herverdeling zullen de betrokken ziekenhuizen onder elkaar moeten afspreken.

Art. 17

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat dit artikel geen gewag maakt van de adjunct-hoofddartsen. Geldt deze bepaling ook voor hen?

De minister antwoordt dat die functie niet is omschreven in, noch is geregeld bij de wet van 2008.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) verwijst naar de toelichting bij de artikelen (DOC 54 3275/001, blz. 26 en volgende). Daarin wordt eerst en vooral aangegeven dat de netwerkhoofddarts bevoegd is om instructies te geven aan de artsen die werkzaam zijn in het netwerk. Vervolgens wordt beklemtoond dat elke arts zijn therapeutische vrijheid behoudt, maar wordt tegelijk gesteld dat "het negeren van de instructies van de netwerkhoofddarts (...) uiteraard belangrijke implicaties inzake aansprakelijkheid [kan] hebben wanneer er effectief iets misloopt". De spreekster vindt dat verwarrend.

De minister antwoordt dat de bevoegdheid tot het geven van instructies werd ingevoegd op verzoek van de beroepsverenigingen die de hoofddartsen

La ministre indique qu'environ 90 % des tâches suprarégionales ont déjà été identifiées. Les risques sont dès lors limités. La ministre rappelle que trois groupes de travail ont été constitués sur le terrain afin d'examiner de manière prioritaire ces trois missions de soins locorégionales. Ces trois missions de soins doivent donc être traitées de manière prioritaire par les réseaux.

Mme Monica De Coninck (sp.a) note qu'en vertu du nouvel article 17/2, 7°, de la loi de 2008, la gestion fixe les accords écrits relatifs à la mise à disposition des moyens, notamment financiers, nécessaires à l'exécution des tâches du réseau. D'où ces moyens proviendront-ils? La ministre prévoit-elle, dans le cadre de la réforme du système de financement des hôpitaux, d'octroyer des moyens propres aux réseaux, distincts de ceux octroyés individuellement aux hôpitaux? Ou s'agit-il de moyens auxquels les hôpitaux devront renoncer au profit du réseau auquel ils appartiennent?

La ministre précise que les moyens financiers continueront à être octroyés par hôpital. Pour les missions dévolues au réseau, une partie des moyens des hôpitaux devra être réallouée proportionnellement au réseau. Cette réallocation devra être décidée entre les hôpitaux concernés.

Article 17

Mme Catherine Fonck (cdH) note que cet article ne mentionne pas les médecins en chef adjoints. Sont-ils également visés par cette disposition?

La ministre répond que cette fonction n'est pas définie ni réglée par la loi de 2008.

Mme Monica De Coninck (sp.a) se réfère au commentaire des articles (DOC 54/3275/001, p. 26 et suivantes). L'on y précise tout d'abord que le médecin en chef de réseau est compétent pour donner des instructions aux médecins qui travaillent au sein du réseau. L'on insiste ensuite sur la liberté thérapeutique de chaque médecin, tout en précisant simultanément que "le fait d'ignorer les instructions du médecin en chef de réseau peut naturellement avoir d'importantes conséquences en matière de responsabilité si un problème survient". Pour l'oratrice ces explications sont confuses.

La ministre répond que le droit de donner des instructions a été inséré dans ces dispositions à la demande des associations professionnelles qui représentent les

vertegenwoordigen. De hoofddartsen moeten immers beschikken over een instrument dat hen in staat stelt – indien nodig – in te grijpen ter bescherming van de veiligheid van de patiënten. De minister voegt eraan toe dat de hoofddartsen hun instructierecht alleen mogen aanwenden ten bate van de veiligheid van de patiënten, waardoor dat voorrecht op een redelijke wijze wordt ingeperkt.

Wil men voorkomen dat de functie van netwerkhoofdarts een lege doos blijft, dan ligt het voor *mevrouw Monica De Coninck (sp.a)* voor de hand dat de betrokkenen het recht hebben instructies te geven. Tegelijk stellen dat de artsen een volstrekte therapeutische vrijheid genieten, is echter tegenstrijdig. Het wetsontwerp moet nauwkeuriger zijn inzake de respectieve aansprakelijkheden en rechten van de artsen en van de netwerkhoofdartsen.

De minister bevestigt dat zowel de therapeutische vrijheid als de aansprakelijkheid van de artsen die binnen het netwerk aan de slag zijn, te allen tijde worden gehandhaafd. In netwerkverband is het echter noodzakelijk de netwerkhoofdarts een beperkt recht te verlenen om instructies te geven, teneinde de veiligheid van de patiënten te waarborgen. Dat recht heeft geen betrekking op de aan de patiënten verstrekte behandeling, maar wel op de organisatie en op de opdrachten van het netwerk. Alleen met dat recht instructies te geven, kan voldoende worden gegarandeerd dat de vastgelegde regels, bijvoorbeeld voor de verwijzing, daadwerkelijk in acht zullen worden genomen.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) wenst nadere toelichting over de exacte draagwijdte van het recht om instructies te geven als het erop aankomt de patiënten door te verwijzen: zou de netwerkhoofdarts bijvoorbeeld kunnen opleggen dat een patiënt naar zijn ziekenhuis van herkomst terugkeert nadat hij voor een heelkundige ingreep werd doorverwezen naar een ander ziekenhuis van het netwerk? Kan hij besprekingen aanvatten over de nadere regels inzake doorverwijzing?

De minister preciseert dat het in dezen gaat om feitelijke aangelegenheden die niet bij wet kunnen worden geregeld. De hoofddarts zal alleen bij een conflict optreden, teneinde in een specifiek geval een doorverwijzing op te leggen of ze integendeel te verbieden, om de veiligheid van de patiënt te waarborgen.

De heer Jan Vercammen (N-VA) voegt daaraan toe dat de tussen de artsen en de ziekenhuizen gesloten overeenkomsten in de praktijk altijd preciseren dat geen sprake is van een ondergeschiktheidsverhouding. Ofschoon de hoofddarts de ziekenhuisarts instructies kan

médecins en chef. Ces derniers doivent en effet disposer d'un levier qui leur permet d'intervenir pour protéger la sécurité des patients quand cela s'avère nécessaire. La ministre ajoute que les médecins en chef ne peuvent user de leur droit d'instruction que dans le cadre de la sécurité des patients, ce qui limite cette prérogative de façon raisonnable.

Pour Mme De Coninck, l'existence d'un droit d'instruction pour les médecins en chef de réseau est une évidence si l'on entend éviter que leur fonction reste une coquille vide. Cependant l'affirmation simultanée de la liberté thérapeutique absolue des médecins est contradictoire. Le projet se doit d'être plus précis quant aux responsabilités et aux droits respectifs des médecins et des médecins en chef de réseau.

La ministre confirme que tant la liberté thérapeutique que la responsabilité des médecins qui travaillent au sein du réseau sont maintenues en tout temps. Cependant dans le cadre du réseau, il est nécessaire de donner au médecin en chef du réseau un droit d'instruction limité, afin de garantir la sécurité des patients. Ce droit ne porte pas sur le traitement administré aux patients mais sur l'organisation et les missions du réseau. Seul ce droit d'instruction permet de garantir à suffisance que les règles fixées, par exemple pour l'adressage, seront effectivement respectées.

Mme De Coninck demande des précisions quant à l'étendue précise du droit d'instruction lors de l'adressage des patients: le médecin en chef de réseau pourrait-il par exemple imposer qu'un patient retourne dans son hôpital d'origine après qu'il aura été adressé à un autre hôpital du réseau pour une intervention chirurgicale? Peut-il initier des discussions relatives aux modalités d'adressage?

La ministre précise qu'il s'agit là de questions de fait qui ne peuvent être réglées par la loi. Le médecin en chef n'interviendra qu'en cas de conflit, pour imposer dans un cas particulier un adressage ou pour l'interdire afin de garantir la sécurité du patient.

M. Jan Vercammen (N-VA) ajoute que dans la pratique les contrats conclus entre les médecins et les hôpitaux précisent toujours l'absence de lien de subordination. Si le médecin en chef peut lui donner des instructions, le médecin hospitalier reste libre de

geven, blijft het de laatstgenoemde vrij staan daar niet op in te gaan. Wel zal hij er de gevolgen van moeten dragen zo er een probleem rijst.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) herinnert eraan dat een heel aantal wets- of regelgevingsbepalingen dan wel uit de plichtenleer voortvloeiende bepalingen het raamwerk voor de aansprakelijkheid van de hoofdarts vastleggen. De spreekster vraagt wie die burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid op zich zal nemen ingeval een college van netwerkhoofdartsen de desbetreffende functie toebedeeld krijgt.

De minister antwoordt dat de aansprakelijkheid altijd een feitelijke aangelegenheid vormt waarover in voorkomend geval de rechter moet beslissen. Het is nooit mogelijk de aansprakelijkheden *a priori* te bepalen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt een technische verbetering voor, met name om in de Franse tekst van artikel 22/1, vierde lid, het woord “en” tussen het woord “assume” en het woord “notamment” weg te laten.

De commissie stemt in met dat voorstel.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) dient amendement nr. 6 (DOC 54 3275/002) in, dat ervoor beoogt te zorgen dat de netwerkhoofdarts verplicht deel moet nemen aan de vergaderingen van het bestuur van het netwerk. Een dergelijke deelname houdt voor alle betrokken actoren ontegensprekelijk een meerwaarde in.

Ten slotte vraagt hetzelfde lid meer uitleg over de draagwijdte van het nieuwe artikel 22/1, zevende lid. Primeren alle beslissingen die de netwerkhoofdarts of het college nemen? Geldt dat ook voor de beslissingen die betrekking zouden hebben op de eigen bevoegdheden van de ziekenhuizen binnen het netwerk?

De minister antwoordt dat de netwerkhoofdarts alleen over toegekende bevoegdheden beschikt. Diens beslissingen primeren dus alleen als hij ze neemt met uitvoering van de opdrachten die hem bij wet worden verleend.

Art. 18

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 19

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt welke Raad in deze bepaling wordt bedoeld.

ne pas les suivre. Il devra cependant en assumer les conséquences en cas de problème.

Mme Catherine Fonck (cdH) rappelle que toute une série de dispositions légales, réglementaires ou issues de la déontologie de la profession fixent le cadre de la responsabilité du médecin en chef. L'oratrice demande qui assumera cette responsabilité civile et pénale dans le cas où cette fonction est dévolue à un collège de médecins en chef de réseau.

La ministre répond que la responsabilité constitue toujours une question de fait qui doit le cas échéant être tranchée par le juge. Il n'est jamais possible de déterminer a priori les responsabilités.

Mme Fonck propose la correction technique suivante: à l'article 22/1, alinéa 4, dans la version française, supprimer le mot “en” entre les mots “assume” et “notamment”.

La commission entérine cette proposition.

Mme Catherine Fonck (cdH) dépose l'amendement n°6 (DOC 54 3275/002) qui vise à prévoir une participation obligatoire du médecin en chef de réseau aux réunions de la gestion du réseau. La plus-value d'une telle participation pour tous les acteurs concernés est indéniable.

Mme Fonck demande enfin des précisions sur la portée du nouvel article 22/1, alinéa 7. La primauté est-elle accordée à toutes les décisions prises par le médecin en chef du réseau ou le collège, en ce compris les décisions qui porteraient sur les compétences propres aux hôpitaux du réseau?

La ministre répond que le médecin en chef de réseau ne dispose que de compétences attribuées. La priorité ne porte donc que sur les décisions qu'il prend en exécution des missions qui lui sont conférées par la loi.

Article 18

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 19

Mme Catherine Fonck (cdH) demande quel est le Conseil visé par cette disposition.

De minister antwoordt dat het gaat om de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Art. 20

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) heeft vragen bij de draagwijdte van dit artikel.

De minister verwijst naar de analyse in het advies van de Raad van State betreffende artikel 66 van de wet van 10 juli 2008 (DOC 54 3275/001, blz. 70 en volgende). Dit artikel vormt de wettelijke grondslag waardoor de Federale Staat de basiskenmerken kan vastleggen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen om te worden erkend ("federale erkenningsnormen"). Aangezien het om basisnormen gaat, die fundamenteel zijn, acht de regering het opportuun dat zij worden besproken in de Ministerraad.

Artikel 21

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt vast dat deze bepaling artikel 67 van de wet van 10 juli 2008 beoogt te wijzigen, om de vastlegging van erkenningsnormen (bijzondere normen) mogelijk te maken voor de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Waarom wordt niet in een gelijkaardige bepaling voorzien voor het supraregionale niveau? Waarom wordt artikel 66 van de wet van 10 juli 2008 niet in dezelfde zin gewijzigd?

De minister antwoordt dat men de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale netwerken moet onderscheiden. Artikel 21, dat artikel 67 van de wet van 10 juli 2008 beoogt te wijzigen, creëert een nieuwe wettelijke grondslag waardoor de basiskenmerken van de locoregionale netwerken kunnen worden vastgelegd. Wat de locoregionale zorgopdrachten betreft, bestaat de wettelijke grondslag al: het gaat om artikel 66 van de wet van 10 juli 2008, zoals gewijzigd bij artikel 20 van het wetsontwerp.

Artikel 22

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 23

De heer André Frédéric (PS) brengt in herinnering dat, krachtens artikel 71 van de wet van 10 juli 2008, zoals thans opgesteld, elk ziekenhuis over een ombudsdienst moet beschikken. Artikel 23 van het ontwerp strekt ertoe deze bepaling te wijzigen en toe te voegen

La ministre répond qu'il s'agit du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

Article 20

Mme Catherine Fonck (cdH) s'interroge sur la portée de cet article.

La ministre renvoie à l'analyse faite par le Conseil d'État dans son avis et relative à l'article 66 de la loi du 10 juillet 2008 (DOC 54 3275/001, p. 70 et suivantes). Cet article constitue la base légale qui permet à l'État fédéral de fixer les caractéristiques de base auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire pour être agréés ("normes d'agréments fédérales"). S'agissant de normes de base, fondamentales, le gouvernement estime opportun qu'elles soient discutées en Conseil des ministres.

Article 21

Mme Catherine Fonck (cdH) constate que cette disposition modifie l'article 67 de la loi du 10 juillet 2008, afin de permettre la fixation de normes d'agréments (normes spéciales) pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Pourquoi ne pas avoir prévu de disposition similaire pour le niveau *supra* régional? Pourquoi ne pas avoir modifié l'article 66 de la loi du 10 juillet 2008 dans le même sens?

La ministre répond qu'il faut distinguer les missions de soins locorégionales des réseaux locorégionaux. L'article 21 qui modifie l'article 67 de la loi du 10 juillet 2008 crée une nouvelle base légale qui permettra de fixer les caractéristiques de base des réseaux locorégionaux. Quant aux missions de soins locorégionales, la base légale existe déjà: il s'agit de l'article 66 de la loi du 10 juillet 2008, tel que modifié par l'article 20 du projet.

Article 22

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 23

M. André Frédéric (PS) rappelle qu'en vertu de l'article 71 de la loi du 10 juillet 2008, tel qu'actuellement rédigé, chaque hôpital doit disposer d'un service de médiation. L'article 23 du projet modifie cette disposition et ajoute qu'il suffit que l'hôpital garantisse le droit de

dat het voor het ziekenhuis volstaat om voor de patiënt het recht om een klacht in te dienen te garanderen door middel van het netwerk. Bijgevolg zullen de ziekenhuizen niet langer allemaal een eigen ombudsdienst moeten hebben: één ombudsdienst per netwerk volstaat. Klopt die interpretatie? Als dat zo is, is de heer Frédéric van oordeel dat de rechten van de patiënten niet langer voldoende gegarandeerd zijn.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) en mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) hebben dezelfde bekommelingen. Zij voegen eraan toe dat de jaarverslagen van de ombudsdiensten aantonen dat zij thans al door de patiënten worden onderbenut: de hinderpalen zijn te groot en de toegankelijkheid is ontoereikend. De sprekers vrezen dat deze bepaling het probleem zal verergeren.

De minister bevestigt haar keuze om de ombudsfunctie te concentreren op netwerkniveau, naar het model van de geestelijke gezondheidszorgnetwerken. Uit de ervaringen opgedaan in deze netwerken is dit succesvol gebleken. De minister wijst erop dat sommige kleine ziekenhuisstructuren grote moeilijkheden ondervinden om een ombudsdienst op te richten en de werking ervan te garanderen. De oprichting van een gemeenschappelijke ombudsdienst op netwerkniveau lost dit probleem op.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is derhalve van oordeel dat de fysieke aanwezigheid van een ombudsman op elke ziekenhuissite niet langer gegarandeerd zal worden.

De minister antwoordt dat de tekst niet zo ver gaat. Deze bepaling verleent alleen een mogelijkheid aan de instellingen die er gebruik van willen maken. De doelstelling is om het voor kleine structuren mogelijk te maken hun ombudsdienst op netwerkniveau te organiseren zodat die kan worden geprofessionaliseerd, de deskundigheid ervan kan worden vergroot en de organisatie ervan kan worden verbeterd. In de praktijk kan de netwerking leiden tot een grotere beschikbaarheid van de ombudsman.

De heer André Frédéric (PS) deelt deze analyse niet. Het wetsontwerp biedt de ziekenhuizen weliswaar de mogelijkheid om de ombudsfunctie op netwerkniveau te concentreren, maar sommige instellingen zullen *de facto* geen ombudsman meer hebben. Voor de spreker worden de rechten van de patiënten met voeten getreden.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) treedt de woorden van de heer Frédéric bij. Zij vraagt dat de minister minstens één contactpersoon per instelling oplegt.

plainte du patient par le biais du réseau. Par conséquent tous les hôpitaux ne devront plus disposer de leur propre service de médiation: un seul service par réseau sera suffisant. Cette interprétation est-elle correcte? Dans l'affirmative, M. Frédéric estime que les droits du patients ne seraient plus garantis suffisamment.

Mmes Monica De Coninck (sp.a) et Anne Dedry (Ecolo-Groen) partagent ces interrogations. Elles ajoutent que les rapports annuels des services de médiation démontrent que, déjà à l'heure actuelle, ces services sont sous utilisés par les patients: les obstacles à franchir sont trop importants et l'accessibilité insuffisante. Les oratrices craignent que cette disposition aggrave le problème.

La ministre confirme avoir fait le choix de concentrer la fonction de médiation au niveau des réseaux, sur le modèle des réseaux de soins de santé mentale. L'expérience acquises dans ces derniers réseaux s'est révélée fructueuse. La ministre rappelle que certaines petites structures hospitalières rencontrent de grandes difficultés à mettre en place et à garantir le fonctionnement d'un service de médiation. La création d'un service commun au niveau du réseau solutionne ce problème.

Mme Catherine Fonck (cdH) estime que dès lors la présence physique d'un médiateur sur chaque site hospitalier ne sera plus garantie.

La ministre répond que le texte ne va pas si loin. Cette disposition n'accorde qu'une faculté aux établissements qui désirent en faire usage. L'objectif est de permettre aux petites structures d'organiser leur service de médiation en réseau de manière à pouvoir le professionnaliser, à en accroître l'expertise et à améliorer son organisation. En pratique la mise en réseaux pourra permettre d'accroître la disponibilité du médiateur.

M. André Frédéric (PS) ne partage pas cette analyse. Si le projet permet aux hôpitaux de concentrer la fonction de médiation au niveau du réseau certains établissements se retrouveront *de facto* sans médiateur. Pour l'orateur les droits du patients sont bafoués.

Mme Monica De Coninck (sp.a) soutient les propos de M. Frédéric. Elle invite la ministre à imposer au minimum une personne de contact dans chaque établissement.

De minister is van oordeel dat een dergelijke maatregel te ver zou gaan. In de grote ziekenhuisstructuren is er thans geen ombudsman per verdieping of zelfs per campus. Het is aan de netwerken om zich te organiseren zodat de toegankelijkheid voor de patiënten wordt gegarandeerd en om hun correcte en volledige informatie te verstrekken.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) en *mevrouw Anne David (Ecolo-Groen)* kunnen geen genoegen nemen met dit antwoord.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) brengt in herinnering dat de netwerken tot 400 000 patiënten zullen ontvangen, wat een veel te groot aantal is voor één enkele dienst. Ze verzoekt de minister criteria vast te leggen die de kwaliteit van de ombudsdienstverlening garanderen. De ervaring toont aan dat deze diensten voor de ziekenhuisdirecties geen prioriteit vormen.

Artikel 24

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 25

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 26

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt waarom dit artikel in uitzicht stelt dat het netwerk louter de mogelijkheid heeft zijn eigen boekhouding te voeren, terwijl dat netwerk rechtspersoonlijkheid heeft en derhalve verplicht zou moeten zijn een boekhouding te voeren voor de taken die het verricht. Wie zal de boekhoudkundige verplichtingen van het netwerk op zich nemen als het netwerk dat niet zelf doet?

De heer André Frédéric (PS) schaart zich achter het standpunt van mevrouw Fonck. Hij is ruimer gezien ook verbaasd over de armslag die bij dit artikel wordt gelaten aan het netwerk. Waarom werd niet in een strikter wetelijk raamwerk voorzien?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat, op grond van het vennootschapsrecht en van het verenigingsrecht, elke rechtspersoon nu al verplicht is een boekhouding te voeren. Het is dus niet noodzakelijk die algemene verplichting in dit specifieke wetsontwerp op te nemen. Dit wetsontwerp voorziet alleen, op facultatieve en aanvullende wijze, in de mogelijkheid om op netwerkniveau

La ministre estime qu'une telle mesure irait trop loin. Dans les grandes structures hospitalières, l'on ne retrouve pas à l'heure actuelle un médiateur par étage ou même par campus. Il appartiendra aux réseaux de s'organiser de manière à garantir l'accessibilité pour les patients et à fournir une information correcte et complète aux patients.

Mmes Monica De Coninck (sp.a) et *Anne Dedry (Ecolo-Groen)* disent ne pas pouvoir se satisfaire de cette réponse.

Mme De Coninck rappelle que les réseaux accueilleront jusqu'à 400 000 patients ce qui constitue un nombre beaucoup trop important pour un seul service. Elle invite la ministre à fixer des critères garantissant la qualité de la prestation des services de médiation. L'expérience montre que ces services ne constituent pas une priorité pour les directions hospitalières.

Article 24

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 25

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 26

Mme Catherine Fonck (cdH) demande pourquoi cet article prévoit seulement une faculté pour le réseau de tenir sa propre comptabilité alors que ce dernier jouit de la personnalité juridique et devrait dès lors être obligé de tenir une comptabilité pour les missions qu'il réalise. Qui assumera les obligations comptables du réseau si ce n'est pas le réseau lui-même?

M. André Frédéric (PS) partage le point de vue de Mme Fonck et s'étonne, de manière plus générale, de la latitude laissée au réseau dans le cadre de cet article. Pourquoi ne pas avoir prévu un cadre légal plus strict?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que chaque personne morale est déjà obligée, en vertu du droit des sociétés et des associations, de tenir une comptabilité. Il n'est donc pas nécessaire de reprendre cette obligation générale dans ce projet de loi spécifique. Ce projet de loi prévoit uniquement, de manière facultative et complémentaire, la possibilité de tenir une comptabilité au

een boekhouding te voeren. Zij voegt daaraan toe dat de Raad van State dienaangaande geen opmerkingen heeft geformuleerd.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) preciseert dat zij er geen probleem mee heeft dat het netwerk de boekhouding zou kunnen voeren van de individuele ziekenhuizen waaruit het bestaat. Wel vindt zij dat het vervolg van de tekst fout is geformuleerd, want het is niet correct te schrijven dat het netwerk de netwerkboekhouding kan voeren, terwijl het er in werkelijkheid toe verplicht is.

De heer André Frédéric (PS) is het eens met de analyse ter zake van mevrouw Fonck.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, merkt op dat het misverstand mogelijk te wijten is aan een verschil tussen de Franse en de Nederlandse tekst: het woord “zelf” in de Nederlandse tekst werd jammer genoeg niet naar het Frans vertaald. Er zou dus een technische correctie moeten worden aangebracht, waardoor de aangepaste Franse tekst als volgt zou luiden: “*Le réseau hospitalier clinique locorégional peut lui-même tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional [...]*”.

Artikel 27

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt verduidelijkingen aangaande de aan de Koning toegekende bevoegdheid om nauwkeurigere regels betreffende de toepassing van dit artikel te bepalen. Welke regels zullen in dat koninklijk besluit worden vastgelegd?

Mevrouw Fonck dient *amendement nr. 7* (DOC 54 3275/002) in, tot wijziging van dit artikel.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wil met het amendement bereiken dat bij de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies wordt ingewonnen over de vastlegging van de regels aangaande het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wanneer zulks de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken betreft.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat het om een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit zal gaan; dat is normaliter niet het geval voor het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) betreurt dat dergelijke beslissingen op politiek niveau worden genomen, zonder overleg met de sector.

niveau du réseau. Elle ajoute que le Conseil d'État n'a pas formulé de remarque à ce sujet.

Mme Catherine Fonck (cdH) précise qu'elle n'a pas de problème avec le fait que le réseau puisse tenir la comptabilité des hôpitaux individuels qui le composent. Elle estime en revanche que la suite du texte est mal formulée car il n'est pas correct d'écrire que le réseau peut tenir la comptabilité du réseau alors qu'il est en réalité obligé de le faire.

M. André Frédéric (PS) partage l'analyse de Mme Fonck à ce sujet.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, fait remarquer que le malentendu provient peut-être d'une différence entre le texte français et néerlandais. Le mot “*zelf*” dans le texte néerlandais n'a malencontreusement pas été traduit en français. Il y aurait dès lors lieu de procéder à une correction technique et d'adapter le texte français de la manière suivante: “*Le réseau hospitalier clinique locorégional peut lui-même tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du réseau hospitalier clinique locorégional [...]*”.

Article 27

Mme Catherine Fonck (cdH) demande des précisions sur la faculté laissée au Roi de fixer des règles plus précises pour l'application de cet article. Quelles règles sont visées par cet arrêté royal?

Mme Catherine Fonck (cdH) dépose l'*amendement n° 7* (DOC 54 3275/002) visant à modifier l'article.

Mme Catherine Fonck (cdH) le justifie par son souhait que l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers soit demandé sur la fixation des règles relatives au Budget des Moyens Financiers des hôpitaux en ce qui concerne les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que l'arrêté royal sera délibéré en Conseil des ministres, ce qui n'est normalement pas le cas pour le Budget des Moyens Financiers des hôpitaux.

Mme Catherine Fonck (cdH) regrette que ce genre de décision soit prise au niveau politique sans concertation avec le secteur.

De heer André Frédéric (PS) stelt zich vragen over de mogelijkheid om een deel van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen rechtstreeks aan de netwerken toe te kennen. Welke financiële middelen zullen aan de netwerken worden toegekend? Zullen bestaande financiële middelen worden verschoven, of gaat het om bijkomende financiële middelen?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat dit artikel het mogelijk maakt te voorzien in specifieke financiële middelen voor de taken die aan het netwerk zouden worden toevertrouwd, door er een afzonderlijk gedeelte van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen aan toe te wijzen. Hiertoe zal een koninklijk besluit moeten worden aangenomen. Voorlopig ligt hierover niets concreets op tafel, aangezien de netwerken nog niet officieel zijn samengesteld.

De minister verduidelijkt dat er een extra budget zal zijn indien de taken die aan het netwerk worden toevertrouwd betrekking hebben op bijkomende taken die nog niet door de individuele ziekenhuizen van het netwerk worden uitgeoefend. Indien de taken die aan het netwerk worden toevertrouwd daarentegen nu al op ziekenhuisniveau bestaan, zal het budget daartoe echter anders toegewezen moeten worden, teneinde de verwezenlijking van die taken door het netwerk te financieren.

Artikel 28

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt verduidelijking over de overdrachtprocedure naar netwerkniveau van de aangelegenheden die het statuut van de ziekenhuisartsen betreffen. Er wordt bepaald dat wanneer een lid na een maand niet heeft gestemd, het geacht wordt zich te hebben onthouden. Betekent dat dat de procedure gedurende een maand wordt bevroren?

De spreekster vraagt ook wat er zal gebeuren als er geen akkoord wordt bereikt op het niveau van de medische raad van één van de ziekenhuizen van het netwerk. Is er een verzoeningsprocedure? Zou deze eventuele verzoeningsprocedure niet verplicht moeten worden gemaakt?

Mevrouw Maggie Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat de procedure bedoeld is om te garanderen dat een eventuele overdracht naar netwerkniveau van de aangelegenheden die het statuut van de ziekenhuisartsen betreffen slechts plaatsvindt indien deze overdracht voldoende wordt ondersteund door de ziekenhuisartsen van de betrokken ziekenhuizen. Als een lid van een medische raad niet de

M. André Frédéric (PS) s'interroge sur la possibilité d'attribuer une partie du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux directement aux réseaux. Quel financement sera attribué aux réseaux? S'agira-t-il du déplacement d'un financement existant ou s'agira-t-il d'un financement supplémentaire?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que cet article ouvre la possibilité de prévoir un financement spécifique pour les missions qui seraient confiées au réseau, en y affectant une partie distincte du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux. A cette fin, il faudra adopter un arrêté royal. Pour le moment, il n'y a rien de concret sur la table puisque les réseaux ne sont pas encore officiellement constitués.

La ministre précise qu'il y aura un budget supplémentaire, si les tâches confiées au réseau concernent des missions supplémentaires qui ne sont pas encore exercées par les hôpitaux individuels du réseau. En revanche, si les tâches confiées au réseau existent déjà au niveau des hôpitaux, le budget prévu à ces fins devra être réalloué afin de financer la réalisation de ces tâches par le réseau.

Article 28

Mme Catherine Fonck (cdH) demande des précisions sur la procédure de transfert des matières relatives au statut des médecins hospitaliers au niveau du réseau. Le fait qu'il soit prévu qu'un membre qui, après un mois, n'a pas voté, sera réputé s'être abstenu, signifie-t-il que la procédure sera gelée pendant un mois?

L'intervenante demande également ce qu'il se passera s'il n'y a pas d'accord au niveau du conseil médical d'un des hôpitaux du réseau. Une procédure de conciliation est-elle prévue? Et, n'y aurait-il pas lieu de rendre cette éventuelle procédure de conciliation obligatoire?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que la procédure prévue a pour objectif de garantir qu'un éventuel transfert des matières relatives au statut des médecins hospitaliers vers le réseau n'ait lieu que si ce transfert est suffisamment soutenu par les médecins hospitaliers des hôpitaux concernés. Si un membre d'un conseil médical n'a pas eu l'opportunité d'assister à la réunion au cours

gelegenheid had om de vergadering bij te wonen waarop een stemming over deze overdracht werd gehouden, dan zal dat lid inderdaad een maand de tijd hebben om zijn standpunt kenbaar te maken. Gebeurt dit niet, dan wordt dat lid geacht zich te hebben onthouden.

Artikel 29

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 30

De heer André Frédéric (PS) benadrukt nogmaals dat de beroepsverenigingen van verpleegkundigen betreuren dat de verpleegkundigen niet méér worden betrokken bij het beheer van de toekomstige netwerken, ondanks het belang van hun beroep voor de goede werking van de ziekenhuizen. Waarom wordt een participatie van de verpleegkundigen aan het beheer van de toekomstige netwerken niet bij wet vastgelegd?

De spreker wijst er eveneens op dat de sector tijdens de hoorzittingen van 6 november 2018 heeft gewaarschuwd voor een mogelijke impasse ingeval het beheersorgaan van het netwerk en de medische raad van het netwerk het niet eens zijn. Waarom werd niet de voorkeur gegeven aan een bestuursmodel waarbij de artsen nauwer bij het beheersorgaan van het netwerk worden betrokken om de onderlinge communicatie te bevorderen en zodoende het gevaar voor een impasse weg te nemen?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat de verpleegkundigen in het beheersorgaan van het netwerk zullen kunnen worden vertegenwoordigd, aangezien het wetsontwerp erin voorziet dat minstens één op drie leden een expertise inzake gezondheidszorg moet hebben. Zij voegt eraan toe dat het normaal is dat de beroepsverenigingen van de verschillende paramedische beroepen geen deel uitmaken van de werkgroepen over het sociaal overleg, aangezien de belangen van de werknemers daarin worden verdedigd door de vakbonden.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vreest dat de medische raad van het netwerk beslissingen zal kunnen nemen die voor de individuele ziekenhuizen zullen gelden, terwijl die laatste voor de gevolgen ervan, ook financieel, zullen moeten opdraaien. Als voorbeeld haalt zij eventuele beslissingen op netwerk niveau inzake honorariumsupplementen aan.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, wijst erop dat het beter is

de laquelle un vote sur ce transfert aura eu lieu, il aura effectivement un mois pour communiquer son point de vue. A défaut, il sera réputé s'être abstenu.

Article 29

Cet article n'appelle aucune observation.

Article 30

M. André Frédéric (PS) revient sur les regrets exprimés par les associations professionnelles d'infirmiers que les infirmiers ne soient pas davantage impliqués dans la gestion des futurs réseaux, et ce, en dépit de l'importance de leur profession pour le bon fonctionnement des hôpitaux. Pourquoi ne pas ancrer légalement une participation des infirmiers à la gestion des futurs réseaux?

L'intervenant se réfère également aux risques de blocage évoqués par le secteur lors des auditions du 6 novembre 2018, en cas de désaccord entre l'organe de gestion du réseau et le conseil médical du réseau. Pourquoi ne pas avoir privilégié un modèle de gouvernance associant plus étroitement les médecins à l'organe de gestion du réseau afin de favoriser les échanges au sein de cet organe et ainsi éviter les risques de blocage?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que les infirmiers pourront être représentés dans l'organe de gestion du réseau puisque le projet de loi prévoit qu'au moins un tiers des membres doit avoir une expertise en matière de soins de santé. Elle ajoute qu'il est normal que les associations professionnelles des différentes professions paramédicales ne fassent pas partie des groupes de travail relatifs à la concertation sociale puisque ce sont les syndicats qui y représentent les intérêts des travailleurs.

Mme Monica De Coninck (sp.a) craint que le conseil médical de réseau puisse prendre des décisions qui s'imposeront aux hôpitaux individuels alors que ce sont ces derniers qui devront en assumer les conséquences, y compris financières. Elle cite par exemple les décisions en matière de suppléments d'honoraires qui pourraient être prises au niveau du réseau.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique qu'il est recommandé

dat de financiële aspecten van de locoregionale zorgopdrachten op netwerkniveau worden geregeld aan de hand van akkoorden tussen de betrokken ziekenhuizen. Elk individueel ziekenhuis zal evenwel zijn financiële verantwoordelijkheid behouden. Ze voegt eraan toe dat elk ziekenhuis, hoe klein ook, op netwerkniveau zal vertegenwoordigd zijn.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) vreest dat die beslissingswijze een probleem zal doen rijzen aangezien de meerderheid binnen een netwerk zijn keuze zal kunnen opleggen aan de minderheid, die wel de gevolgen zal moeten dragen van een beslissing waar ze niet achter stond.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verduidelijkt dat er eerst, met toepassing van artikel 28, een overheveling van aangelegenheden naar het netwerkniveau moet plaatsvinden. Die overheveling heeft geen gevolgen voor de honorariassupplementen. Artikel 32 bevat een opsomming van de aangelegenheden die naar het netwerkniveau zouden kunnen worden overgeheveld. Dat artikel strekt er bovendien toe te voorzien in een consensusmodel voor het nemen van beslissingen teneinde dergelijke situaties te voorkomen.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) antwoordt dat artikel 40 nochtans beoogt te bepalen dat het garanderen van een opname zonder honorariassupplementen op het niveau van het netwerk zou kunnen gebeuren. Voorts betreurt ze dat de medische raad van het netwerk in tal van aangelegenheden een vetorecht zou hebben.

Mevrouw Mme Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verduidelijkt dat het feit dat het netwerk een opname zonder honorariassupplementen zou kunnen garanderen, niet betekent dat de bevoegdheid van elk individueel ziekenhuis inzake honorariassupplementen zou worden opgeheven.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt wanneer de medische raden van de netwerken zouden worden samengesteld. Zou dit tegen 1 januari 2020 moeten gebeuren?

Mochten die raden op die datum nog niet zijn opgericht, dan rijst de vraag hoe zal worden beslist over de taken die de netwerken, los van de eventuele latere transfers, van meet af aan op zich zullen moeten nemen? Hoe zal het beheersorgaan van het netwerk, dat louter voor de beleidsbeslissingen bevoegd is, zich verhouden tot de medische raden van de individuele ziekenhuizen in de overgangsperiode van vijf jaar gedurende dewelke de medische raden van de netwerken nog niet zullen bestaan?

que les aspects financiers relatifs aux missions de soins locorégionales soient réglés au niveau du réseau, par le biais d'accords entre les hôpitaux concernés. Chaque hôpital individuel conservera cependant sa responsabilité financière. Elle ajoute que chaque hôpital, si petit soit-il, sera représenté au niveau du réseau.

Mme Monica De Coninck (sp.a) estime que ce mode de décision posera problème dès lors que la majorité au sein d'un réseau peut imposer ses choix à la minorité qui pourtant devra assumer les conséquences d'une décision à laquelle cette dernière n'était pas favorable.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise qu'il faudra d'abord qu'il y ait eu un transfert de matières au niveau du réseau en application de l'article 28. Les suppléments d'honoraires ne seront pas visés par un tel transfert. Les matières qui pourront faire l'objet d'un transfert au niveau du réseau sont listées à l'article 32. Cet article prévoit en outre un modèle de décision consensuel afin d'éviter de telles situations.

Mme Monica De Coninck (sp.a) répond que l'article 40 mentionne pourtant que la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires peut être réglée au niveau du réseau. Par ailleurs, elle déplore le droit de veto du conseil médical du réseau sur de nombreux sujets.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise que ce n'est pas parce qu'on prévoit que le réseau peut organiser la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires que la compétence de chaque hôpital individuel en matière de suppléments d'honoraires sera supprimée.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande quand les conseils médicaux de réseau devront être constitués. Est-ce pour le 1^{er} janvier 2020?

S'ils ne sont pas encore constitués à cette date, comment seront prises les décisions concernant les missions qui, indépendamment des éventuels transferts ultérieurs, relèveront dès le début des réseaux? Comment l'organe de gestion du réseau, lequel n'est compétent que pour les décisions stratégiques, s'articulera-t-il avec les conseils médicaux des hôpitaux individuels, pendant la période transitoire de 5 ans durant laquelle les conseils médicaux de réseau ne seront pas encore formés?

Voorts vraagt de spreekster zich af wat er zal gebeuren na die overgangperiode van vijf jaar. Hoe zal worden gewaarborgd dat elk individueel ziekenhuis nog steeds vertegenwoordigd zal zijn binnen de medische raad van het netwerk? Zal er tegen dan een koninklijk besluit zijn uitgevaardigd dat de regels inzake de samenstelling van die raad vastlegt?

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, antwoordt dat de medische raden van het netwerk vanaf 1 januari 2020 zullen moeten worden opgericht. Tijdens een overgangperiode van vijf jaar kunnen die raden worden samengesteld uit leden die worden afgevaardigd door de medische raad van elk individueel ziekenhuis. In die overgangperiode kan het beheersorgaan van het netwerk dus werken met een medische raad van het netwerk die op die manier is samengesteld. Het wetsontwerp bepaalt evenwel dat de leden van de medische raad van het netwerk na die overgangperiode rechtstreeks zullen worden verkozen door de artsen die aan de slag zijn in de verschillende ziekenhuizen die tot het netwerk behoren. De minister voegt eraan toe dat er uitvoeringsbesluiten op de planning staan.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) beklemtoont dat het uitvoeringsbesluit tot vaststelling van de regels inzake de samenstelling van de medische raad van het netwerk moet voorzien in een uitgebalanceerde vertegenwoordiging van elk individueel ziekenhuis van het netwerk.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, antwoordt dat zelfs het kleinste ziekenhuis vertegenwoordigd zal zijn in de medische raad van het netwerk.

Artikel 31

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt vast dat in artikel 31 wordt bepaald dat een aantal modaliteiten van de verkiezingsprocedure voor de medische raad kunnen worden vastgelegd bij koninklijk besluit: waarom? Zij wenst te vernemen welke de plaats zal zijn van de politiek in het functioneren van deze medische raad.

De minister antwoordt aan mevrouw Fonck dat er momenteel reeds een koninklijk besluit bestaat over de medische verkiezingen maar de netwerken zijn hierin niet opgenomen: bijgevolg werd aan de nationale paritaire raad enkele weken geleden een advies gevraagd over welke artikelen van dit koninklijk besluit dienen te worden aangepast om het koninklijk besluit aan te passen aan de logica van de netwerken. Waarschijnlijk zal er niet veel worden gewijzigd aan de bestaande tekst.

L'intervenante s'interroge également sur ce qu'il adviendra à l'issue de cette période transitoire de 5 ans. Comment garantir que chaque hôpital individuel continuera à être représenté au niveau du conseil médical du réseau? Qu'en sera-t-il de l'arrêté royal qui fixera les règles relatives à la composition du conseil médical du réseau?

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répond que le conseil médical de réseau devra être constitué à partir du 1^{er} janvier 2020. Pendant une période transitoire de 5 ans, il pourra être composé de membres délégués par les conseils médicaux de chaque hôpital individuel. Durant cette période transitoire, l'articulation avec l'organe de gestion du réseau pourra donc s'opérer à partir d'un conseil médical de réseau ainsi composé. Le projet de loi prévoit cependant que, après cette période transitoire, les membres du conseil médical de réseau seront élus directement par les médecins hospitaliers travaillant au sein des différents hôpitaux membres du réseau. La ministre ajoute que des arrêtés d'exécution sont prévus.

Mme Catherine Fonck (cdH) insiste pour que l'arrêté d'exécution qui fixera les règles relatives à la composition du conseil médical du réseau garantisse une représentation équilibrée de chaque hôpital individuel qui fait partie du réseau.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répond qu'il est prévu que, même le plus petit hôpital, pourra être représenté au sein du conseil médical de réseau.

Article 31

Mme Catherine Fonck (cdH) constate que l'article 31 prévoit que certaines modalités relatives à la procédure d'élection des membres du conseil médical peuvent être fixées par arrêté royal: pourquoi? Elle s'interroge sur la place qu'occupera le politique dans le fonctionnement de ce conseil médical.

La ministre répond à Mme Fonck qu'il existe déjà, à l'heure actuelle, un arrêté royal relatif aux élections médicales, mais que les réseaux n'en font pas partie: il a donc été demandé au conseil paritaire national, il y a quelques semaines, de se prononcer sur les articles de l'arrêté royal en question qu'il convenait de modifier pour adapter l'arrêté royal à la logique des réseaux. Selon toute vraisemblance, le texte actuel ne subira pas de grands changements.

Mevrouw Fonck werpt tegen dat de medische raad zou moeten functioneren vanaf 1 januari 2020: dit betekent dat deze teksten veel vroeger zullen moeten klaar zijn.

Artikel 32

Mevrouw De Coninck c.s. dienen een amendement nummer 1 (DOC 54 3275/002) in. *Mevrouw Monica De Coninck (sp.a)* verklaart dat dit amendement tot doel heeft in de voorgestelde tekst van het artikel 143/3, *in fine*, enkele bepalingen toe te voegen. Hierbij verwijst ze naar de opmerkingen die tijdens de hoorzittingen werden gemaakt door Zorgnet-Icuro en die in de tekst van het amendement worden overgenomen. Met name wordt een beperkte wijziging voorgesteld waarbij de mogelijkheden van versterkt advies worden beperkt tot de nieuwe adviesmateries op netwerkniveau (opgesomd in het nieuwe artikel 17/2), de aanstelling van de netwerkhoofddarts, en de ruime mogelijkheden die thans voorzien zijn in de Ziekenhuiswet. *Mevrouw De Coninck* verwijst voor het overige naar de toelichting bij het amendement en beklemtoont dat in dit artikel *de facto* een vetorecht wordt ingesteld in hoofde van de medische raad met mogelijkheden tot blokkering en uitstel van zelfs puur operationele beslissingen op het niveau van een individueel ziekenhuis.

De minister bevestigt dat Zorgnet-Icuro tijdens de hoorzittingen dergelijke opmerkingen heeft gemaakt maar zij benadrukt dat wat voorligt het resultaat is van een compromis dat pas tot stand is gekomen na langdurige onderhandelingen met de artsensyndicaten en ziekenhuiskoepels waarbij water en vuur dienden te worden verzoend. Het is onmogelijk om eenzijdig hierop terug te komen, zoniet zouden weer onderhandelingen moeten worden opgestart die gemakkelijk een jaar zouden kunnen duren.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) ontkent niet dat de financiële gezondheid van de sector belangrijk is, maar dit zal niet worden gewaarborgd door het voorliggende wetsontwerp: *de facto* zullen de artsen op niveau van het netwerk alles te zeggen hebben, terwijl het beheer van de individuele ziekenhuizen niets te zeggen zal hebben maar wel de financiële verantwoordelijkheid zal dragen. Het uiteindelijke gevolg zal zijn dat de individuele beheerders van ziekenhuizen niet zullen meestappen in het netwerksysteem en de doeleinden van het wetsontwerp zullen dus niet worden bereikt.

De minister repliceert dat mee beslissen ook betekent mee verantwoordelijk zijn: het voorliggende wetsontwerp geeft medeverantwoordelijkheid aan de artsen op het niveau van het netwerk. Zij beklemtoont dat

Mme Fonck objecte que le conseil médical est censé fonctionner dès le 1^{er} janvier 2020, ce qui veut dire que ces textes devront être prêts bien plus tôt.

Article 32

Mme De Coninck et consorts présentent l'amendement n°1 (DOC 54 3275/002). *Mme Monica De Coninck (sp.a)* indique que cet amendement tend à ajouter quelques dispositions au texte proposé à l'article 43/3 *in fine*. À cet égard, elle renvoie aux observations formulées au cours des auditions par Zorgnet-Icuro et qui ont été intégrées dans le texte de l'amendement. Il est notamment proposé d'apporter une modification restreinte limitant les possibilités d'un avis renforcé aux nouvelles matières d'avis au niveau du réseau (énumérées dans le nouvel article 17/2), à la désignation du médecin en chef de réseau et aux vastes possibilités actuellement prévues dans la loi sur les hôpitaux. *Mme De Coninck* renvoie pour le surplus à la justification de l'amendement et souligne qu'un droit de veto est instauré *de facto* dans le chef du conseil médical, assorti de possibilités de bloquer et d'ajourner même des décisions purement opérationnelles au niveau de l'hôpital individuel.

La ministre confirme que Zorgnet-Icuro a formulé de telles observations lors des auditions, mais elle souligne que ce qui est proposé résulte d'un compromis qui n'a été atteint qu'après de longues négociations avec les syndicats de médecins et les coupoles d'hôpitaux au cours desquelles il a fallu concilier l'eau et le feu. Il est impossible de revenir unilatéralement sur ce point, à moins de devoir de nouveau entamer des négociations qui pourraient facilement durer un an.

Mme Monica De Coninck (sp.a) ne nie pas que la santé financière du secteur est importante, mais celle-ci ne sera pas garantie par le projet de loi à l'examen: les médecins seront *de facto* tout-puissants au niveau du réseau, tandis que la gestion des hôpitaux individuels n'aura pas voix au chapitre mais assumera toutefois la responsabilité financière. La conséquence finale sera que les gestionnaires individuels des hôpitaux ne rejoindront pas le réseau et que les objectifs du projet de loi ne seront dès lors pas atteints.

La ministre réplique que la codécision implique aussi la coresponsabilité: le projet de loi à l'examen rend les médecins coresponsables au niveau du réseau. Elle souligne que le système actuel a aussi ses limites:

het huidige systeem ook zijn beperkingen heeft: vaak worden beslissingen genomen over de hoofden van de artsen heen en als zulks leidt tot deficits wordt dit vaak verhaald op het ereloon van de artsen.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is er absoluut voor dat artsen mee verantwoordelijk zouden zijn maar het probleem hier is dat artsen alle macht krijgen en bijgevolg dus alles kunnen blokkeren en dit zal ook gebeuren in de realiteit.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat de dialoog binnen de beslissingsinstanties moet worden bevorderd en het is dus een goede zaak dat de artsen zullen kunnen zetelen in het beheersorgaan van het netwerk: zij verwijst in dit verband naar haar amendement nummer 5 bij artikel 15.

De minister stelt vast dat de oppositie op dit punt verdeeld is, hetgeen aantoont dat een consensusmodel noodzakelijk is: terwijl enerzijds wordt gesproken over blokkering wordt anderzijds gesproken over het tekort aan inspraak vanwege de artsen: dit ontwerp biedt de mogelijkheid om van het huidige conflictmodel te komen tot een volwassen model van *co-governance*.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) benadrukt dat zij zelf deze oefening heeft aangevat 15 jaar geleden in het kader van een reëel ziekenhuisnetwerk: uiteraard is zij voorstander van het consensusmodel en van het vormen van netwerken op niveau van de ziekenhuizen. De vraag is echter welke incentives zullen worden uitgewerkt ter attentie van alle betrokkenen opdat dit proces goed zou verlopen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst te vernemen wat wordt bedoeld, *in fine* van het voorgestelde artikel 143/3, paragraaf 1, eerste lid, met de woorden "het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk".

De minister antwoordt dat hier wordt verwezen naar "de beheerder" (in het Frans "*le gestionnaire*"), hetgeen een begrip is in de ziekenhuiswet: er wordt hier gesproken van beheer omdat er op het terrein verschillende mogelijkheden bestaan naargelang de manier waarop de inrichtende macht werd geregeld, dit heeft met andere woorden te maken met de specifieke vorm van rechtspersoonlijkheid van elke betrokken instelling.

des décisions sont souvent prises sans consulter les médecins, ce qui conduit à des déficits qui sont souvent récupérés sur les honoraires des médecins.

Mme Monica De Coninck (sp.a) est tout à fait favorable à ce que les médecins partagent les responsabilités, mais le problème en l'espèce est que les médecins obtiennent tous les pouvoirs et peuvent par conséquent tout bloquer, ce qui se produira également dans la pratique.

Mme Catherine Fonck (cdH) signale qu'il faut favoriser le dialogue au sein des instances de décision et qu'il est dès lors positif que les médecins puissent siéger à l'avenir au sein de l'organe de gestion du réseau: elle renvoie à cet égard à son amendement n° 5 à l'article 15.

La ministre constate que l'opposition est divisée sur ce point, ce qui montre qu'un modèle de consensus est nécessaire: alors que certains parlent d'un blocage, d'autres soutiennent que les médecins n'ont pas suffisamment leur mot à dire: ce projet permet de passer du modèle conflictuel actuel à un modèle adulte de co-gouvernance.

Mme Monica De Coninck (sp.a) souligne qu'elle a elle-même entamé cet exercice il y a quinze ans dans le cadre d'un réseau hospitalier réel: elle est naturellement favorable au modèle de consensus et à la formation de réseaux au niveau des hôpitaux. La question se pose cependant de savoir quels incitants seront prévus pour tous les intéressés afin que ce processus se déroule correctement.

Mme Catherine Fonck (cdH) souhaiterait savoir ce que l'on entend, à la fin de l'article 143/3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, proposé, par "la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional".

La ministre répond qu'il est renvoyé en l'occurrence au "gestionnaire", notion issue de la loi sur les hôpitaux. On parle ici de la gestion car il existe plusieurs possibilités sur le terrain en fonction de la manière dont le pouvoir organisateur a été organisé. Autrement dit, ce point est lié à la forme spécifique de la personnalité juridique de chaque établissement concerné.

Artikel 33

Bij dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 34

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst te vernemen of indien een bepaalde materie wordt overgedragen van een individueel ziekenhuis naar het netwerk zulks impliceert dat de mogelijkheid ontstaat van een asymmetrische verhouding tussen de ziekenhuizen van eenzelfde netwerk? Bijvoorbeeld een netwerk dat vijf ziekenhuizen telt waarvan er drie de transfer doen en twee niet. Zij wijst erop dat in vele ziekenhuizen reeds bepaalde samenwerkingsverbanden inzake diensten bestaan.

De minister antwoordt dat zulks noch wenselijk noch haalbaar lijkt. Zij verwijst naar de tekst van artikel 28 van het wetsontwerp met name het eerste en het derde lid van het voorgestelde artikel 140/1, waar duidelijk wordt gesteld dat de beheerder gehouden is het advies van de medische raad in te winnen omtrent elke overheveling; daarnaast wordt bepaald dat een overheveling van een aangelegenheid slechts kan plaatsvinden voor zover de medische raad van elk deelnemend ziekenhuis met een gewone meerderheid positief adviseert met betrekking tot deze overheveling.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) werpt tegen dat haar vraag een ruimer toepassingsgebied heeft dan het voorgestelde artikel 140/1, dat enkel ander handelt over aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts. Zij verwijst naar mogelijke samenwerkingen inzake logistiek, boekhouding, en een aantal andere mogelijke terreinen.

De minister verduidelijkt dat indien bijvoorbeeld twee ziekenhuizen in een netwerk hun boekhouding overhevelen naar het netwerk, zulks niet uitsluit dat een derde ziekenhuis, dat deel uitmaakt van het netwerk, zijn eigen boekhouding kan blijven doen. Als het echter zou gaan over de overheveling van medische diensten dan is zulks niet mogelijk.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst te vernemen of een associatie van ziekenhuizen met één enkele raad van bestuur, maar waarbij de individuele ziekenhuizen elk hun eigen erkenningsnummer hebben, kan blijven bestaan na de inwerkingtreding van deze wet?

De minister verwijst naar het antwoord dat ze reeds heeft gegeven. Het zal de betrokken gemeenschap zijn die de beslissing zal nemen want de gemeenschappen en niet de federale overheid zijn bevoegd voor

Article 33

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Article 34

Mme Catherine Fonck (cdH) souhaiterait savoir si le transfert éventuel d'une certaine matière d'un hôpital individuel vers le réseau implique la création de la possibilité d'un rapport asymétrique entre les hôpitaux d'un même réseau, par exemple dans le cas d'un réseau de cinq hôpitaux, dont trois effectuent le transfert et deux pas. Elle souligne que certaines formes de coopération entre les services existent déjà dans un grand nombre d'hôpitaux.

La ministre répond que cela ne lui paraît ni souhaitable ni réalisable. Elle renvoie au texte de l'article 28 du projet de loi à l'examen et plus précisément aux alinéas 1^{er} et 3 de l'article 140/1 proposé, qui indiquent clairement que le gestionnaire est tenu de recueillir l'avis du conseil médical concernant chaque transfert. Le texte précise également qu'un transfert de matières peut uniquement avoir lieu si le conseil médical de chaque hôpital participant rend à cet égard un avis positif à la majorité simple.

Mme Catherine Fonck (cdH) objecte que sa question ne porte pas seulement sur l'article 140/1 proposé, qui traite uniquement des matières concernant le statut du médecin hospitalier. L'intervenante songe aux collaborations qui pourraient être mises en place en matière de logistique et de comptabilité, ainsi que dans d'autres domaines.

La ministre indique que le fait, par exemple, pour deux hôpitaux appartenant à un réseau de transférer leur comptabilité au réseau n'exclut pas qu'un troisième hôpital faisant partie de ce réseau puisse continuer à s'occuper de sa propre comptabilité – ce qui sera en revanche impossible dans le cadre d'un transfert de services médicaux.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande si une association d'hôpitaux disposant d'un seul conseil d'administration mais dans laquelle chaque hôpital individuel possède son propre numéro d'agrément pourrait continuer d'exister après l'entrée en vigueur de cette loi.

La ministre renvoie à la réponse qu'elle a fournie à ce sujet. C'est à la Communauté concernée qu'il appartiendra de prendre cette décision, car l'agrément relève de la compétence des Communautés et non du

de erkenning. Zij verwijst verder naar de antwoorden die reeds eerder werden gegeven met betrekking tot samenwerking inzake diensten.

Artikel 35 tot 39

Bij deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 40

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt dat de minister zou bevestigen dat de bepalingen in artikel 40 enkel kunnen worden beslist nadat alle etappes van de adviezen van de medische raden zijn doorlopen.

De minister antwoordt bevestigend en verwijst naar artikel 28 dat samen dient te worden gelezen met artikel 40.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) benadrukt dat financiële stimulansen of incentives moeten worden voorzien op dat de voorgestelde samenwerking zou kunnen lukken.

De minister repliceert dat door de verwachte schaal-effecten er waarschijnlijk efficiëntiewinsten zullen worden gerealiseerd; daarnaast is er wel sprake van opstartkosten, maar dit zal nader worden bekeken.

Artikel 41

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt vast dat luidens artikel 41, artikel 2, 2°, in werking treedt op een datum bepaald door de Koning en uiterlijk op 1 januari 2020: normaal gezien betekent dit dat alle andere bepalingen in werking treden 10 dagen na de publicatie van de wet in het *Belgisch Staatsblad*: is deze interpretatie correct? Daarnaast betekent dit dat op 1 januari 2020 elk ziekenhuis deel moet uitmaken van één enkel locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk: betekent dit dat aan alle andere verplichtingen uit het wetsontwerp dus moet voldaan zijn met ingang van 1 januari 2020?

Indien verder ziekenhuizen reeds voor 1 januari 2020 deel uitmaken van een netwerk, is onderhavig wetsontwerp dan reeds onmiddellijk en integraal op hen van toepassing?

De minister bevestigt dat de inwerkingtreding in principe plaats heeft vanaf 10 dagen na de publicatie van

pouvoir fédéral. La ministre renvoie pour le surplus aux réponses déjà fournies concernant la collaboration entre les services.

Articles 35 à 39

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Article 40

Mme Catherine Fonck (cdH) demande à la ministre de confirmer que l'on ne pourra décider d'appliquer les dispositions prévues à l'article 40 qu'une fois que toutes les étapes des avis des conseils médicaux auront été respectées.

La ministre le confirme et renvoie à l'article 28, qui doit être lu conjointement avec l'article 40.

Mme Monica De Coninck (sp.a) souligne qu'il convient de prévoir des incitants financiers pour que la coopération proposée puisse être fructueuse.

La ministre réplique que les économies d'échelle escomptées permettront probablement de réaliser des gains d'efficacité. Il faut en outre tenir compte des coûts de lancement, mais cette question sera examinée plus en détail.

Article 41

Mme Catherine Fonck (cdH) constate qu'en vertu de l'article 41, l'article 2, 2°, entre en vigueur à la date fixée par le Roi et au plus tard le 1^{er} janvier 2020. Normalement, cela signifie que toutes les autres dispositions entrent en vigueur dix jours après la publication de la loi au *Moniteur belge*. Cette interprétation est-elle correcte? Cela implique également que chaque hôpital doit faire partie, au 1^{er} janvier 2020, d'un seul réseau hospitalier clinique locorégional. Cela signifie-t-il dès lors qu'il doit être satisfait à toutes les autres obligations prévues dans le projet de loi à partir du 1^{er} janvier 2020?

En outre, le projet de loi à l'examen s'appliquera-t-il directement et intégralement aux hôpitaux qui feraient déjà partie d'un réseau avant le 1^{er} janvier 2020?

La ministre confirme que l'entrée en vigueur aura lieu en principe dix jours après la publication de la loi

de wet in het *Belgisch Staatsblad*. Dit geldt theoretisch voor alle artikelen (behalve voor artikel 2, 2°) maar eerst zijn er erkenningen nodig door de gemeenschappen. De verplichting toe te treden tot een netwerk gaat in op 1 januari 2020 maar de Koning kan deze datum vervroegen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt of een netwerk dat nog niet werd erkend toch de bepalingen van de wet zal moeten toepassen? Indien een netwerk bestaat op 1 januari 2020 moet het dan alle bepalingen van onderhavige wet toepassen? Wellicht zullen immers niet alle uitvoeringsbesluiten tegen dan klaar zijn...

De minister repliceert dat de besluiten zullen moeten klaar zijn en dat de wet moet worden gerespecteerd.

De heer André Frédéric (PS) deelt de analyse van mevrouw De Coninck. Iedereen weet dat er op termijn sprake zal zijn van schaalvoordelen maar ondertussen zijn er ook meerkosten die door iemand zullen moeten worden gedragen. Daarnaast heeft ook mevrouw Fonck gelijk: er is sprake van een permanent en dik mistgordijn omwille van de complexe en onduidelijke regels in dit wetsontwerp. In mei 2019 vinden de federale parlementsverkiezingen plaats: kan de minister garanderen dat tegen dan alle uitvoeringsmaatregelen zullen zijn genomen? Daarnaast heeft spreker ernstige twijfels of de hele constructie klaar zal zijn tegen 1 januari 2020.

De minister repliceert dat er nog een vijftal maanden beschikbaar zijn tot de verkiezingen. Wellicht zal het parlement ontbonden zijn maar de regering zal verder werken tijdens deze verkiezingsperiode om alle maatregelen uit te voeren die voordien werden beslist. In dit verband is het duidelijk dat er in Wallonië een achterstand bestaat maar deze wordt momenteel volop ingelopen. Daarnaast hebben de voorgestelde netwerken elk hun eigen vrijheid en verantwoordelijkheid.

Tenslotte bestaat het doel van deze netwerken in een betere kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt.

au *Moniteur belge*. Cela vaut théoriquement pour tous les articles (sauf l'article 2, 2°), mais des agréments doivent d'abord être délivrés par les Communautés. L'obligation d'adhérer à un réseau entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, mais le Roi peut avancer cette date.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande si un réseau non encore agréé devra néanmoins appliquer les dispositions de la loi. Si un réseau existe le 1^{er} janvier 2020, devra-t-il alors appliquer toutes les dispositions de la présente loi? Tous les arrêtés d'exécution ne seront en effet peut-être pas prêts à cette date ...

La ministre réplique que les arrêtés devront être prêts et que la loi devra être appliquée.

M. André Frédéric (PS) partage l'analyse de Mme De Coninck. Tout le monde sait qu'à terme, il y aura des économies d'échelle, mais il y aura aussi, dans l'intervalle, des coûts supplémentaires qui devront être supportés par quelqu'un. Par ailleurs, Mme Fonck a raison: nous nous trouvons face à un écran de fumée permanent et épais en raison de la complexité et de l'imprécision des règles prévues par le projet de loi à l'examen. Les élections du Parlement fédéral se dérouleront en mai 2019: la ministre peut-elle garantir que toutes les mesures d'exécution auront été prises d'ici là? Par ailleurs, l'intervenant doute sérieusement que l'ensemble de la construction sera prêt d'ici le 1^{er} janvier 2020.

La ministre réplique qu'il reste encore cinq mois avant les élections. Le parlement sera sans doute dissous, mais le gouvernement continuera à travailler durant cette période électorale en vue d'exécuter toutes les mesures décidées auparavant. À cet égard, il est clair qu'il y a du retard en Wallonie, mais la Wallonie est en train de le rattraper. Par ailleurs, les réseaux proposés ont chacun leur propre liberté et leur propre responsabilité.

Enfin, l'objectif de ces réseaux est d'améliorer la qualité et la continuité des soins des patients.

VII. — STEMMINGEN**Artikel 1**

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 2

Artikel 2 wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen;

Artikel 3

Artikel 3 wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 4

Artikel 4 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 5

Amendement nr 8 van de heer Frédéric c.s. wordt verworpen met 11 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 5 wordt aangenomen met 11 tegen 1 stem en 3 onthoudingen.

Artikel 6

Amendement nr 2 van mevrouw Fonck wordt verworpen met 11 tegen 3 stemmen.

Amendement nr 9 van de heer Frédéric c.s. wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen.

Amendement nr 12 van mevrouw Muylle c.s. wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 6, aldus gewijzigd, wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 7

Amendement nr 10 van de heer Frédéric c.s. wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 7 wordt aangenomen met 10 stemmen en 5 onthoudingen.

VII. — VOTES**Article 1^{er}**

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Article 2

L'article 2 est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 3

L'article 3 est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

Article 4

L'article 4 est adopté à l'unanimité.

Article 5

L'amendement n° 8 de M. Frédéric et consorts est rejeté par 11 voix contre 3 et une abstention.

L'article 5 est adopté par 11 voix contre une et 3 abstentions.

Article 6

L'amendement n° 2 de Mme Fonck est rejeté par 11 voix contre 3.

L'amendement n° 9 de M. Frédéric et consorts est rejeté par 10 voix contre 5.

L'amendement n° 12 de Mme Muylle et consorts est adopté par 14 voix et une abstention.

L'article 6, ainsi modifié, est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 7

L'amendement n° 10 de M. Frédéric et consorts est rejeté par 10 voix contre 4 et une abstention.

L'article 7 est adopté par 10 voix et 5 abstentions.

Artikel 8

Artikel 8 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 9

Artikel 9 wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 10

Amendement nr 11 van de heer Frédéric c.s. wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 10 wordt aangenomen met 13 tegen 2 stemmen.

Artikel 11

Amendement nr 3 van mevrouw Fonck wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 11 wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 11/1 (*nieuw*)

Amendement nr 4 van mevrouw Fonck, strekkende tot invoeging van een nieuw artikel 11/1, wordt verworpen met 11 tegen 1 stem en 3 onthoudingen.

Artikel 12

Artikel 12 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 13

Artikel 13 wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 14

Artikel 14 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 15

Amendement nr 5 van mevrouw Fonck wordt verworpen met 10 tegen 1 stem en 4 onthoudingen.

Article 8

L'article 7 est adopté par 11 voix contre 2 et 2 abstentions.

Article 9

L'article 9 est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 10

L'amendement n° 11 de M. Frédéric et consorts est rejeté par 10 voix contre 4 et une abstention.

L'article 10 est adopté par 13 voix contre 2.

Article 11

L'amendement n° 3 de Mme Fonck est rejeté par 10 voix contre 3 et 2 abstentions.

L'article 11 est adopté par 14 voix et une abstention.

Artikel 11/1 (*nouveau*)

L'amendement n° 4 de Mme Fonck tendant à insérer un nouvel article 11/1 est rejeté par 11 voix contre une et 3 abstentions.

Article 12

L'article 12 est adopté à l'unanimité.

Article 13

L'article 13 est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Article 14

L'article 14 est adopté à l'unanimité.

Article 15

L'amendement n° 5 de Mme Fonck est rejeté par 10 voix contre une et 4 abstentions.

Artikel 15 wordt aangenomen met 11 stemmen en 4 onthoudingen.

Artikel 16

Artikel 16 wordt aangenomen met 9 stemmen en 5 onthoudingen.

Artikel 17

Amendement nr 6 van mevrouw Fonck wordt verworpen met 9 tegen 1 stem en 4 onthoudingen.

Artikel 17 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Artikel 18 tot 22

De artikelen 18 tot en met 22 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Artikel 23

Artikel 23 wordt aangenomen met 9 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 24 tot 25

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Artikel 26

Artikel 26 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 27

Amendement nr 7 van mevrouw Fonck wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 27 wordt aangenomen met 10 tegen 1 stem en 3 onthoudingen.

Artikel 28 tot 29

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

L'article 15 est adopté par 11 voix et 4 abstentions.

Article 16

L'article 16 est adopté par 9 voix et 5 abstentions.

Article 17

L'amendement n° 6 de Mme Fonck est rejeté par 9 voix contre une et 4 abstentions.

L'article 17 est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

Articles 18 à 22

Les articles 18 à 22 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Article 23

L'article 23 est adopté par 9 voix contre 4 et une abstention.

Articles 24 à 25

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

Article 26

L'article 26 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Article 27

L'amendement n°7 de Mme Fonck est rejeté par 10 voix contre 3 et une abstention.

L'article 27 est adopté par 10 voix contre une et 3 abstentions.

Articles 28 à 29

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

Artikel 30

Artikel 30 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 31

Artikel 31 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 32

Amendement nr 1 van mevrouw De Coninck c.s. wordt verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 32 wordt aangenomen met dezelfde stemming.

Artikel 33

Artikel 33 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 34

Artikel 34 wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Artikel 35

Artikel 35 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Artikel 36 tot 39

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Artikel 40

Artikel 40 wordt aangenomen met 11 tegen 1 stem en 2 onthoudingen,.

Artikel 41

Artikel 41 wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

Article 30

L'article 30 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Article 31

L'article 31 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Article 32

L'amendement n°1 de Mme De Coninck et consorts est rejeté par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 32 est adopté par un vote identique.

Article 33

L'article 33 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Article 34

L'article 34 est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

Article 35

L'article 35 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

Articles 36 à 39

Ces articles sont adoptés successivement à l'unanimité.

Article 40

L'article 40 est adopté par 11 voix contre une et 2 abstentions.

Article 41

L'article 41 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

*
* *

Op verzoek van mevrouw Catherine Fonck zal de commissie, overeenkomstig artikel 83 van het Reglement, overgaan tot een tweede lezing van het wetsontwerp.

De rapporteur,

Catherine FONCK

De voorzitter,

Anne DEDRY

*
* *

À la demande de Mme Catherine Fonck, la commission procédera, conformément à l'article 83 du Règlement, à une deuxième lecture du projet de loi.

La rapporteuse,

Catherine FONCK

La présidente,

Anne DEDRY