

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 décembre 2020

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi coordonnée
du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et
autres établissements de soins,
en ce qui concerne le financement
de la gestion des réseaux hospitaliers cliniques**

(déposée par Mme Els Van Hoof)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 december 2020

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de gecoördineerde wet
van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en
andere verzorgingsinrichtingen,
wat de financiering van het beheer
van de klinische ziekenhuisnetwerken betreft**

(ingediend door mevrouw Els Van Hoof)

RÉSUMÉ

Cette proposition de loi entend marquer un premier pas dans la voie du financement des réseaux hospitaliers. Elle dote les réseaux hospitaliers, à leur niveau, d'un financement propre en vue de gérer le réseau et de rémunérer le médecin en chef du réseau. Ce financement s'effectue sans préjudice de la contribution volontaire convenue par les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional en vue de soutenir leur médecin en chef de réseau ou leur collège de médecins en chef de réseau.

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe een eerste stap te zetten in het financieren van de ziekenhuisnetwerken. Ziekenhuisnetwerken ontvangen op het niveau van het netwerk een eigen financiering met het oog op het beheer van het netwerk en de bezoldiging van de netwerkhoofddarts. Deze financiering gebeurt onverminderd de overeengekomen vrijwillige bijdrage door de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de ondersteuning van hun netwerkhoofddarts of hun college van netwerkhoofddartsen.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurd papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La loi du 28 février 2019 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 (ci-après: loi sur les réseaux hospitaliers) marque un tournant. Grâce à cette loi, un pas important a été franchi sur la voie d'une réforme majeure et nécessaire du paysage hospitalier belge. Les réseaux cliniques locorégionaux fourniront une offre hospitalière de meilleure qualité et plus rationnelle et permettront ainsi d'optimiser les moyens engagés tant en termes d'expertise des personnels que d'équipements et d'infrastructures.

Cette collaboration au travers des réseaux cliniques améliorera également, à long terme, la situation financière du secteur hospitalier. L'étude MAHA réalisée par Belfius en 2019 a de nouveau indiqué que l'organisation et le financement actuels de ce secteur ne sont pas viables à long terme. En effet, un hôpital sur trois a enregistré des pertes en 2018. Comme Belfius l'a souligné dans son étude MAHA, les réseaux en soi ne sont pas la panacée, mais ils sont indispensables. De même, il faudra déterminer l'impact financier de la crise du coronavirus sur nos hôpitaux. Il ne fait aucun doute que cet impact sera considérable. Les réseaux hospitaliers sont indispensables si l'on souhaite que les hôpitaux puissent continuer à fonctionner d'une manière durable sur le plan financier. La rationalisation de l'offre de soins et le fait de ne plus proposer la palette complète des soins dans chaque hôpital feront en effet des réseaux un levier important pour que les hôpitaux soient financièrement plus sains.

Les hôpitaux peuvent collaborer au sein des réseaux et convenir d'une répartition des tâches, développant ainsi ensemble une offre complémentaire au sein de chaque réseau. Tous les hôpitaux doivent, au sein de leur réseau clinique, faire des choix à propos de leur avenir. La tendance des hôpitaux à réunir (toujours) plus de services, de programmes de soins et de fonctions peut faire place à une offre complémentaire, structurée au sein du réseau et par celui-ci. Les hôpitaux peuvent ainsi choisir de maintenir un large éventail de services hospitaliers de soins aigus (C, D, E, M, etc.) ou opter pour l'expansion de services plus "spécialisés" (comme, par exemple, un campus axé sur la réadaptation et la gériatrie ou la chirurgie planifiée).

Les réseaux constituent principalement un levier qui permet d'améliorer encore la qualité des soins au patient. Les hôpitaux se spécialiseront encore davantage,

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft (hierna: wet op de ziekenhuisnetwerken), is een mijlpaal. Met deze wet is een belangrijke stap gezet voor een grote en noodzakelijke hervorming van het Belgisch ziekenhuislandschap. De locoregionale klinische netwerken zullen zorgen voor een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod. Ze optimaliseren hiermee de ingezette middelen zowel qua expertise van de medewerkers als qua apparatuur en infrastructuur.

Deze samenwerking via de klinische netwerken zal de ziekenhuissector op de lange termijn ook financieel gezonder maken. Uit de MAHA-studie van Belfius uit 2019, bleek opnieuw dat de huidige organisatie en financiering van de sector op lange termijn niet houdbaar is. Zo leed 1 op de 3 ziekenhuizen verlies in 2018. Zoals Belfius zelf aangaf in de MAHA-studie, de netwerken op zich zijn niet zaligmakend, maar wel broodnodig. Ook zal nog moeten duidelijk worden welke financiële impact de coronacrisis op onze ziekenhuizen heeft gehad. Dat die impact aanzienlijk zal zijn, staat buiten kijf. Om ervoor te zorgen dat de ziekenhuizen op een financieel duurzame manier kunnen blijven werken, zijn de ziekenhuisnetwerken onontbeerlijk. Door het zorgaanbod te rationaliseren en niet meer alles in elk ziekenhuis aan te bieden, zullen de netwerken immers een belangrijke hefboom zijn voor financieel gezondere ziekenhuizen.

De ziekenhuizen kunnen in de netwerken de handen in elkaar slaan en taakafspraken maken en zo samen een complementair aanbod uitbouwen binnen hun netwerk. Alle ziekenhuizen moeten binnen hun klinisch netwerk keuzes maken over hun toekomst. De zoektocht van ziekenhuizen naar (nog) meer diensten, zorgprogramma's en functies, kan plaatsmaken voor een complementair aanbod, gestructureerd binnen en door het netwerk. Ziekenhuizen kunnen zo ervoor kiezen om een breed aanbod van acute ziekenhuisdiensten (C, D, E, M ...) te behouden of opteren voor de uitbouw van meer "nichediensten" (zoals bijvoorbeeld een campus gericht op revalidatie en geriatrie of op geplande chirurgie).

De netwerken zijn vooral een hefboom om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt nog meer te verbeteren. De ziekenhuizen zullen zich nog meer specialiseren zodat

permettant ainsi au personnel de santé d'acquérir encore plus d'expertise dans ces spécialisations. Nous constatons en effet aujourd'hui que les cancers rares, par exemple, sont encore traités dans trop d'hôpitaux, si bien qu'il y a très peu de patients par hôpital. Or, le nombre de traitements par cancer et par hôpital exerce une influence non négligeable sur les chances de survie des patients. Par exemple, dans son dossier sur les centres de référence pour les cancers complexes, l'ASBL *Kom op tegen Kanker* souligne les preuves scientifiques claires établissant un lien entre un nombre suffisant d'interventions par an et la qualité des soins au patient.¹ Les patients souffrant, par exemple, de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx ont été traités dans 99 hôpitaux différents entre 2009 et 2014. La moitié de ces hôpitaux traitent quatre patients ou moins par an. Or, il est important de se faire soigner dans un hôpital qui traite un nombre relativement important de patients: la survie médiane dans les hôpitaux traitant plus de 20 patients est de 1,1 an plus longue que dans les hôpitaux traitant moins de 20 patients par an.² Le risque de mortalité pour le patient diminue à mesure que l'hôpital traite davantage de patients. Ce n'est qu'à partir de vingt patients par an que le risque se stabilise. Une étude américaine indique que les patients atteints d'un glioblastome (type de tumeur du cerveau) traités dans un centre à haut volume ont de meilleures chances de survie et une mortalité plus faible dans les nonante jours suivant l'opération.³ Selon une étude britannique sur la chirurgie des tumeurs du cerveau, la mortalité dans les trente jours suivant l'opération est de 44 % plus faible pour les chirurgiens qui pratiquent une opération par semaine que pour ceux qui en pratiquent moins d'une par mois.⁴ Les réseaux sont donc plus que nécessaires pour concentrer la chirurgie spécialisée dans certains hôpitaux. Grâce à eux, une expertise supplémentaire sera accumulée et mise en commun pour le plus grand bénéfice du patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les hôpitaux doivent être affiliés à un réseau hospitalier clinique locorégional agréé. Les Communautés, qui sont chargées de l'agrément,

het zorgpersoneel nog meer expertise kan opbouwen in die specialisaties. Zo stellen we vandaag vast dat onder andere zeldzame kankers nog in te veel ziekenhuizen worden behandeld zodat er erg weinig patiënten per ziekenhuis zijn. Nochtans maakt het aantal behandelingen voor kankers per ziekenhuis een belangrijk verschil uit, met name in de overlevingskansen voor de patiënten. Zo wijst Kom op tegen Kanker in zijn dossier over de referentiecentra voor complexe kankers op de duidelijke wetenschappelijke evidentie die er is voor het verband tussen voldoende aantal ingrepen per jaar en kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt.¹ Patiënten met bijvoorbeeld een plaveiselcelcarcinoom van de mond, orofarynx, hypofarynx en larynx werden tussen 2009 en 2014 in 99 verschillende ziekenhuizen behandeld. De helft van die ziekenhuizen behandelde jaarlijks vier of minder patiënten. Nochtans is het belangrijk om in een ziekenhuis terecht te komen dat relatief veel patiënten behandelt: de mediane overleving in ziekenhuizen die meer dan 20 patiënten behandelen, is 1,1 jaar langer dan in ziekenhuizen die er minder dan 20 per jaar behandelen.² Het sterfterisico voor de patiënt verkleint naarmate een ziekenhuis meer patiënten behandelt. Pas vanaf 20 patiënten per jaar stabiliseert het risico. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat patiënten met een glioblastoom (een soort hersentumor) die in een hoog-volume centrum behandeld worden, een betere overleving en een lagere sterfte binnen de negentig dagen na de operatie hebben.³ Volgens Brits onderzoek over hersentumorchirurgie ligt de sterfte in de 30 dagen na de operatie bij chirurgen die een operatie per week uitvoeren 44 % lager dan bij chirurgen die er minder dan één per maand doen.⁴ De netwerken zijn dan ook meer dan nodig om de gespecialiseerde ingrepen te concentreren in bepaalde ziekenhuizen. Zo zal er extra expertise worden opgebouwd en gepoold, dit allemaal ten voordele van de patiënt.

Sinds 1 januari 2020 moeten ziekenhuizen lid zijn van een erkend locoregionaal klinisch netwerk. De Gemeenschappen, die bevoegd zijn voor de erkenning,

¹ Kom op tegen Kanker, "Referentiecentra voor zeldzame en complexe kankers", juli 2020.

² Leroy, R., De Gendt, C., Stordeur, S., Silversmit, G., Verleye, L., Schillemans, V., & Savoye, I., "Kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van hoofd- en halskanker" KCE, 2019, nr. 305As.

³ Lopez Ramos, C., Brandel, M. G., Steinberg, J. A., Wali, A. R., Rennert, R. C., Santiago-Dieppa, D. R., Sarkar, R. R., Pannell, J. S., Murphy, J. D., & Khalessi, A. A., "The impact of traveling distance and hospital volume on post-surgical outcomes for patients with glioblastoma. Journal of Neuro-Oncology", 2019, 141(1), 159–166. <https://doi.org/10.1007/s11060-018-03022-w>.

⁴ "On behalf of the (UK) National Cancer Information Network Brain Tumour Group", Williams, M., Treasure, P., Greenberg, D., Brodbelt, A., & Collins, P. (2016), "Surgeon volume and 30 day mortality for brain tumours in England", British Journal of Cancer, 115(11), 1379–1382. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.317>.

¹ Kom op tegen Kanker, "Referentiecentra voor zeldzame en complexe kankers", juli 2020.

² Leroy, R., De Gendt, C., Stordeur, S., Silversmit, G., Verleye, L., Schillemans, V., & Savoye, I., "Kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van hoofd- en halskanker" KCE, 2019, nr. 305As.

³ Lopez Ramos, C., Brandel, M. G., Steinberg, J. A., Wali, A. R., Rennert, R. C., Santiago-Dieppa, D. R., Sarkar, R. R., Pannell, J. S., Murphy, J. D., & Khalessi, A. A., "The impact of traveling distance and hospital volume on post-surgical outcomes for patients with glioblastoma. Journal of Neuro-Oncology", 2019, 141(1), 159–166. <https://doi.org/10.1007/s11060-018-03022-w>.

⁴ "On behalf of the (UK) National Cancer Information Network Brain Tumour Group", Williams, M., Treasure, P., Greenberg, D., Brodbelt, A., & Collins, P. (2016), "Surgeon volume and 30 day mortality for brain tumours in England", British Journal of Cancer, 115(11), 1379–1382. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.317>.

sont encore à pied d'œuvre. Ce processus d'agrément a toutefois, pour des raisons bien compréhensibles, pris un peu de retard à cause de la crise du coronavirus. En tout état de cause, la Belgique sera dotée de 25 réseaux cliniques à brève échéance: 8 en Wallonie, 4 à Bruxelles et 13 en Flandre.

Mais les choses ne s'arrêtent bien entendu pas là: la loi sur les hôpitaux et les établissements de soins et l'agrément par les Communautés ne sont que les premières étapes. Les réseaux doivent être clarifiés et concrétisés davantage. L'arrêté royal sur les missions de soins loco- et suprarégionales joue un rôle particulièrement essentiel à cet égard. De même, des accords clairs conclus en concertation avec les Communautés sur le transport de patients entre hôpitaux faisant partie de réseaux identiques sont indispensables à court terme.

Pour autant, l'une des conditions essentielles à la réussite des réseaux est de clarifier le cadre financier dans lequel les réseaux hospitaliers doivent opérer. Ceux-ci peuvent-ils allouer une partie du BFM au niveau du réseau? Une garantie budgétaire est-elle prévue pour que les hôpitaux ne soient pas sanctionnés financièrement, mais au contraire récompensés lorsqu'ils réalisent des gains d'efficacité résultant de la collaboration au sein de leur réseau clinique? Voilà autant de questions fondamentales, mais excessivement complexes qui nécessitent une grande expertise technique et une vaste concertation. À ce stade, nous considérons qu'il n'est pas indiqué que la Chambre des représentants se saisisse de ces questions. En revanche, nous estimons qu'il relève de sa mission d'initier ces débats. Il faut mettre en route le moteur des réseaux hospitaliers. Nous devons tirer parti du potentiel du réseautage hospitalier et ne pouvons tolérer que ces réseaux demeurent trop longtemps une coquille vide.

En conséquence, la présente proposition de loi entend marquer un premier pas sur la voie du financement des réseaux hospitaliers. Notre objectif est de doter les réseaux hospitaliers, à leur niveau, d'un financement propre en vue de gérer le réseau et de rémunérer le médecin en chef du réseau, dès lors que ce dernier comme la gestion sont deux conditions que la législation sur les réseaux hospitaliers impose au réseau. Ensemble, ils forment un maillon essentiel du fonctionnement des réseaux.

En effet, la gestion du réseau hospitalier clinique englobe les missions suivantes:

— la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins spécialisées et l'endroit où celles-ci seront exploitées au sein du réseau;

zijn hier nog volop mee bezig. Door de coronacrisis heeft het erkenningsproces geheel begrijpelijk wat vertraging opgelopen. Hoe dan ook zal België binnen afzienbare tijd 25 klinische netwerken hebben: 13 in Vlaanderen, 8 in Wallonië en 4 in Brussel.

Alleen is de kous hiermee natuurlijk niet af. De wet op de ziekenhuisnetwerken en de erkenning door de Gemeenschappen, zijn maar eerste stappen. Er is nood aan meer duidelijkheid en meer invulling van de netwerken. In het bijzonder het koninklijk besluit over de locoregionale en de supraregionale zorgopdrachten is essentieel. Ook duidelijke afspraken, in overleg met de Gemeenschappen, over het patiëntenvervoer tussen ziekenhuizen van hetzelfde netwerk zijn nodig op de korte termijn.

Een van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van de netwerken, is echter het scheppen van duidelijkheid over het financiële kader waarbinnen de ziekenhuisnetwerken moeten werken. Kunnen ziekenhuizen een deel van het BFM alloceren op netwerk niveau? Wordt er een budgetgarantie gegeven zodat de ziekenhuizen niet financieel gestraft worden, maar net beloond voor het boeken van efficiëntiewinsten door samen te werken in hun klinisch netwerk? Dit zijn belangrijke, maar heel complexe vragen die veel technische expertise en uitvoerig overleg vragen. In deze fase vinden we het niet aangewezen dat de Kamer van volksvertegenwoordigers deze vraagstukken naar zich toetrekt. Wel vinden we het onze taak om deze debatten op gang te trekken. De motor van de ziekenhuisnetwerken moet gestart worden. We moeten het potentieel van de ziekenhuisnetwerking benutten en we mogen niet toelaten dat de netwerken al te lang een lege doos blijven.

Daarom willen we met dit wetsvoorstel een eerste stap zetten in het financieren van de ziekenhuisnetwerken. We willen dat de ziekenhuisnetwerken op het niveau van het netwerk een eigen financiering ontvangen met het oog op het beheer van het netwerk en de bezoldiging van de netwerkhoofddarts. Zowel het beheer als de netwerkhoofddarts zijn vereisten die aan het netwerk worden opgelegd door de wet op de ziekenhuisnetwerken. Zij vormen een essentiële schakel in de werking van de netwerken.

Het beheer van het klinisch ziekenhuisnetwerk heeft immers de volgende opdrachten:

— het bepalen van een strategie in verband met de gespecialiseerde zorgopdrachten en de locatie binnen het netwerk waar deze zullen worden uitgebaat;

— la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées au sein du réseau;

— l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales au patient;

— le choix des points de référence, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence;

— la formulation d'une politique d'admission pour le réseau, pour que le patient reçoive les soins adaptés à ses besoins;

— la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoi au sein du réseau;

— l'harmonisation et la coordination avec d'autres acteurs des soins au sein de la zone géographique d'un réseau;

— la fixation d'accords écrits sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers, nécessaires à l'exécution des missions du réseau;

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

La gestion du réseau locorégional désigne également un médecin en chef de réseau ou un collège de médecins en chef de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux. Ce médecin en chef de réseau ou ce collège est responsable de la cohérence de la politique médicale, en ce compris la continuité des soins et la politique d'admission. En ce qui concerne les missions de soins, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau assume également les responsabilités suivantes:

— en exécution de la stratégie définie par le réseau, l'harmonisation des différentes missions de soins au sein du réseau;

— la conclusion des accords nécessaires en termes de continuité des soins avec les points de référence en dehors du réseau locorégional.

En particulier, le médecin en chef de réseau ou le collège est également habilité à donner des instructions afin qu'ils puissent prendre les responsabilités visées, et plus généralement pour assurer la sécurité du patient au sein du réseau hospitalier, compétence qu'il exerce en accord étroit avec la gestion du réseau hospitalier.

— de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten binnen het netwerk;

— de toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten voor de patiënt;

— de keuze voor referentiepunten, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;

— het formuleren van een opnamebeleid voor het netwerk om in aangepaste zorg aan de zorgbehoefte te voorzien;

— het formuleren van taak- en werkafspraken, met inbegrip van verwijsafspraken binnen het netwerk;

— het afstemmen en coördineren met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied van een netwerk;

— het schriftelijk vastleggen over het ter beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, voor de uitvoering van de opdrachten van het netwerk;

— overleg plegen omtrent aangelegenheden die door de individuele ziekenhuizen van het netwerk ter discussie worden voorgelegd.

Het beheer van het locoregionaal netwerk stelt ook een netwerkhoofdarts aan of een college van netwerkhoofdartsen, bestaande uit de hoofdartsen van de ziekenhuizen. Deze netwerkhoofdarts, of het college, is verantwoordelijk voor het coherent medisch beleid met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid. Eveneens draagt de netwerkhoofdarts of het college verantwoordelijkheden inzake de zorgopdrachten, namelijk:

— in uitvoering van de door het netwerk bepaalde strategie, het op elkaar afstemmen van de verschillende zorgopdrachten binnen het netwerk;

— het maken van de nodige afspraken inzake de zorgcontinuïteit met de referentiepunten buiten het locoregionaal netwerk.

In het bijzonder wordt aan deze netwerkhoofdarts of dit college ook een instructierecht gegeven om de genoemde verantwoordelijkheden uit te voeren en meer algemeen om over de patiëntveiligheid in het ziekenhuisnetwerk te waken. Deze bevoegdheid wordt uitgeoefend in nauw overleg met het beheer van het ziekenhuisnetwerk.

Il convient de préciser que tant la gestion du réseau hospitalier que le médecin en chef de réseau assument une multitude de missions qui revêtent une importance cruciale pour la réussite du réseau. La “loi sur les réseaux hospitaliers” ne précise toutefois nulle part comment cette gestion ou ce médecin en chef de réseau doit être rémunéré. Nous considérons qu’il est essentiel d’encourager les réseaux et nous sommes convaincus qu’un financement clair de la gestion et du médecin en chef de réseau assuré par les pouvoirs publics au niveau du réseau marquera une étape importante dans ce processus.

Het moge duidelijk zijn dat zowel het beheer van het ziekenhuisnetwerk als de netwerkhoofddarts een enorm takenpakket hebben en van cruciaal belang zijn voor het succes van het netwerk. Nochtans wordt nergens in de wet op de ziekenhuisnetwerken bepaald hoe dit beheer en deze netwerkhoofddarts moeten worden vergoed. We vinden het belangrijk dat de netwerken gestimuleerd worden en we zijn ervan overtuigd dat een duidelijke financiering door de overheid op niveau van het netwerk van het beheer en de netwerkhoofddarts, hierin een belangrijke stap zijn.

Els VAN HOOFF (CD&V)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

L'article 17/1 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, inséré par la loi du 28 février 2019, est complété par un alinéa 4 rédigé comme suit:

“Le fonctionnement de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional est financé au niveau du réseau. Ce financement s'effectue sans préjudice de la contribution volontaire convenue par les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional en vue de soutenir le fonctionnement de leur réseau. Le Roi peut déterminer les modalités de ce financement.”

Art. 3

L'article 22/1 de la même loi, inséré par la loi du 28 février 2019, est complété par un alinéa 9 rédigé comme suit:

“Le réseau hospitalier clinique locorégional reçoit un financement au niveau du réseau en vue de la rémunération du médecin en chef de réseau ou du collègue de médecins en chef de réseau. Ce financement s'effectue sans préjudice de la contribution volontaire convenue par les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional en vue de soutenir leur médecin en chef de réseau ou leur collègue de médecins en chef de réseau. Le Roi peut déterminer les modalités de ce financement.”

27 octobre 2020

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 17/1 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, ingevoegd bij de wet van 28 februari 2019, wordt een vierde lid ingevoegd, luidende:

“De werking van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt gefinancierd op niveau van het netwerk. Deze financiering gebeurt onverminderd de overeengekomen vrijwillige bijdrage door de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de ondersteuning van de werking van hun netwerk. De Koning kan de nadere modaliteiten bepalen van deze financiering.”

Art. 3

In artikel 22/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 28 februari 2019, wordt een negende lid ingevoegd, luidende:

“Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk ontvangt een financiering op niveau van het netwerk met het oog op de bezoldiging van de netwerkhoofdarts of het college van netwerkhoofdartsen. Deze financiering gebeurt onverminderd de overeengekomen vrijwillige bijdrage door de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de ondersteuning van hun netwerkhoofdarts of hun college van netwerkhoofdartsen. De Koning kan de nadere modaliteiten bepalen van deze financiering.”

27 oktober 2020

Els VAN HOOF (CD&V)