

NIEUWSBRIEF HEALTH & CARE

Nieuwe wetgeving ziekenhuisnetwerken eindelijk gestemd. Nog veel werk aan de winkel voor ziekenhuizen!

Het Belgisch ziekenhuislandschap zal de komende jaren grote veranderingen ondergaan. Het heeft even geduurd, maar de Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft de aanpassingen aan de ziekenhuiswet goedgekeurd in de plenaire zitting van 14 februari 2019. Bedoeling is dat uiterlijk op 1 januari 2020 25 ziekenhuisnetwerken van start gaan die samenwerking vergen tussen de verschillende ziekenhuizen.

Het ruimere kader

In het federale regeerakkoord van 2014 was aangekondigd dat er maatregelen kwamen om het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering te hervormen. De bedoeling hiervan was de klinische samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen om kwaliteit te verbeteren maar tegelijk te rationaliseren in middelen, expertise, infrastructuur en apparatuur.

Ook het plan van aanpak “*hervorming ziekenhuisfinanciering*” van minister De Block van april 2015 gaf aan dat samenwerking nodig was. In vergelijking met andere OESO-landen worden in België patiënten immers vaker opgenomen in

ziekenhuizen, is de gemiddelde verblijfsduur langer, zijn er minder interventies in het dagziekenhuis, is er versnippering van complexe zorg, is er sprake van een te hoog aantal en gebruik van dure apparatuur. Anderzijds een outcome die evenzeer voor verbetering vatbaar is. Deze nota gaf reeds aan dat het tegen 2025 gewenste zorglandschap er één was van en met netwerken.

Ziekenhuizen worden door deze nieuwe regelgeving verplicht om in locoregionale ziekenhuisnetwerken samen te werken en te streven naar een complementair zorgaanbod. Dit locoregionale klinische netwerk moet zorgen voor een duurzaam samenwerkingsverband mét rechtspersoonlijkheid waarbinnen de ziekenhuizen het algemeen medisch aanbod voor de regio op elkaar dienen af te stemmen. Voor zorgopdrachten die dit locoregionale netwerk niet zelf kan aanbieden, dient dit netwerk een samenwerking aan te gaan op supraregionaal vlak met minimum één en maximum drie referentiepunten.

Een locoregionaal ziekenhuisnetwerk: wat is dat nu eigenlijk?

In de ziekenhuiswet (de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen) wordt een afdeling 13 ingevoegd dat het wettelijk kader uitwerkt voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Voor heel België moeten er tegen uiterlijk 1 januari 2020 maximaal 25 ziekenhuisnetwerken worden opgericht. Elk algemeen ziekenhuis (dus niet de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K)) moet verplicht toetreden tot één en slechts één locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Een netwerk zal uit minstens 2 erkende ziekenhuizen bestaan die een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan om complementaire en rationele locoregionale



Dylan Casaer
Advocaat-vennoot

Kantooradres:

Culliganlaan 1A
1831 Diegem
(Brussel)

Tel (dir.):

+32 (0) 2 711 40 48

E-mail:

dcasaer@odc.law

zorgopdrachten aan te bieden. De voornoemde ziekenhuizen die niet verplicht worden toe te treden tot een netwerk, kunnen dit wel vrijwillig doen. Ook is het zo dat ieder ziekenhuis dat binnen of aanliggend is aan het geografisch aaneensluitend gebied de mogelijkheid moet hebben om aan te sluiten bij het netwerk. Bij amendement werden tijdens de parlementaire bespreking de 25 netwerken opgedeeld per regio ingevolge een besluit van de Interministeriële Conferentie van begin november. Zo is het de bedoeling dat er 13 Vlaamse netwerken komen in Brussel, 8 netwerken in Wallonië en 4 netwerken in Brussel.

In eerdere besprekingen en versies van deze wet was er sprake van een minimum aantal inwoners (400.000 tot 500.000 inwoners) die men in zijn werkingsgebied diende te hebben om een erkenning te bekomen, maar deze drempel werd finaal niet meer als een harde voorwaarde gesteld omdat dit in sommige regio's niet haalbaar bleek.

Het grondgebied dat door dit locoregionaal netwerk wordt bediend, moet daarenboven aaneensluitend zijn van vorm, dus het louter uitkiezen van met wie men in zee wil, zal niet lukken. Uitzondering op deze regel geldt voor de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi, Luik en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Onder de notie 'zorgopdracht' verstaat de wetgever alle mogelijke activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst. Het kan daarbij gaan om een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medisch apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma. Erkenningen van medisch aanbod zullen, ook via de regio's, verplicht georganiseerd worden op het niveau van dit netwerk.

Met locoregionale zorg worden zorgopdrachten bedoeld die om diverse redenen (prevalentie, lage kost, urgentie, ...) in de buurt van de woonplaats van elke patiënt moeten/kunnen aangeboden worden. Over deze zorgtaken zal dus binnen het netwerkoeverleg en afstemming nodig zijn. Supraregionale zorgopdrachten worden om andere redenen (zeldzame pathologie, dure infrastructuur, multidisciplinaire, gespecialiseerde expertise, permanenties) best op een beperkt aantal locaties aangeboden in een beperkt aantal ziekenhuizen. Deze

gespecialiseerde ziekenhuizen worden referentiepunten genoemd.

De afbakening van wat we nu juist moet verstaan onder locoregionale en supraregionale zorgopdrachten zal verder worden bepaald bij Koninklijk Besluit. Ook kan er verder bepaald worden wat er dient verstaand te worden onder algemene zorgopdrachten die in ieder ziekenhuis worden aangeboden en gespecialiseerde zorgopdrachten die dan weer niet in ieder algemeen ziekenhuis mogen georganiseerd worden. Over wat nu tot welke lijst behoort is er nog discussie, maar wat al vaststaat is dat de zorgtrajecten moeder-kind (pediatrie en kraamkliniek), spoedgevallen en geriatrie onder de locoregionale zorgopdrachten zullen vallen.

De regering is er zich van bewust dat er op het terrein nu reeds sprake is van een veelheid aan samenwerkingen in het kader van gespecialiseerde zorg. Indien deze niet meer passen in de nieuwe matrix-structuur mogen ze gedurende 3 jaar na de erkenning van het netwerk blijven bestaan.

Welke opdrachten zijn er voor het locoregionaal netwerk?

Specifiek voor het locoregionaal netwerk worden volgende verantwoordelijkheden op het niveau van het netwerk gebracht:

- het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod tussen de netwerkpartners
- het uitwerken van de strategische beslissingen van het netwerk, in het bijzonder het verwijs- en terugverwijsbeleid
- het garanderen dat, met respect voor de vrije keuze van de patiënt, er voor de supraregionale zorgopdrachten doorverwezen wordt overeenkomstig de gemaakte afspraken

Kortom, het netwerk moeten zorgen voor het op elkaar afstemmen van het aanbod en doorverwijzingen naar de supraregionale partners voor pathologiën waarvoor men zelf geen aanbod voorhanden heeft in het eigen netwerk.

We zagen reeds dat het netwerk eigen rechtspersoonlijkheid moet hebben. Deze zullen in de statuten of de oprichtingsakte van het netwerk bepaald worden. Ook al heeft het

netwerk in beginsel de vrije keuze van welke rechtsvorm het wenst aan te nemen, toch kunnen bij Koninklijk Besluit de verschillende mogelijke rechtsvormen opgelegd worden.

Het beheer van het locoregionaal netwerk

Ieder locoregionaal netwerk heeft een eigen beheer waarbij ieder ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk recht heeft op minstens één vertegenwoordiger in de beheersorganen van dat netwerk. Het beheersorgaan moet tevens minstens één onafhankelijk bestuurder bevatten en minstens 1/3 van de leden van het beheer moet beschikken over expertise in gezondheidszorg. Daarnaast moet er in het beheersorgaan minstens één arts zitten die géén ziekenhuisarts is in één van de partner-ziekenhuizen. Ook moet er een netwerkhoofdarts of een college van de hoofdartsen van de partner-ziekenhuizen worden aangeduid, alsook een ethisch comité. Verder wordt er een apart medisch comité geïnstalleerd waarbij in een opstartfase (eerste 5 jaar vanaf de erkenning van het netwerk) er via een gemandateerde delegatie kan gewerkt worden vanuit de medische raden van de partners. Nadien moeten er verkiezingen worden gehouden om de delegatie samen te stellen en te mandateren. In de nieuwe wet is ook voorzien over welke aangelegenheden de medische raad van het netwerk zich dient uit te spreken en te adviseren.

Er zijn ook een aantal bevoegdheden die – optioneel – op het niveau van het netwerk kunnen getrancheerd worden, weliswaar mits advies van de medische raad:

- de vergoeding van de ziekenhuisartsen
- de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen
- het garanderen van een ziekenhuisopname zonder ereloon-supplementen en het informeren van de patiënten over het naleven van de verbintenistarieven door de artsen
- de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria

Hoe worden de netwerken gefinancierd?

De minister kan een afzonderlijk budget financiële middelen (BFM) bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, maar in beginsel worden de middelen nog steeds per

individueel ziekenhuis toegekend. Wel zal een deel van het ziekenhuisbudget naar evenredigheid aan het netwerk toegekend worden om de taken van het netwerk te financieren. Het is de bedoeling dat de betrokken ziekenhuizen hierover onderling afspraken maken.

Wat staat in het advies van de Raad van State?

Zoals bij iedere nieuwe wetgeving werd er ook advies gevraagd aan de Raad van State die vooral oog had voor de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg tussen de federale en regionale overheden, een verdeling die er sedert de zesde staatshervorming niet eenvoudiger op geworden is. Concreet dringt de Raad er bij de regering op aan, omwille van de erg versnipperde maar tegelijk verstrengelde bevoegdheden, samenwerkingsakkoorden af te sluiten tussen de verschillende beleidsniveaus. Daarnaast drong de Raad erop aan om scherper het verschil af te lijnen tussen een netwerk en andere rechtsfiguren van samenwerking tussen ziekenhuizen zoals een fusie, een associatie of een groepering. Tijdens de parlementaire behandeling stelde de minister dat deze vormen van samenwerking nuttig bleven, maar dat de vrees bestond dat deze toch niet de beoogde paradigmashift gingen verwezenlijken. Anders dan bij een fusie blijft het individuele ziekenhuis zijn volledige autonomie en verantwoordelijkheid behouden. Anders dan voor de ziekenhuisgroepering en associatie is er sprake van een verplichting om samen te werken., Men kiest wel vrij zijn partners, maar in de feiten zal de keuze omwille van de regionale gebondenheid beperkt zijn.

Werk op de plank voor de ziekenhuizen

Hoewel de meeste ziekenhuizen reeds geanticipeerd hebben op deze hervorming en er reeds heel wat “genetwerkt” werd, heeft men pas nu volledig zicht op het regelgevende kader waarbinnen men zal moeten werken. De verwachte timing van 1 januari 2020 is echter erg krap, wetende dat er nog uitvoeringsbesluiten moeten komen voor deze nieuwe wet en dat er ongetwijfeld nog veel overleg nodig is om ziekenhuizen met een verschillende achtergrond (openbare sector of niet, verschillende rechtsvormen en culturen, ziekenhuizen die lang elkaars concurrenten waren), op één lijn te krijgen.

Voor wat Vlaanderen betreft, heeft ieder ziekenhuis reeds een paar maanden terug van de bevoegde minister in het kader van het pilootproject Regionale Zorgstrategische Planning, de vraag gekregen om aan de overheid officieel te melden met welke partners men een netwerk zag zitten. Een aantal van die verhoopte netwerken werden terug naar huis gestuurd om hun huiswerk opnieuw te maken, in hoofdzaak omdat men géén regionaal aaneensluitend geheel vormde. [11 van de 13 ingediende voorstellen kregen wél groen licht](#).

In Brussel en Wallonië zijn er daarenboven nog wetgevende aanpassingen nodig om samenwerkingen tussen openbare en private ziekenhuizen mogelijk te maken.

Kritische noten

Op zich is de inwerkingtreding van de wet voorzien 10 dagen na publicatie in het Staatsblad. De facto zijn het echter de regio's die de netwerken moeten erkennen waardoor zij zullen bepalen wanneer deze netwerken operationeel worden. De wet voorziet dat dit uiterlijk 1 januari 2020 moet zijn.

Deze krappe timing is dan ook een kritische succesfactor, wetende dat er in mei van volgend jaar zowel federale als regionale verkiezingen gepland zijn. Het is dan toch ten eerste de vraag hoeveel knopen er tussen mei en december 2019 effectief zullen doorgesneden worden in heel België. De ziekenhuissector is een boeiende maar tegelijk ook ingewikkelde en dus vermoeiende sector. Het zal van onze beleidsmakers dan ook nog veel moed vergen om in de keuzes van netwerken te trancheren. Daarenboven liet minister de Block reeds weten dat alles moet gebeuren binnen de bestaande budgettaire enveloppe, begrijp dat er liefst ook kan bespaard worden. Dit is niet evident, waar Nederlandse voorbeelden en studies leren dat fusies van ziekenhuizen niet noodzakelijk en zeker niet op korte termijn tot besparingen leiden.

Er zijn ook nog veel vragen en twijfels bij de samenwerking tussen openbare en private ziekenhuizen omdat de openbare sector nog statutaire werknemers telt of minstens [zware pensioenverplichtingen](#) tegenover gepensioneerde statutaire medewerkers. Ook andere mogelijke knelpunten moeten nog aangepakt worden. Tijdens de parlementaire hoorzittingen werd er bijvoorbeeld gewezen op mogelijke [BTW-implicaties](#) wanneer de

ziekenhuizen-netwerkpartners aan elkaar goederen of ondersteunende diensten leveren zoals maaltijden, poetsdiensten of informatica-dienstverlening. Daarnaast zijn er uitdagingen inzake ICT, privacy, e-healthcare. Kortom, aan uitdagingen geen gebrek.

Waar de ziekenhuisprofessional al een tijdje begaan is met deze materie, zal het ook zaak zijn om de artsen, personeelsleden en de patiënten goed te informeren over het waarom van dit verhaal en hoe in hun regio het zorgaanbod er in de toekomst zal uitzien.

Dylan Casaer is advocaat- vennoot bij Awerian / Olislaegers De Creus & Clerens, specialist HR Law & data privacy, Certified Data Protection Officer (DPO). Heeft u hierbij verdere vragen, aarzel niet contact op te nemen via dcasaer@odc.law.

www.odc.law | www.awerian.law