



Gemeenschappelijk advies over de functie van de universitaire ziekenhuizen in de organisatie van de ziekenhuisnetwerken*

Samenvatting van de aanbevelingen

- Universitaire ziekenhuizen (UZ) moeten binnen loco-regionale ziekenhuisnetwerken (LKZ) hun universiteitsgebonden opdracht van onderzoek, innovatie en opleiding van basisartsen, huisartsen, arts-specialisten en andere beoefenaars van gezondheidszorgberoepen blijven opnemen.
- LKZ met participatie van een UZ moeten een geëigende governance-structuur ontwikkelen, waarin de universiteit/faculteit haar wettelijke rol kan blijven vervullen.
- Internationale objectieve criteria moeten gebruikt worden om de supra-regionale zorgopdrachten als basis voor programmatie en erkenning vast te leggen en daarbij zorg te dragen voor de noodzakelijke universitaire inbedding. Vanuit hun wettelijk bepaalde opdracht voor referentiezorg is het aangewezen dat UZ de leiding nemen in de universitaire onderbouw van alle referentie (R) - en universitaire (U) opdrachten.
- De concentratie van laag volume en/of complexe zorg in beperkt aantal medische centra leidt tot een meer kwalitatieve en kosten-effectieve zorg. De wet van 28 maart 2019 biedt echter geen kader voor de “supra-regionale klinische ziekenhuiszorg” waardoor deze activiteit dreigt te dilueren.



Avis commun concernant la fonction des hôpitaux académiques dans l'organisation du réseau hospitalier clinique Belge†

Résumé des recommandations

- Les hôpitaux académiques (HA) doivent exercer leur fonction universitaire d'enseignement, de recherche et développement et de formation des étudiants en médecine, des médecins généralistes et spécialistes et des autres professionnels de la santé dans des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (RHCL).
- Les RHCL, dont un hôpital académique fait partie, doivent développer un modèle de gouvernance approprié au sein duquel l'université/la faculté est à même de remplir son rôle légal.
- Il convient de respecter des critères objectifs internationaux pour définir les missions de soins suprarégionales comme base de programmation et de désignation et garantir de la sorte l'ancrage universitaire requis. Compte tenu de leur fonction légale de centres médicaux de référence, il est recommandé que les HA supervisent la dimension universitaire de l'ensemble des soins de référence (R) et des soins universitaires (U).
- La concentration de soins complexes/rares dans un nombre limité de centres médicaux permet d'accroître la qualité et le rapport coût-efficacité des soins concernés. La loi du 28 mars 2019 n'établit cependant aucun cadre pour les « soins cliniques hospitaliers

* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie organisatie en structuur van de gezondheidszorg, samengesteld uit Bert Aertgeerts, Stefaan Callens, Wim Ceelen, Paul Cosyns, Nadine Ectors, Marie-Christine Herregods, Bernard Himpens, Greet Ieven, Johan Kips, Jo Lambert, Constantinus Politis, Walter Sermeus, Marie-José Tassignon, Ben Van Camp (voorzitter), Paul Van Royen, Thierry Vansweevelt en Patrick Wouters, en werd vervolgens gefinaliseerd door een gemeenschappelijke commissie, bestaande uit Walter Sermeus, Ben Van Camp en Brigitte Velkeniers voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, en Danielle Baleriaux, Jacques Boniver, Pierre Coulie, Alain Dewever, Jean-Michel Foidart, Jacques Melin, Gustave Moonen en Isabelle Salmon voor de Académie royale de Médecine de Belgique. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en de Académie royale de Médecine de Belgique keurden het advies goed op 30 maart 2019.

† Le présent avis a été élaboré par la commission permanente organisation et structure des soins de santé, laquelle est composée de Bert Aertgeerts, Stefaan Callens, Wim Ceelen, Paul Cosyns, Nadine Ectors, Marie-Christine Herregods, Bernard Himpens, Greet Ieven, Johan Kips, Jo Lambert, Constantinus Politis, Walter Sermeus, Marie-José Tassignon, Ben Van Camp (président), Paul Van Royen, Thierry Vansweevelt et Patrick Wouters, et a ensuite été finalisée par une commission conjointe, composée de Walter Sermeus, Ben Van Camp, Brigitte Velkeniers pour la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, et de Danielle Baleriaux, Jacques Boniver, Pierre Coulie, Alain Dewever, Jean-Michel Foidart, Jacques Melin, Gustave Moonen et Isabelle Salmon pour l'Académie royale de Médecine de Belgique. L'Académie royale de Médecine de Belgique et la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België ont approuvé le présent avis le 30 mars 2019.

- De universitaire functie dient ondersteund te worden door een bijkomende financiering, zowel vanuit de federale overheid als de bevoegde gewest- en gemeenschapsregeringen.
- Het statuut van de universitaire ziekenhuisarts dient werkbaar te zijn in de context van LKZ en/of supra-regionaal zorgnetwerk, waarbij het voldoende attractief (werk/verloning) moet zijn en borg staat voor een evenwichtige uitvoering van de drie universitaire opdrachten.
- Om de volledigheid van de universitaire ziekenhuisfunctie te versterken is samenwerking tussen de UZ noodzakelijk. Los van inbedding in LKZ's zijn verregaande afspraken nodig waardoor de kwaliteit en complementariteit van het universitaire niveau in elk medisch domein of klinische discipline in België blijvend wordt gegarandeerd voor het uitoefenen van de drie opdrachten van onderwijs, klinische praktijk en onderzoek. Het universitair ziekenhuisnetwerk dient de UZ-participatie in de supra-regionale zorgopdrachten en de kwaliteit ervan te bewaken.
- suprarégionaux ». Cette activité menace par conséquent de se diluer.
- La fonction universitaire doit être soutenue par le déblocage de financements supplémentaires conjoints de la part du gouvernement fédéral et des gouvernements des régions et des communautés compéents.
- Le statut de médecin universitaire doit être viable dans le contexte des RHCL et/ou d'un réseau de soins de santé suprarégional. Il doit pour ce faire être suffisamment attractant (travail/rémunération) et garantir un équilibre dans l'exercice des trois missions universitaires.
- La collaboration entre les HA est indispensable si l'on souhaite s'assurer que ces derniers remplissent pleinement leur fonction. Outre l'intégration dans les RHCL, d'autres mesures sont requises permettant de continuer à garantir en Belgique la qualité et la complémentarité du niveau universitaire dans les différents domaines médicaux ou disciplines cliniques pour l'exercice des trois missions d'enseignement, de clinique et de recherche. Ce réseau hospitalier universitaire a pour vocation d'assurer la participation des HA dans les missions de soins suprarégionales et de contrôler la qualité de ces dernières.

Het advies

I. De plaats van het universitaire (academische) ziekenhuis

De universitaire ziekenhuisopdracht is driedelig: 1) klinische opleiding van basisartsen, huisartsen, arts-specialisten en andere beoefenaars van gezondheidszorgberoepen, 2) klinisch en translationeel onderzoek, 3) innovatie van medische technologie en behandelingswijzen (derdelijnszorg en hoogwaardige complexe zorg). De website van het RUZB/CHAB beschrijft elk van deze opdrachten in detail.

De universitaire functie is ingebed in ziekenhuizen die verbonden zijn aan een universiteit met een volwaardige opleiding geneeskunde. Er zijn in België zeven erkende UZ, die ongeveer 7000 universitaire bedden tellen. De 1750 overige universitaire bedden zijn toegewezen aan algemene ziekenhuizen met een universitaire ziekenhuisfunctie gekoppeld aan een specifieke medische dienst, functie of zorgprogramma geaffilieerd aan een universiteit met volledige artsopleiding. Bijlage 1 somt de voorwaarden op waaraan de UZ moeten voldoen (artikel 4 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 en KB van 7 juni 2004).

L'Avis

I. La place de l'hôpital académique (universitaire)

La mission des hôpitaux académiques est triple : 1) formation clinique des étudiants en médecine, des médecins généralistes et spécialistes et des autres professionnels de la santé 2) recherche clinique et translationnelle, 3) innovation en matière de technologie médicale et méthodes de traitement (soins de troisième ligne et soins complexes de qualité). Le site web du CHAB/RUZB offre une description détaillée de chacune de ces missions.

La fonction universitaire s'applique aux hôpitaux liés à une université dispensant une formation complète en médecine. En Belgique, les sept HA comptent environ 7000 lits de statut universitaire. Environ 1750 lits universitaires sont attribués à des hôpitaux généraux à caractère universitaire, couplés à un service ou fonction médicale spécifique ou un programme de soins spécifique et sont affiliés à une université qui garantit une formation de médecine complète. L'annexe 1 énumère les conditions auxquelles les HA doivent satisfaire (article 4 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 et AR du 7 juin 2004).

Deze UZ verzekeren aan de Belgische bevolking een innovatieve topgeneeskunde aan een lagere kost dan in de andere Westerse geïndustrialiseerde landen.

Ces HA assurent à la population belge une médecine de très haut niveau à des coûts inférieurs à ceux des autres pays industrialisés occidentaux.

De nauwe relatie van een UZ met haar universiteit stuwt interdisciplinair onderwijs, onderzoek en innovatie ten voordele van de patiënt sterk voorwaarts. Dankzij translationeel onderzoek hebben UZ een belangrijke rol in het genereren en verspreiden van nieuwe kennis, maar ook in de transfer van technologie en economische valorisatie. Door de symbiose tussen deze instellingen en de universitaire onderzoeksinfrastructuur wordt de productie van deze nieuwe medische kennis ingebed in de wetenschappelijke methodologie en ethische toetsing. Als voorbeelden kan men aanhalen: de ontwikkelingen in de reproductieve geneeskunde (ICSI en ovarium manipulatie), de cellulaire en genetische therapie, de aanpak van zeldzame ziekten, artificiële intelligentie in medische diagnostiek en behandeling, enz.

L'étroite relation qu'entretient un HA avec son université stimule de manière significative l'échange interdisciplinaire de connaissances, la recherche et l'innovation au profit du patient. Les HA jouent, par le biais de la recherche translationnelle, un rôle prépondérant non seulement dans l'émergence et la diffusion de nouvelles connaissances, mais aussi dans le transfert de technologies et la valorisation économique. La symbiose entre ces établissements et l'infrastructure de recherche universitaire ancre la production des découvertes médicales dans la méthodologie scientifique et l'examen éthique de la discipline. Citons les exemples du développement de la médecine reproductive (ICSI et manipulation ovarienne et ovocytaire), la thérapie cellulaire et génique ciblée, la prise en charge des maladies orphelines, l'intelligence artificielle appliquée à la médecine diagnostique et aux traitements, etc.

II. De klinische ziekenhuisnetwerken

II. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux

II.a) De wet van 28 maart 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft (bijlage 2)

II.a) La loi du 28 mars 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 (annexe 2)

Deze wet richt de LKZ op die het nieuwe zwaartepunt zullen vormen in het ziekenhuislandschap. Een LKZ is een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen minstens twee afzonderlijk erkende ziekenhuizen, die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementaire en rationele locoregionale zorgopdrachten aanbieden. De wet voorziet 25 LKZ. Elk ziekenhuis kan slechts deel uitmaken van één LKZ.

Cette loi met en œuvre les RHCL qui sont le nouveau centre de gravité dans l'organisation du paysage hospitalier. Un RHCL est une structure de coopération, composée d'au moins deux hôpitaux situés dans une même région géographique, et qui proposent des soins de santé de manière complémentaire et rationnelle. La loi prévoit 25 RHCL. Chaque hôpital ne peut faire partie que d'un seul et unique RHCL.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen locoregionale en supra-regionale zorgopdrachten.

On établit une distinction entre les missions de soins locorégionales et suprarégionales.

Locoregionale zorgopdrachten zijn opdrachten die in elk LKZ en dus dicht bij de woonplaats van de patiënt moeten worden aangeboden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene zorgopdrachten (A) en de gespecialiseerde zorgopdrachten (S) die niet in elk ziekenhuis van het LKZ mogen worden aangeboden.

Chaque RHCL doit offrir des missions de soins locorégionales. Par soin locorégionaux, il faut entendre les missions de soins qui peuvent être proposées à proximité du domicile de chaque patient. On établit ici une distinction entre les missions de soins générales (G) et les missions de soins spécialisées (S) qui ne doivent pas impérativement être proposées dans tous les RHCL.

Supra-regionale zorgopdrachten zijn opdrachten die niet in elk LKZ mogen worden aangeboden. Supra-regionale zorgopdrachten zullen worden geprogrammeerd. Een onderscheid wordt gemaakt

Les missions de soins suprarégionales ne doivent pas obligatoirement être proposées dans tous les RHCL. Les missions de soins suprarégionales seront programmées. On distingue les soins de référence (R) et les soins universitaires (U).

tussen referentie-opdrachten (R) en universitaire zorgen (U).

De wet gaat niet in op de wijze van programmering van supraregionale opdrachten (R of U)

Volgens de wet moeten UZ en algemene ziekenhuizen verplicht deel uitmaken van 1 LKZ. Hierdoor doet zich een belangrijke verschuiving voor waarbij zowel algemene ziekenhuizen als UZ kunnen optreden om de specifieke zorg te verzekeren.

De UZ hebben naast hun locoregionale functie ook een supraregionale en universitaire functie. Deze functie is echter onvoldoende uitgeduid en dreigt bijgevolg in het gedrang te komen.

II.b) Algemene opmerkingen over de wet van 28 maart 2019.

1° De wet verplicht de UZ en algemene ziekenhuizen om deel uit te maken van 1 LKZ.

2° De wet betekent een majeure verandering in de richting waarin in de toekomst zowel de algemene ziekenhuizen als de UZ specifieke zorg zullen leveren.

3° De wet gaat niet in op de wijze van programmering van supraregionale opdrachten (R of U). Wel circuleert er een tentatieve lijst van Algemene (A), Gespecialiseerde (S), Referentie (R) en universitaire (U) opdrachten maar ze worden niet vermeld in de wet. De finale lijst zal later per KB worden bepaald. Voorbeelden van universitaire opdrachten zijn opgenomen op de tentatieve lijst als bijlage bij een conceptnota, opgesteld voorafgaand aan het wetsontwerp: niertransplantatie, centra menselijke erfelijkheid/antropogenetica, zeldzame ziekten, tertiair zorgprogramma voor kinderen, kinderoncologie, pediatrie hemato-oncologie, PICU, hart- en longtransplantatie (zorgprogramma cardiale pathologie T), congenitale hartafwijkingen kinderen (zorgprogramma cardiale pathologie C), traumacenter level 1, orgaantransplantaties, wekselbanken, coördinatie van aandoeningen bloed en immuunsysteem (hemofilie), spina bifida, gespecialiseerde centra locomotorische en neurologische zorg, refractaire epilepsie en tenslotte enkele activiteiten in klinische labo's, labo's moleculaire biologie en labo's anatomo-pathologie. Daarentegen wordt er geen strikte definitie voorgesteld t.a.v. de referentiezorg (R). De Academies vinden het onontbeerlijk om de zorgopdrachten R en U te definiëren.

De wet behelst vandaag alleen de vorming van de LKZ. Zonder dat dit expliciet in de wet staat, wordt

La loi ne s'attache pas à la manière dont sont programmées les missions suprarégionales (R ou U).

La loi contraint les HA et les hôpitaux généraux à faire partie d'un RHCL. Cela suppose un changement majeur dans le sens où tant les hôpitaux généraux que les HA peuvent désormais fournir des soins spécifiques.

Outre leur fonction locorégionale, les HA remplissent également une fonction suprarégionale et universitaire. Cette fonction universitaire demeure néanmoins trop vague et est par conséquent menacée.

II.b) Commentaires généraux concernant la loi du 28 mars 2019.

1° La loi contraint tous les hôpitaux généraux et donc y compris les HA à faire partie d'un RHCL

2° La loi a pour conséquence un changement majeur dans le sens où tant les hôpitaux généraux que les HA peuvent désormais fournir des soins spécifiques.

3° La loi ne s'attache pas à la manière dont sont programmées les missions suprarégionales (R ou U). Une liste provisoire, officieuse des missions de soins Générales (G), Spécialisées (S), de Référence (R) et Universitaire (U) circule toutefois, mais elles ne sont pas citées dans la loi. La version définitive de cette liste sera prochainement fixée par un AR. Des exemples de missions universitaires ont été repris sur la liste provisoire annexée à la note conceptuelle préalable à la publication du projet de loi : greffe de rein, hérédité humaine/anthropogénétique, maladies rares, programme de soin tertiaire pour enfants, oncologie pédiatrique, hématologie pédiatrique, unité de soins intensifs pédiatriques, greffes de cœur et de poumons (programme de soins pathologie cardiaque T), défaillances cardiaques congénitales pédiatriques (programme de soins pathologie cardiaque C), centre de trauma niveau 1, greffes d'organes, banques de tissus, coordination des troubles du système sanguin et immunitaire (hémophilie), spina-bifida, centres spécialisés dans les soins locomoteurs et neurologiques, épilepsie réfractaire et enfin, diverses prestations dans les laboratoires cliniques, les laboratoires de biologie moléculaire et les laboratoires d'anatomopathologie. En revanche, il n'y a pas de référence stricte à la définition des soins de référence (R). Les Académies estiment indispensable de définir les missions R et les missions U.

La loi ne concerne à ce jour que la formation des RHCL. Bien que ce point n'apparaisse pas de façon

een UZ gelijkgeschakeld met een algemeen ziekenhuis en zal het deel uitmaken van een LKZ.

III. Mogelijke consequenties en knelpunten voor de functie van de universitaire ziekenhuizen in de ziekenhuisnetwerken (LKZ)

III.a) De klinische opleiding van basisartsen, huisartsen/specialisten in opleiding en andere gezondheidszorgbeoefenaars

De huidige wetgeving richt zich hoofdzakelijk op het verlenen van een kader voor loco-regionale zorg: loco-regionale klinische ziekenhuisnetwerken. Dit betekent dat loco-regionale zorgopdrachten (of zorg die dicht bij de patiënt kan of moet aangeboden worden omwille van het groot volume, het dringende karakter en de beperkte behoefte aan gespecialiseerde expertise en/of infrastructuur) worden gescheiden van de supra-regionale zorgopdrachten (laag volume, nood aan gespecialiseerde expertise en/of infrastructuur, hoge kosten). De nieuwe wet behandelt vooral deze eerste opdracht van loco-regionale zorg en de relatie met de supra-regionale zorg (keuze van referentiepunten, samenwerkingsovereenkomsten, verwijz- en terugverwijzafspraken). UZ worden hierbij gelijkgeschakeld met algemene ziekenhuizen.

Het is positief dat ook UZ hierin een opdracht krijgen en niet uitgesloten worden tot loco-regionale zorg. Dit is belangrijk om het eerste luik van de universitaire opdracht te vervullen om klinische opleiding te verstrekken in de basisopleiding tot arts, de opleiding “specialistische geneeskunde” en alle andere gezondheidszorgopleidingen. Het laat ook toe een efficiënte samenwerking te bewerkstelligen tussen de verschillende ziekenhuizen binnen een geografische regio en elkaars juiste plaats in de opvang van patiënten te erkennen.

III.b) Klinisch en translationeel onderzoek

De tweede universitaire opdracht van “klinisch en translationeel onderzoek” blijft zeer sterk onderbelicht.

Deze opdracht is erg verschillend van de derdelijnsfunctie van hoogcomplexiteit zorg. Voor de laatste claimen niet-universitaire ziekenhuizen vaak dit evengoed/beter te kunnen dan de universitaire centra. Het is inderdaad mogelijk dat artsen, na eerst goed opgeleid te zijn binnen een UZ, klinische expertise en tertiaire vaardigheden meenemen naar een algemeen ziekenhuis. Zonder continue voeding en doorstroom van basisonderzoek en nieuwe interdisciplinaire bevindingen naar de klinische praktijk, dreigt de medische top-expertise snel op te drogen. Binnen een UZ staat een veelheid aan (para)medische experts in voor de multidisciplinaire

explicite dans la loi, chaque HA est regardé comme un hôpital général et sera intégré à un RHCL.

III. Conséquences et difficultés éventuelles de l'intégration des hôpitaux académiques dans les réseaux hospitaliers cliniques (RHCL)

III.a) Formation clinique des étudiants en médecine, médecins généralistes/spécialistes en formation et autres professionnels de la santé

La législation en vigueur se concentre principalement sur la prestation de soins au niveau locorégional : les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Cela signifie que les missions de soins locorégionales (ou les soins qui peuvent ou doivent être proposés à proximité du patient en raison de leur volume, leur caractère urgent et le besoin limité de connaissances et/ou d'infrastructures spécialisées) sont dissociées des missions de soins suprarégionales (faible volume, besoin de connaissances et/ou d'infrastructures spécialisées, coût élevé). La nouvelle loi traite principalement du premier point, à savoir les missions locorégionales et leur lien avec les missions suprarégionales (choix des centres de référence, accord de coopération, accords de renvois). Les HA sont pour ce faire jumelés à des hôpitaux généraux.

Le fait que les HA ne soient pas exclus des missions de soins locorégionales et soient également inclus dans ces réseaux est un point positif. Il s'agit en effet d'un élément essentiel dans l'accomplissement de la première mission des HA, c'est-à-dire assurer la formation clinique en médecine générale, la formation en « médecine spécialisée » et toutes les autres formations de professionnels de la santé. Elle permet aussi d'assurer une collaboration plus efficace entre les différents hôpitaux dans une région géographique déterminée et de reconnaître à chacun sa juste place dans la prise en charge des patients.

III.b) Recherche clinique et translationnelle

La deuxième mission universitaire, celle de la « recherche clinique et translationnelle » est totalement ignorée.

Cette fonction est fondamentalement différente de celle des soins de troisième ligne à haut degré de complexité. Concernant cette dernière catégorie, les hôpitaux non académiques réclament souvent des soins d'une qualité équivalente/supérieure à celle des HA. Il est de fait possible que les médecins, après avoir été correctement formés mettent leur expertise clinique et leurs compétences tertiaires au profit d'un hôpital général. Faute d'un apport et d'un flux continu de recherche fondamentale et de nouvelles découvertes interdisciplinaires vers la pratique clinique, le risque de voir rapidement disparaître l'expertise de pointe dont jouissent les HA est réel et

aanpak van zeldzame of hoogcomplexere zorg of de introductie van innovatieve behandelingen of diagnosestellingen.

Deze opdracht is eveneens verschillend van het uitvoeren van "clinical trials" waarin meer en meer ziekenhuizen participeren. Hierbij wordt het onderzoek gestuurd, gecoördineerd en betaald vanuit de industrie. De intellectuele benadering verschilt volledig met de "academic driven trials" waarbij de functie van klinisch en translationeel onderzoek wordt aangedreven en gestuurd door de universitaire onderzoekers zelf (al dan niet steunend op externe onderzoeksfondsen) en zwaar ingebed is in de innovatieve onderzoeksinfrastructuur van de universiteit. Voorbeelden hiervan zijn: ICSI en reproductieve geneeskunde, moleculaire diagnostiek, immunotherapie, stamceltherapie, gentherapie, medische ingenieurs-technieken, etc.

De opdracht van klinisch en translationeel onderzoek dient noodzakelijk voorbehouden te blijven voor de universitaire medische centra, waarbij de continue wisselwerking ook ruimtelijk wordt vergemakkelijkt door de aanwezigheid van een UZ op dezelfde campus als de universitaire biomedische laboratoria. Bovendien biedt een volwaardige universiteit de noodzakelijke interdisciplinaire kennis en ontwikkelingen aan die vertaald kunnen worden naar de zorgexpertise van een UZ. Omgekeerd levert deze interactie ook nieuwe medische onderzoekslijnen aan voor onderzoekers uit alle academische disciplines. Dit overstijgt de grenzen van een louter medische benadering (bv. ingenieurswetenschappen, informatica, menswetenschappen, ...).

De "governance" van een UZ met een belangrijke academische component waarborgt een grote onafhankelijkheid t.a.v. het "for profit" denken. Dit wordt mede in de hand gewerkt door het statuut van de meerderheid der artsen die in loondienst zijn van zowel het UZ als de universiteit. Dit statuut geeft aan de universitaire arts de mogelijkheid om in alle vrijheid en onafhankelijkheid te investeren in de drie universitaire opdrachten en academische reflexietijd te koesteren.

III.c) Derdelijnszorg en hoogwaardige complexe zorg

De universitaire opdrachten zijn niet opgenomen in de wet. Er bestaat een tentatieve lijst van derdelijns- en hoogwaardige complexe zorg. Deze officieuze opsomming benadrukt quasi uitsluitend de derde

ne doit pas être négligé. Or, les HA disposent de la diversité d'experts (para)médicaux nécessaire au développement d'une approche multidisciplinaire de soins à haut degré de complexité ou à l'introduction de traitements ou méthodes de diagnostic innovants.

Cette mission diffère elle aussi des essais cliniques à visée commerciale selon des protocoles établis par l'industrie (« clinical trials ») auxquels participent un nombre d'hôpitaux sans cesse croissant. Lors de ces essais, les recherches sont commandées, coordonnées et payées par l'industrie. L'approche intellectuelle est par conséquent diamétralement opposée à celle des essais cliniques académiques (« academic driven trials ») dans le cadre desquels l'objectif de la recherche clinique et translationnelle, profondément ancrée dans l'infrastructure de recherche innovante de l'université, est déterminé et coordonné par les chercheurs universitaires en personne (qu'ils dépendent ou non de fonds de recherche externes). Exemples d'essais cliniques académiques : ICSI et médecine reproductive, diagnostic moléculaire, immunothérapie, thérapie cellulaire, thérapie génique, technique-ingénierie médicale, etc.

La fonction de recherche clinique et translationnelle doit absolument rester une compétence exclusive des centres médicaux universitaires au sein desquels l'interaction continue est largement facilitée par la présence de l'hôpital académique sur le même campus que les laboratoires biomédicaux universitaires. Une université complète est également un gage de connaissances interdisciplinaires et d'innovation susceptibles de contribuer à l'expertise médicale de l'hôpital académique. À l'inverse, cette interaction fait émerger de nouveaux axes de recherche dans l'ensemble des disciplines académiques. Ce rapport permet de dépasser les contraintes liées à une approche qui serait exclusivement médicale (p. ex. ingénierie, informatique, sociologie, etc.).

La dimension éminemment académique de la structure de « gouvernance » des HA garantit un haut degré d'indépendance de ces derniers par rapport à une démarche « de profit ». Ce désintéressement est par ailleurs facilité par le fait que la majorité des médecins sont rémunérés tant par l'hôpital académique que par l'université. Ce statut particulier confère au médecin universitaire la possibilité de s'investir en toute liberté et indépendance dans les trois missions universitaires et de mettre à profit le temps de réflexion « académique ».

III.c) Soins de troisième ligne et soins complexes de qualité

Les missions universitaires ne sont pas reprises dans la loi. Une liste provisoire de soins de troisième ligne et de soins complexes de qualité circule. Cette énumération officieuse résume presqu'à elle seule la

universitaire opdracht. Hier ligt het accent op concentratie van zorg. Evidentie uit de literatuur toont inderdaad aan dat concentratie van laag volume en/of complexe zorg in een beperkt aantal centra leidt tot een meer kwalitatieve en kosten-effectieve zorg. Maar de wet biedt geen kader voor de referentie “supra-regionale klinische ziekenhuiszorg” waardoor deze activiteit dreigt te dilueren.

IV. De Academies drukken hun bezorgdheden uit

IV.a) Er zijn maximaal 25 LKZ waarvan 7 met een UZ en 18 zonder een UZ wat een ongelijk aanbod creëert waarbij sommige netwerken, beter dan andere, in staat zullen zijn om een breed aanbod aan diensten en zorg aan te bieden.

IV.b) De ongelijke netwerkvorming zal de toewijzing van supra-regionale referentiepunten sterk onder druk zetten om U-opdrachten (alleen UZ) naar R-opdrachten (in alle ziekenhuizen) te verruimen om deze in meer netwerken te kunnen aanbieden. Dit zal zeker het geval zijn voor activiteiten die een hoge remuneratie meebrengen. Dit zal ook de drang vergroten bij grote algemene ziekenhuizen om zich als UZ te profileren. De afwezigheid van strikte criteria voor de definitie van R zorgen is daarom een belangrijke lacune.

IV.c) Het organisatorisch opsplitsen van loco-regionale en supra-regionale opdrachten zal wellicht impact hebben op het aantrekken van nieuwe artsen en medewerkers. Hoe zal een basisziekenhuis nog de beste arts-specialisten kunnen aantrekken wanneer deze zorg beperkt is tot de gekende en algemene routinezorg? Dit vraagt creatieve oplossingen in het aanbieden van “clinical affiliate” posities voor het geheel van het netwerk, waarbij een opdracht in een basisziekenhuis wordt gecombineerd met een bijkomende opdracht in een gespecialiseerd of referentiecentrum.

De Academies vrezen dat de gewenste concentratie voor de complexe zorg zich hierdoor mogelijk niet zal doorzetten tot een beperkt aantal centra maar zal stranden op een evenwaardig aanbod in de 25 ziekenhuisnetwerken. In de wet wordt geen enkele maatregel hiertoe voorzien.

IV.d) Governance van de ziekenhuisnetwerken

De erkenning van de universitaire ziekenhuisfunctie, zij het als universitair ziekenhuis, als universitaire dienst, of als zorgprogramma, is wettelijk verbonden aan een universiteit met een volledige artsopleiding (KB 7 juni 2004). Deze koppeling is noodzakelijk om garant te staan voor het academisch niveau van het

troisième mission des établissements universitaires. L'accent y est mis sur la concentration des soins. La consultation d'ouvrages de référence démontre en effet que la concentration de soins complexes/rare dans un nombre limité de centres médicaux permet d'accroître la qualité et le rapport coût-efficacité des soins concernés. La loi n'établit cependant aucun cadre pour les « soins cliniques hospitaliers suprarégionaux » de référence, et cette activité menace par conséquent de se diluer.

IV. Les Académies expriment leurs préoccupations

IV.a) Le nombre maximum de RHCL est fixé à 25. Parmi ceux-ci, 7 avec HA et 18 sans. Cette répartition inégale aura pour conséquence que certains réseaux, meilleurs que d'autres, seront en mesure de proposer davantage de services et de soins.

IV.b) Le déséquilibre dans la formation du réseau poussera, dans le cadre de l'attribution des points de référence suprarégionaux, à convertir les missions de soins U (prestées uniquement dans les HA) en missions R (tous les hôpitaux) afin de pouvoir les proposer dans un nombre accru de réseaux. Ce sera particulièrement vrai pour les missions les plus lucratives. Cela poussera également les grands hôpitaux généraux à se profiler comme des HA. L'absence de définition stricte des critères de fixation des soins R est donc une lacune importante.

IV.c) La division organisationnelle entre missions de soins locorégionales et suprarégionales aura probablement un impact sur l'attrait des nouveaux médecins et du personnel médical. Comment un hôpital « de base » pourrait-il encore attirer les meilleurs médecins et spécialistes s'il n'est autorisé à proposer que des soins généraux et routiniers de faible importance? Cela requiert la mise en place de solutions créatives dans l'offre de positions de « clinical affiliate » sur l'ensemble du réseau. Cette position consiste à associer une mission proposée dans un hôpital de base à une mission complémentaire dans un hôpital spécialisé ou un centre de référence.

Les Académies craignent que la concentration de soins spécialisés souhaitée se traduise, non pas par la limitation du nombre de centres médicaux, mais bien par une offre équivalente dans les 25 RHCL. Aucune mesure dans la loi ne prévient cette dérive.

IV.d) Gouvernance des réseaux hospitaliers

La reconnaissance de la fonction universitaire, qu'il s'agisse d'un HA, d'un service universitaire, ou d'un programme de soins, est juridiquement liée à toute université proposant une formation complète en médecine (voir AR du 7 juin 2004). Ce rattachement est nécessaire afin de garantir le niveau académique de

ziekenhuis. Hoe wordt deze koppeling gegarandeerd wanneer een deel van de besluitvorming verschuift naar het niveau van het ziekenhuisnetwerk? In de wet van 28 maart 2019 heeft de medische raad van het netwerk een verzwaarde adviesbevoegdheid en is er een consensus vereist van zowel de raad van bestuur van het netwerk als de medische raad. Dit creëert een risico dat de facto kan leiden tot een afbouw van de universitaire agenda.

De erkenning van een universitaire ziekenhuisfunctie van een medische dienst, functie of zorgprogramma in algemene ziekenhuizen met universitair karakter dient te worden herbekeken. In de praktijk maar ook wettelijk doorkruist deze affiliatie immers de vorming van ziekenhuisnetwerken. En wat betekent deze status dan in de praktijk?

De onderwijsfunctie van een UZ, zowel t.a.v. de basisopleiding van artsen, de opleiding arts-specialisten en andere zorgverstrekkers, vergt een uitgebreide investering die ten koste gaat van de klinische praktijk. Deze coördinerende onderwijsopdracht wordt onvoldoende doorverrekend naar de UZ uitbating. De universiteiten en/of hogescholen zijn echter gebonden aan de inkomsten voor de betrokken opleidingen, die voor het klinisch opleidingsluik onvoldoende middelen ontvangen. De tijd die echter besteed moet worden aan de onderwijsfunctie gaat wellicht ten koste van de klinische prestaties en inkomsten. In deze context zal het opnemen van een UZ in de schoot van een netwerk met andere algemene ziekenhuizen leiden tot performantieverschillen in het netwerk. Hoe zullen deze worden opgevangen en gecompenseerd? De tijd die universitaire artsen besteden aan onderwijs en onderzoek mag niet door de reguliere ziekenhuisfinanciering of artsprestaties betaald worden. Omgekeerd mogen wetenschappelijke beurzen en onderzoeksfondsen niet geïnvesteerd worden in de dagelijkse klinische activiteit. De realiteit is complexer en de drie opdrachten verlopen in de praktijk geïntegreerd. De implicaties van deze integratie zijn onvoldoende erkend maar liggen dikwijls aan de basis van sterke spanningen tussen klinische artsen met verschillend statuut en verschillende verloning binnen eenzelfde ziekenhuisnetwerk.

Het is noodzakelijk dat de coördinerende onderwijsfunctie uitdrukkelijk verbonden blijft aan de universitaire ziekenhuisfunctie en onder controle blijft van de faculteit geneeskunde of onderwijsinstelling waaronder de opleiding valt. Dit wordt trouwens bevestigd in het advies van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen betreffende de evaluatie van de kwaliteit-veiligheid van de stagediensten.

l'hôpital. Comment garantir ce rattachement lorsqu'une partie des processus de prise de décisions sont transférées vers le réseau hospitalier ? La loi du 28 mars 2019 reconnaît au conseil médical du réseau une compétence consultative renforcée et exige la présence d'un consensus des membres du conseil d'administration du réseau et du conseil médical. Cette situation est susceptible de conduire de facto à une dissolution de l'agenda universitaire.

La reconnaissance de la fonction universitaire d'un service, d'un poste ou d'un programme de soins médical dans un hôpital général à caractère universitaire doit être réexaminée. Cette affiliation entrave en effet la formation de réseaux hospitaliers dans la pratique et sur le plan juridique. De plus, les Académies s'interrogent sur le sens pratique de ce statut.

La fonction de formation d'un HA, soit-elle destinée aux médecins de base, aux spécialistes ou aux autres prestataires de soins, exige un investissement de taille qui se fait aux dépens des heures consacrées à la pratique clinique. Les retours de cette mission d'enseignement coordonné ne se ressentent pas suffisamment dans l'exploitation de l'hôpital académique. Bien qu'elles dépendent des revenus générés par les formations concernées, les universités et/ou hautes écoles ne reçoivent pas suffisamment de moyens pour le volet de la formation clinique. L'investissement en temps requis par la fonction d'enseignement se fait potentiellement au détriment des prestations cliniques et des revenus générés par d'autres activités. Compte tenu de tous ces éléments, l'intégration d'un HA dans un réseau incluant d'autres hôpitaux généraux débouchera sur des différences de performance à l'intérieur du réseau visé. Comment atténuer et compenser ces différences ? Le temps consacré par les médecins universitaires à l'enseignement et à la recherche ne peut être payé à l'aide des financements habituels des hôpitaux ou des prestations des médecins. À l'inverse, les bourses scientifiques et les fonds de recherche ne peuvent pas non plus être affectés au fonctionnement quotidien des hôpitaux. La réalité est très complexe et les trois missions sont indissociables les unes des autres. Les implications de cette interconnexion sont méconnues mais source de tensions sévères entre praticiens de statut distincts et de mode de rémunération différents au sein d'un même réseaux hospitalier.

La fonction d'enseignement coordonné doit expressément rester liée à la fonction des HA et être supervisée par la faculté de médecine ou l'établissement d'enseignement chargé de la formation. Cela est par ailleurs répété dans l'avis du Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes concernant l'évaluation de la qualité-sécurité des services de stage.

IV.e) Verschil in het statuut van de arts in universitaire en algemene ziekenhuizen

De statuten van artsen in een LKZ waarin een UZ betrokken is, zijn niet gelijkwaardig. Minimaal 70% van de artsen in een UZ zijn in loondienst (van het UZ, de universiteit of beide). Dit geeft de universitaire arts de mogelijkheid om te investeren in de drie academische opdrachten. De "governance" van de UZ heeft een belangrijke academische component, die instaat voor de correcte uitvoering van dit statuut. Dit staat in schril contrast met de zelfstandige statuten van artsen in de algemene ziekenhuizen, waarbij de hoeveelheid prestaties het inkomen van de arts, en ook dit van het ziekenhuis, bepaalt. De loonkloof enerzijds en het verschil in statutaire opdracht anderzijds maken dat universitaire ziekenhuisartsen dreigen over te stappen naar algemene ziekenhuizen binnen LKZ of naar een zelfstandigen-statuut indien geen financiële maatregelen genomen worden om het statuut van de universitaire arts aantrekkelijker te maken. De valkuil van een "schijnzelfstandigen"-statuut dient daarenboven stellig vermeden te worden. Dit alles zou een evolutie zijn die volledig ten nadele is van de maatschappelijk-noodzakelijke universitaire functie en op korte tijd de Belgische medische kwaliteit zal achteruit stellen.

V. Conclusies en aanbevelingen

V.a) De Academies aanvaarden dat UZ deel uitmaken van de loco-regionale klinische netwerken. Hun opdracht als klinisch regionaal ziekenhuis is nuttig voor een efficiënt, competent en snel zorgaanbod binnen de eigen regio. Ze is noodzakelijk voor het vervullen van de eerste universitaire opdracht, namelijk opleiding van basisartsen, huisartsen en arts-specialisten in opleiding en andere beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. Tegelijkertijd moet erover gewaakt worden dat deze rol zich niet louter beperkt tot het universitaire ziekenhuis of tot het netwerk waartoe het universitaire ziekenhuis behoort. De opleidingsfunctie is gebonden aan de universiteit en daardoor netwerk-overschrijdend.

V.b) Loco-regionale klinische ziekenhuisnetwerken waarin een universitair ziekenhuis participeert, moeten een geëigende governance-structuur ontwikkelen, waarin de universiteit en de faculteit geneeskunde hun wettelijk bepaalde rol kunnen blijven vervullen.

V.c) Momenteel is in de wetgeving over de klinische ziekenhuisnetwerken uitsluitend het loco-regionaal kader vastgelegd. Supra-regionale zorgopdrachten vallen hierbuiten en worden toegewezen aan individuele referentiecentra. De lijst van referentie

IV.e) Différence entre le statut de médecin universitaire et le statut de médecin en hôpital général

Tous les médecins qui travaillent dans des RHCL incluant un HA n'ont pas le même statut. Au moins 70 % des médecins travaillant dans un HA sont salariés (de l'hôpital académique, de l'université ou des deux). Grâce à ce statut, les médecins universitaires ont la possibilité de s'investir dans les trois missions académiques. La composante académique inhérente à la structure de « gouvernance » des HA garantit le respect de ce statut. Cela contraste fortement avec le statut d'indépendant des médecins qui travaillent dans les hôpitaux généraux, dans lesquels le nombre de prestations du médecin détermine ses revenus mais aussi ceux de l'établissement. L'écart de rémunération d'une part, et la différence entre les missions statutaires de l'autre, menacent de pousser les médecins universitaires à aller travailler dans les hôpitaux généraux inclus dans des RHCL ou d'adopter le statut d'indépendant si aucune mesure financière n'est prise pour rendre le statut de médecin universitaire plus attrayant. Il faut par ailleurs veiller à éviter à tout prix le piège du statut de « faux indépendant ». Ce scénario serait en totale opposition avec la dimension sociale et utile de la fonction universitaire, et nuirait rapidement à la qualité des soins de santé en Belgique.

V. Conclusions et recommandations

V.a) Les Académies prennent acte et se réjouissent que les HA fassent partie des réseaux locorégionaux. Leur mission en tant qu'hôpital clinique régional est utile à une offre de soins efficace, compétente et rapide, à la population. Elle est nécessaire à l'accomplissement de la première fonction universitaire, à savoir la formation des étudiants en médecine, des médecins spécialistes et généralistes et des autres professionnels de la santé. Il convient en outre de veiller à ce que ce rôle ne soit pas exclusivement assumé par l'hôpital académique ou le réseau auquel il appartient. La fonction de formation est liée à l'université et dépasse dès lors les frontières du réseau.

V.b) Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui incluent un HA doivent développer une structure de gouvernance appropriée au sein de laquelle l'université et la faculté de médecine peuvent exercer la fonction qui leur a été conférée par la loi.

V.c) La législation en vigueur traite uniquement de la dimension locorégionale des réseaux hospitaliers cliniques. Les missions de soins suprarégionales en sont exclues et sont attribuées à des centres de références isolés. La liste des soins de référence n'est

zorgopdrachten is niet bepaald. Een wettelijk kader voor supra-regionale netwerking is noodzakelijk. In de huidige wet wordt een opsplitsing gemaakt tussen de supra-regionale referentie-opdracht (R) en universitaire opdracht (U). Deze opsplitsing lijkt ons vandaag nog erg arbitrair omdat de meest lucratieve referentie zorgopdrachten vaak in de praktijk reeds geleverd wordt door meerdere grote ziekenhuizen (al dan niet met universitair karakter).

De Academies stellen voor om internationale objectieve criteria, zoals beschikbare capaciteit en omliggende infrastructuur (bv. laboratoria, intensieve zorgen, permanente van specialisten, multidisciplinaire aanpak) alsook gedocumenteerde expertise, volume en kwaliteit van medisch aanbod, uitkomstparameters en onderzoeksonderbouw, te hanteren als basis voor programmering en erkenning van R/U opdrachten. Zij vragen een oplistings van supra-regionale zorgopdrachten die een universitaire inbedding vereisen op basis van internationale criteria en benchmarking. Vanuit de wettelijke omschrijving van hun taken betreffende referentie zorgopdrachten lijkt het logisch dat UZ de leiding nemen in de universitaire onderbouw van alle R/U opdrachten.

V.d) De tweede universitaire opdracht tot klinisch en translationeel onderzoek moet in het kader over supra-regionale netwerking worden erkend waarbij bijkomende omkadering en financiering voor deze opdracht wordt vrijgemaakt. Deze bijkomende financiering moet ervoor zorgen dat de oneigenlijke klinische prestatiedruk wordt weggenomen. In dezelfde context dient de opleidingsfunctie, zoals eerder beschreven, ook beter vergoed te worden. Gebaseerd op de situatie in Nederland en andere ons omringende landen, zou het logisch zijn dat deze financiering zowel vanuit de federale overheid (Volksgezondheid) (type B7) als de bevoegde gewest- en gemeenschapsregeringen komt. Dit moet leiden tot een gezonde balans tussen klinisch en academisch werk.

V.e) Het statuut van de universitaire ziekenhuisarts moet worden geëvalueerd in de context van de loco-regionale klinische ziekenhuisnetwerken. Enerzijds dient het nieuwe statuut werkbaar te zijn in de context van de netwerken waarbij nieuwe ziekenhuisoverschrijdende samenwerkingsverbanden en associaties zullen worden opgericht. Anderzijds moet het statuut voldoende attractief (werk/verloning) zijn om als universitair ziekenhuisarts aan de slag te gaan waarbij de drie opdrachten van klinische praktijk, onderwijs en onderzoek evenwichtig zijn verdeeld. De hierboven gevraagde bijkomende middelen zouden hiertoe moeten bijdragen. Het is in ieder geval niet aan te raden universitaire artsen te laten overstappen naar

pas définie. Un cadre légal pour les réseaux suprarégionaux est nécessaire. La loi actuelle prévoit une dissociation entre les missions de référence (R) suprarégionales et les missions de soins universitaires (U). Cette séparation semble, aux Académies, trop arbitraire, étant donné que dans la pratique, les missions de soins de référence les plus lucratives sont déjà proposées par une multitude de grands hôpitaux (académiques ou non).

Les Académies recommandent de dresser la liste des soins R et U sur base de critères objectifs internationaux (notamment la disponibilité des capacités et infrastructure adjacentes (laboratoires, soins, intensifs, permanence de spécialistes disponibles d'urgence...), de l'approche multidisciplinaire et de l'expertise documentée, le volume, la qualité, les paramètres de sortie, la structure de recherche, etc.) comme base de programmation et de désignation. Elles demandent que soit dressée une liste des missions de soins suprarégionales qui exigent un ancrage universitaire en vertu des normes d'analyse comparative et critères internationaux. Compte tenu du libellé officiel de leurs tâches en matière de prestation de soins de référence, il apparaît logique que les HA supervisent la dimension universitaire de toutes les missions de soins R et U.

V.d) La deuxième mission universitaire, celle de la recherche clinique et translationnelle, doit être reconnue dans le cadre suprarégional où des financements et structures supplémentaires seront débloqués. Ce financement supplémentaire doit permettre de soulager la pression superflue qui pèse sur les prestations cliniques. Dans le même ordre d'idées, il convient de mieux rémunérer la fonction de formation, comme décrite. Au vu des modèles mis en place aux Pays-Bas et dans d'autres pays frontaliers, il semblerait logique que ce financement soit assumé conjointement par le gouvernement fédéral (Santé publique) (type B7) et les gouvernements des régions et des communautés compétents. Cette aide supplémentaire contribuera au respect d'un équilibre entre travail clinique et académique.

V.e) Le statut de médecin universitaire doit être pensé dans le contexte des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Premièrement, de nouvelles collaborations et associations devront être établies en dehors de l'hôpital afin de rendre viable le nouveau statut de médecin universitaire. Deuxièmement, le statut devra être suffisamment attrayant (travail/rémunération) pour que le médecin universitaire puisse s'adonner de manière équilibrée aux trois missions académiques : pratique clinique, enseignement et recherche. Les moyens supplémentaires demandés ci-dessus devraient contribuer à atteindre cet équilibre. Il n'est, dans recommandé, dans aucun cas, de laisser les médecins

een zelfstandig statuut en tegelijk de academische verwachtingen en verplichtingen hoog in het vaandel te laten dragen.

V.f) Hoewel men zou kunnen verwachten dat elk UZ in alle domeinen toeprefereentie en complexe hoogwaardige zorg moet kunnen leveren, is dit in de praktijk niet het geval en zelfs niet aan te moedigen. Zowel op vlak van de opleiding als op translationeel onderzoek en innovatie kan niet alles aangeboden worden door elk UZ (of faculteit). Om de volledigheid van de universitaire ziekenhuisfunctie te versterken is samenwerking tussen de UZ noodzakelijk. Door de uniciteit en het aparte statuut van de UZ zijn verregaande afspraken tot samenwerking, over de inbedding in LKZ's heen, nodig waardoor de kwaliteit en complementariteit van het universitair niveau in elk domein of discipline blijvend wordt gegarandeerd. We pleiten voor de versterking van de opdracht van de BRUZ/CHAB waarbij de betrokkenheid van de respectievelijke universiteiten/faculteiten geneeskunde vergroot wordt. Eén van de opdrachten van dit universitair ziekenhuisnetwerk is de centrale participatie van de zeven UZ in de supra-regionale zorgopdrachten te bewerkstelligen en de kwaliteit ervan te bewaken.

universitaires adopter le statut d'indépendant et promouvoir simultanément les obligations et attentes de qualité envers les établissements académiques.

V.f) Bien que certains puissent penser que les HA doivent proposer des soins complexes et de qualité dans tous les domaines de référence, ce n'est pas le cas dans la pratique et ce n'est d'ailleurs pas souhaitable. Tant en matière de formation que de recherche translationnelle et d'innovation, chaque HA (ou faculté) ne peut décemment pas offrir une gamme complète de soins U, dans tous les domaines et dans toutes les spécialités. La collaboration entre les HA est dès lors indispensable si l'on souhaite s'assurer que ces derniers remplissent pleinement leur fonction. En raison de l'unicité et des divergences de statuts des HA, il est nécessaire d'approfondir les coopérations au-delà des RHCL et l'ancrage dans les RHCL pour continuer à garantir la qualité et la complémentarité des établissements universitaires dans tous les domaines et disciplines. Nous appelons à un renforcement de la mission de la RUZB/CHAB par une implication accrue des universités/facultés de médecine concernées. Une des missions de ce réseau hospitalier clinique universitaire est de garantir la participation générale des sept HA aux missions de soins suprarégionales et d'en contrôler la qualité.

BIJLAGEN

Bijlage 1

Artikel 4 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als universitaire ziekenhuizen, universitaire ziekenhuisdiensten, universitaire ziekenhuisfuncties of universitaire zorgprogramma's beschouwd, deze welke, gelet op hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten, voldoen aan de voorwaarden gesteld door de Koning en door Hem [bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad] als dusdanig worden aangewezen op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan. Met toepassing van het eerste lid kan slechts één ziekenhuis per universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan worden aangewezen.

Het KB van 7 juni 2004 tot vaststelling van de voorwaarden om te worden aangewezen als universitair ziekenhuis legt de voorwaarden vast waaraan een UZ moet voldoen

- Uitbating: ofwel binnen de universiteit als rechtspersoon ofwel door een andere rechtspersoon die door de universiteit is belast met de uitbating van het ziekenhuis of die hiertoe is aangeduid door wet of decreet, en die in het bestuursorgaan minstens drie leden telt die de universiteit vertegenwoordigen.
- Medische staf: ziekenhuisartsen worden benoemd of aangeduid na verplicht advies van de faculteit geneeskunde. Minstens 70% van de ziekenhuisartsen, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, wordt vergoed door een salaris en is verbonden met het ziekenhuis door een arbeidsovereenkomst dan wel statutair benoemd, en werkt daarenboven voor wat betreft hun klinische activiteiten exclusief in het ziekenhuis of in opdracht van het ziekenhuis (voltijds/bedienden of statutair/exclusief).
- Minstens 70% van de (medische en medisch-technische) diensthoofden zijn houder van een academische aanstelling (met minstens de titel van "docent").

ANNEXES

Annexe 1

Article 4 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins

Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme HA, services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires, ou programmes de soins universitaires, les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui [par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres] sur la proposition des autorités académiques d'une université belge qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet. En application de l'alinéa 1er, un seul hôpital peut être désigné pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.

L'AR du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire énumère les conditions auxquelles les HA doivent satisfaire

- Exploitation : soit par une université disposant d'une faculté de médecine dotée d'un cursus complet ou par une autre personne juridique chargée par l'université de l'exploitation de l'hôpital ou désignée à cet effet par la loi ou par décret, et comptant, dans ses organes de gestion, au moins trois membres représentant l'université.
- Staff médical : les médecins hospitaliers sont nommés ou désignés après l'avis de la faculté de médecine. Au moins 70 % des médecins hospitaliers, exprimés en équivalents temps plein, sont liés par un contrat de travail ou sont nommés statutairement par l'université, l'hôpital ou les deux et sont en service, pour ce qui concerne leurs activités cliniques, exclusivement au sein de l'hôpital ou pour le compte de celui-ci (à temps plein/employés ou statutaires/à titre exclusif).
- Au moins 70 % des chefs de service (médicaux et médico-techniques) ont une désignation académique (comportant au moins le titre de « professeur »/« chargé de cours »).

- Toepassen van verbintenistarieven onder de voorwaarden van de nationale overeenkomst geneesheren-verzekeringsinstellingen.
- Aanbieden van normaal specialistische zorg en topreferentiezorg, teneinde specifieke pathologieën met de vereiste expertise en infrastructuur te behandelen.
- Deelnemen aan de opleidingsfunctie van de faculteit geneeskunde waarmee het ziekenhuis verbonden is, met name voor wat betreft de algemene klinische opleiding, de vorming en opleiding in de evaluatie van de kwaliteit van de medische zorg, in de beste klinische praktijk en in nieuwe technieken, rekening houdend met de vereisten van de evolutie van de medische wetenschap en een adequate communicatie tussen de arts en de patiënt, evenals een doelmatige aanwending van de middelen, de voortgezette vorming voor reeds erkende huisartsen en erkende specialisten.
- Actief zijn op het gebied van het klinisch onderzoek, de ontwikkeling en de evaluatie van nieuwe medische technologieën, evenals de evaluatie van medische activiteiten.
- Medewerking verlenen aan beleidsondersteunende activiteiten en wetenschappelijke programma's.
- Appliquer les tarifs de l'engagement suivant les conditions stipulées dans l'accord national conclu entre les médecins et les organismes assureurs.
- Proposer aux patients, outre les soins spécialisés normaux, des soins cliniques de référence afin de traiter des pathologies spécifiques avec l'expertise et l'infrastructure requises
- Participer à la fonction de formation de la faculté de médecine à laquelle l'hôpital est lié, à savoir en ce qui concerne la formation clinique générale ; la formation relative à l'évaluation de la qualité des soins médicaux, à la meilleure pratique clinique et aux nouvelles techniques, compte tenu des exigences de l'évolution de la science médicale et de la nécessité d'instaurer une communication adéquate entre le médecin et le patient et d'utiliser efficacement les moyens, la formation continuée pour des médecins généralistes déjà agréés et des spécialistes agréés.
- Être actif dans le domaine de la recherche clinique, du développement et de l'évaluation de nouvelles technologies médicales, ainsi que dans le domaine de l'évaluation d'activités médicales.
- Collaborer, pour des raisons d'expertise, à des activités et à des programmes scientifiques visant à étayer la politique.

Ook algemene ziekenhuizen met universitaire diensten, functie of zorgprogramma zijn onderhevig aan specifieke voorwaarden die vervat zijn in het KB van 7 juni 2004.

Les hôpitaux à caractère universitaire sont également soumis aux conditions spécifiques établies dans l'AR du 7 juin 2004.

Bijlage 2

Algemene principes van de wet van 28 maart 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft.

De krijtlijnen van deze wet kunnen als volgt samengevat worden:

- Tegen 2020 worden er maximaal 25 LKZ opgericht.
- Een LKZ is een geformaliseerd samenwerkingsverband met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee afzonderlijk erkende ziekenhuizen, die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementaire en rationele loco-regionale zorgopdrachten aanbieden. De samenwerking is duurzaam, gestructureerd en niet-vrijblijvend. Er werden 13 netwerken in Vlaanderen, 8 in Wallonië en 4 in BHG (waarvan één "grensoverschrijdend") ingediend. Bijkomend zullen de netwerken inpassen in de onderliggende eerstelijnszones.
- Elk ziekenhuis kan slechts deel uitmaken van één LKZ.
- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen loco-regionale en supra-regionale zorgopdrachten.
- Locoregionale zorgopdrachten zijn opdrachten die in elk LKZ moeten worden aangeboden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene zorgopdrachten (A) die in elk ziekenhuis van het LKZ mogen aangeboden worden en gespecialiseerde zorgopdrachten (S) die niet in elk ziekenhuis van het LKZ mogen worden aangeboden. Het LKZ stippelt het beleid uit en bepaalt in welk ziekenhuis exploitatie van S opdrachten zal plaatsvinden.
- Supra-regionale zorgopdrachten zijn opdrachten die niet in elk LKZ mogen worden aangeboden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen referentie-opdrachten (R) die door alle ziekenhuizen mogen aangeboden worden en universitaire opdrachten (U) die referentie-opdrachten zijn die uitsluitend door UZ mogen aangeboden worden. Supra-regionale zorgopdrachten zullen worden geprogrammeerd. Beslissingen om R opdrachten uit te voeren liggen op het niveau van het individuele

Annexe 2

Principes généraux de la loi du 28 mars 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.

Les éléments saillants de cette loi peuvent se résumer comme suit :

- D'ici 2020 seront établis maximum 25 RHCL.
- Un RHCL est une structure de coopération dotée de la personnalité juridique, composée d'au moins deux hôpitaux agréés indépendants situés dans une même région géographique, et qui proposent des soins de santé de manière complémentaire et rationnelle. Cette collaboration est durable, structurée et assortie d'engagements. Ont été mis en place 13 réseaux en Flandre, 8 en Wallonie et 4 en Région de Bruxelles-Capitale (dont un « transfrontalier »). Les réseaux seront par ailleurs intégrés dans les zones de première ligne correspondantes.
- Chaque hôpital ne peut faire partie que d'un seul et unique RHCL.
- On établit une distinction entre les missions de soins locorégionales et suprarégionales.
- Chaque RHCL doit offrir des missions de soins locorégionales. On établit ici une distinction entre les missions de soins générales (G) que doit proposer chaque RHCL et les missions de soins spécialisées (S) qui ne doivent pas impérativement être proposées dans tous les RHCL. Chaque RHCL élabore sa propre politique et détermine l'établissement hospitalier dans lequel seront prestés les soins S.
- Les missions de soins suprarégionales ne doivent pas obligatoirement être proposées dans tous les RHCL. On établit ici une distinction entre les missions de soins de référence (R) qui peuvent être proposées par tous les hôpitaux et les missions universitaires (U), à savoir les soins de référence qui ne peuvent être proposés que par les hôpitaux académiques. Les missions de soins suprarégionales seront programmées. Le choix de proposer ou non des missions de soins R revient à chaque

ziekenhuis (referentiepunt) en niet op niveau van het LKZ.

hôpital (point de référence) et ne dépend pas du RHCL.