

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 16 december 2021

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/545-2 (\*)

## **Advies van de FRZV inzake de financiering op netwerkniveau van zorgopdrachten en de opdeling van zorgopdrachten in loco- en supraregionale zorgopdrachten**

Namens de Voorzitter,  
Margot Cloet

i.o., Francis Vyncke, diensthoofd MO

Annick Poncé  
directeur-generaal ad interim

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 16/12/2021 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

## Inleiding

De FRZV zal hierbij zijn advies geven op twee adviesvragen die hij recent van u ontving, inzake:

- financiering op netwerkniveau van zorgopdrachten
- de opdeling van zorgopdrachten in loco- en supraregionale zorgopdrachten.

De FRZV wenst ook van de gelegenheid gebruik te maken om te reageren op uw antwoord op zijn eerste deeladvies m.b.t. stimulerende financiering van netwerken.

Het spreekt voor zich dat dit advies niet onafhankelijk kan gezien worden van reeds gegeven adviezen m.b.t. programmatie<sup>1</sup> en netwerkvorming<sup>2</sup>.

### 1. Financiële prikkels ter bevordering van samenwerking binnen de locoregionale ziekenhuisnetwerken

Op 12/10/2021 ontving de FRZV uw antwoord op zijn advies nr. 538 m.b.t. financiële prikkels ter bevordering van samenwerking binnen de locoregionale ziekenhuisnetwerken. De Raad betreurt dat u besloten heeft om het budget van 7 miljoen € tijdelijk te bevriezen en vraagt om deze beslissing alsnog te herzien. De structurele financiering van de netwerkcoördinatie is namelijk noodzakelijk om de netwerkvorming inhoud te kunnen geven.

De Raad neemt akte van uw intentie om deze middelen op een later moment terug in te zetten om de netwerkvorming te stimuleren, eens alle netwerken erkend zijn. De Raad vraagt dat dit budget niet verloren zou gaan voor de sector, gezien de enorme bestaande noden (zowel structureel als one shot)<sup>3</sup>. Indien u deze middelen momenteel niet wenst in te zetten voor de financiering van de coördinatiefuncties, dan zou u deze kunnen inzetten om specifieke extra lasten op ziekenhuisniveau te dekken, bijvoorbeeld in 2022 toevoegen aan de one shot enveloppe voor cybersecurity, ter dekking van de administratieve kosten gelinkt aan de voorbereiding van de hervorming van de nomenclatuur, die potentieel een zeer grote impact heeft op software en administratieve procedures<sup>4</sup> of de extra lasten n.a.v. het KB op de dienst radiofysica<sup>5</sup>. Vanaf 2023 kunnen ze dan terug ingezet worden voor de bevordering van de netwerkvorming.

U vraagt de sector om sociaal ondernemerschap. De Raad benadrukt dat de ziekenhuissector zelf ook vragende partij is om meer sociaal ondernemerschap aan de dag te kunnen leggen, ook binnen de huidige uiterst moeilijke crisiscontext. Dit door het creëren van een duidelijke doelstelling, een flexibel regelgevend kader waarbinnen deze doelstelling kan gerealiseerd worden en een voorspelbaar budgettair kader waarin financiering aanzet tot efficiënte en kwalitatieve zorg.

---

<sup>1</sup> Advies 540 m.b.t. programmatie en de nog verwachte verdere deeladviezen m.b.t. revalidatiebedden en psychiatrische bedindexen.

<sup>2</sup> Advies 538 m.b.t. Financiële prikkels ter bevordering van samenwerking binnen de locoregionale ziekenhuisnetwerken, advies 136 m.b.t. de hinderpalen en incentives voor een samenwerking tussen ziekenhuizen, advies 537 m.b.t. prioritaire behoeften 2022, punt 4. inzake de financiering van de bijkomende kosten gelinkt aan netwerkvorming, advies 459 m.b.t. de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten in de klinische netwerken

<sup>3</sup> Zie ook advies 537 m.b.t. prioritaire behoeften 2022

<sup>4</sup> op een gelijkaardige manier als wat in de vorige legislatuur werd toegepast bij de invoering van de nieuwe financiering voor laagvariabele zorg

<sup>5</sup> Zie ook brief FRZV van 15/9/2021 (ref: CFEH/C/54-2021)

De Raad herhaalt zijn pleidooi om volgende zaken op korte termijn te kunnen realiseren:

- verdere verduidelijking van de finaliteit van deze locoregionale ziekenhuisnetwerken, gezamenlijk door de federale overheid en de deelstaten zodat hier geen tegenstrijdige verwachtingen zouden ontstaan;
- een aanpassing van de regelgeving om de bestaande hinderpalen die de samenwerking tussen de ziekenhuizen verhinderen, weg te werken, in het bijzonder de problematiek van de aanrekening van BTW op samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen en de arbeidsrechtelijke hinderpalen, maar ook de herziening van de normatieve regels en de goedkeuringscascade (die afhangt van de gemeenschappen en gewesten);  
verdere verduidelijking van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet, bijvoorbeeld van de taken en de rol van de hoofdgeneesheer en het in overeenstemming brengen van de procedure voor de verkiezing van de Medische Raad.

De Raad zelf denkt daarbij aan verbetering van kwaliteit en efficiëntie, via een aangepaste organisatie van de locoregionale ziekenhuiszorg. Waar aangewezen kan het netwerk hiervoor kiezen voor subspecialisatie, samenwerking of concentratie.

Tot slot is de Raad van mening dat het van belang is de juiste middelen te gebruiken om ziekenhuizen aan te moedigen binnen het netwerk samen te werken. De Raad is van oordeel dat voorrang moet worden gegeven om op te treden via programmatie en erkenningsnormen (voor de zorgopdrachten die geprogrammeerd zijn) of eventueel via overeenkomsten (voor de niet-geprogrammeerde zorg), omdat dit instrumenten zijn die een betere kwaliteit van zorg stimuleren. De ziekenhuizen zullen dus prioritair aangemoedigd worden om samen te werken voor zorgopdrachten voor dewelke niet (meer) voldaan is aan de kwaliteitsnormen (qua infrastructuur, werking of personeelsomkadering) of die de programmatievolumes niet bereiken. De netwerken zullen zich dan kunnen toelagen op locoregionale zorg naargelang de noden van de patiënten en met het oog op efficiëntie en kwaliteit.

De Raad dankt u in dit kader voor de bijkomende adviesvraag m.b.t. de opdeling in loco- en supraregionale zorgopdrachten, die een eerste stap zet in deze richting. We komen hier in hoofdstuk 2 uitgebreid op terug.

## 2. Opdeling van zorgopdrachten in loco- en supra-regionale zorgopdrachten

### Algemene bemerkingen en timing

De Raad begrijpt de beslissing van de Minister om zich voor de opdeling van de zorgopdrachten te beperken tot de niveaus supra- en locoregionaal (zonder nader onderscheid) gezien de heterogeniteit van de netwerken wat betreft het aantal behandelde patiënten in het zorggebied / hinterland en het aantal deelnemende ziekenhuizen. Ook bij de toepassing van de programmatiecriteria zal hier uiteindelijk mee moeten rekening worden gehouden – en dit zal verschillend zijn voor de loco- versus de supraregionale zorgopdrachten, omdat voor de (meer gespecialiseerde) supraregionale zorgopdrachten, die op een beperkter aantal plaatsen aanwezig zijn, een ruimer recruiteringsgebied geldt.

De Raad deelt de bezorgdheid dat de lijst dynamisch en evolutief in de tijd moet zijn, onder meer in functie van evoluties in de medische technologie. De Raad vraagt bovendien aandacht voor het ganse veranderingsproces. In hoofdstuk 3 volgt een volledig stappenplan. Er is nood aan:

1. Een duidelijke lijst van loco- en supraregionale zorgopdrachten, alsook het proces en de timing waarin deze geregeld zal worden bijgewerkt. Dit is het voorwerp van dit advies.

De Raad vindt dat de labelling van zorgopdrachten als loco- dan wel supraregionaal niet mag gebaseerd worden op de huidige bestaande toestand (want de netwerken zijn net bedoeld om de huidige situatie te optimaliseren), maar o.b.v. een reeks objectieve criteria, die verderop worden gespecificeerd. De lijst is dus een intentieverklaring voor de in de toekomst voorziene wijzigingen in programmatie<sup>6</sup>.

2. Een duidelijke en tijdige communicatie van de verwachte toekomstige programmatie, op advies van de FRZV, met duidelijke afspraken tussen de federale overheid en de deelstaten over de manier waarop de erkenning zal gebeuren om tot een consistent verhaal te komen op basis van transparante criteria (cfr. infra waar we de criteria bespreken). We verwijzen hiervoor ook naar het advies van de FRZV inzake programmatie.
3. Voldoende tijd tussen deze aankondigingen en de verplichte implementatie zodat de ziekenhuizen zich kunnen aanpassen aan de nieuwe realiteit en zodat ook de gevolgen van de veranderingen op sociaal vlak, voor de ziekenhuismedewerkers, voor de patiënt en voor de partners van de eerste lijn correct kunnen worden behandeld. Wanneer wijzigingen in programmatie of andere vormen van regelgeving leiden tot meer concentratie, dan vergt dit een periode van ongeveer 5 jaar om zich aan te passen, gezien de grote uitdagingen op sociaal vlak en wetende dat de afschrijvingstermijn van medisch materiaal 5 jaar bedraagt.
4. Regelmatige bijwerking van zowel de opdeling in loco- en supraregionale zorgopdrachten als bijwerking van de programmatie zelf. De Raad stelt voor dat op advies van de FRZV de lijst met loco- en supraregionale zorgopdrachten bij het begin van elke legislatuur wordt bijgewerkt op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie en inzichten. Indien er onvoldoende wetenschappelijk onderzoek bestaat, dan kan de Minister om bijkomend onderzoek verzoeken, bijvoorbeeld bij het KCE.  
In datzelfde advies stelt de FRZV de lijst van zorgopdrachten voor waarvan de programmatie volgens de sector prioritair dient te worden herzien.  
Indien er voldoende wetenschappelijk onderzoek bestaat en de Minister de prioriteit deelt, dan zal de FRZV gevraagd worden om een specifiek advies ter aanpassing van de programmatie in functie van dit wetenschappelijk onderzoek.

#### Definities en criteria

De FRZV heeft zich strikt gebaseerd op de definities opgenomen in de wet van 28 februari 2019 voor de verdeling tussen loco- en supraregionale zorgopdrachten, tenzij anders aangegeven. Ter herinnering hierbij de definities:

- **zorgopdrachten** : de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medische apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma;
- **locoregionale zorgopdrachten** : zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden
  - = ten minste 25, met ten minste 1 in elk netwerk
- **supraregionale zorgopdrachten** : zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden;

---

<sup>6</sup> In hoofdstuk 3 komen we uitgebreider terug op dit proces

= geen maximum, maar zal niet in alle netwerken worden aangeboden

De FRZV stelt voor om de volgende bijkomende criteria te hanteren om de keuze voor loco- / supra-regionaal te maken:

- toegankelijkheid / proximateit, mobiliteit van de patiënt en continuïteit van zorg
- de mate waarin interventies dringend zijn, het belang van aanrijtiden
- kapitaalintensiteit (duur materiaal, infrastructuur)
- omvang en samenstelling van de doelgroep van patiënten (prevalentie en kritische massa)
- graad van specialisatie, benodigde interprofessionele expertise en complexiteit
- schaarse beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel
- frequentie van de interventie (per patiënt).

De doelstelling is om de zorgopdrachten efficiënt en kwalitatief te kunnen organiseren, binnen het kader van een coherent medisch project.

Aandachtspunten bij deze definities en criteria:

- De labelling van zorgopdrachten als loco- dan wel supraregionaal in dit advies vertrekt niet van de huidige bestaande toestand, maar definieert de intentie hoe het (toekomstig) zorgaanbod zou moeten georganiseerd worden. Het huidig aantal aanbieders (i.e. meer of minder dan 25 in België) vormt m.a.w. op zich géén criterium om een zorgopdracht als loco- dan wel als supraregionaal te omschrijven.
- Het is de bedoeling dat de locoregionale ziekenhuisnetwerken het aanbod aan ziekenhuisdiensten in België rationeel en efficiënt afstemmen op de geobjectiveerde noden per zorgopdracht. Daarom zouden er uitzonderingen moeten kunnen toegestaan worden waarbij sommige specifieke locoregionale zorgopdrachten niet noodzakelijk verplicht binnen elk netwerk moeten georganiseerd worden, mits de verplichting om deze zorgopdracht aan de patiënten van de regio aan te bieden in samenwerking met een ander netwerk. Zo zou een netwerk uitzonderlijk kunnen beslissen om met een naburig netwerk samen te werken om bijvoorbeeld radiotherapie aan te bieden indien de geografische toegankelijkheid hierdoor niet in het gedrang komt. Dit is uiteraard sterk afhankelijk van de lokale situatie (toegankelijkheid, beschikbaarheid).
- de definitie van supraregionale zorgopdrachten laat toe dat in een netwerk meerdere ziekenhuizen eenzelfde supraregionale zorgopdracht kunnen organiseren, indien dit verantwoord is doordat zij hiervoor een voldoende kritische massa aan patiënten behandelen. De Raad onderlijnt expliciet het belang hiervan gezien de heterogeniteit van de netwerken (aantal betrokken ziekenhuizen en aantal behandelde patiënten). Het kan namelijk niet de bedoeling zijn dat zorgopdrachten moeten geconcentreerd worden indien dit kwalitatief of qua efficiëntie nauwelijks meerwaarde oplevert. Er is ook een (menselijke) kost gemoeid met deze concentraties. Tegelijkertijd dient ook hier benadrukt dat het de bedoeling is om het supraregionaal zorgaanbod in België rationeel en efficiënt af te stemmen op de zorgnoden.
- De lijst van zorgopdrachten die aan de FRZV wordt voorgelegd is gebaseerd op dié zorgopdrachten (bedden, diensten, functies, zorgprogramma's, ...) waar momenteel al programmatie- of erkenningsnormen voor bestaan. Voor sommige zorgopdrachten werden deze normen al een aantal decennia geleden vastgelegd. Bijgevolg kunnen ze achterhaald zijn. De inhoud van de in de lijst opgenomen zorgopdrachten zal niet altijd uniform zijn, naar loco- dan wel supraregionale invulling toe. Het is perfect mogelijk dat er binnen bepaalde zorgopdrachten een wijd verspreide toepassing bestaat, naast een meer technologisch

hoogstaande toepassing waarvoor specifieke apparatuur en/of kennis noodzakelijk is. In die zin kunnen binnen een zorgopdracht bepaalde deelopdrachten op locoregionaal niveau aangeboden worden en dienen andere aspecten op supraregionaal niveau georganiseerd te worden. De Raad is betrokken van de huidige definities en heeft maximaal gepoogd om deze loco- of supraregionaal te klasseren. Binnen sommige zorgopdrachten was dit niet mogelijk en pleit de FRZV voor een verdere opsplitsing, een differentiatie. De Raad heeft dit specifiek vermeld bij de betrokken zorgopdrachten en zal in een vervolgadvisie deze opsplitsing, na advies van experts, op korte termijn verder verduidelijken.

- de opdeling tussen loco- en supraregionale zorgopdrachten zal slechts een eerste indicatie zijn, die moet verfijnd worden wanneer de programmatie per zorgopdracht wordt herzien op basis van wetenschappelijk onderzoek. Hierbij kunnen minimale volumes aan behandelde patiënten een rol spelen indien dit op basis van wetenschappelijke evidentie een kwaliteitscriterium betreft, zowel voor sommige loco- als voor supraregionale zorgopdrachten.

#### De lijst met loco- en supraregionale zorgopdrachten

De minister heeft een lijst met loco- en supraregionale zorgopdrachten voorgesteld. De FRZV heeft een aantal opmerkingen op deze lijst. De voorstellen zijn gebaseerd op de toepassing van bovenstaande definities en criteria en de algemene bemerkingen. Gezien het tijdsframe heeft de Raad geen verder onderzoek gedaan naar zorgopdrachten die niet aanwezig waren op deze lijst. De Raad zal verder onderzoeken of (sommige) zorgopdrachten die via RIZIV-conventie gereguleerd worden op termijn ook moeten opgenomen worden in de lijst van loco- versus supraregionale zorgopdrachten.

#### L-bedden

L-bedden zijn opgesteld in diensten voor besmettelijke ziekten. De Raad kan akkoord gaan met het supraregionaal karakter van de bestaande L-bedden maar wenst dat deze thematiek op korte termijn kan herbekeken worden naar aanleiding van de huidige sanitaire crisis, met het oog op een antwoord op deze en toekomstige pandemieën. In dat kader zou een toekomstig zorgprogramma besmettelijke ziekten potentieel locoregionaal ingebed worden.

#### Radiotherapie

De Raad is akkoord met de adviesvraag om radiotherapie als een locoregionale zorgopdracht te beschouwen.

Zoals vermeld bij de algemene bedenkingen, vindt de Raad het wel belangrijk dat een netwerk uitzonderlijk kan beslissen om met een naburig netwerk samen te werken om dergelijke zorgopdracht aan te bieden indien de geografische toegankelijkheid hierdoor niet in het gedrang komt. De huidige definitie van de locoregionale zorgopdrachten laat dit momenteel niet toe.

Bepaalde hooggespecialiseerde types van radiotherapie moeten slechts op een beperkt aantal plaatsen aangeboden worden en situeren zich dus op supraregionaal niveau. De meest sprekende voorbeelden zijn bijvoorbeeld protontherapie of bepaalde gespecialiseerde behandelingen van zeldzame tumoren. De Raad zal, na overleg met experts, tegen maart een bijkomend advies formuleren waarin deze specifieke supraregionale deelopdrachten completer worden opgelijst.

#### PET-scan

De FRZV stelt voor om dit te verschuiven van supraregionaal naar locoregionaal. Er bestaan reeds lange wachtlijsten voor PET-scan en we verwachten een verdere toename van de oncologische problematiek en de indicaties waarvoor PET-scan noodzakelijk is voor diagnosestelling en verdere

opvolging. Uitbreiding van de programmatie is nodig om een meer evenwichtige spreiding van de PET-toestellen te bekomen en zo de geografische toegankelijkheid van deze diensten te verhogen. Tegelijkertijd wijzen wij ook op de noodzaak om het aantal prestaties dat per erkenning kan worden aangerekend, te verhogen om de wachtlijsten te verkorten.

Zoals vermeld bij de algemene bedenkingen, vindt de Raad het wel belangrijk dat een netwerk uitzonderlijk kan beslissen om met een naburig netwerk samen te werken om dergelijke zorgopdracht aan te bieden indien de geografische toegankelijkheid hierdoor niet in het gedrang komt. De huidige definitie van de locoregionale zorgopdrachten laat dit momenteel niet toe.

#### Borstkliniek - coordinatie

De FRZV stelt voor om dit te verschuiven van supraregionaal naar locoregionaal. Het zorgprogramma coördinerende borstkliniek vormt een bovenbouw op het zorgprogramma oncologie, dat als een locoregionale zorgopdracht beschouwd wordt.

De erkenningsnormen van het zorgprogramma coördinerende borstkliniek leggen een activiteitsniveau op van minstens 125 nieuwe gevallen/jaar<sup>7</sup>. Hierdoor heeft er de voorbije jaren reeds een centralisatie van de borstklinieken plaatsgevonden, in combinatie met de mogelijkheid van samenwerking met een satellietborstkliniek. Dergelijk activiteitsniveau biedt al een zekere garantie op vlak van expertise.

Met een incidentie van 10.962 gevallen/jaar<sup>8</sup> van borstkanker en dus de meeste frequente tumor bij vrouwen, is een organisatie van de coördinerende borstkliniek op niveau van het locoregionale ziekenhuisnetwerk te verantwoorden.

#### Zorgprogramma cardiale pathologie

De Raad stelt vast dat de programmatie- en erkenningsnormen voor het zorgprogramma cardiale pathologie in hun geheel moeten herbekeken worden. Deze zijn meer dan 15 jaar oud en de opsplitsing in loco- en supraregionale zorgopdrachten is niet altijd even eenvoudig vast te leggen. Dit vergt nog verder overleg met experts. In afwachting van dit overleg, kan de Raad alvast volgend advies geven.

#### Zorgprogramma cardiale pathologie B1-B2

De Raad gaat akkoord met het voorstel in de adviesvraag om het zorgprogramma B1 en B2 als een locoregionale zorgopdracht te beschouwen.

Zoals vermeld bij de algemene bedenkingen, vindt de Raad het wel belangrijk dat een netwerk uitzonderlijk kan beslissen om met een naburig netwerk samen te werken om dergelijke zorgopdracht aan te bieden indien de geografische toegankelijkheid hierdoor niet in het gedrang komt. De huidige definitie van de locoregionale zorgopdrachten laat dit momenteel niet toe.

#### Zorgprogramma cardiale pathologie B3

---

<sup>7</sup> Koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moeten voldoen om te worden erkend.

<sup>8</sup> incidentie 2019 borstkanker:

[https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2019/Cancer\\_Fact\\_Sheet\\_FemaleBreastCancer\\_2019.pdf](https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2019/Cancer_Fact_Sheet_FemaleBreastCancer_2019.pdf)

De Raad kan akkoord gaan om het zorgprogramma B3 als suprareginaal te beschouwen. Het aantal ingrepen evolueert namelijk in dalende zin waardoor het huidige aanbod zeker niet moet uitbreiden.

De Raad benadrukt de volgende bemerkingen die in dit kader van belang zijn:

- er moet gewaakt worden over een correcte geografische spreiding;
- de definitie van supraregionale zorgopdrachts laat toe dat in een netwerk meerdere ziekenhuizen eenzelfde supraregionale zorgopdracht kunnen organiseren, indien dit verantwoord is doordat zij hiervoor een voldoende kritische massa aan patiënten behandelen (cf supra);
- wanneer wijzigingen in programmatie of andere vormen van regelgeving leiden tot meer concentratie, dan vergt dit een periode van ongeveer 5 jaar om zich aan te passen (cf supra).

### Zorgprogramma cardiale pathologie E

Op termijn lijkt het ons noodzakelijk om een deel van de zorgopdrachten te kunnen samenvoegen en zo een deel van de zorgopdrachten als suprareginaal te kunnen classificeren. Het gaat bijvoorbeeld over ingrepen bij patiënten met zeldzame hartziekten.

Een ander deel van deze zorgopdracht moet echter duidelijk dichtbij de patiënt worden voorzien en is bijgevolg locoreginaal te organiseren. Het gaat bijvoorbeeld over de standaard pacemakerimplantatie.

Bijgevolg vindt de Raad dat ook deze zorgopdracht dient uitgesplitst te worden, om een nauwkeuriger differentiatie tussen een loco- en een suprareginaal deel toe te laten.

Het onderscheid tussen eenvoudige en complexe procedures kan op basis van medische criteria uitgewerkt worden, maar kan ook op basis van de huidige bestaande nomenclatuur. Bij de opsplitsing van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten zal de link tussen zorgprogramma B en zorgprogramma E ook verder gedifferentieerd moeten worden.

Deze opsplitsing kan niet volledig gebeuren binnen het voorziene tijdsbestek voor deze adviesvraag, maar de Raad zal hierover verder advies in winnen bij experts en tegen maart hierover een bijkomend advies formuleren.

De Raad benadrukt de volgende bemerkingen die in dit kader van belang zijn:

- hiervoor zal tevens een aanpassing van de erkenningsnormen van het zorgprogramma cardiale pathologie noodzakelijk zijn, aangezien het enkel kan aangeboden worden als bovenbouw op en binnen de samenhang van een globaal zorgprogramma "cardiale pathologie B" (B1+B2+B3) ;
- de definitie van supraregionale zorgopdrachts laat toe dat in een netwerk meerdere ziekenhuizen eenzelfde supraregionale zorgopdracht kunnen organiseren, indien dit verantwoord is doordat zij hiervoor een voldoende kritische massa aan patiënten behandelen (cf supra);
- wanneer wijzigingen in programmatie of andere vormen van regelgeving leiden tot meer concentratie, dan vergt dit een periode van ongeveer 5 jaar om zich aan te passen (cf supra).



### Pediatische liaison

De functie pediatische liaison wordt als volgt gedefinieerd in het Koninklijk Besluit van 15/11/2010<sup>9</sup>:

‘De functie wordt opgericht in een ziekenhuis dat jonge patiënten met een zware chronische pathologie behandelt, waarvan minimum 50 nieuwe patiënten per jaar onder de 16 jaar met hematologische aandoeningen die een complexe behandeling noodzakelijk maken zoals onder meer een stamceltransplantatie.’

Gezien de specifieke patiëntenpopulatie en expertise kan deze zorgopdracht in tegenstelling tot de adviesvraag als suprareginaal gecatalogeerd worden.

### Weefselbanken

Weefselbanken kunnen suprareginaal georganiseerd worden voor zover de mogelijkheid van weefseldepots voor botbanken op locoreginaal niveau blijft bestaan. Vooral in het kader van orthopedische heilkunde is het belangrijk dat deze weefseldepots beschikbaar zijn in het ziekenhuis waar de orthopedische ingreep plaatsvindt.

Voor niet-gereguleerde zorgopdrachten kan de Raad nog geen definitieve standpunten innemen maar wel voorlopig volgend advies geven:

### Robotchirurgie

De Raad merkt vooreerst op dat deze term verschillende ladingen dekt en eigenlijk niet voldoende precies is. De Raad vermoedt dat de term in deze context verwijst naar bijvoorbeeld chirurgie die in het kader van bijvoorbeeld urologie gebruik maakt van de “Da Vinci” robottechnologie. De facto wordt deze robotchirurgie reeds uitgevoerd op locoreginaal niveau. Het gaat eigenlijk om een hulpmiddel, waarvoor de use cases in de nabije toekomst nog gaan uitbreiden. De Raad beschouwt dit als een hulpmiddel om bepaalde zorgopdrachten te kunnen vervullen, dit niet dient geprogrammeerd te worden.

### Traumacentra

De Raad kan zich in dit stadium nog niet uitspreken over deze zorgopdracht, aangezien het nog onduidelijk is welke verschillende niveaus van traumazorg gehanteerd zullen worden.

Samenvattende tabel van voorstel van wijziging van de lijst van de adviesvraag:

<b>Zorgopdracht</b>	<b>Voorstel in de adviesvraag</b>	<b>Advies van de Raad</b>
L-bedden	suprareginaal	- Suprareginaal - Toekomstig zorgprogramma besmettelijke ziekten op locoreginaal niveau
PET-scan	suprareginaal	locoreginaal
Coördinerende borstkliniek	suprareginaal	locoreginaal
Pediatische liaison	Locoreginaal	suprareginaal

<sup>9</sup> Koninklijk Besluit van 15/11/2010 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie pediatische liaison moet voldoen om te worden erkend

Weefselbanken	suprareginaal	suprareginaal met weefseldepots voor bot op locoreginaal niveau
Robotchirurgie	suprareginaal	Niet te programmeren
Zorgprogramma cardiale pathologie E	suprareginaal	Opsplitsing : deel zorgopdrachten suprareginaal, ander deel locoreginaal
Zorgprogramma cardiale pathologie B3	suprareginaal	Suprareginaal
Radiotherapie	locoreginaal	Locoreginaal, behalve sommige specifieke zorgopdrachten

#### Prioritair te herziene zorgopdrachten

Er is consensus binnen de Raad om voor de zorgopdracht moeder en kind prioritair de programmatie te herzien op basis van de KCE-studie 289a die momenteel door het KCE wordt geactualiseerd. Na de actualisatie van de studie kan de FRZV hierover een wetenschappelijk onderbouwd advies formaliseren.

De FRZV is momenteel ook bezig met het formuleren van een advies over de programmatie van de revalidatiebedden en sommige psychiatrische bed indexen.

De Raad beraadt zich over eventuele andere prioritaire zorgopdrachten waarvoor de programmatie op relatief korte termijn kan herzien worden.

### 3. Next steps en financiering op netwerkniveau van zorgopdrachten

Het is belangrijk om stap voor stap te werken naar meer samenwerking tussen ziekenhuizen en hiervoor de juiste middelen in te zetten. Dit zal niet disruptief gebeuren, maar evolutief en mits duidelijke communicatie op voorhand zodat de sector weet waaraan men zich kan verwachten. Alleen zo zal de netwerkvorming succesvol kunnen bijdragen tot meer efficiënte en kwalitatieve zorg. Hierbij de next steps:

- Vooreerst dienen de bestaande wettelijke obstakels tot samenwerking worden weggewerkt (cfr. hoofdstuk 1).
- De coördinatiefuncties van de netwerken moeten correct worden gefinancierd
- Vervolgens moet prioriteit worden gegeven aan maatregelen via programmatie en erkenningsnormen, die instrumenten zijn die tot een betere kwaliteit van de zorg kunnen leiden. Ziekenhuizen zullen dus in de eerste plaats worden aangemoedigd<sup>10</sup> om samen te werken voor de zorgopdrachten waarvoor niet (meer) aan de kwaliteitsnormen of programmatievolumes wordt voldaan. De netwerken zullen zich dan kunnen organiseren naar gelang van de noden van de patiënten en met het oog op efficiëntie en kwaliteit, in dit in een evolutief proces (zie hoofdstuk "algemene opmerkingen en tijdschema").

De in hoofdstuk 2 geformuleerde voorstellen vormen hiervoor een belangrijke basis.

De financiering zal vervolgens aangepast worden aan de nieuwe programmatie- en erkenningsnormen of aan de nieuwe terugbetalingsmodaliteiten (niet-geprogrammeerde zorgopdrachten). De financiering kan elementen bevatten die aanzetten tot meer samenwerking. Zolang de wettelijke financiële verantwoordelijkheid en de operationele verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg op het niveau van het ziekenhuis blijft, zoals vandaag het geval is, dient de financiering van de zorgopdrachten a priori op het niveau van het individueel ziekenhuis te worden berekend. In geval

<sup>10</sup> Door de federale overheid en de deelstaten, die hierover in nauw overleg samenwerken

van transfer van zorgopdrachten tussen ziekenhuizen en dus overdracht van de erkende diensten of functies, zal er de facto een verschuiving van financiering tussen ziekenhuizen ontstaan.

Hieronder stelt de Raad een stappenplan voor de implementatie van te herziene geprogrammeerde zorgopdrachten voor.

1. Start legislatuur: op basis van advies FRZV, lijst van zorgprogramma's waarvoor de programmatie prioritair wordt herzien en waarvoor voldoende wetenschappelijk onderzoek bestaat
2. Bevestiging door de minister van de prioritair te herziene zorgopdrachten
3. Advies FRZV o.b.v. wetenschappelijk onderzoek over de betrokken zorgopdracht
4. Aanpassing programmatie van de betrokken zorgopdracht en, indien nodig, de minimale volumes, na overleg met de deelstaten i.v.m. eventuele aanpassing van de erkenning
5. Aanpassing erkenning voor de betrokken zorgopdracht.

wanneer wijzigingen in programmatie of andere vormen van regelgeving leiden tot meer concentratie, dan vergt dit een periode van ongeveer 5 jaar om zich aan te passen (cf supra).

6. Financiering aanpassen aan de nieuwe normen
  1. Aanpassen aan nieuwe programmatie- en erkenningsregels. De financiering responsabiliseert en ondersteunt kwaliteit en efficiëntie.
  2. De financiering van de zorgopdracht blijft a priori berekend op het niveau van het individuele ziekenhuis, omdat de financiële en operationele verantwoordelijkheid op het niveau van het ziekenhuis ligt. Na transfer van zorgopdrachten tussen ziekenhuizen, zal er sowieso automatisch een concentratie van de financiering bij één of meerdere van de netwerkziekenhuizen ontstaan.

De Raad zal in een vervolgadvisie nadenken over de manier waarop de sector maximaal kan betrokken worden bij deze werkzaamheden.

-----