

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 21 april 2022

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/552-2 (*)

**Advies van de FRZV over de garantie van een aanrijtijd van maximum 30
minuten voor 90% binnen het geografisch gebied dat door het locoregionaal
ziekenhuisnetwerk bestreken wordt**

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 21/04/2022 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

1. Antwoord van de minister op advies FRZV 16/12/2021

De FRZV ontving op 14/03/2022 het antwoord van de minister op het advies 545-2 van 16/12/2021 inzake de financiering op netwerkniveau van zorgopdrachten en de opdeling van zorgopdrachten in loco- en supraregionale zorgopdrachten.

De FRZV is tevreden dat tegemoetgekomen werd aan de vraag van de FRZV om duidelijkheid te scheppen over de kwalificatie van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten.

De FRZV betreurt dat de minister in het ontwerp van Koninklijk Besluit geen rekening gehouden heeft met een aantal bekommernissen van het vorig advies en wil graag nog terugkomen op een aantal items:

- De minister herhaalt in zijn antwoord dat de wetgever heeft bepaald dat alle locoregionale zorgopdrachten binnen het locoregionale ziekenhuisnetwerk moeten aangeboden worden. Volgens de FRZV verhindert deze bepaling niet de mogelijkheid om een zorgopdracht aan te bieden via een samenwerkingsovereenkomst. De FRZV betreurt dat de minister deze interpretatie niet gevolgd heeft. De FRZV stelt, net als in het vorig advies, dat voor sommige zorgopdrachten de Koning uitdrukkelijk zou moeten voorzien dat de naleving van deze voorwaarde (met name de verplichting om de zorgopdracht binnen het ziekenhuisnetwerk aan te bieden), kan gebeuren door het afsluiten van een samenwerkingsovereenkomst op voorwaarde dat dit de toegankelijkheid voor de patiënt niet in gedrang brengt. Dit geldt in het bijzonder voor zorgopdrachten waarvoor een strikte toepassing van een verplicht aanbod in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk een uitbreiding van het ziekenhuiszorgaanbod zou impliceren, zonder dat er indicaties zijn voor tekorten in het betrokken ziekenhuiszorgaanbod noch voor suboptimale toegankelijkheid voor de patiënt.
- In het voorstel van lijst van de FRZV van 16/12/2021 met locoregionale en supraregionale zorgopdrachten werd de PET-scan als locoregionale zorgopdracht gekwalificeerd. In het ontwerp KB wordt de PET-scan als supraregionale zorgopdracht gekwalificeerd. De FRZV onderschrijft het belang van een optimaal gebruik van de huidig beschikbare capaciteit. Tegelijk wil de FRZV nogmaals de aandacht vestigen op het belang van een globaal aanbod inzake oncologie binnen een oncologisch centrum, waarvan de PET-scan een essentieel onderdeel vormt, alsook op de historische onevenwichtige verdeling van de PET-scans. Daarnaast zijn er ook een aantal niet-oncologische indicaties.
- Voor wat betreft het zorgprogramma cardiale pathologie E is de FRZV nog steeds vragende partij om na overleg met de experts, een bijkomend advies te formuleren over de uitsplitsing van dit zorgprogramma in een supra- en locoregionaal deel.
- De FRZV gaf in zijn advies aan dat de lijst van zorgopdrachten dynamisch en evolutief moest zijn, onder meer in functie van de evolutie van de medische technologie. Zij stelde ook een stappenplan voor. De FRZV wil het belang van een dynamische lijst nogmaals benadrukken, aangezien we dit niet terugvinden in het ontwerp KB.

2. Adviesvraag van 14 maart 2022 over artikel 3 in het ontwerp van Koninklijk Besluit tot kwalificatie van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod ervan

De minister vraagt het advies van de FRZV over artikel 3 in het ontwerp van KB:

De in artikel 1 bedoelde zorgopdrachten (nvdr: i.c. de locoregionale zorgopdrachten) worden in het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk derwijze aangeboden dat een aanrijtijd van maximum 30

minuten voor 90% van de burgers binnen het geografisch gebied dat door het bedoeld ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, is gegarandeerd.

De FRZV heeft in haar advies 545-2 van 16/12/2021 een aantal bijkomende criteria voorgesteld om de keuze tussen loco- en supraregionaal te maken:

- Toegankelijkheid/proximiteit, mobiliteit van de patiënt en continuïteit van zorg
- De mate waarin interventies dringend zijn, het belang van aanrijtijden
- 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 vraag van de minister heeft betrekking op de eerste twee criteria van het advies.

De FRZV formuleert volgend advies m.b.t. artikel 3 van het ontwerp van KB:

1. Algemene bedenkingen

De FRZV is van mening dat het bewaken van de toegankelijkheid van het aanbod van kwalitatieve ziekenhuiszorg de verantwoordelijkheid van de locoregionale ziekenhuisnetwerken zelf is.

De FRZV verwijst hiervoor naar de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008, artikel 17/2, 1^e lid, 1^o tot 3^o:

Het beheer van het locoregionaal klinisch netwerk heeft volgende opdrachten:

- 1^o het bepalen van de strategie inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten;
- 2^o de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;
- 3^o de toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben;

DE FRZV meent dat de toegankelijkheid, in casu een aanrijtijd van 30 minuten, vanuit het perspectief van de patiënt, bekeken moet worden. Zo kan een netwerk dat overlapt met een ander netwerk, een zorgopdracht aanbieden aan de rand van het netwerk. Als dit principe bekeken wordt vanuit het standpunt van het netwerk, kan de mogelijkheid bestaan dat de toegankelijkheid minder gegarandeerd wordt, maar dat het andere netwerk deze gap kan dekken. En dat dus voor de patiënt de toegankelijkheid gegarandeerd wordt. Omgekeerd kan door de beslissing van een netwerk of 2 netwerken om (tegelijkertijd) een zorgopdracht te verplaatsen deze toegankelijkheid, in gedrang komen. De vraag stelt zich dan op welke manier beslist wordt waar welke zorgopdracht door welk ziekenhuisnetwerk en op welke plaats opgenomen moet worden.

Daarom is de FRZV van mening dat de gefedereerde overheden, die bevoegd zijn voor erkenning een rol te spelen hebben in de planning van het zorgaanbod en de toegankelijkheid.

Daarnaast vraagt de FRZV ook af wat de implicaties van het voorgestelde criterium zijn op het huidige zorgaanbod. Als een dekkingsgraad van 90% binnen de 30 minuten gevraagd wordt voor alle zorgopdrachten, kan dit ook leiden tot noodzaak van een bijkomend aanbod van locoregionale zorgopdrachten op nieuwe locaties en allicht ook minder efficiënte inzet van middelen.

Een aangepaste investering vanuit publieke middelen in bijv. vervoerskosten dient – zeker voor de meest kwetsbaren, voor zij met de hoogste nood en/of voor de (potentiële) 10% – overwogen opdat kwaliteitsvolle zorg toegankelijk is voor iedereen.

2. Zinvolheid van aanrijtijden voor alle locoregionale zorgopdrachten

De garantie op gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg waarborgen door het voorzien van maximum aanrijtijden voor alle locoregionale zorgopdrachten heeft niet altijd een meerwaarde, zeker in het geval van meer gespecialiseerde, niet-urgente zorg. Voorbeelden hiervan zijn de Sp-diensten, inzonderheid voor gespecialiseerde revalidatie alsook het zorgprogramma reproductieve geneeskunde A. Het nut van het vastleggen van een dergelijk geografisch criterium voor alle zorgopdrachten is niet aangetoond en lijkt volgens de FRZV ook niet nodig.

Toegankelijkheid van de zorg heeft niet alleen te maken met aanrijtijden. Elementen zoals het soort populatie (bv fragiele en chronische patiënten), de frequentie van de behandelingen en bezoeken (bv dialysepatiënten) en de mobiliteit van de patiënt (die al dan niet beroep kan doen op mantelzorgers voor vervoer) spelen een (minstens) even belangrijke rol.

Over het belang van aanrijtijden voor tijdskritische aandoeningen bestaat al heel wat evidentie in de internationale, wetenschappelijke literatuur. Het gaat hier meer bepaald over het First Hour Quintet¹, met name harststilstand, acuut myocardinfarct, ernstig trauma, beroerte en ernstige ademhalingsproblemen. Voor deze tijdskritische aandoeningen is het tijdstip tussen het voorkomen van de aandoening en de opstart van de correcte behandeling in het ziekenhuis in hoge mate bepalend voor de outcome. Het ziekenhuis in kwestie moet snel over accommodatie en expertise kunnen beschikken voor het leveren van adequate urgente zorg en een adequate pre-hospitaal triage is cruciaal.

Toegepast op de locoregionale zorgopdrachten gaat dit in eerste instantie over de beschikbaarheid van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, waar de eerste urgente zorgen toegediend kunnen worden. Dit gaat bij voorkeur gepaard met prehospitaalrichtlijnen zodat de patiënt preferentieel en indien haalbaar voor de dekking van de dringende geneeskundige hulpverlening, onmiddellijk vervoerd wordt naar het ziekenhuis, dat instaat voor deze zorgopdrachten.

Binnen de dringende geneeskundige hulpverlening is er een SLA vooropgesteld waarbij bij 90 procent van alle oproepen de ambulance binnen gemiddeld 15 minuten ter plaatse zou moeten zijn.

Als men bij de programmatie van de dringende geneeskundige hulpverlening deze SLA zou hanteren en toepassen dan is de toegankelijkheid gegarandeerd en worden de aanrijtijden die instaan voor tijdskritische aandoeningen opgevangen. Nu is er enkel nog maar een programmatie voor de MUG's.

Indien deze principes toegepast worden, is de FRZV van mening dat het opleggen van maximum aanrijtijden voor de zorgopdrachten, die instaan voor de opvang van tijdskritische aandoeningen, opgevangen wordt door de SLA van de dringende geneeskundige hulpverlening. Dit type patiënten wordt ook meestal vervoerd met de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening.

Besluit

De FRZV is van mening dat het niet relevant is om een dergelijk geografisch criterium voor alle zorgopdrachten te voorzien.

¹ https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_frep_07_en.pdf

De FRZV erkent dat voor tijdskritische aandoeningen het vastleggen van maximum aanrijtijden zinvol kan zijn. Echter, voor tijdskritische aandoeningen, wordt bijna steeds beroep gedaan op de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening. In de programmering van de dringende geneeskundige hulpverlening zou rekening gehouden moeten worden met aanrijtijden zodat het bijkomend opleggen van maximum aanrijtijden voor deze aandoeningen geen meerwaarde heeft.

3. Technische verduidelijkingen

Indien er toch gekozen zou worden om de bepaling van artikel 3 te behouden, wijst de FRZV op de noodzaak van een aantal verduidelijkingen om de impact van de volledige draagwijdte van het ontwerp-KB in al haar geledingen op een correcte manier te kunnen inschatten.

Titel

De FRZV geeft aan dat de huidige titel van het ontwerp-KB ten onrechte uitgaat van de veronderstelling dat de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zelf kunnen beslissen over de spreiding van de referentiepunten waar supraregionale zorg wordt aangeboden. Een supraregionale zorgopdracht is bedoeld om te worden aangeboden door een ziekenhuis, gekwalificeerd als referentiepunt (art. 14/1, 5°). Het betrokken ziekenhuis beslist zelfstandig of het deze supraregionale zorg aanbiedt.

De FRZV benadrukt dat dit niet het gevolg is van een beslissing genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De netwerken beslissen over “de keuze van de referentiepunten, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten” (punt 4° van art. 17/2 Ziekenhuiswet). Deze bevoegdheid laat evenwel niet toe om binnen het geografisch aaneensluitend gebied waarvoor het netwerk verantwoordelijk is de spreiding van de referentiepunten te waarborgen. Het is dus niet correct om supraregionale zorgopdrachten voor te stellen als zorgopdrachten waarover door het netwerk kan beslist worden over de wijze waarop zij moeten aangeboden worden.

De FRZV stelt daarom de volgende aanpassing aan de titel voor:

Koninklijk Besluit tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van (bepaalde) locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Timing

Aangezien in de aanhef van het ontwerp-KB wordt verwezen naar artikel 14/4, eerste en derde lid van de gecoördineerde wet, wordt deze bepaling beschouwd als een organieke erkenningsnorm: een “basiskenmerk” dat de federale overheid vastlegt onder haar bevoegdheid op het gebied van de organieke wetgeving en dat de gefedereerde entiteiten zullen moeten respecteren bij erkenning en bij het vaststellen en toepassen van hun eigen erkenningsnormen. Artikel 14/4 derde lid voorziet immers dat “De Koning de locoregionale zorgopdrachten nader kan omschrijven en de erkenningsnormen kan bepalen.”

De FRZV pleit daarom voor een redelijke overgangstermijn voor artikel 3, die voldoende lang is om alle ziekenhuis-netwerken de mogelijkheid te bieden zich te aligneren, zodat er voldoende afstemming kan zijn met de deelstaten.

Zoals hoger aangegeven is de opdracht van het beheer van de ziekenhuisnetwerken een strategie uit te werken met betrekking tot het aanbieden van locoregionale zorgopdrachten. De verschillende ziekenhuisnetwerken bevinden zich niet allemaal in dezelfde maturiteit van strategie en governance. De netwerken zullen niet allemaal in staat zijn om onmiddellijk bij publicatie uitvoering te kunnen geven aan de bepaling van artikel 3.

Voor de FRZV is de haalbaarheid van de datum van inwerkingtreding van het Koninklijk Besluit afhankelijk van de mogelijkheid tot samenwerking tussen ziekenhuisnetwerken voor bepaalde zorgopdrachten. Afhankelijk of dit voorzien wordt, kan een snellere invoegetreding van artikel 3 beoogd worden.

Begripsverduidelijking

- **Aanrijtijden**

De FRZV vraagt naar verduidelijking over de definitie van het begrip “aanrijtijd”. De FRZV interpreteert dit als de tijd tussen het vertrek van de verblijfplaats van de patiënt tot aan de ingang van het ziekenhuis. De grote verschillen in aanrijtijden tussen een stedelijke of landelijke context, ook de verschillende mogelijke belemmeringen zoals fileproblemen overdag in de steden maken dat de aanrijtijden moeilijk meetbaar zullen zijn. Het hangt ook af van welk type transportmiddel gebruikt wordt: eigen transport (met openbaar vervoer, auto,...) of een middel van de dringende geneeskundige hulpverlening (ziekenwagen, helikopter,...).

De FRZV stelt voor om als referentie voor de tijdskritische aandoeningen gebruik te maken van de aanrijtijden voor de ziekenwagens, die momenteel binnen het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening gebruikt worden, waardoor rekening gehouden wordt met de verschillen tussen grootstedelijke gebieden en landelijke gebieden.

- **Burgers**

De vraag stelt zich ook of het relevant is om steeds met de totale bevolking rekening te houden in eventuele berekeningen? Bv voor het zorgprogramma voor kinderen kan het logischer zijn om enkel de bevolking tot 18 jaar mee te nemen. Bovendien is het woord ‘burger’ slecht gekozen: dit dekt immers niet de volledige populatie (minderjarigen, buitenlanders,...).
