

# CENTRALISATIE

een standpunt



# INHOUDSTAFEL

<b>NATUURLIJKE CONCENTRATIE.....</b>	<b>3</b>
SPECIALISATIES - SUBSPECIALISATIES -HYPER SPECIALISATIE .....	4
UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN.....	7
FUSIES VAN ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISDIENSTEN .....	8
FUSIES VAN ARTSENASSOCIATIES.....	10
KLINISCHE ERKENNING VAN EXCELLENTIE DOOR PEERS.....	11
<b>GESTUURDE CONCENTRATIE.....</b>	<b>13</b>
PROGRAMMATIE .....	15
CONVENTIES.....	33
ERN - ZELDZAME ZIEKTEN.....	46
CONDITIONELE TERUGBETALING MEDISCH INVASIEVE HULPMIDDELEN .....	54
<b>ERVARINGEN VAN ENKELE ANDERE LANDEN MET CENTRALISATIE .....</b>	<b>68</b>
<b>(NEVEN-)EFFECTEN VAN CENTRALISATIE.....</b>	<b>70</b>
<b>ALTERNATIEVEN OM DEZELFDE DOELSTELLINGEN ALS CENTRALISATIE TE BEREIKEN .....</b>	<b>71</b>
<b>BESLUIT .....</b>	<b>72</b>

## NATUURLIJKE CONCENTRATIE

# SPECIALISATIES- SUBSPECIALISATIES-HYPERSPECIALISATIE

## SPECIALISATIES

In een lezenswaardig boekje uit 1957 "Le problème du Médecin Spécialiste" legde de toenmalige Secretaris-Generaal van het VBS, Dokter O. Godin de problematiek uit van de toenmalige artsen-specialisten. Er waren toen zo'n duizendtal artsen die na hun opleiding tot arts een erkenning zochten als specialist. Er bestonden geen officiële instellingen, noch kwalificatiecriteria om erkenningen toe te laten.

Na 7 jaar geneeskunde verwierf men de titel "docteur en médecine, chirurgie et accouchements", "genees-heel- en verloskunde". Maar in de praktijk dekte deze titel de lading niet meer: *" Un décalage qui donne le vertige, comme il donne le frisson, au profane qui apprend que pour s'intituler Chirurgien, point n'est besoin d'un diplôme spécial, et qu'il n'existe aucun contrôle officiel à cet égard. Le titre de Chirurgien peut être porté, en effet par tout docteur en médecine. N'est-il pas aussi un docteur en chirurgie? ... Un docteur en chirurgie qui serait bien en peine, lorsqu'il vient d'être consacré tel d'opérer fût-ce une hernie ou d'ouvrir un tympan. Il existe donc un domaine de l'art de guérir que n'aborde pas l'enseignement facultaire, et ce domaine est tellement vaste, il pousse des prolongements dans des directions tellement lointaines et divergentes, que l'on a dû, progressivement et dans la pratique des choses, le répartir en secteurs suivant des frontières dont certaines manquent encore de précision. Devant l'impossibilité, pour un seul homme, de les aborder tous à la fois, chacun a dû, forcément, limiter son action. Ainsi sont nées les spécialités médicales et les Médecins Spécialistes."*

Over de rol van de Universiteiten in de opleiding was Dr. Godin duidelijk: "On était toujours rêveur devant la passivité des Universités qui ne créaient aucun enseignement dans un domaine scientifique aux dimensions aussi vertigineuses."

Zo werden binnen de schoot van het VBS een aantal "Associations Professionnelles" opgericht. Bijzonder was wel dat cumul mogelijk was met een algemeen geneeskundige praktijk: "Les considérations que nous avons émises au sujet du cumul de la spécialité avec la médecine générale sont ici valables. Cette compétence doit, non seulement s'acquérir, mais aussi se conserver.". Ook een cumul tussen twee specialiteiten was niet ongewoon "connexes par tradition". Als voorbeelden werden gegeven: cumul urologie-dermatologie; cumul ORL-Ophatlmologie, cumul Urologie-Orthopedie. Idem in inwendige geneeskunde: cumul Inwendige Geneeskunde-Pneumologie. Idem in medisch-technische diensten: cumul radiotherapie- fysiotherapie.

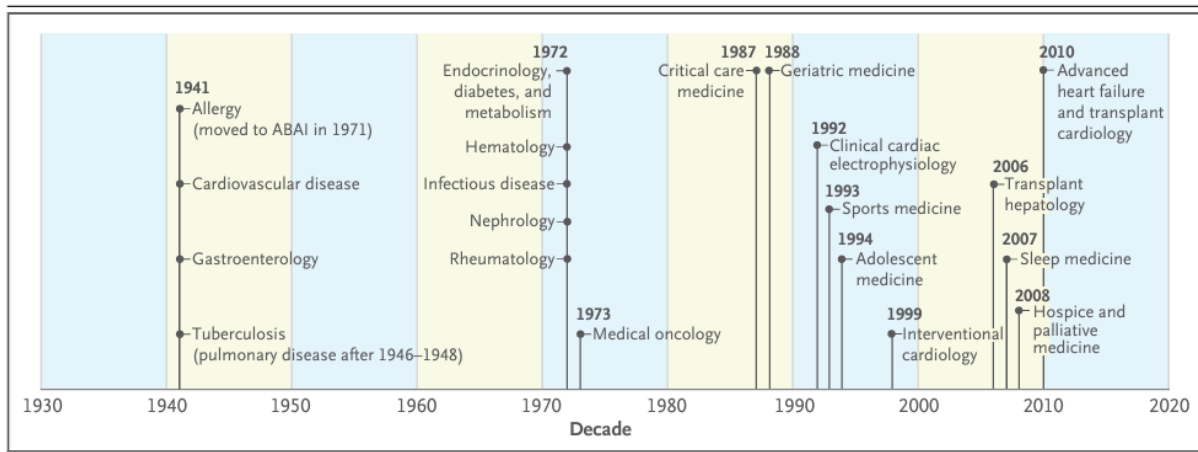
Geen halve eeuw later zijn wettelijke kaders met formele opleidingen tot stand gekomen, is de rol van de universiteiten uitgegroeid tot een ijzeren handgreep wat de opleidingen betreft en bepaalt de overheid in steeds toenemende mate zowel het opleidingsquotum alsook de organisatie waarbinnen de specialistische geneeskunde kan uitgeoefend worden. Interdisciplinair is de silo-gedachte tot stand gekomen en werd normale samenwerking tussen disciplines formeel tot multidisciplinariteit omgedoopt.

## SUBSPECIALISATIE

Het aantal specialisaties blijft steeds evolueren onder invloed van medische kennis en nieuwe medische technologie. De beperking inzake fijnmazigheid wordt opgelegd door natuurlijke factoren als aantallen, taal (toegankelijkheid) en geografie. In een klein land als België ( 11,5 Mio inwoners) zal het veel

moelijker zijn even veel subspecialisaties tot ontwikkeling te laten komen als bv. in China met 1,41 miljard inwoners (2023) waar in het 10th's People Hospital in Shangai de specialisatie dermate is gevorderd dat er bv. één arts niets anders meer doet als Jannetta-operaties en een ander exclusief nog bezig is met parotis-pathologie. Volume en geografische inbedding gaan vaak samen en vormen beperkende factoren of de ontwikkeling natuurlijk dan wel gestuurd verloopt.

In de New England Journal of Medicine van 24 maart 2011 wordt een Editoriaal gewijd aan de evolutie van subspecialisatie in de Inwendige Geneeskunde in de Verenigde Staten.



De figuur geeft de tijdlijn weer waarmee subspecialiteiten werden goedgekeurd door de American Board of Internal Medicine. De vaststelling is duidelijk: het aantal subspecialisaties groeit zienderogen. Sommige takken ontwikkelen zich tot een geheel aparte specialisatie, andere blijven een subspecialisatie.

Er is geen enkele reden om aan te nemen dat deze trend wijzigt. Voor het VBS zal dit een evenwichtsoefening zijn: *“New specialties can benefit both patients and physicians. However, a proliferation of specialties without adequate justification may simply confuse the public without creating a social good. Use of specified criteria, such as those articulated in the (American Board of Internal Medicine) ABIM’s NEDIM (New and Emerging Disciplines in Internal Medicine) reports, can lead to rational decision-making that balances the potential benefit of recognizing more specific expertise with the detriment of fragmentation of the profession.”*<sup>1</sup>

Tot hoever kan subspecialisatie doorgaan? Vanuit het principe – Dr. Godin indachtig – dat de artsenspecialisten zich verticaal verdiepen en de huisartsen zich horizontaal verdiepen in de zorg (“Dans le domaine de la compétence, celle de l’omnipraticien s’étend à l’horizontale, celle du spécialiste à la verticale.”) is er in principe geen limiet aan de mogelijke verdieping. Iedere vooruitgang ven medische kennis en/of medische technologie is een opportuniteit tot subspecialisatie.

De grenzen aan de ontwikkeling van en vooral aan de erkenning van subspecialisaties komen in het zicht wanneer de prevalentie van pathologie schaarser wordt en er tegelijkertijd meer subspecialisaties geclaimd worden: territoriale fricties of identiteitsfricties binnen medische specialismen of tussen medische subspecialismen en centralisatie-oefeningen van de overheid zijn daar een symptoom van.

<sup>1</sup> Cassel, C. K. & Reuben, D. B. (2011). The New England Journal of Medicine, 364 (12), 1169-1173.

## HYPERSPECIALISATIE

Van hyperspecialisatie is er sprake wanneer binnen eenzelfde subspecialisme sommige pathologie spontaan of gestuurd toevertrouwd wordt aan 'individuen' of 'individuele centra' met een uitzonderlijke expertise in een zeldzame techniek of pathologie. In de hoofd-hals-oncologie zullen hoofd-hals tumoren toevertrouwd worden aan equipes met voldoende oncologische know-how en dat binnen referentiecentra (en geaffilieerde centra voor bepaalde onderdelen). Maar voor enkele specifieke tumoren (sarcomen; nasopharynxcarcinoom; maligne sinonasale tumoren; pediatrische hoofdhalscarinomen (< 16j); middenoor- en gehoorgangcarcinomen) wordt een hypercentralisatie voorgesteld. Zelfs de referentiecentra in hoofd-hals-oncologie zullen voor de behandeling van deze tumoren een verdeling moeten afspreken.

## CENTRALISATIE

Met ieder centralisatie-dossier ontstaat – minstens in de maatschappelijke perceptie – een opdeling tussen “de bekwame” en de “minder bekwame” arts-specialist in de topic van de centralisatie, vaak op basis van volume-criteria. Tegelijk ontstaat de roep van de uitverkorenen om hiervoor een aparte “erkenning, certificatie, waardering” te krijgen, een niveau 3 zo mogelijk, of beter nog een niveau 4 of hoger.

In een klein land met weinig recruteringsmogelijkheid kan men argumenteren dat bepaalde aandoeningen moet gelimiteerd blijven tot de universitaire ziekenhuizen, zoals de overheid dit gedaan heeft voor de zeldzame ziekten.

In België zal de opvolging van zeldzame ziekten in de toekomst toevertrouwd worden aan 8 universitaire centra en in handen komen van universitaire professoren. In Frankrijk werd op 9.4.2024 een opiniestuk gepubliceerd door het bestuur van de vereniging voor Inwendige Geneeskunde, waarin gesteld wordt dat alle medisch internisten een sleutelrol hebben in zeldzame ziekten: “Les médecins internistes français ont un rôle de recours et d'expertise dans les maladies dites «orphelines», c'est à- dire rares.”<sup>2</sup>

Specialisatie, subspecialisatie en hyperspecialisatie zijn historisch een natuurlijke vorm van centralisatie en kennen een geografische verschillende invulling.

---

<sup>2</sup> Luc Mouthon, président de la Société nationale française de médecine interne (SNFMI)

## UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN

België telt 7 universitaire ziekenhuizen (UZ's). Alle zeven zijn ze ontstaan uit het samengaan van een medische faculteit en een academisch ziekenhuis. Door de aard van hun opdracht zijn patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs nauw verweven met elkaar. Concentratie van zeldzamere pathologie ontstaat vooral op basis van tertiaire verwijzingen of op basis van spontane aanmeldingen van patiënten via raadpleging. De concentratie van wat zeldzamere pathologie is noodzakelijk om over voldoende studiemateriaal te beschikken voor onderzoek, innovatie en onderwijs.

De 7 universitaire ziekenhuizen zijn:

- CHU de Liège
- Hôpital Erasme
- Cliniques Universitaires St. Luc
- UZ Brussel
- UZ Gent
- UZA
- UZ Leuven

Ze zijn organisatorisch verenigd in de Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België (RUZB) of de Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)<sup>3</sup> die hun gemeenschappelijke belangen naar de overheid toe verdedigt. Op de website van de RUZB wordt vermeld dat in 2018 de 7 universitaire ziekenhuizen samen een omzet hadden van 3,6 miljard euro.

De universitaire ziekenhuizen verlenen een volledig aanbod aan klinische zorg:

- basis specialistische zorg noodzakelijk voor de opleidingsfunctie van medisch specialisten
- complexe en topklinische zorg: dat verschil in zorgniveau is volgens hun terug te brengen tot 4 elementen:
  - o medisch personeel: er is een wettelijke norm die de overlapping tussen faculteit en ziekenhuis vastlegt: minstens 70% van de diensthoofden van elk universitaire ziekenhuis moet een academische titel bezitten.
  - o Paramedische omkadering: de wettelijke norm is hoger in een universitair ziekenhuis: 0,6 voltijds equivalent verpleegkundige per bed in een universitair ziekenhuis tegenover 0,5 VTE in een algemeen ziekenhuis.
  - o Behandeling van complexe aandoeningen: de universitaire ziekenhuizen zijn wettelijk gemachtigd om bepaalde, complexe medische handelingen en behandelingen uit te voeren, die in de meeste andere ziekenhuizen niet mogen worden uitgevoerd. Zo is het uitvoeren van orgaantransplantaties enkel in de 7 universitaire ziekenhuizen toegelaten.
  - o Uitrusting: universitaire ziekenhuizen beschikken in de regel over hoogtechnologische uitrusting in alle domeinen van specialistische zorg.

---

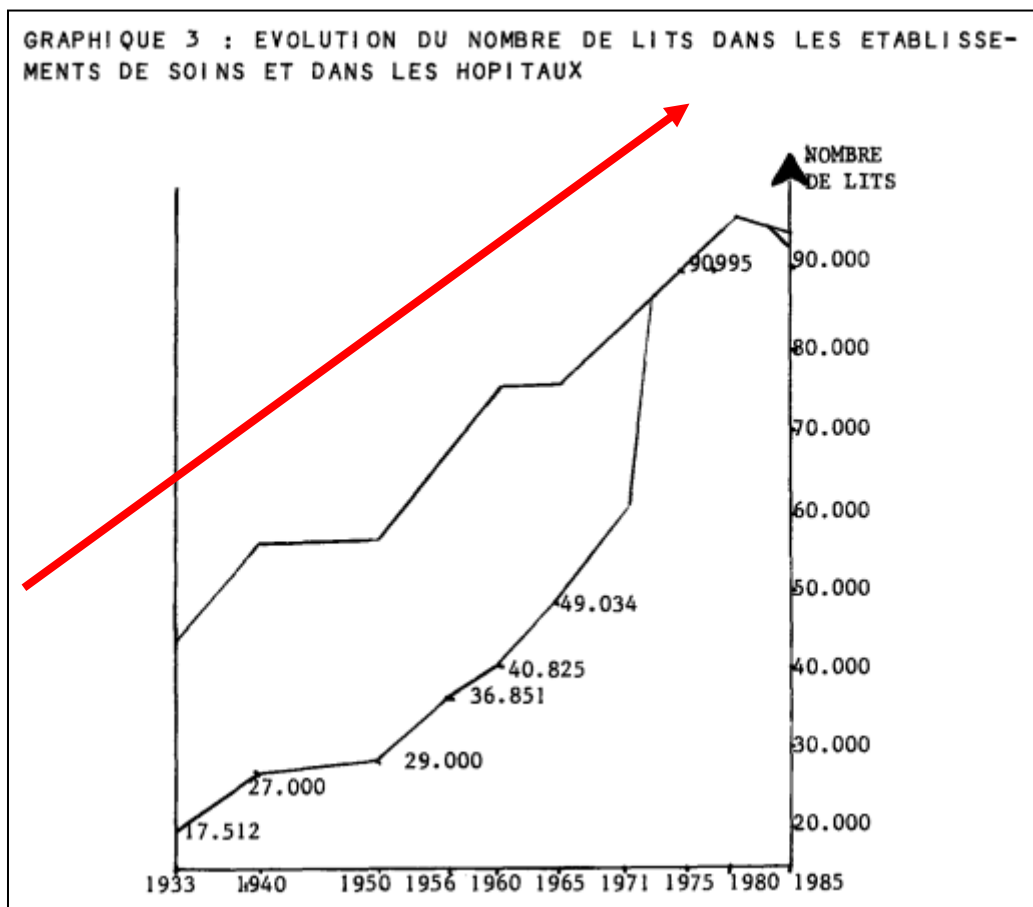
<sup>3</sup> De website van RUZB-CHAB: <https://www.univ-hospitals.be/>



## FUSIES VAN ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISDIENSTEN

Een interessante bijdrage over de historische evolutie van het ziekenhuislandschap in België voor de periode 1945-1985 is terug te vinden in "CRISP. Les hôpitaux en Belgique"<sup>4</sup> en in het boek van Frank Lippens voor wat betreft de periode 1979-2019:"Het geheel is meer dan de som van de delen"<sup>5</sup>.

België heeft een constante groei gekend van het aantal ziekenhuisbedden tussen 1933 – 1980, waarbij 1980 het jaar is geweest met de grootste ziekenhuisbed-capaciteit in België. Dit was een inflectie-punt waarna het aantal bedden progressief is gaan afnemen.



<sup>4</sup> DOI 10.3917/cris.1140.0001

<sup>5</sup> ISBN 978 94 929 4451 1

De afname van het aantal ziekenhuisbedden heeft eveneens geleid tot een afname van het aantal ziekenhuizen en heeft eveneens geleid tot een toename van de ziekenhuisgrootte.

België				
	1988	2008	2018	2024
0-149	87	25	7	2
150-299	116	42	36	26
300-499	34	36	31	22
500-749	17	20	18	18
750-999	5	13	14	14
>1000	2	5	9	12
	<b>261</b>	<b>141</b>	<b>115</b>	<b>94</b>

De duidelijke afname van het aantal ziekenhuizen met een omvang tot 500 bedden en de toename van het aantal ziekenhuizen met een omvang groter dan 500 bedden is een trend die zich ook in de nabije toekomst zal doorzetten.

Het gevolg is dat er zich in de algemene ziekenhuizen een sterkere concentratie van het aantal artsen per medisch specialisme heeft ontwikkeld. Dit heeft toegelaten om subspecialismen te vormen binnen één discipline. De arts-specialist die in de jaren 80 nog het gehele vakgebied overschouwde, is nu een lid van een team die zich meestal toelegt tot één deelgebied van zijn specialisme. Dit zien we zowel in de diagnostische als in de therapeutische disciplines en het geldt zowel haast alle medische specialismen.

Wanneer we naar de website van de dienst cardiologie van het ZOL<sup>6</sup> kijken zien we volgende subdisciplines vermeld staan: interventionele cardiologie, hartkleplijden, echocardiografie, niet-invasieve cardiologie, kindercardiologie, cardiale revalidatie, hartfalen, cardiale intensieve zorgen, intensieve zorgen, cardiac devices, cardio-oncologie, elektrofysiologie, aritmologie, cardiogenetica, aangeboren hartaandoeningen bij volwassenen, cardiale beeldvorming.

Dit is een vorm van natuurlijke spontane concentratie van zorg die zich loco- en supraregionaal organiseert temidden van een fluidum van samenwerkingsverbanden en fusies tussen ziekenhuizen door de jaren heen.

---

<sup>6</sup> [www.zol.be/hartcentrum-genk/artsen](http://www.zol.be/hartcentrum-genk/artsen)

## FUSIES VAN ARTSENASSOCIATIES

In een bijdrage van cardioloog Dr. Eric Wyffels<sup>7</sup>, wordt gesteld dat ziekenhuis-overschrijdende en soms netwerk-overschrijdende samenwerkingen tussen cardiologische associaties noodzakelijk zijn om aan de behoeften op het terrein te voldoen: “Heel wat cardiologische associaties hebben de laatste 2 jaar grote stappen gezet om een ziekenhuisoverschrijdende integratie te bewerkstelligen maar botsen op de inertie van besturen die het gemis aan wettelijk kader aangrijpen om een stilstand te verdedigen. Begrijpelijk uiteraard, maar een oorzaak van veel nodeloze frustratie.....Ons inziens evolueren we niet alleen naar 25 netwerken maar vooral naar 25 ziekenhuisoverschrijdende cardiologische samenwerkingen waar taakafspraken en organisatie van een complementair cardiologisch zorgaanbod het doel moet zijn. De ons omringende landen zijn ons immers voorgegaan.”

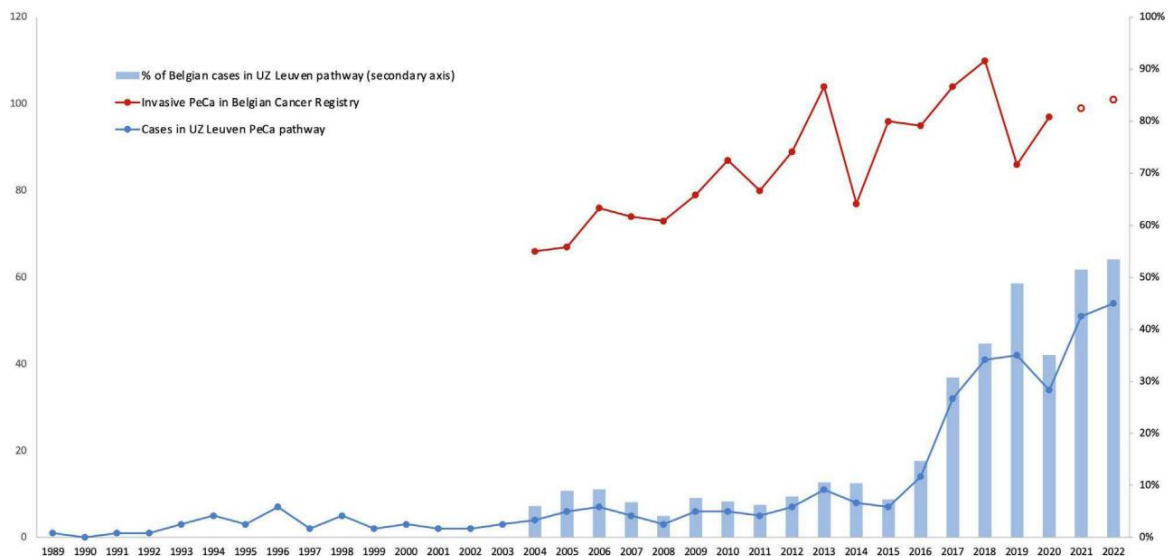
Zowel fusies van ziekenhuizen alsook fusies van artsenassociaties over de ziekenhuizen heen zijn een vorm van natuurlijke centralisatie.

---

<sup>7</sup> <https://www.tvcidc.be/fr/article/13101003/>

## KLINISCHE ERKENNING VAN EXCELLENTIE DOOR PEERS

Om precies te omschrijven wat hiermee bedoeld wordt, wordt verwezen naar een publicatie van een multidisciplinaire groep artsen uit KUL-UZLeuven die een andersoortige centralisatie bepleiten ivm peniskanker, met name gebaseerd op een “academic-driven” talent-gebaseerde centralisatie en niet een vanbovenaf opgelegde centralisatie<sup>8</sup>.



**Fig. 2 – Comparison of the number of patients with penile cancer (PeCa) enrolled in the UZ Leuven care pathway and the overall number of Belgian patients with PeCa by year. National data for patients with a new diagnosis of invasive PeCa were provided by the Belgian Cancer Registry [26]. Data for the overall number of patients with PeCa treated at UZ Leuven between 1989 and 2004 were retrospectively collected, and the UZ Leuven institutional registry was queried for cases since 2004, including noninvasive PeCa cases.**

Bovenstaande figuur geeft het aandeel behandelde peniskankers binnen het UZL-centrum weer ten opzichte van het totaal aantal geregistreerde peniskankers in België. De auteurs stellen hun werkwijze voor als een alternatief voor de overheid-gestuurde centralisatie (government-driven) die vooral regulerend werken middels wettelijke kaders ontwikkeld door politici en beleidsmakers. De auteurs zijn artsen die rond peniskanker op Europees en Belgisch niveau guidelines hebben (mee) ontwikkeld, multidisciplinaire teams hebben samengesteld, met een substantiële rol voor anatomopathologie voor de supraregionale tweede lezing van eerste diagnostiek en organisatie van fellowships. Zo zijn ze erin geslaagd patiënten, ook van verdere afstanden te recrutereren via verwijzingen.

Een tweede voorbeeld van academic-driven concentratie van zorg betreft ovarium-kanker waar de UCL een netwerk van gynecologische oncologische chirurgie heeft opgericht met een gemeenschappelijke aanpak van ovariumkanker met in totaal 6 centra die deelnemen in deze UNGO<sup>9</sup>.

Naast dienst-gebonden erkenning kan het ook gaan om individuele erkenning van artsen voor een specifieke pathologie binnen de discipline. De individuele erkenning is vaak gebaseerd op een

<sup>8</sup> (Pecoraro A, Elst L, Roussel E, Miletic M, Vanthoor J, De Ridder D, Van Rompuy AS, De Cuyper E, Dumez H, De Meerleer G, de Wever L, Goffin K, Van Poppel H, Joniau S, Albersen M. Impact of the Standardization of Penile Cancer Care on the Quality of Care, Outcomes, and Academic-driven Centralization in a Single eUROGEN Referral Center. Eur Urol Focus. 2023 Aug 1:S2405-4569(23)00175-X. doi: 10.1016/j.euf.2023.07.003. Epub ahead of print. PMID: 37537111.).

<sup>9</sup> Luyckx M et al Int J Gynecol Cncr 2023;0:1-7; doi:10.1136/ijgc-2023-004401

congruentie van **reputatie en status**<sup>10</sup>. Een typisch voorbeeld is een bepaald type letsel bij voetballers of wielrenners die behandeld willen worden door zorgverleners die binnen die sportwereld een reputatie hebben opgebouwd.

Een ander voorbeeld is de universiteitsprofessor die over één bepaalde aandoening klinisch-wetenschappelijk onderzoek heeft gedaan, er zijn levenswerk van gemaakt heeft en zowel op internationale alsook op nationale fora de erkenning geniet als dé specialist voor een bepaalde pathologie. Binnen universitaire middens wordt hierbij gekeken naar de h-index. Maar ook in de wetgeving rond zeldzame aandoeningen is het hebben van een minimale h-index een vereist criterium.

---

<sup>10</sup> DOI: 10.1002/smj.2116

## GESTUURDE CONCENTRATIE

Er zijn in België een viertal vormen van gestuurde concentratie of centralisatie van zorg:

- Programmatie
- Conventie
- ERN- Zeldzame Ziekten
- Conditionele terugbetaling medisch invasieve hulpmiddelen

Concentratie via programmatie vergt wetteksten met politieke sturing en administratief-bureaucratische inzet op basis van aanvragen vanuit wetenschappelijke, universitaire of maatschappelijke hoek. Dit geldt ook voor ERN.

Conventies zijn een soepele vorm voor financiering van zorgprocessen gebonden aan criteria en worden op RIZIV-niveau afgesloten, al dan niet geënt op programmatie.

De aanvragen voor terugbetalingen van implantaten en medisch invasieve hulpmiddelen gebeuren meestal vanuit de industrie.

Op zich is niets mis met gestuurde vormen van concentratie als daarmee het principe wordt bereikt van : de juiste zorg op de juiste plaats. Wat minder goed in kaart wordt gebracht zijn de neveneffecten op korte en lange termijn. Ook concentratie van zorg zal – zoals alle beleidsbeslissingen- positieve en negatieve effecten genereren.

## PROGRAMMATIE

Historisch werd programmatie ingevoerd om het aanbod van diensten, bedden, medisch-technische apparatuur te beheersen en zo de uitgaven te beheersen. Het primum movens was niet de volume-outcome grafiek die nu vaak als basis voor concentratie van zorg wordt gehanteerd.

De instantie die zich bezighoudt met het advies aan de Minister inzake programmatie en erkenning is de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmatie. De basis vinden we in het KB van 10 juli 2008<sup>11</sup>.

De meeste diensten of functies die via programmatie tot stand kwamen vinden we terug in de supraregionale zorgopdrachten zoals opgesomd in het KB van 23 NOVEMBER 2022<sup>12</sup>.

In dit KB worden onder Art 1. De locoregionale zorgopdrachten en onder Art. 2 een lijst van supraregionale zorgopdrachten geformuleerd:

“ Artikel 1. De hierna vermelde zorgopdrachten worden gekwalificeerd als locoregionale zorgopdrachten:

1° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisdiensten :

- a) de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D);
- b) de dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C);
- c) de dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E);
- d) de dienst materniteit (kenletter M);
- e) de dienst Geriatrie (kenletter G);
- f) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme cardiopulmonaire aandoeningen;
- g) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme locomotorische aandoeningen;
- h) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme neurologische aandoeningen;
- i) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme palliatieve verzorging;
- j) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme chronische aandoeningen;
- k) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme psychogeriatrische aandoeningen;

2° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisfuncties :

- a) de functie ‘eerste opvang van spoedgevallen’;
- b) de functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’;
- c) de functie ‘mobiele urgentiegroep’ (MUG);
- d) de functie van palliatieve zorg;
- e) de functie voor intensieve zorg;

---

<sup>11</sup> 10 JULI 2008. — Koninklijk besluit houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, Belgisch Staatsblad 07.11.2008 p. 58624-58682

<sup>12</sup> 23 NOVEMBER 2022- 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 locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, gepubliceerd op 1.12.2022, Belgisch Staatsblad p. 88766- 88769



- f) de functie van lokale neonatale zorg (N\*-functie);
- g) de functie 'chirurgische daghospitalisatie';
- h) de functie 'niet-chirurgisch daghospitalisatie';
- i) de functie 'lokale donorcoördinatie';
- j) de functie van ziekenhuisapotheek;
- k) de functie van ziekenhuisbloedbank.

3° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medisch-technische diensten :

- a) de medisch-technische dienst radiotherapie;
- b) de medisch-technische dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld;
- c) de dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld;
- d) de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie erkend als medisch-technische dienst meerbepaald voor volgende zorgopdrachten : de klassieke hemodialyse in ziekenhuisverband, de thuisdialyse, de collectieve autodialyse en de chronische ambulante peritoneale dialyse;

4° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende zorgprogramma's :

- a) het zorgprogramma voor oncologische basiszorg;
- b) het zorgprogramma voor oncologie;
- c) het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker;
- d) het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (satellietborstkliniek);
- e) het zorgprogramma voor kinderen;
- f) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' A;
- g) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' B, deelprogramma B1 (invasieve diagnostiek);
- h) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' B, deelprogramma B2 (interventionele, niet-chirurgische therapie);
- i) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' P (pacemakertherapie);
- j) het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde' A;
- k) het basiszorgprogramma 'acute beroertezorg';
- l) het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Art. 2. De hierna vermelde zorgopdrachten worden gekwalificeerd als supraregionale zorgopdrachten:

1° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisdiensten :

- a) de dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L);
- b) de dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC);
- c) de sectie voor tuberculosebehandeling die in de algemene ziekenhuizen gevestigd is (kenletter B (bacillose));

2° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisfuncties :

- a) de functie van regionale perinatale zorg (P\*-functie);
- b) de functie 'zeldzame ziekten';
- c) de functie 'pediatrische liaison';

3° de zorgopdrachten gerelateerd aan de ziekenhuisafdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten';

4° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medische diensten :

- a) het brandwondencentrum;
- b) het transplantatiecentrum;

5° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medisch-technische diensten :

- a) de medisch-technische dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld;
- b) de centra voor menselijke erfelijkheid erkend als zware medischtechnische dienst;

6° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende zorgprogramma's :

- a) het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie;
- b) het satellietzorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie;
- c) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' B, deelprogramma B3 (cardiochirurgie);
- d) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' T (hart- en hartlongtransplantatie);
- e) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' C (congenitale hartafwijkingen bij kinderen);
- f) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' E (electrofysiologie);
- g) het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde' B;
- h) het gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures'.

Wat betreft de Multidisciplinaire Pijn Centra (MPCV's) wordt verwezen naar de website van het FOD<sup>13</sup>. Sinds 1 juli 2013 zijn er 3 niveau's geregeld door het FOD met een financieringsweerslag via het BFM:

- Elk acuut ziekenhuis in België (n=102) krijgt een financiering voor de installatie van een multidisciplinair algologisch team. Deze financiering is geregeld in artikel 63quater van het KB betreffende de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.
- 35 ziekenhuizen krijgen, op basis van een overeenkomst met de FOD Volksgezondheid, een vaste forfaitaire financiering voor de uitbouw van een multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn. Deze lijst is sedert 2013 niet meer herzien.
- Er worden 13 specifieke teams voor aanpak van pijn bij kinderen gefinancierd, eveneens op basis van een overeenkomst met de FOD Volksgezondheid.

Programmatiecriteria worden op federaal niveau bepaald, maar de selectie van de centra gebeurt via de deelstaten, desgevallend met aanvullende erkenningsnormen voor zover deze geen weerslag hebben op de federale bevoegdheden.

In 1963 was het doel van de programmatie nog het wegwerken van het tekort aan infrastructuur, zo schrijft Frank Lippens in zijn boek. Het ging om een 'indicatieve planning' waarbij overheidssubsidies werden bekomen mits de criteria voor het bouwprogramma werd gevolgd. Dit leidde tot een toename van het aanbod, zodat in 1973 de indicatieve planning werd vervangen door de imperatieve of coërcitieve planning. Nu dienden de programmatiecriteria gevolgd, ongeacht het beroep op overheidssubsidies. De criteria betreffen de specialisatie, de capaciteit, de uitrusting, de coördinatie van installaties en de activiteiten.

Bij de programmatie van zware medische apparatuur is het zo dat deze niet mogen worden opgesteld, noch uitgebaat zonder voorafgaande toestemming van de gemeenschappen/gewesten. Die toestemming is vereist binnen en buiten de ziekenhuissector, met of zonder subsidies. De Koning bepaalt, per toestel vermeld op de lijst van zware medische apparatuur, het maximumaantal dat in gebruik mag genomen worden en uitgebaat. Het gaat om: de CT-scan, PET-scan, SPECT-CT, PET-CT, MRI-scan, radiotherapie-apparatuur, dialyse-apparatuur, hartcatheterisatie-apparatuur. Er werd ook een register opgemaakt van de apparatuur om zo eventuele illegale apparatuur te detecteren.

Door de 6<sup>e</sup> Staatshervorming ontstond een opdeling tussen programmatie, financiering en erkenning anderszijds. Hierbij bleek er een leemte te bestaan inzake sanctionering bij overtreding van programmatie- en/of erkenningscriteria. Dit werd opgevangen door artikel 10 uit de Wet diverse bepalingen gepubliceerd op 24.11.2023<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/zorgnetwerken/chronische-aandoeningen/pijnbeleid-het>

<sup>14</sup> BS p. 109991

Via een modificatie van het KB van 10 juli 2008 wordt in een art. 120/1 een bepaling ingelast waarbij ziekenhuizen kunnen gepenaliseerd worden via het BFM indien zij activiteiten uitoefenen zonder dat zij beschikken over een erkenning voor de betreffende ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, medische dienst, medisch-technische dienst of het betreffende zorgprogramma. De uitvoeringsbesluiten hiervan zijn nog niet vastgelegd.

Een goede referentie om een bundeling te hebben van de erkenningsnormen voor ziekenhuisfuncties, medische diensten, medisch-technische diensten, zorgprogramma's en programmatiecriteria is het werk van Griet Ceuterick, Gianni Duvillier en Christiaan Decoster, "4e gecoördineerde wet op de ziekenhuizen<sup>15</sup>".

Enkele programmaties en de daarbij horende erkenningscriteria worden overlopen om een inkijk te bieden in de aard van normen die opgelegd worden.

### **ORGAANTRANSPLANTATIE-CENTRA**

Orgaantransplantaties werden in België reeds uitgevoerd in de jaren '60. Alle 7 universitaire ziekenhuizen en 1 niet-universitair ziekenhuis (OLV-ziekenhuis, Aalst, alleen voor harttransplantaties) zijn geaccrediteerd om transplantaties bij leven en overlijden uit te voeren in België. Het aantal transplantaties uit levende en overleden donoren schommelde tussen 1000-1100 procedures per jaar in de periode 2007-2016.

KB dat dit regelt is van 23.06.2003<sup>16</sup>.

#### Aantal centra:

Artikel 3 bepaalt dat het transplantatiecentrum slechts kan worden uitgebaat door een universitair ziekenhuis.

#### Aantal centra cardiaal zorgprogramma T (hart-long-transplantatie) (CRIDMI 2023-268)

- O.L.Vrouwziekenhuis Aalst
- CHU de Liège
- CUB-Hôpital Erasme
- Cliniques Universitaires Saint-Luc
- Universitaire Ziekenhuis Antwerpen
- UZ Leuven
- Universitair Ziekenhuis Gent

---

<sup>15</sup> 2019, 11<sup>e</sup> editie. ISBN 978-90-8977-946-5

<sup>16</sup> B.S. 04.08.2003

## **BEROERTEZORG – ACUTE BEROERTEZORG MET INVASIEVE PROCEDURES**

KB dat dit regelt is van 20.09.2022, verschenen in het BS op 22.11.2022 Ed.2 p 83918- 83922.

### Motivatie:

Jaarlijks worden meer dan 20.000 personen in België door een beroerte getroffen. Tot 60% van de personen met een acute beroerte overlijdt binnen het jaar of blijft zorgafhankelijk. De kans op een goede uitkomst voor een patiënt, die getroffen wordt door een ischemische beroerte is in eerste instantie bepaald door de snelle toegang tot een acute beroertebehandeling met intraveneuze trombolysie al dan niet gecombineerd met een endovasculaire mechanische verwijdering van de klont in de betrokken hersenslagader.

Sinds april 2014 bestaan er normen voor de zorgprogramma's "beroertezorg" die een gelaagde organisatie van de zorg in functie van de complexiteit en ernstgraad van de beroerte voorstaat, en in functie daarvan een netwerk tussen die verschillende lagen invoert. Bovendien bevatten deze normen een duidelijk kwaliteitskader. Echter, 8 jaar later zijn er nauwelijks zorgprogramma's "beroertezorg" erkend. De reden hiervoor betreft vooral het uitblijven van de erkenning van de zogenaamde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures" (of S2-centra) die het kristallisatiepunt uitmaken waarrond de S1 centra zich vanuit netwerkperspectief dienen te organiseren. Uit wetenschappelijke literatuur en uit voorbeelden uit het buitenland blijkt duidelijk dat systemen met verwijzing van alle acute beroertepatiënten naar S1 centra in een performant netwerk in samenwerking met gecentraliseerde interventionele S2 centra, meer klinische interventies garanderen die gebaseerd zijn op klinisch wetenschappelijke evidentie (o.a. intraveneuze trombolysie, trombectomie) en gepaard gaan met een betere uitkomst. Een betere uitkomst werd ook aangetoond in ziekenhuizen die een minimumaantal patiënten behandelen.

### Aantal S2-centra:

15 (8 Vlaanderen – 7 BR/Wallonië)

### Criteria:

1. Het concentreren van zeldzame expertise op enkele locaties met het oog op een hoog kwaliteitsniveau van zorg en zodoende betere resultaten: daarom minimum 50 trombectomiën per jaar als criterium en maximaal 15 centra.
2. Een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, opnieuw met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijdskritische pathologie is. Daarom minimale afstand tussen 2 centra 25 km in vogelvlucht.

### Uitzonderingen:

1. Het afstandscriterium geldt niet als de betrokken ziekenhuizen behoren tot de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden. Deze uitzondering is vooral ingegeven door het argument dat de patiënt niet enkel naar een dichtbijgelegen centrum moet kunnen getransporteerd worden, maar indien gewenst naar een centrum van de eigen taalaanhangigheid.
2. In een Gewest met meer dan 7000 inwoners per km<sup>2</sup> is de minimale afstand tussen de centra binnen het Gewest 8 km in vogelvlucht ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van de centra.

## CENTRA VOOR MENSELIJKE ERFELIJKHEID

Geen exploitatie mogelijk zonder erkenning. De centra voor menselijke erfelijkheid moeten opgericht zijn en functioneren in het kader van een universitair ziekenhuis dat afhangt van een Belgische universiteit die een volledige medische opleiding verstrekt. Per universiteit mag slechts één centrum voor menselijke erfelijkheid worden erkend. Het centrum voor menselijke erfelijkheid moet worden geleid door een geneesheer die, na zijn basisopleiding, een specifieke voltijdse opleiding heeft gevolgd ten belope van vijf studiejaren in een Belgisch of buitenlands centrum voor menselijke erfelijkheid. De medische ploeg van een centrum moet bestaan uit ten minste twee voltijdse geneesheren die instaan voor de raadplegingen van personen over problemen inzake menselijke erfelijkheid.

## RADIOTHERAPIE

Het KB van 9 juli 2000 houdende bepaling van het maximumaantal diensten radiotherapie dat mag uitgebaat worden verwijst vooral naar de vastlegging van een historisch ontstane situatie: “

- Het aantal radiotherapiediensten wordt beperkt tot het aantal diensten die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit erkend zijn overeenkomstig het in artikel 1 bedoelde besluit. (Dit verwijst naar de erkenning als zware medisch-technische dienst).
- Het aantal radiotherapiediensten die gezamenlijk beantwoorden aan de erkenningsnormen en een erkenning bekwamen op grond van artikel 3, § 1bis van hoger vermeld koninklijk besluit, wordt eveneens beperkt tot het aantal diensten die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit worden uitgebaat, mits volgende uitzondering: als zich in de provincie waar de bedoelde vestigingsplaats gelegen is, geen andere radiotherapiedienst bevindt en als de eerstvolgende radiotherapiedienst ten minste 50 km verderaf ligt.

Het KCE-rapport 289As formuleert het als volgt: “De juridische structuur die het Belgische radiotherapielandschap regelt, is complex en de basiswetgeving dateert reeds van 1991. Door verschillende aanpassingen in de loop van de tijd, is de huidige situatie weinig transparant. Momenteel kunnen maximaal 25 primaire radiotherapiecentra een erkenning krijgen, maar satellietcentra in andere ziekenhuizen zijn wel mogelijk.”

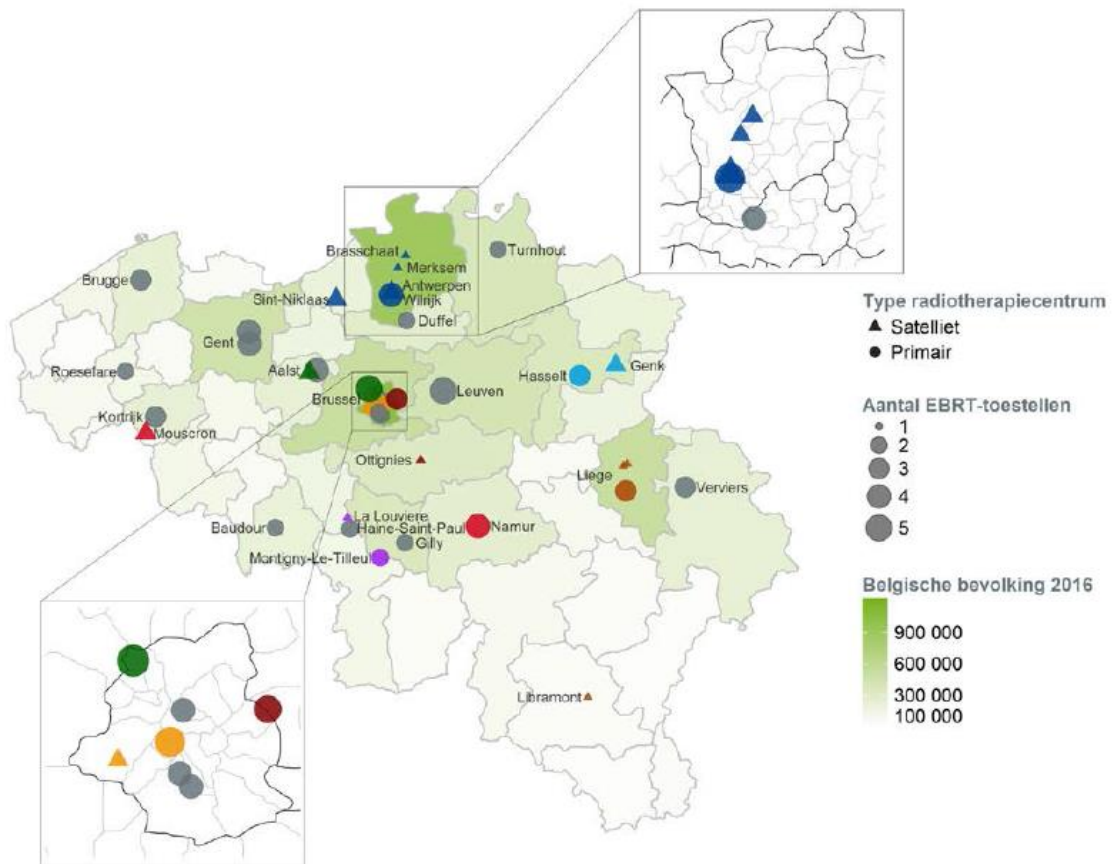
KB van **17.09.2005** bepaalt dat vanaf 1 januari 2006 een dienst voor radiotherapie die een erkenning wil als medisch-technische dienst van een algemeen ziekenhuis, aan een aantal nieuwe normen moet voldoen. Alleen diensten die erkend zijn als medisch-technische dienst mogen radiotherapie-apparatuur installeren. Voortaan moet de dienst voor radiotherapie per jaar **tenminste 500 nieuwe patiënten** hebben. Tot nu was er geen minimumnorm voor het aantal nieuwe patiënten. De bestralingsapparatuur die de dienst gebruikt voor de teletherapie, moet vanaf 1.1.2006 minstens twee lineaire versnellers van minimum 4 MeV tellen. Tot dan volstond één lineaire versneller. Die toestellen kunnen, vervangen worden door een cobaltoestel. Daarnaast moet de bestralingsapparatuur ook bestaan uit apparatuur voor oppervlakte- en contacttherapie (50 kV). Ziekenhuizen kunnen samenwerken om een dienst voor radiotherapie gezamenlijk te exploiteren conform de bepalingen van het KB inzake de associatie van ziekenhuizen en de bijzondere normen waaraan zij moeten voldoen.

In België zijn er 24 primaire radiotherapiecentra (6 in Brussel, 7 in Wallonië, 11 in Vlaanderen) die samen beschikken over 72 toestellen voor externe radiotherapie (EBRT, ‘external beam radiotherapy’) (januari 2017). Daarnaast zijn er 13 satellietcentra, met in totaal 18 EBRT toestellen. Dit alles komt neer op 90 toestellen op 37 verschillende locaties. Er is 1 toestel per 125 000 inwoners, of 8 toestellen per 1 000 000 inwoners.

De lijst van radiotherapiecentra en de satellietcentra:

- VLAANDEREN
  - O.L.Vrouw Ziekenhuis Aalst
  - Campus ASZ Aalst (Satellite van UZ Brussel)
  - Iridium Kankernetwerk
    - Iridium Kankernetwerk- ZNA- Campus Middelheim Antwerpen
    - Iridium Kankernetwerk- ZNA- Jan Palfijn (Merksem)
    - Iridium Kankernetwerk- Campus St. Augustinus (Wilrijk, hoofdzetel Iridium Kankernetwerk)
    - Iridium Kankernetwerk- Campus AZ Klina, Brasschaat
  - AZ St. Jan Brugge
  - AZ Sint Maarten Mechelen
  - Jessa Campus Genk (Satelliet van Campus Virga Jesse Hasselt)
  - Universitair Ziekenhuis Gent
  - AZ St. Lucas Gent
  - Campus Virga Jesse Hasselt Hasselt
  - AZ Groeninge Kortrijk
  - UZ Leuven- Campus Gasthuisberg Leuven
  - AZ Delta- Campus Rumbekke Roeselare
  - Iridium Kankernetwerk- Campus AZ Nikolaas, St. Nikolaas
  - AZ Turnhout- Campus St. Elisabeth Turnhout
  
- BRUSSEL
  - CHIREC- Delta Ziekenhuis
  - St-Janskliniek Brussel
  - UZ Brussel- Campus Jette
  - Europaziekenhuizen- site St-Elisabeth Ukkel
  - Jules Bordet Instituut
  - Universitair Ziekenhuis St-Luc
  
- WALLONIE
  - RHMS Clinique Louis Caty – Baudour
  - Grand Hôpital de Charleroi- Site St. Joseph
  - CHU de Charleroi, Hôpital André Vésale (Montigny le Tilleul)
  - Centre Hospitalier de Jolimont La Louvière
  - Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli La Louvière
  - CHU de Liège, Site de l'Ardenne Libramont
  - CHU de Liège, Site du Sart Tilman Luik
    - Satellites:
    - CHU de Liège: Site de l'Ardenne (Libramont)
    - CHU de Liège: Site St. Joseph (Luik)
    - CHU de Liège: Site de la Citadelle (Luik)
  - CHU Mouscron (Satellite van de Clinique en Maternité Sainte-Elisabeth Namur)
  - ASBL Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth Namen
  - Clinique Saint-Pierre Ottignies(Satelliet van het universitair ziekenhuis St-Luc, Brussel)
  - CH Peltzer – La Tourelle Verviers

**Figuur 7 – Geografische spreiding van radiotherapiecentra in België**



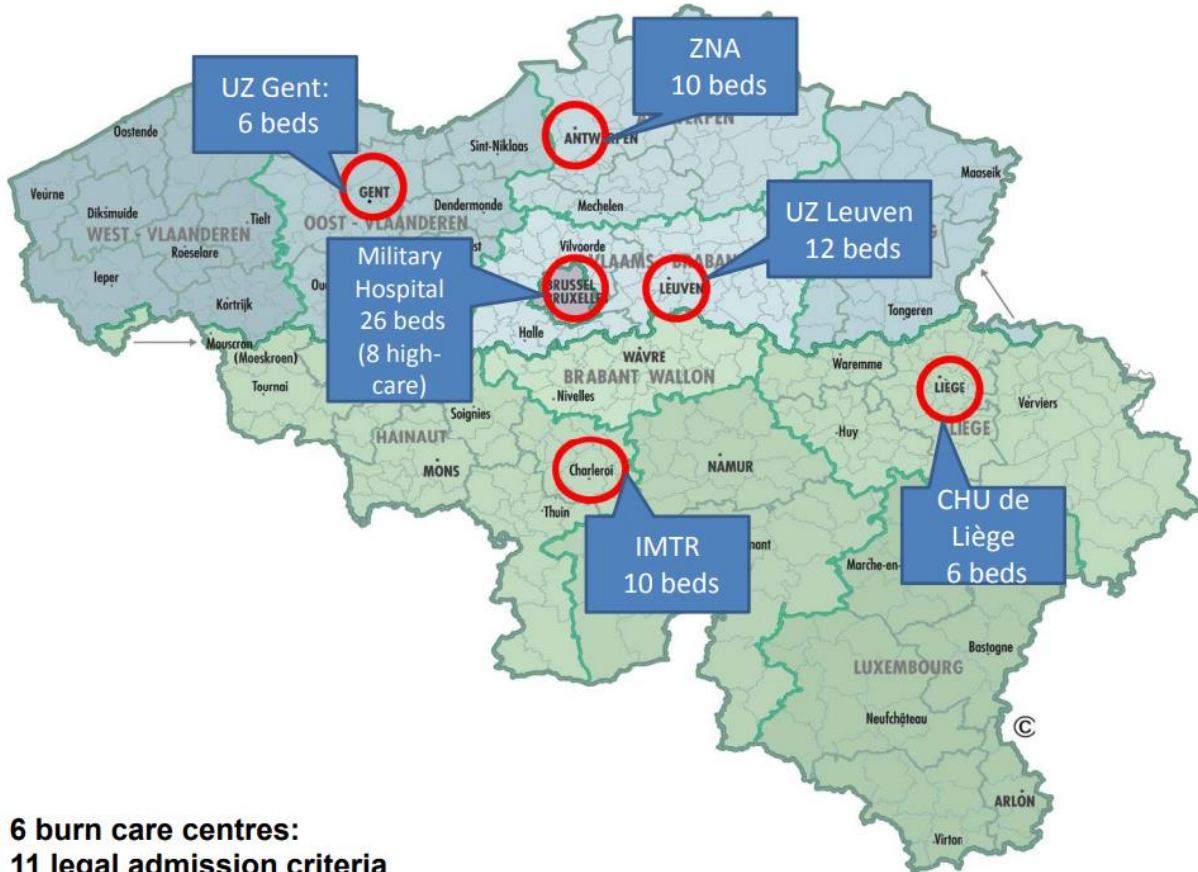
Naast de EBRT (external beam radiotherapy) toestellen beschikken zes ziekenhuizen ook over intra-operatieve radiotherapietoestellen (IORT), waarmee een tumor tijdens de operatie kan worden bestraald (bv. radiotherapie bij borstsparende chirurgie in een vroeg stadium van borstkanker). 17 primaire radiotherapiecentra bieden ook brachytherapie (BT) aan en 7 centra beschikken ook over ortho-voltage toestellen (twee worden klinisch niet gebruikt).

In 2015 werden in ons land bijna 35 000 behandelingen met radiotherapie uitgevoerd, maar dit aantal is niet homogeen verdeeld over de centra. Sommige centra deden minder dan 500 behandelingen per jaar, terwijl andere er 3 000 uitvoerden. In 2016 voerde één centrum, bestaande uit één primair centrum en vier satellietcentra, zelfs meer dan 5 000 behandelingen uit. Deze variabiliteit uit zich ook in de grote verschillen tussen de minima en maxima in aantal behandelingen en sessies per toestel en in het aantal sessies per behandeling. Uit deze variabiliteit blijkt dat sommige toestellen worden onderbenut, terwijl het gebruik van andere boven de internationale norm ligt.



## BRANDWONDENCENTRA

Er zijn 6 brandwondencentra met 70 bedden in België. Het KCE-rapport 209A uit 2013 besteedt hier uitvoerig aandacht aan<sup>17</sup>. De programmatie wordt geregeld bij KB van 19 MAART 2007<sup>18</sup>. Dit KB beperkt evenwel de aantallen centra niet, het legt enkel de normen vast waaraan de brandwondencentra moeten voldoen: architectonische, organisatorische en kwaliteitsnormen.



<sup>17</sup> DOI: 10.57598/R209AS

<sup>18</sup> Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een brandwondencentrum moet voldoen om te worden erkend als medische dienst zoals bedoeld in artikel 58 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (B.S. 13-4- 2007).



## CT MRI PET-CT SPECT-CT

Vanuit FOD werd volgende tabel doorgegeven die de situatie weergeeft op 04.04.2024 inzake het aantal erkende toestellen in België.

Situatie op 04/04/2024	
Type Toestel	Aantal
CT	290
MRI	136
PET-CT	33
SPECT-CT	167

Op de webpagina van de FOD<sup>19</sup> kan u een kaart van België (opgedeeld in provincies met toevoeging van Brussels Hoofdstedelijk Gewest) terugvinden waar elk toestel dat voor klinisch gebruik werd ingezet, wordt weergegeven. De kaart geeft de situatie weer op 01/01/2024.

Om verstrekkingen met zware medische apparatuur terugbetaald te krijgen moeten de apparaten voorzien zijn van een identificatienummer. Die verplichting geldt voor de PET, de PET-CT, de PET-NMR, de CT, de NMR en de SPECT-CT. Het identificatienummer is het nummer dat het Riziv aan een zwaar medisch apparaat toekent, op grond van de door de FOD Volksgezondheid meegedeelde gegevens. De FOD deelt de gegevens die zij over de opgestelde apparaten ontvangt pas mee aan het Riziv wanneer vaststaat dat aan alle vergunnings- en erkenningsregels is voldaan. Hybride toestellen mogen niet gebruikt worden als standalone CT- of NMR-toestel.

---

<sup>19</sup> <https://www.health.belgium.be/nl/publicaties-medische-beeldvorming>

## DIENSTEN VOOR NUCLEAIRE GENEESKUNDE MET EEN PET-SCAN

Het maximumaantal centra dan kan worden erkend, wordt beperkt op grond van volgende criteria:

- 1 centrum voor elk universitair ziekenhuis;
- 1 centrum voor elk ziekenhuis waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden, uitsluitend voor de behandeling van tumoren en dat de afwijking heeft verkregen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1bis, van het KB van 30 januari 1989
- Bijkomend 16 centra: 9 gelegen op het grondgebied van het Vlaamse Gewest, 6 op het grondgebied van het Waals Gewest en 1 op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het maximaal aantal PET-scanners dat in gebruik mag worden genomen en uitgebaat, wordt beperkt tot 26 toestellen: 12 Vlaamse Gewest, 7 Waals Gewest en 7 Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Bovenop de 26 toestellen: per universitair ziekenhuis wordt een PET-scanner voor opleidings- en onderzoeksdoeleinden.

PET-CT per 1.1.2024	Gemeente
670 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS (Site: 3850 UZ GENT)	Gand
143 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL (Site: 4200 U.Z. BRUSSEL)	Jette
143 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL (Site: 4200 U.Z. BRUSSEL)	Jette
006 CHRSM - SITE MEUSE (Site: 3300 CHRSM - SITE MEUSE)	Namur
322 UZ LEUVEN (Site: 4230 GASTHUISBERG 322)	Louvain
110 KLINIEK ST.- JAN (Site: 1310 KRUIDTUIN)	Bruxelles
406 CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES HOPITAL ERASME (Site: 4210 ERASME)	Anderlecht
049 AZ SINT-JAN BRUGGE (Site: 1010 AZ SINT-JAN BRUGGE)	Bruges
371 ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG (Site: 3560 SINT-JAN GENK)	Genk
689 IMELDA ZIEKENHUIS (Site: 2040 IMELDA)	Bonheiden
534 CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE (Site: 2830 UNION TOURNAI)	Tournai
406 CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES HOPITAL ERASME (Site: 4210 ERASME)	Anderlecht
332 CHIREC - DELTA (Site: 6140 DELTA)	Auderghem
290 AZ SINT-LUCAS (Site: 1630 SINT-LUCAS)	Gand
126 ONZE-LIEVE-VROUW ZIEKENHUIS (Site: 1780 OLV ZIEKENHUIS AALST)	Alost
403 CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC (Site: 4190 ST. LUC BRUXELLES)	Woluwe-Saint-Lambert
322 UZ LEUVEN (Site: 4230 GASTHUISBERG 322)	Louvain
009 ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN (ZNA) (Site: 3360 ZNA JAN PALFIJN)	Anvers
243 JESSA ZIEKENHUIS (Site: 3590 VIRGA JESSE)	Hasselt
300 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN (Site: 4220 UZA)	Edegem
403 CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC (Site: 4190 ST. LUC BRUXELLES)	Woluwe-Saint-Lambert
099 GZA- ZIEKENHUIZEN (Site: 1290 GZA - SINT-AUGUSTINUS)	Anvers
300 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN (Site: 4220 UZA)	Edegem
146 CHU HELORA - SITE JOLIMONT - SITE LOBBES (Site: 3200 HOPITAL DE LA LOUVIERE - SITE JOLIMONT)	La Louviere
152 GROUPE SANTE CHC - SITE MONTLEGIA LIEGE ET WAREMME (Site: 6200 CLINIQUE CHC MONTLEGIA)	Liege
010 GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (Site: 3100 NOTRE-DAME)	Gilly
079 JULES BORDET INSTITUT (Site: 6220 NEW BORDET)	Anderlecht
707 CHU DE LIEGE (Site: 3860 SART-TILMAN)	Liege
707 CHU DE LIEGE (Site: 3860 SART-TILMAN)	Liege
396 AZ GROENINGE (Site: 1090 KENNEDYLAAN)	Courtrai
039 CHU-UCL NAMUR - SITE GODINNE (Site: 3280 GODINNE)	Yvoir
670 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS (Site: 3850 UZ GENT)	Gand

## **BORSTKLINIEKEN**

Het KB van 26 april 2007<sup>20</sup> legde vast aan welke criteria een ziekenhuiscampus moet voldoen om als 'borstkliniek' te worden erkend. Zo werd onder meer een minimumvolume aan activiteiten en de multidisciplinaire samenstelling van het behandelteam vastgelegd. Na een overgangperiode werden in 2013, 'coördinerende borstklinieken' in het leven geroepen, waarvoor het activiteitsvolume op 125 werd vastgelegd. Daarnaast creëerde men ook de 'satellietborstklinieken' met een minimaal activiteitsvolume van 60 nieuwe diagnoses per jaar. In die jaren werd ook het minimaal aantal borstoperaties dat een chirurg jaarlijks moest uitvoeren gereduceerd van 50 tot 30 ingrepen per jaar. De wetgever legde echter géén verbod op om borstkankerzorg ook buiten de erkende centra uit te voeren.

In een KB van 28.03.2024<sup>21</sup> worden verdere restricties opgelegd per 1.1.2026:

- ingrepen voor borstsparende chirurgie, mastectomie, lymfeklierchirurgie, reconstructieve chirurgie mogen enkel nog worden uitgevoerd in een coördinerende borstkliniek.
- voor elke patiënt moet het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) binnen de coördinerende borstkliniek worden uitgevoerd.

Intussen besliste het Verzekeringscomité op 25.03.2024 dat het MOC bij borstkanker, de chirurgische verstrekkingen uit art. 14, c) en 14, e) zoals opgesomd in het ontwerp van KB alsook de verstrekkingen 227592-227603 en 227614-227625 ingeval van de diagnose borstkanker enkel nog kunnen aangerekend worden als deze plaatsvinden in een erkende borstkliniek.

Op 11.03.2024 heeft het FOD volgende lijst beschikbaar op zijn website:

### **BRUSSEL: Coördinerende borstkliniek**

UMC SINT-PIETER  
KLINIEK ST.- JAN  
UVC BRUGMANN  
IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID  
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ERASME (ULB)  
INSTITUUT JULES BORDET  
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL  
CHIREC- DELTA  
EUROPAZIEKENHUIZEN  
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ST. LUC (UCL)

### **BRUSSEL: satelliet (geaffilieerde) borstkliniek**

CHIREC- SARE

### **VLAANDEREN: Coördinerende borstkliniek**

A.S.Z.- AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING  
ONZE-LIEVE-VROUW ZIEKENHUIS  
AZ MONICA  
GZA- ZIEKENHUIZEN  
ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN (ZNA)  
IMELDA ZIEKENHUIS  
AZ KLINA

---

<sup>20</sup> 26 april 2007 – KB tot 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 (B.S. 20.07.2007)

<sup>21</sup> Gepubliceerd op 02.04.2024 (p.39279- 39289)

AZ SINT-JAN BRUGGE  
AZ SINT-LUCAS  
AZ SINT-BLASIUS  
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN  
ZIEKENHUIS GEEL  
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG  
AZ MARIA MIDDELARES  
AZ SINT-LUCAS  
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS  
JESSA ZIEKENHUIS  
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS  
AZ GROENINGE  
UZ LEUVEN  
ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIG HART  
AZ SINT-MAARTEN  
AZ OOSTENDE- DAMIAAN  
NOORDERHART  
AZ DELTA  
VITAZ  
AZ TURNHOUT  
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. ELISABETH

**VLAANDEREN: satelliet (geaffilieerde) borstkliniek**

ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN (ZNA)  
AZ RIVIERENLAND  
AZ ALMA  
AZ JAN PALFIJN  
SINT-JOZEFKLINIEK  
AZ GLORIEUX  
SINT-ANDRIESZIEKENHUIS  
RZ TIENEN  
O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM

**WALLONIE: Coördinerende borstkliniek**

VIVALIA- HOPITAL ARLON- VIRTON  
CENTRE HOSPITALIER EPICURA- HORNU- BAUDOUR  
CHU CHARLEROI- HOPITAL CIVIL MARIE CURIE  
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI  
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI  
CHU TIVOLI  
CHU HELORA- HOPITAL DE JOLIMONT- LOBBES  
CHU DE LIEGE  
GROUPE SANTE CHC- CHC MONTLEGIA LIEGE ET WAREMME  
HOPITAL DE LA CITADELLE  
CHU HELORA- KENNEDY MONS  
CHU UCL NAMUR- STE. ELISABETH NAMUR  
CLINIQUE SAINT PIERRE  
CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE (CHWAPI)

CHR VERVIERS- EAST BELGIUM  
GROUPE SANTE CHC- MONTLEGIA LIEGE ET WAREMME

**WALLONIE: satelliet (geaffilieerde) borstkliniek**

CHIREC- SARE  
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE  
CHU-UCL NAMUR- DINANT  
VIVALIA- CENTRE HOSPITALIER CENTRE ARDENNE  
CHU HELORA- CONSTANTINOPLE MONS- WARQUIGNIES  
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON  
CHR SAMBRE ET MEUSE  
CLINIQUE ST.-LUC  
GROUPE SANTE CHC-CHC HERMALLE ET HEUSY  
KLINIK ST. JOSEF  
CENTRE HOSPITALIER BOIS DE L'ABBAYE  
CHR HAUTE SENNE  
GROUPE SANTE CHC- CHC HERMALLE ET HEUSY  
CHU-UCL NAMUR- GODINNE

Het is de verwachting van de wetgever dat een aantal geaffilieerde borstklinieken de norm van coördinerende centra zullen bereiken zodra niet-erkende borstklinieken geen borstkankerzorg meer zullen aanbieden. Die aantallen zullen overgaan naar coördinerende en geaffilieerde borstklinieken.

**MAJEURE TRAUMA CENTRA**

Het KB hierrond wordt verwacht ter publicatie in 2024. Intussen geeft de Minister aan dat er 4 krachtlijnen zullen zijn die in lijn zouden zijn met de aanbevelingen van het KCE rapport 281:

- organieke erkenningsnormen voor medische en verpleegkundige omkadering en voor infrastructurele eisen
- 15 erkende MTC op basis van een minimum te bereiken aantal van 240 patiënten met een injury severity score van > 15, waarvan men schat dat er in België zo'n 3000/jaar voorkomen
- supraregionale inbedding met een maximale reistijd van 45 min én een voldoende geografische spreiding, ook rekening houdend met dens bevolkte steden
- ieder ziekenhuis moet lid zijn van één traumanetwerk

**ZORGPROGRAMMA's CARDIOLOGIE**

Erkenningen Zorgprogramma cardiale pathologie

	zorg B1-B2	zorgA	zorgB	zorgC	zorgE	zorgP	zorgT	eindtotaal
totaal brussel	1	13	7	2	8	13	2	46
totaal vlaanderen	9	63	12	2	16	62	4	168
totaal wallonië	13	44	9		21	42	1	130
eindtotaal	23	120	28	4	45	117	7	344

### **Cardiale pathologie A: cardiale basiszorg**

- diagnose, behandeling, verzorging en revalidatie van patiënten met cardiale problematiek voor zover op dat ogenblik de diagnose bij deze patiënten kan gesteld worden zonder doorgedreven invasieve diagnostische exploratie en hun behandeling geen uitgesproken invasief karakter heeft;
- moet ook de mogelijkheden hebben tot ambulante behandeling voor de opvolging – in overleg met de eerste lijn- van chronische hartpatiënten.
- moet op elk moment patiënten met een STEMI-infarct (een acuut myocardinfarct met ST-elevatie) zo snel als mogelijk kunnen overbrengen naar een zorgprogramma B (of de deelprogramma's B1 of B2).

In 2019 waren er 67 campussen met dergelijke erkenning (op een totaal van 91 ziekenhuiscampussen met opnamemogelijkheid in Vlaanderen).

### **Cardiale pathologie B: cardiale invasieve zorg**

diagnose, behandeling, verzorging en revalidatie van patiënten met cardiale problematiek die van de aard is dat:

- een doorgedreven invasieve diagnostische exploratie noodzakelijk is om de diagnose met voldoende zekerheid en accuraatheid te kunnen stellen en/of de juiste therapeutische keuze te kunnen maken;
- en/of een behandeling met uitgesproken invasief karakter noodzakelijk is, hierna genoemd het zorgprogramma.

Bedoeld zorgprogramma bestaat uit drie deelprogramma's, met name het:

- deelprogramma B1: invasieve diagnostiek
- deelprogramma B2: interventionele, niet chirurgische therapie
- deelprogramma B3: cardiochirurgie omvat

Voor 2019 in Vlaanderen: in totaal zijn er 22 campussen met een erkenning B1-B2. Deze 22 campussen beschikken over een cathlab (een onderzoekskamer met diagnostische beeldvormingsapparatuur die wordt gebruikt om de slagaders van het hart en de kamers van het hart te visualiseren en de gevonden stenose of afwijking te behandelen). 13 van die campussen hebben bijkomend ook een erkenning B3.

### **Minimaal activiteitsniveau zorgprogramma B:**

- 250 chirurgische ingrepen in zijn hartchirurgiedienst
- 400 prestaties in interventionele hartcatheterisatie

### **Logistieke voorwaarden**

- 1 labo voor hartcatheterisatie met minstens 2 angiografische zalen
- minstens twee operatiezalen: één voor hybride gebruik en één voor dringende ingrepen;
- ICT faciliteiten voor datatransmissie en teleconferentie
- patiënten met een STEMI-infarct: binnen de dertig minuten na aankomst in het ziekenhuis moet een coronarografie en een PCI (percutane coronaire interventie) kunnen uitgevoerd worden.
- erkende MUG-functie
- transportfaciliteiten voor hartpatiënten

### **Cardiale B1-B2 centra:**

CHU Ambroise Paré	MONS
CHR Haute Senne	SOIGNIES
CHR Verviers	VERVIERS

Clinique Saint-Pierre	OTTIGNIES
Groupe Santé CHC	LIEGE
Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth	NAMUR
Vivalia - Centre Hospitalier de l'Ardenne	LIBRAMONT
Vivalia - Cliniques du Sud Luxembourg	ARLON
Centre Hospitalier de Mouscron	MOUSCRON
CHR Mons-Hainaut	MONS
Centre Hospitalier EpiCURA	HORNU
Centre Hospitalier de Wallonie picarde (Chwapi)	TOURNAI
CHIREC asbl	BRUSSEL
CHR de Huy	HUY
AZ Sint-Maarten	MECHELEN
Jan Yperman Ziekenhuis	IEPER
AZ Turnhout	TURNHOUT
GZA Ziekenhuizen	WILRIJK
AZ Sint-Lucas	GENT
AZ Groeninge	KORTRIJK
AZ Damiaan	OOSTENDE
AZ Nikolaas	SINT-NIKLAAS
AZ Monica	DEURNE

### **Cardiale B3 centra:**

CHU Dinant Godinne	YVOIR
CHU Saint-Pierre / UMC Sint-Pieter	BRUXELLES / BRUSSEL
CHU / UVC Brugmann	BRUXELLES / BRUSSEL
CHU Tivoli	LA LOUVIERE
Cliniques universitaires Saint-Luc	BRUXELLES / BRUSSEL
Hôpital Erasme / Erasmus Ziekenhuis	BRUXELLES / BRUSSEL
CHU de Liège	LIEGE
CHU de Charleroi	LODELINSART
CHR Sambre & Meuse	NAMUR
Grand Hôpital de Charleroi	GILLY
Clinique Saint-Jean / Kliniek Sint-Jan	BRUXELLES / BRUSSEL
Cliniques de l'Europe / Europa ziekenhuizen	BRUXELLES / BRUSSEL
Centres Hospitaliers Joliment	HAINES-SAINT-PAUL
CHR de la Citadelle	LIEGE
Clinique Saint-Luc	BOUGE
UZ Brussel	BRUXELLES / BRUSSEL
UZA	EDEGEM
UZ Leuven	LEUVEN
UZ Gent	GENT
ZNA	ANTWERPEN
AZ Maria Middelaers	GENT
AZ Sint-Jan	BRUGGE

AZ Delta	ROESELARE
Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	AALST
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	AALST
Jessa Ziekenhuis	HASSELT
Ziekenhuis Oost-Limburg	GENK
Imeldaziekenhuis	BONHEIDEN

### **Cardiale pathologie P: pacemakertherapie**

diagnose, de behandeling en de begeleiding van patiënten die in aanmerking komen voor de inplanting van een hartstimulator of bij wie reeds een hartstimulator is ingeplant

Voor 2019 in Vlaanderen: 65 van de 67 campussen met een erkenning voor zorgprogramma A hebben ook een erkenning voor zorgprogramma P.

### **Cardiale pathologie E: elektrofysiologie**

uitgebreid electrofysiologisch onderzoek voor het opwekken en beëindigen van tachycardieën met behulp van drie of meer catheters en de behandeling met ablatietechniek van patiënten met ernstige hartritme stoornissen

Voor 2019 in Vlaanderen: er zijn 17 campussen erkend voor dit zorgprogramma.

### **Cardiale pathologie T:**

de behandeling van patiënten met terminaal hartfalen, refractair aan elke medicatie en chirurgische behandeling

Voor 2019 in Vlaanderen: er zijn 4 campussen erkend voor dit zorgprogramma.

### **Cardiale pathologie C : aangeboren hartproblemen**

de diagnose, behandeling, verzorging en revalidatie van patiënten met een congenitale cardiale problematiek

Voor 2019 in Vlaanderen: twee campussen hebben hiervoor een erkenning

## **PROGRAMMATIE: PLAATS VAN DE VERSTREKKING ALS TERUGBETALINGSVEREISTE**

De terugbetaling van een aantal verstrekkingen is in bepaalde gevallen afhankelijk van **de plaats** waar ze gepresteerd zijn. Sommige verstrekkingen moeten verplicht gepresteerd worden in een medische dienst, een medisch-technische dienst, een zorgprogramma, een ziekenhuisfunctie of een ziekenhuisafdeling. Anders worden ze niet terugbetaald.

Sommige verstrekkingen moet verplicht gepresteerd worden in

- een erkend transplantatiecentrum (art. 14, m van de nomenclatuur);
- een erkende dienst voor medische beeldvorming ivm CT-MRI
- een erkende dienst radiotherapie
- een erkende dienst nucleaire geneeskunde met PET-scanner
- een erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie
- een erkend centrum voor menselijke erfelijkheid
- een erkend brandwondencentrum



Een aantal prestaties wordt alleen terugbetaald als ze plaatsvinden in een ziekenhuis dat erkend is voor:

- een zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde' B;
- een zorgprogramma 'cardiale pathologie' B (globaal of met deelprogramma's B1 en B2);
- een zorgprogramma 'cardiale pathologie' E;
- een zorgprogramma 'cardiale pathologie' B én E;
- een zorgprogramma 'cardiale pathologie' T;
- een zorgprogramma 'cardiale pathologie' C;
- een zorgprogramma voor oncologie.

Er ook nog enkele nomenclatuurnummers die enkel terugbetaald worden wanneer ze plaatsvinden in volgende ziekenhuisfuncties:

- eerste opvang van spoedgevallen of gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- mobiele urgentiegroep
- intensieve zorg

Programmatie verbiedt dus de uitvoering van bepaalde activiteit buiten bepaalde geprogrammeerde omgevingen en de terugbetaling wordt afhankelijk gesteld van de plaats van uitvoering. De centralisatie die hiermee bereikt wordt is sluitend voor die activiteit.

## CONVENTIES

Conventies werken heel anders als programmatie. Waar bij programmatie een verbod bestaat tot uitoefening van een activiteit buiten de geprogrammeerde centra, regelt de conventie uitsluitend de terugbetalingsmodaliteit. Een conventie legt criteria vast waaraan een instelling moet kunnen voldoen om voor die conventie een financiering te bekomen of om voor de in de conventie bepaalde nomenclatuur een terugbetaling te kunnen genieten. Naarmate centra voldoen of niet meer voldoen aan de vastgelegde criteria wordt de lijst aangepast. In de regel wordt per conventie een begeleidingscomité samengesteld om de criteria van de conventie op te volgen, de afgesproken indicatoren te monitoren en regelmatig verslag uit te brengen aan het Verzekeringscomité.

De conventies komen niet tot stand via de medico-mutualistische akkoorden, maar kennen een eigen weg binnen de RIZIV-structuren tot ze voorgelegd worden ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité. Waar de nomenclatuur betrokken is, zullen TGR en Medico-Mut wel een rol te spelen hebben.

In conventies gaat het vaak om forfaitaire bedragen of bundled payments met variërende berekeningsregels. Een van de doelstellingen die in conventies beoogd wordt is zorgcontinuïteit voor chronische pathologie. Een voorbeeld daarvan is diabetes, waarvoor diverse conventies bestaan.

Een niet-limitatieve lijst van conventies wordt hieronder weergegeven:

- Conventie centra voor de medische en psychosociale begeleiding bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen
- Conventie tuberculose
- Conventie locomotorische en neurologische revalidatie
- Conventie geheugenklinieken
- Conventie mbt samenwerkingsverband KUL-ULG en het Verzekeringscomité voor het EPCAP-project (Evaluation of Primary Care Psychology).
- Conventie zeldzame erfelijke metabole ziekten
- Conventie zeldzame ziekten
- Conventie cerebral palsy – spina bifida
- Conventie chronisch vermoeidheidssyndroom CVS
- Conventie revalidatie voor personen met en ernstige chronische ademhalingsstoornis
- Conventie pediatrie revalidatie voor kinderen met een chronische ziekte
- Conventie kindernefrologie
- Conventie cardiorespiratoir toezicht bij zuigelingen
- Conventie follow-up prematuur geboren kinderen
- Conventie hemofilie
- Conventie zorgtraject kinderen met obesitas
- Conventie casemanagement Parkinson en MS
- Conventie zuurstof- behandeling met kortdurende zuurstoftherapie thuis
- Conventie zuurstof- behandeling met langdurige zuurstoftherapie thuis
- Conventie 0,5de lijn Antwerpen – organisatie Dokters van de Wereld- COZO
- Conventie neuromusculaire aandoeningen
- Conventie continue insuline infusie therapie thuis bij middel van een draagbare insulinepomp
- Revalidatie zelfregulatie van diabetes mellitus
- Revalidatie educatie diabetes

- Diabetesconventie
- Conventie implanteerbare sensor voor continue glucosemeting
- Conventie geavanceerde en dure technologieën bij de diabetespatiënt
- Conventie Belgische pediatrie diabetescentra (PDC's)
- Conventie Apsaraginase
- Conventie nierdialyse hemodialyse
- Conventie genetic counseling
- Conventie mucoviscidose
- Conventie slaapapneu
- Conventie eetstoornissen
- Conventie multidisciplinaire zorgtraject voor patiënten pre- en post transplantatie
- Conventie complexe slokdarmchirurgie en chirurgie van de gastro-oesophagale junctie
- Conventie complexe pancraschirurgie
- Conventie AYA's met kanker
- Conventie ernstige afkeer orale voeding
- Conventie home TPN parenterale voeding thuis
- Conventie implanteerbare transcatheterische intracardiale pacemakers
- Conventie centra voor refractaire epilepsie
- Conventie cognitieve centra voor gedragstherapie
- Conventie moleculair-gebaseerde diagnostiek-behandeling
- Conventie NGS: Next generation sequencing
- Conventie GEP-testen Gen-Expressie-Profileringstest bij vroegtijdige borstkanker (GEP)
- Conventie conservatieve zorgaanpak van lymfoedeem
- Conventie neurostimulatie igv dysfunctie lagere urinewegen
- Conventie neurostimulatie igv bewegingsstoornissen
- Conventie neurostimulatie van de dorsale wortel ganglion bij complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) onderste ledematen
- Conventie neurostimulatie voor Parkinson's ziekte
- Conventie neurostimulatie voor obsessief-compulsieve bewegingsstoornissen
- Conventie neurostimulatie voor clusterhoofdpijn
- Conventie implantaten die verankering van een externe prothese toelaten
- Conventie magnetisch verlengbare staven voor verankering aan de wervelkolom
- Conventie nervus hypoglossus-stimulatie voor OSAS
- Conventie genomische analyse platform ter opsporing van circulerende varianten van het SARS-CoV-2-virus
- Conventie endobronchiale eenwegkleppen
- Conventie cardiale revalidatie
- Conventie implanteerbare hartdefibrillator
- Conventie implanteerbare pacemakers and resynchronizatie pacemakers
- Conventie coronaire stents
- Conventie mitralisklepregurgitatie
- Conventie ventriculaire ondersteuning
- Conventie TAVI transcatheter aortic valve implantation procedure
- Conventie percutane sluiting van het linker harttoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie
- Conventie abdominale en thoracale endoprothesen en gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen

- Conventie mechanisch verwijderen van een bloedprop bij een tekort van trombolytica - mechanische trombectomie
- Conventie RadioFrequentie Ablatie BE-RFA bij Barrett Esophagus
- Conventie Gen-Expressie-Profileringstest bij vroegtijdige borstkanker
- Conventie claudicatio intermittens
- Conventie transgenderzorg
- Conventie SRT: Stereotactische radiotherapie
- Conventie Hadron: Koolstofionen- en protonetherapie
- Conventie to walk again
- Conventie EMPACT
- Conventie oncofreezing
- Conventie psychiatrische functie binnen mobiele 2a/2b teams
- Conventie MS/ALS/Huntington in ver gevorderd stadium en persisterende vegetatieve status of in een minimale bewustzijnstoestand (coma) Coma
- Conventie samenwerkingsverband geïntegreerde zorg-protocol 3 projecten

Deze conventies worden federaal afgesloten met het RIZIV en hebben een financieringseffect dat bovenop het BFM komt. Het maakt voor de ziekenhuizen een aanzienlijk financieel verschil om voor tal van conventies erkend te zijn.

Conventies kunnen opgelijst worden per groep van aandoeningen. Een conventie regelt niet alleen de vergoedingen en vergoedingsvoorwaarden, maar ook heel wat andere aspecten die niet typisch via nomenclatuur kunnen geregeld worden: vervoerskosten van de rolstoelpatiënten, reiskosten voor kinderen opgevolgd in een revalidatiecentrum, tenlasteneming van de gebouwenkosten van revalidatie-inrichtingen, coördinatie-honoraria, kosten van paramedici en derden.

Conventies kunnen per aandoening of per groep van aandoeningen geclassificeerd worden (niet-limitatieve oplijsting):

- *Endocriene en metabole ziekten*
  - o Diabetes
  - o Zeldzame erfelijke monogene metabole ziekten
  - o Mucoviscidose
- *Bloed en immuunstelsel (aandoeningen van)*
  - o Hemofilie
  - o Aids
- *Aandoeningen van het genitaal-urinair systeem*
  - o Kindernefrologie (nierziekten bij kinderen en adolescenten)
  - o Genitale verminking
- *Ademhalingsziekten*
  - o Ademhalingsrevalidatie
  - o Ademhalingsondersteuning
  - o Zuurstoftherapie thuis
  - o Begeleidingsgesprekken voor de astmapatiënten in de apotheek
  - o Cardiorespiratoir toezicht op zuigelingen
- *Hartaandoeningen*
  - o Hartrevalidatiecentra
- *Aandoeningen van het vaatstelsel*
  - o Lymfoedeem

- *(Neuro)locomotorische ziekten en handicaps*
  - o Locomotorische en neurologische aandoeningen (algemeen)
  - o Neuromusculaire ziekten
  - o Hersenverlamming (CP)
  - o Spina bifida
  - o Ergotherapie
- *Mentale en neurologische stoornissen*
  - o Neurologische stoornissen gekoppeld aan psychiatrische stoornissen bij kinderen en adolescenten
  - o Refractaire epilepsie
  - o Neurologische ziekte in gevorderd stadium
  - o Beginnende dementie – Geheugenklinieken
- Chronisch vermoeidheidssyndroom
- Ongewenste zwangerschappen
- Transgender en genderdysforie
- Obesitas bij kinderen
- Ziekten bij zuigelingen of jonge kinderen
  - o Prematuur geboren kinderen: opvolgingsonderzoeken in gespecialiseerde centra
  - o Cardiorespiratoir toezicht op zuigelingen
  - o Plots en medisch onverklaard overlijden van jonge kinderen
- Chronische Pediatrische pathologiën
  - o Chronische aandoeningen
  - o Morbide obesitas
  - o Gevolgen van mishandeling bij kinderen/adolescenten

Sinds de 6<sup>e</sup> staatshervorming werden een aantal revalidatie-volledig overgeheveld naar de deelstaten:

- *(Neuro)locomotorische ziekten en handicaps*
  - o Mobiliteitshulpmiddelen
- *Mentale en neurologische stoornissen*
  - o Mentale stoornissen bij kinderen
  - o Mentale stoornissen, gehoor-, stem- en spraakstoornissen, neurologische stoornissen bij kinderen en adolescenten: behandeling door centra voor ambulante revalidatie (CAR)
  - o Autisme
  - o Voortijdige problemen in de moeder-kindrelatie
  - o Mentale stoornissen bij volwassenen (schizofrenie, angststoornis, ...)
  - o Verslaving
- *Sensoriële stoornissen*
  - o Gezichtsstoornissen
  - o Gehoorstoornissen: behandeling door een centrum voor ambulante revalidatie
  - o Gehoorstoornissen: behandeling door een gespecialiseerd centrum
- *Chronische Pediatrische pathologiën*
  - o Eenheden voor respijtzorg voor jonge patiënten met ernstige ziekte

## CONVENTIE HEMOFILIE

Erkende instellingen voor deze conventie:

- Referentiecentra voor hemofilie (conventie 78981)
  - o UZA
  - o Huderf (ULB)
  - o St. Luc Woluwe-Saint-Lambert
  - o UZ Gent
- Nationaal coördinatiecentrum voor hemofilie
  - o UZ Leuven

Rechthebbenden: dit zijn patiënten met:

- hemofilie A (deficitaire coagulatiefactor VIII), hemofilie B (deficitaire coagulatiefactor IX), zeldzame vorm van bloedstollingsstoornis (deficitaire coagulatiefactor I fibrinogeen, II, V, VII, X, XI of XIII), die als ernstig wordt beschouwd (percentage van de coagulatiefactor < 1% van het normale percentage),
- de ziekte van Von Willebrand van type III, die gekenmerkt wordt door zowel een ernstig kwantitatief deficit van Von Willebrandfactor antigeen (percentage < 1% van het normale percentage) als door een percentage van coagulatiefactor VIII (FVIIIc) < 5% van het normale percentage.

Doelstelling van de conventie:

- de neveneffecten van de ziekte en de gevolgen ervan voor het leven zo veel mogelijk beperken een optimaal gebruik van de bloedstollingsfactoren mogelijk maken.

Referentiecentra vs. Nationaal coördinatiecentrum

- Het nationaal coördinatiecentrum kan dezelfde programma's aanbieden als de referentiecentra. Bovendien volgt het patiënten op waarvan de situatie complexer is (resistentie voor de bloedstollingsfactoren, meervoudige complicaties, enz.) en vervult het coördinatie-opdrachten voor de behandeling van hemofilie in België.

Hoe wordt iemand rechthebbende?

- via een medisch attest vanwege een arts-specialist of de huisarts met vermelding van de diagnose die overeenstemt met de definitie van de rechthebbende

Door wie worden centra geselecteerd?

- Door het college van Geneesheren-Directeurs van het RIZIV op basis van een strikte procedure

Hoe worden centra geselecteerd? Op basis van welke selectiecriteria?

- Criterium personeelsformatie:
  - o Medische personeelsformatie:
    - Specialist inwendige geneeskunde indien patiënten > 16 j
    - Specialist pediatrie indien patiënten < 16 j
    - Specialist klinische biologie
    - Een van hun is coördinerend geneesheer mits bewijs van expertise in hemostasestoornissen op basis van klinische ervaring en wetenschappelijke output.
  - o Niet-medische personeelsformatie:
    - Psycholoog
    - Verpleegkundige met ervaring inzake hemostasestoornissen en kennis om patiënten en familie te onderrichten in "autotransfusie" thuis.
    - Maatschappelijk werker
    - Kinesitherapeut
    - Secretaris
  - o Minimum tijdsbesteding vanwege de personeelsformatie

- Medische equippe: totaal 12u30
  - Verpleegkundige, maaatschappelijk werker, kinesitherapeut: 12u30
  - Administratie: 10 u
- Criterium beschikbaarheid
  - o Personeelsleden moeten zoveel mogelijk gelijktijdig aanwezig zijn
  - o Zorgcontinuïteit: 24u/24u 7d/7d
  - o Spoedgevallendienst aanwezig
- Criterium organisatorische vereisten
  - o Centrum is één eenheid gevestigd op 1 site van het ziekenhuis
  - o Architectonische vereisten qua ruimtes
  - o Beschikbaarheid labo met ISO 15189-erkenning
  - o Beschikbaarheid in het ziekenhuis inzake infectieziekten
  - o Beschikbaarheid in het ziekenhuis van gynecoloog-verloskundige
  - o Beschikbaarheid van een **ERKEND centrum voor menselijke erfelijkheid**
    - **dit is een zeer beperkende factor**
- Criterium: volume- minimumaantallen
  - o Gemiddeld 50 patiënten per jaar
- Criterium administratieve verplichtingen
  - o Bijhouden van een Nationaal register om volgende gegevens toe te laten:
    - evolutie van de demografische en epidemiologische gegevens
    - evolutie van de klinische en biologische factoren,
    - opduiken van bepaalde pathologieën,
    - gebruik van coagulatiefactoren,
    - evolutie van de complicaties voor de patiëntenpopulatie die door de RC's en het NCC ten laste wordt genomen.

Er worden netwerkfuncties verwacht:

- Referentiecentrum:
  - o 24u/24u – 7d/7d informatiedienst toegankelijk per telefoon EN e-mail om nauwkeurig en betrouwbaar antwoord kan geven op elke vraag over hemostasestoornissen, de gevolgen en de behandeling ervan.
  - o Teamvergaderingen
  - o Informatie- en opleidingsactiviteiten
- Wetenschappelijk College voor hemofilie
  - o Kwaliteitsverbetering
  - o Netwerking
  - o Ontwikkeling hemofiliekaart patiënten
  - o Coördinatie onderzoeks- en opleidingsactiviteiten referentiecentra
  - o Verslag voor de Akkoordraad.
- Akkoordraad
  - o controleren of de bepalingen van de overeenkomst een optimaal functioneren van de centra mogelijk maken en adviseren van het College van geneesheren-directeurs over eventuele maatregelen die op dat gebied moeten worden genomen,
  - o informeren en adviseren van het College van geneesheren-directeurs, de andere organen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV voor de uitvoering van hun opdrachten, over alles in verband met de verzorging van hemostase, die al dan niet gefinancierd wordt door de toepassing van deze overeenkomst.
  - o Parameters die geëvalueerd worden:

- Het goed gebruik van de coagulatiefactoren door de populatie van de hemofiliëpatiënten.
- Het vermogen van de patiënten om hun behandeling zelf in goede banen te leiden.
- Het bewaren van de levenskwaliteit en de sociale integratie van de patiënten.
- De preventie van (orthopedische, infectieuze...) complicaties.
- De levensverwachting.
- De beschikbaarheid van de informatie over de doelgroep.

Hoe ziet de financiering er uit?

- Jaarlijks forfait per rechthebbende van 1596,15 euro, voor het grootste gedeelte indexeerbaar
- Cumul mogelijk met verstrekkingen en dagforfaits voor activiteit die buiten kader van de conventie ligt

Berekening bedrag tegemoetkoming

- loonkosten personeelsformatie voor een overeenkomst voor 50 patiënten.

Funcities	uren / week	VTE	Barema	Jaarlijkse loonkosten in euro	loonkosten euro x VTE
Geneesheer Art. 6, 1 & 6 tot 8	10,50	0,28	Adviserend geneesheer	130.064,67	35.938,92
Psycholoog Art. 6, §1, 7	2,50	0,07	1/80	66.572,30	4.379,76
Verpleegkundige + MW + kinesitherapeut Art. 6, 8 tot 10	12,50	0,33	1/55-1/61-1/77	54.204,01	17.830,27
Secretaris Art. 6, 12	10,00	0,26	1/50	42.530,26	11.192,17
<b>TOTAAL</b>		<b>0,93</b>			<b>69.341,12</b>

- Typisch voor conventies is dat de verloning van artsen het barema van de adviserend geneesheren volgt, met een variabele anciënniteit afhankelijk van de conventie. In de hemofilie-conventie gaat men uit van een anciënniteit van 10 jaar tegen spilindex 117,27 (basis 2004).
- Administratiekosten: 10% van totale kostenveloppe: 7704,57 euro
- Jaartotaal voor 10 rechthebbenden: 69.341,12 euro + 7704,57 = 77045,69 € of 1540,91 euro per rechthebbende per jaar. Inclusief enkele andere posten en de index komt dit op 1596,15 euro per rechthebbende per jaar



## CONVENTIE ZORGTRAJECT KINDEREN MET OBESITAS

### Wie bindt deze conventie?

De Pediatrische Multidisciplinaire Obesitas Centra (PMOC), de rechthebbenden, de VI's en het RIZIV. De conventie omschrijft meer bepaald de inhoud van het multidisciplinair zorgtraject voor de aanpak en behandeling van obesitas bij kinderen, de vergoedbare verstrekkingen, de prijzen en de honoraria ervan, evenals de betalingswijze.

### Doelstelling:

zorgcontinuüm aanbieden voor kinderen met obesitas

### Niveau's en functies:

#### Niveau 1:

Artsen en paramedici

#### Niveau 2:

PMOC

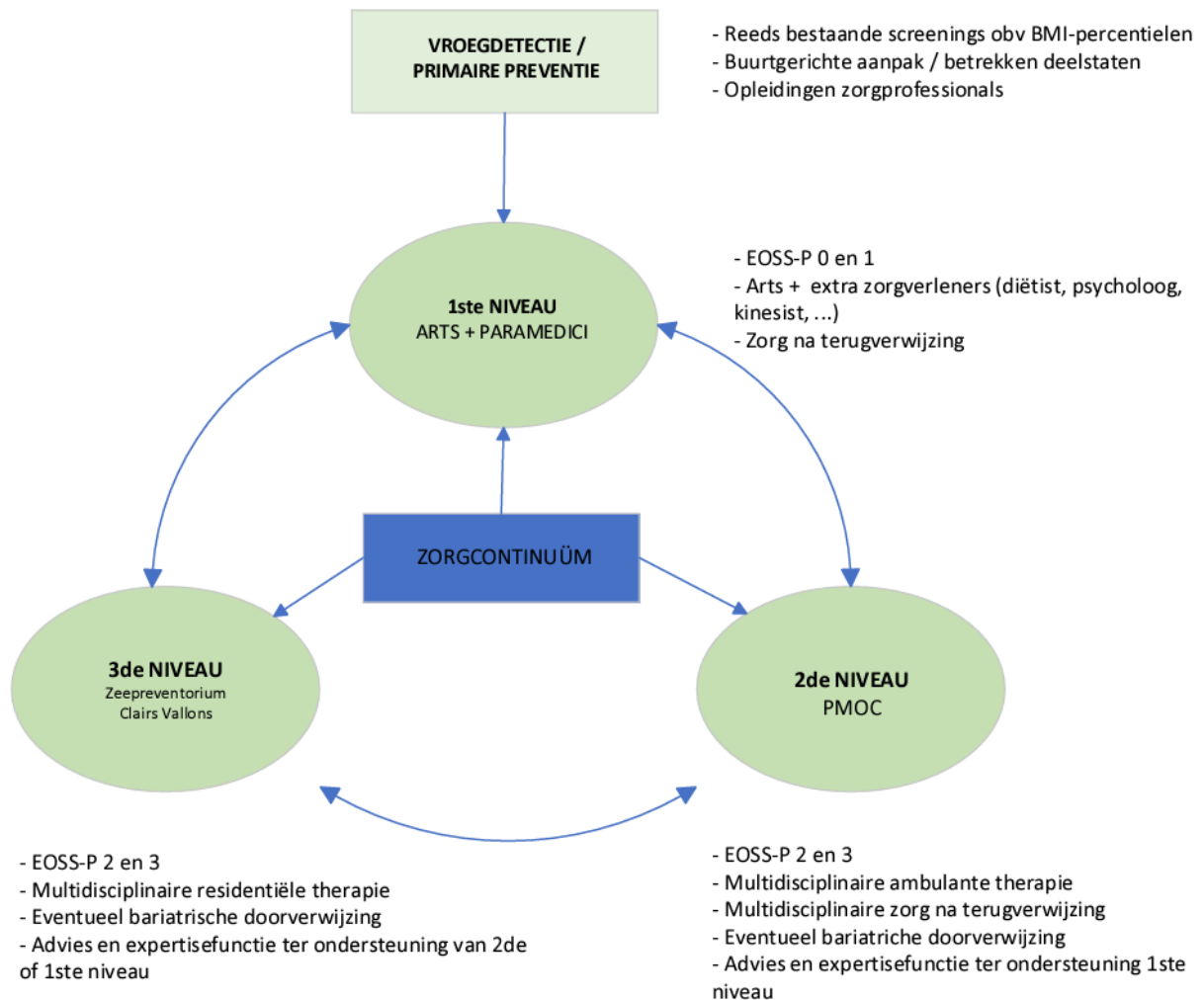
- De eerste functie van de PMOC is het realiseren van de multidisciplinaire, ambulante opvolging van rechthebbenden met een EOSS-P 2 of 3-inschaling.
- De tweede functie is een advies- en expertisefunctie ter ondersteuning van de zorg van rechthebbenden met een EOSS-P stadium 0 of 1-inschaling op het eerste niveau.

Het tweede niveau moet de zorg niet altijd zelf uitvoeren, maar moet wel het plan aanbieden en helpen oriënteren naar de juiste zorgverleners. Op die manier kan men trachten de zorg dichtbij huis of in de leefomgeving van de rechthebbende aan te bieden.

#### Niveau 3:

Medisch Pediatrische Revalidatiecentra: Zeepreventorium en Clairs Vallons.

Zij ondersteunen de PMOC (al of niet digitaal) in de uitvoering van hun opdracht bij de terugverwijzing naar het tweede (of desgevallend het eerste) niveau na intensieve begeleiding op het derde niveau. Ze helpen bij het opstellen van een passend behandelplan, ondersteunen en adviseren het tweede (of desgevallend het eerste) niveau na de intensieve revalidatie op het derde niveau.



### Wat moet het PMOC realiseren?

- 1) De uitgebreide beoordeling van de rechthebbende, inclusief comorbiditeiten, psychosociale context en emotionele stress;
- 2) Het opstellen van een individueel behandelplan voor de rechthebbende en/of zijn gezin;
- 3) De sociale en emotionele begeleiding van de rechthebbende en zijn naaste omgeving;
- 4) Intensieve, gezinsgerichte counseling en leefstijl-/gedragsinterventie organiseren met bevorderen van een gezonde levensstijl (voedingspatroon, lichaamstevredenheid, zelfbeleving, emotieregulatie en slaap);
- 5) Het instellen van regelmatige vervolgafspraken ter stimulering en follow-up van de therapietrouw.

### Wie zijn de rechthebbenden?

De rechthebbenden zijn kinderen en jongeren die lijden aan obesitas, vanaf de 2de verjaardag tot de 18de verjaardag op basis van BMI en onderverdeeld in categorieën a.d.h.v. het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P). Zij met een EOSS-P 2 of 3 worden verder opgevolgd in het PMOC

### Selectiecriteria PMOC: maximaal 25 PMOC's toegelaten:

De geografische verspreiding van de provincies waar de PMOC zich bevinden, gewogen voor het aantal inwoners, vanaf de 2de verjaardag tot de 18de verjaardag, per provincie.

Aantal rechthebbenden in permanente opvolging bij het PMOC op het moment van indienen van de aanvraag, met een minimum van 100 rechthebbenden met obesitas permanent in regelmatige behandeling.

### criterium aantoonbare expertise: via "EASO Obesity Clinic Self Assessment"

- Expertise in zwaarlijvigheid inclusief genetische vormen, endocriene aandoeningen;
- Expertise in diagnose en zorg voor comorbiditeiten;
- Expertise in eetstoornissen, in het bijzonder rond de behandeling van eetbuien, alsook kennis rond preventie van eetstoornissen;
- Expertise in het herstellen van goede lichaamsbeleving, zelfbeleving, en emotieregulatie;
- Kennis van instrumenten om psychosociaal welzijn en emotionele stress te beoordelen;
- Gedrags- en systemische (d.w.z. werken met gezinnen) technieken;
- Up-to-date educatietechnieken: communicatieve vaardigheden, motiverende vaardigheden;
- Interdisciplinaire zorg (zelfde tijd, zelfde ruimte, interactie tussen specialismen);
- Farmacotherapie in het kader van obesitas;
- Specifieke fysiotherapie (incontinentie, constipatie, musculoskeletale pijnen en problemen);
- Expertise in patiënten met obesitas en autisme/ontwikkelingsachterstand;
- Expertise rond transitie/verwijzing van oudere patiënten/adolescenten naar de volwassen zorg voor obesitas (correcte doorverwijzing op latere leeftijd);
- Kennis van heelkundige en interventionele behandelingen.

### Kwaliteitscontrole PMOC

- Structuurindicatoren
  - o Activiteitsvolume
  - o Teamsamenstelling
  - o Voorzieningen
- Procesindicatoren
  - o Multidisciplinair zorgtraject
  - o Contacten
  - o Verwijzingsproces

### Begeleidingscomité

- Opvolgen van de structuur-, proces- en uitkomstindicatoren
- Opvolgen van het budget
- Voorstellen van bijsturing waar nodig
- Advisering bij de uitwerking van het eerste niveau

### Berekening van het bedrag van de tegemoetkoming en de verstrekking

Funcities	Uren/ patiënt/ jaar	Aantal VTE voor 100 pt	Loonschaal	Jaarlijkse loonkosten (1 VTE)	Jaarlijkse kost voor 100 pt.
Arts-specialist in de kindergeneeskunde	2,72	0,17	Adviserend arts	€ 180.775,84	€ 30.092,43
Sociaal werker/sociaal verpleegkundige/maatschappelijk werker	2,48	0,15	PC 330 1/55-1/61-1/77	€ 73.514,59	€ 11.157,66
Dietist	5,48	0,34	PC 330 1/55-1/61-1/77	€ 73.514,59	€ 24.654,83
Psycholoog	6,48	0,40	PC 330 1/80	€ 93.043,13	€ 36.898,38
Kinesitherapeut	2,66	0,16	PC 330 1/55-1/61-1/77	€ 73.514,59	€ 11.967,49
Administratief assistent	2,72	0,17	PC 330 1/50	€ 58.482,97	€ 9.735,23
PMOC coördinator	6,82	0,42	PC 330 1/55-1/61-1/77	€ 73.514,59	€ 30.683,57
<b>TOTAAL</b>		<b>1,80</b>			<b>€ 155.189,59</b>

De tabel geeft het personeelskader weer dat gefinancierd wordt in het kader van de overeenkomst (spilindex 123,14; december 2022 – basis 2013).

De eerste drie kolommen van de tabel geven het personeelskader uitgesplitst per functie (of diploma) weer.

De vierde kolom geeft de loonschaal weer die van toepassing is voor ieder van die functies: voor de kinderarts gaat het om het barema van de adviserend artsen met 15 jaar anciënniteit, voor alle andere personeelsleden betreft het de loonschalen die zijn vastgesteld door het paritair comité 330 voor de gezondheidsinrichtingen en-diensten.

Voor de kinderarts geldt: 2,72 uur/patiënt = 0,17 FTE/100 patiënten.

Voor de kinderarts geldt: 2,72 uur = 0,0017 FTE

Voor de kinderarts geldt: 2,72/0,0017= 1600 uren = 1 FTE

De vijfde kolom geeft de jaarlijkse loonkosten weer per voltijds equivalent (VTE) voor 100 patiënten, met een anciënniteit die voor iedere loonschaal is vastgesteld op 15 jaar.

De zesde kolom de loonkosten per (groep van) functie(s), en dit voor het aantal VTE dat is voorzien in de overeenkomst.

Het totaalbedrag van de loonkosten voor 100 patiënten bedraagt 155.189,59 EUR.

De algemene kosten worden forfaitair vastgesteld op 10% van het totale bedrag van de personeelskosten, dit is 15.518,96 EUR.

Het totaal per jaar van de kosten die voortvloeien uit de toepassing van deze overeenkomst, bedraagt aldus voor 100 rechthebbenden: 155.189,59 EUR + 15.518,96 EUR = 170.708,55 EUR. Dit is een bedrag per rechthebbende per jaar van: 1.707,09 EUR of 426,77 EUR per trimester.

De personeelskosten zijn volledig indexeerbaar. Men gaat ervan uit dat 2/3 van het totaal van de andere kosten dat eveneens zijn. Het indexeerbare gedeelte van de prijs van het trimesterforfait bedraagt 413,84 EUR en het niet-indexeerbare gedeelte 12,93.

### Tarieven

Code AMB	Code HOSP	omschrijving	Bedrag 1.1.2024
400632	400643	Trimestrieel forfait PMOC	426,77
400654		Forfaitair honorarium voor de behandelende huisarts of arts-specialist in de kindergeneeskunde per kalenderjaar dat de rechthebbende met obesitas is opgenomen in de overeenkomst "Obesitas bij Kinderen"	106,05
400676	400680	Advies en ondersteuning aan het eerste zorgniveau door de arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan een PMOC, voor een rechthebbende met een EOSS-P 400691 inschaling 0 of 1	24,46
400691		Forfaitaire vergoeding voor een bijkomend multidisciplinair advies door een kinesitherapeut, een psycholoog en een diëtist, aangevraagd door de arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan een PMOC	161,62

### Beschikbare budget

11.019.000 euro /jaar

## Aanvaarde en niet-aanvaarde centra

	Ziekenhuis	Netwerk	Provincie	Gemeente
7	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	HELIX Vzw	Antwerpen	2650 Edegem
27	AZ Voorkepen en AZ Klina	HELIX Vzw	Antwerpen	2390 Malle
14	ZNA Middelheim Antwerpen	Netwerk GZA - ZNA Vzw	Antwerpen	2000 Antwerpen
25	AZ TURNHOUT	KEMPEN Vzw	Antwerpen	2300 Turnhout
31	CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	H.Uni	Brussel	1200 Bruxelles
5	CHU Saint-Pierre Bruxelles	CHORUS	Brussel	1000 Bruxelles
20	UZ Brussel	CUROZ Vzw	Brussel	1090 Jette
15	HUB Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola	CHORUS	Brussel	1020 Bruxelles
35	Humani - CHU Charleroi-Chimay	Humani Sante	Henegouwen	6000 Charleroi
21	Ziekenhuis Oost-Limburg	NOORD-OOST LIMBURG Vzw	Limburg	3600 Genk
28	Vzw Jessa Ziekenhuis	ANDREAZ	Limburg	3500 Hasselt
3	Groupe Santé CHC Liège	MOVE	Luik	4000 Liège
18	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	ELIPSE	Luik	4032 Liège
23	CHR Verviers	ELIPSE	Luik	4800 Verviers
29	CHU UCL Namur - Site de Ste-Elisabeth	Réseau Namurois (R.H.N.)	Namen	5000 Namur
9	AZ Jan Palfijn Ziekenhuis	NETWERK GENT Vzw	Oost-Vlaanderen	9000 Gent
17	AZ Maria Middelaes	E17	Oost-Vlaanderen	9000 Gent
24	AZ Alma	KOM Vzw	Oost-Vlaanderen	9900 Eeklo
10	AZ Sint Blasius Dendermonde	MIRA Vzw	Oost-Vlaanderen	9200 Dendermonde
19	UZ Leuven	PLEXUS Vzw	Vlaams-Brabant	3000 Leuven
4	Clinique St Pierre Ottignies	H.Uni	Waals-Brabant	1340 Ottignies-Louvain La Neuve
2	A.Z. Sint-Jan Brugge	KOM Vzw	West-Vlaanderen	8000 Brugge
33	AZ Delta vzw	TRlaz Vzw	West-Vlaanderen	8800 Roeselare
11	Jan Yperman	TRlaz Vzw	West-Vlaanderen	8900 Ieper
12	Onze Lieve Vrouw van Lourdes ziekenhuis Waregem	E17	West-Vlaanderen	8790 Waregem
8	CHU TIVOLI	HELORA	Henegouwen	7000 La Louvière
1	Centre Hospitalier EpiCURA	PHARE	Henegouwen	7331 Baudour
13	CHU Helora, site de Nivelles	HELORA	Waals-Brabant	1400 Nivelles
32	Vivalia - CHCA Libramont	VIVALIA	Luxemburg	6800 Libramont
34	ASBL Chirec Bruxelles	CHORUS	Brussel	1160 Bruxelles
6	OLV Ziekenhuis AALST	CUROZ vzw	Oost-Vlaanderen	9300 Aalst
30	Clinique Notre Dame de Grâce de Gosselies	Réseau Charleroi Métropole	Henegouwen	6041 Gosselies
22	Emmaüs vzw – AZ Sint-Maarten	BRIANT Vzw	Antwerpen	2800 Mechelen
26	H. Hartziekenhuis Mol	KEMPEN Vzw	Antwerpen	2400 Mol
16	AZ GROENINGE VZW	E17	West-Vlaanderen	Kortrijk

Geografische spreiding:



## ERN - ZELDZAME ZIEKTEN

In de EU zijn er 36 miljoen personen die lijden aan één van de meer dan 6.000 zeldzame ziekten. In België zijn er zo'n 500.000 personen die lijden aan een zeldzame ziekte.

In de EU is de definitie van een zeldzame ziekte een ziekte die minder dan 5 op de 10 000 personen treft. Dus minder dan 1 op 2000 personen.

Er moet opgemerkt worden dat in de wetteksten de term prevalentie gebruikt wordt en niet incidentie:

- Incidentie is het aantal personen van een omschreven bevolkingsgroep, dat gedurende een gegeven -tijdsperiode-de ziekte krijgt ' (meestal 1 jaar).
- Prevalentie is het aantal personen van een omschreven bevolkingsgroep, dat op een gegeven tijdstip lijdt aan de ziekte (puntprevalentie). De prevalentie maat heeft een eerder statisch karakter en beschrijft de toestand op één bepaald ogenblik in de tijd met betrekking tot de aanwezigheid van ziekte in een bevolkingsgroep.

Factoren die invloed hebben op de prevalentie:

- Toename:
  - o ziekte van lange duur
  - o overleving, maar geen genezing
  - o meer nieuwe gevallen
  - o inwijking van zieken
  - o uitwijking van gezonden
  - o inwijking van voorbeschikten
- Afname:
  - o ziekte van korte duur
  - o hoge letaliteit
  - o minder nieuwe gevallen
  - o inwijking van gezonden
  - o uitwijking van zieken
  - o meer genezing

### Wat zijn ERN's?

ERN staat voor European Reference Networks. De ERN's zijn netwerken van expertisecentra, georganiseerd op Europese schaal, die zo hulpverleners en onderzoekers toelaten om hun kennis en middelen te delen. De ERN's installeren een duidelijke structuur, met een speciaal IT-platform en telegeneeskunde. Op die manier kan de medische kennis zich verplaatsen terwijl de patiënt thuis kan blijven. Met als ultieme doel: de behandeling en zorg voor elke patiënt in Europa verbeteren.

Om die ERN's te creëren, zijn de zeldzame ziekten gegroepeerd in 24 grote groepen. De ERN's zijn op 1 maart 2017 van start gegaan<sup>22</sup>.

Belgische onderzoekers en artsen werken actief mee in 23 van de 24 ERN's.

---

<sup>22</sup> De volledige lijst van ERN's kunt u hier raadplegen: [http://ec.europa.eu/health/ern/networks\\_nl](http://ec.europa.eu/health/ern/networks_nl)

## Functie zeldzame ziekten

Het Koninklijk Besluit van 25 april 2014 waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op de functie 'zeldzame ziekten' somt op aan welke normen de functie 'zeldzame ziekten' moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven:

- functie zeldzame ziekte: dit omvat de interdisciplinaire diagnose, behandeling en de opvolging van patiënten met een zeldzame ziekte zijnde een ziekte met een levensbedreigend en/of chronisch invaliderend karakter met een prevalentie van minder dan 5/10 000 inwoners (= minder dan 1/2000 inwoners).
- Het ziekenhuis moet beschikken over :
  - o een functie voor intensieve zorg;
  - o een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg';
  - o een centrum voor menselijke erfelijkheid;
  - o een ziekenhuisapotheek met activiteiten van klinische farmacie;
  - o faciliteiten van medische beeldvorming;
  - o een laboratorium voor klinische biologie dat 7 dagen op 7, 24 u op 24 u, beschikbaar is voor het uitvoeren van bijzondere testen;
  - o een laboratorium voor pathologische anatomie;
  - o een biobank die een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst heeft met minstens één internationaal netwerk.

## Belgische Netwerken

Het idee van de netwerken zeldzame ziekten zit verankerd in een KB van 2014.

Het KB van 25 april 2014 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'zeldzame ziekten' kent volgende inhoud:

### Artikel 1.

Het netwerk 'zeldzame ziekten' is gericht op het aanbieden van zorgcircuits aan patiënten met een zeldzame ziekte, in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder zeldzame ziekte een ziekte met een levensbedreigend en/of chronisch invaliderend karakter met een prevalentie van minder dan 5/10 000 inwoners. Het netwerk richt zich op een of meerdere zeldzame ziekten en/of een of meerdere groepen zeldzame ziekten.

### Art. 2.

Het netwerk 'zeldzame ziekten' biedt minstens een zorgcircuit aan dat ertoe leidt dat patiënten met een zeldzame ziekte worden behandeld en opgevolgd door de meest aangewezen functie 'zeldzame ziekten' of voor zover deze zijn aangeduid, het meest aangewezen expertisecentrum 'zeldzame ziekten'.

### Art. 3.

Van het netwerk 'zeldzame ziekten' moeten minstens volgende zorgaanbieders deel uitmaken:

- algemene ziekenhuizen zonder erkenning voor een functie 'zeldzame ziekten' of voor een expertisecentrum 'zeldzame ziekten';
- ziekenhuizen met een erkende functie 'zeldzame ziekten';
- ziekenhuizen met een expertisecentrum 'zeldzame ziekten' voor zover als aangewezen;
- centra menselijke erfelijkheid.



- Van het netwerk kunnen bovendien huisartsenkringen zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, deel uitmaken.

Elke zorgaanbieder mag deel uitmaken van meerdere netwerken.

Onder voorbehoud van de toepassing van het tweede lid maken de voor de zeldzame ziekte(n) of groep(en) zeldzame ziekten waarop het netwerk zich richt relevante zorgaanbieders in elk geval deel uit van het netwerk

#### Art. 4.

§ 1. In elk netwerk 'zeldzame ziekten' wordt een coördinator aangeduid volgens de modaliteiten bepaald in de juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

§ 2. De coördinator wordt belast met de organisatie en de coördinatie van de activiteiten van het netwerk 'zeldzame ziekten' in samenspraak met de deelnemende zorgaanbieders zoals nader uitgewerkt in de juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

#### Art. 5.

Het netwerk neemt deel aan Europese en internationale netwerken

#### Art. 6.

§ 1. Het netwerk 'zeldzame ziekten' moet beschikken over een netwerkcomité bestaande uit vertegenwoordigers van elk van de deelnemende zorgaanbieders zoals bedoeld in artikel 3 die worden aangeduid volgens de modaliteiten opgenomen in de juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst. Bij het overleg binnen bedoeld netwerkcomité worden bovendien minstens jaarlijks vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen met betrekking tot de zeldzame ziekte of groep zeldzame ziekten waarop het netwerk zich richt, betrokken.

§ 2. Het netwerkcomité heeft als opdrachten :

- 1) waken over de uitvoering van de juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst;
- 2) nemen van initiatieven met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. In het bijzonder dienen er afspraken te worden gemaakt in verband met het verwijzen en terugverwijzen van patiënten ondermeer naar algemene ziekenhuizen zonder erkenning voor een functie of een expertisecentrum 'zeldzame ziekten' voor verdere opvolging of revalidatie;
- 3) uitwerken van modaliteiten van gemeenschappelijke procesbewaking en kwaliteitsopvolging van doorverwezen en terugverwezen patiënten;
- 4) overleg plegen over het uitwerken van zorgcircuits;
- 5) overleg plegen met zorgaanbieders op het vlak van zeldzame ziekten die geen deel uitmaken van het netwerk en hen sensibiliseren;
- 6) de zorgaanbieders bedoeld in artikel 3 ondersteunen bij het opstellen van het multidisciplinair kwaliteitshandboek.
- 7) organiseren van overleg met andere netwerken 'zeldzame ziekten';
- 8) sensibiliseren van het publiek op het vlak van zeldzame ziekten.

§ 3. Het netwerkcomité komt minstens 1 maal per jaar samen voor het uitvoeren van haar opdrachten. Het netwerkcomité stelt een huishoudelijk reglement in verband met haar organisatie en werking op

De netwerken zijn een bevoegdheid van de deelstaten:

#### Netwerk Vlaanderen:

In 2016 werd in Vlaanderen overgegaan tot de erkenning van de ‘functies zeldzame ziekten’ in de 4 Vlaamse universitaire ziekenhuizen, die beschikken over een Centrum voor Menselijke Erfelijkheid.

Het Vlaams Netwerk Zeldzame Ziekten is een ondersteunende en adviserende structuur die de vorming van de verschillende netwerken per zeldzame ziekte of groep van zeldzame ziekten faciliteert en een overkoepelende structuur vormt voor deze netwerken.

Er zijn in het VNZZ netwerken voor de 23 groepen van zeldzame ziekten en vormen een afspiegeling van de European Reference Networks (of de ERNs). Alleen het netwerk voor de multisysteem vasculaire en hartaandoeningen vormt hierop een uitzondering. Deze groep van aandoeningen is op Europees niveau in twee netwerken ondergebracht met name ERN GUARD-Heart en VASCERN.

Het Vlaams Netwerk Zeldzame Ziekten (VNZZ) bestaat uit:

- Vlaamse Universitaire Ziekenhuizen
- Zorgnet-Icuro
- Domus Medica
- RaDiOrg
- Vlaams Patiëntenplatform
- patiëntenvertegenwoordigers
- vertegenwoordigers uit de Algemene Ziekenhuizen

Het netwerk ‘zeldzame ziekten’ biedt minstens een zorgcircuit aan dat ertoe leidt dat patiënten met een zeldzame ziekte worden behandeld en opgevolgd door de meest aangewezen functie ‘zeldzame ziekten’ of voor zover deze zijn aangeduid, het meest aangewezen expertisecentrum ‘zeldzame ziekten’.

Essentiële opdrachten van het VNZZ:

- Het in kaart brengen van expertise
- Het identificeren van de nood aan het creëren van werkgroepen binnen het netwerk op basis van expertise, bv subgroepen definiëren binnen een netwerk, nood voor specifieke kiné etc.
- Het identificeren van lacunes in expertise. Collegae ten zuiden van de taalgrens maar ook buitenlandse collegae kunnen betrokken worden!
- Het opstellen van richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en opvolging, stimuleren van research...
- Het nemen van initiatieven die zorgkwaliteit bevorderen binnen de verschillende ziekenhuizen met functie ZZ (essentieel de UZs/ziekenhuizen met genetica afdeling)
- Het beschrijven van samenwerking met de 1ste en 2de lijn maar zeker ook tussen de ziekenhuizen met een functie ZZ. Nadruk op het expliciteren van criteria voor door- en terugverwijzing. Registers uitbouwen (coördinatie Sciensano)
- Het beschrijven van de samenwerking met patiëntenverenigingen VPP/Radiorg

### Netwerk Brussel-Wallonië:

Voor het zogenaamde Réseau Maladies Rares Wallonie-Bruxelles werden in 2017-2018 voorbereidende vergaderingen gehouden met vertegenwoordigers van de drie Franstalige Functies Zeldzame Ziekten (Erasme, Saint-Luc en CHU de Liège), het Institut de Pathologie et de Génétique, le Groupement Belge des Omnipraticiens en RaDiOrg.

Einde 2018 werd door alle partners van het overleg een gezamenlijke subsidieaanvraag ingediend bij de toenmalige minister voor zorg en gezondheid, Alda Gréoli, om een netwerkcoördinator te kunnen aanstellen. De aanvraag werd evenwel niet positief beantwoord.

Nadien zijn er geen nieuwe stappen ondernomen door de partners in het op te richten netwerk. De facto is er dus geen operationeel netwerk aan Franstalige zijde.

### Expertisecentra of Referentiecentra Zeldzame Ziekten

Het KB van 25.4.2014 houdende de vaststelling van de karakteristieken voor het aanwijzen van referentiecentra 'zeldzame ziekten', expertisecentra genoemd, binnen de erkende functies 'zeldzame ziekten' somt volgende erkenningscriteria op:

1° deelnemen aan internationale netwerken specifiek op het vlak van de groep zeldzame ziekten of de welbepaalde zeldzame ziekte waarvoor een aanwijzing als expertisecentrum wordt gevraagd;

2° beschikken over geneesheer-specialisten die erkend zijn voor wat betreft hun expertise en ervaring op het vlak van de groep zeldzame ziekten of de zeldzame ziekte binnen de groep waarvoor een aanwijzing als expertisecentrum wordt gevraagd. Bedoelde ervaring wordt aangetoond aan de hand van wetenschappelijke publicaties en een score van minimum 15 binnen de Hirsch-index.

### Europese Referentie Netwerken: rol van Europa

- De EU-lidstaten spelen de hoofdrol bij het aanwijzen en opzetten van Europese referentienetwerken.
- Leden van het netwerk krijgen de ERN-status als ze op een oproep van de Europese Commissie hebben gereageerd.
- De aanmelding wordt beoordeeld door een onafhankelijke beoordelingsraad (Independent Assessment Body, IAB) die verslagen over alle kandidaten heeft opgemaakt.
- De Raad van lidstaten (BoMS) besluit dan of een ERN-verzoek wordt goedgekeurd of niet.
- De BoMS bestaat uit vertegenwoordigers van alle EU-lidstaten plus Noorwegen

### Aan welke criteria moeten ERN's voldoen op Europees niveau?

- Patiëntgericht en klinisch geleid
- Tien leden in ten minste acht landen
- Sterke onafhankelijke beoordeling
- Naleving van netwerk- en ledencriteria
- Bekrachtiging en goedkeuring door nationale autoriteiten

## ERN-Catalogus

Er zijn 24 ERN's gedefinieerd. De tabel geeft aan uit welk land de netwerkcoördinator afkomstig is. Nederland en Frankrijk hebben uitzonderlijk veel netwerkcoördinatoren; zij bepalen wie erbij komt en wie niet.

1	Endo-ERN	Netherlands
2	ERKNet	Germany
3	ERN BOND	Italy
4	ERN CRANIO	Netherlands
5	ERN EpiCARE	Spain
6	ERN EURACAN	France
7	ERN EuroBloodNet	Belgium
8	ERN eUROGEN	Netherlands
9	ERN EURO-NMD	France
10	ERN EYE	France
11	ERN GENTURIS	Netherlands
12	ERN GUARD-HEART	Netherlands
13	ERNICA	Netherlands
14	ERN ITHACA	France
15	ERN LUNG	Germany
16	ERN PaedCan	Austria
17	ERN RARE-LIVER	Germany
18	ERN ReCONNET	Italy
19	ERN RITA	Netherlands
20	ERN-RND	Germany
21	ERN Skin	France
22	ERN TRANSPLANT-CHILD	Spain
23	MetabERN	Italy
24	VASCERN	France
	Austria	1
	Belgium	1
	France	6
	Germany	4
	Italy	3
	Netherlands	7
	Spain	2
		24

## Overzicht van de betrokken Belgische Ziekenhuizen:

ERN	ZIEKENHUIZEN							
ERN BOND	UZA	UGent						
ERN CRANIO	UZA	UGent	UZLeuven					
ERN Endo	UZA	UGent	UZLeuven	UZBrussel	St Luc	Huderf Erasme	CHU Liège	
ERN Epilepsie			UZLeuven		St Luc	Huderf Erasme		
ERKNet		UGent	UZLeuven		St Luc			
ERN-RND	UZA	UGent	UZLeuven			Erasme		
ERNICA		UGent	UZLeuven		St Luc			
ERN Lung	UZA	UGent	UZLeuven	UZBrussel	St Luc	Erasme		
ERN Skin		UGent	UZLeuven			Erasme		
ERN Euracan	UZA	UGent	UZLeuven		St Luc	Erasme-Bordet	CHU Liège	
ERN-EuroBloodNet	UZA		UZLeuven		St Luc	Erasme-Bordet	CHU Liège	
ERN eUROGEN	UZA	UGent	UZLeuven					
ERN-EYE	UZA	UGent	UZLeuven					
ERN GENTURIS		UGent	UZLeuven	UZBrussel			CHU Liège	
ERN EURO-NMD	UZA	UGent	UZLeuven		St Luc	Erasme-Huderf		
ERN GUARD-Heart	UZA		UZLeuven	UZBrussel				
ERN ITHACA	<b>70 afdelingen klinische genetica in academische ziekenhuizen</b>							
					St Luc + Gosselies (consortium)			
ERN MetabERN	UZA	UGent	UZLeuven	UZBrussel			CHU Liège	
ERN PaedCan		UGent	UZLeuven		St Luc	Erasme-Huderf		
ERN RARE-LIVER	UZA	UGent	UZLeuven		St Luc			
ERN ReCONNET		UGent	UZLeuven		St Luc			
ERN RITA		UGent	UZLeuven					
ERN Transplant Child		UGent			St Luc			
VASCERN	UZA	UGent	UZLeuven		St Luc			AZ St. Maarten

Tijdens het Verzekeringscomité van 25.03.2024 werd de conventie “zeldzame ziekten” goedgekeurd. Dit is een kaderovereenkomst die énkél kan afgesloten worden met instellingen die voldoen aan de normen voor de ‘functie zeldzame ziekten’. Het gaat hier dus om een combinatie van conventie en programmatie. De conventie regelt de vergoeding van volgende verstrekkingen:

- de uitwerking, opvolging en aanpassing van een "individueel zorgplan";
- de uitvoering van "zorgcoördinatie";
- andere specifieke aspecten van de zorgaanpak voor patiënten lijdend aan een zeldzame ziekte.

De conventietekst van 25.03.2024 vermeldt de lijst van de ziekenhuizen die beschikken over een erkenning als functie zeldzame ziekten:

- C.H.U. de Liège
- Cliniques universitaires Saint-Luc
- Grand Hôpital de Charleroi (in samenwerking met het Institut de Pathologie et de Génétique in Gosselies)
- Hôpital Erasme
- UZ Antwerpen
- UZ Brussel
- UZ Gent
- UZ Leuven

### VOORDELEN VAN CONVENTIES

- De beslissingsautoriteit is het RIZIV zodat geen moeizame weg van KB's moet bewandeld worden. Ook de invloed van gemeenschappen en regio's wordt zo vermeden.
- Veelal wordt de vergoedingstechniek van forfaits gebruikt, pakketsgewijs in tegenstelling tot het BFM dat betaalt volgens een casemix en binnen een gesloten budget.
- Het budget van een conventie komt bovenop het BFM dat het ziekenhuis ontvangt en is niet geplafoneerd tenzij door het budget van de conventie zelf.
- Ereloonsupplementen zijn verboden binnen conventies, behalve voor borstreconstructieve chirurgie, weliswaar geplafonneerd; supplementen voor slokdarm- en pancreaschirurgie verlopen volgens de gebruikelijke regels.
- Als voordeel van conventies mag ook aanzien worden, het feit het andere instellingen niet verboden is om dezelfde acten en diensten te bieden aan patienten van de conventie; het enige wat deze instellingen verliezen is het financieel pakket dat gepaard gaat met de conventie.

### NADELEN VAN CONVENTIES

- Meestal zijn de criteria van conventies volume-gebaseerd en niet noodzakelijk op wetenschappelijke evidentie
- De remuneratie per forfait is voor de artsen gebaseerd op het barema van een adviserend geneesheer, soms met 10 jaar anciënniteit, soms met 15 jaar anciënniteit, maar alvast niet op basis van een onderhandelde maatstaf
- Conventie-bedragen vloeien naar de instelling die dan de verdere verdeling van de inkomsten moet doen naar de zorgverstrekkers; de directe band die artsen hebben met nomenclatuur is afwezig.
- Conventies vergen zware administratie en zijn een bureaucratische overlast. Ook de diensten voor geneeskundige controle en evaluatie hebben er maar matig vat op.

## CONDITIONELE TERUGBETALING MEDISCH INVASIEVE HULPMIDDELEN

De Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH- CRIDMI) geeft advies aan de Minister in verband met de terugbetaling van kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Dit laat toe om een aantal implantaten en invasieve hulpmiddelen die anders in het BFM opgenomen zijn, toch via het RiZiV te laten vergoeden. De procedure hiervoor is streng gereguleerd. Eens een tegemoetkoming wordt voorzien voor een implantaat of invasief hulpmiddel, wordt dit opgenomen in een nominatieve lijst. Deze nominatieve lijst kent volgende rubrieken:

- A : Oftalmologie
- B : Neurochirurgie
- C : Oto-rino-laryngologie
- D : Urologie en nefrologie
- E : Abdominale heelkunde en pathologie van het spijsverteringsstelsel
- F : Heelkunde op de thorax en cardiologie
- G : Bloedvatenheelkunde
- H : Gynecologie
- I : Pneumologie en ademhalingsstelsel
- J : Plastische en reconstructieve heelkunde
- K : Heelkunde in het algemeen
- L : Orthopedie en traumatologie
- M : Andere

Per item worden vergoedingsmodaliteiten besproken. Een van die vergoedingsmodaliteiten betreft de vergoedingsvoorwaarden. Onder de vergoedingsvoorwaarden vinden we volgende criteria terug:

- Criteria betreffende de verplegingsinrichting
- Criteria betreffende de patiënt (de rechthebbende)
- Criteria betreffende het hulpmiddel
- Aanvraagprocedure en formulieren
- Regels voor attestering
- Resultaten en statistieken
- Allerlei

Per item worden criteria betreffende de verplegingsinrichting vastgelegd die soms restrictief zijn zodat niet alle ziekenhuizen aan die criteria kunnen voldoen. Er wordt een lijst bijgehouden van verplegingsinrichtingen die wel voldoen aan de criteria. Die lijst wordt herzien naarmate er inrichtingen toegevoegd worden aan de lijst of verwijderd worden uit de lijst.

Domeinen waarvoor er momenteel geen lijst van verplegingsinrichtingen bestaat

- Oftalmologie (hoofdstuk A)
- Gynaecologie (hoofdstuk H)
- Plastische en reconstructieve heelkunde(hoofdstuk J)
- Heelkunde in het algemeen (hoofdstuk K)

Ieder item dat wordt opgenomen in de nominatieve lijst, krijgt een nomenclatuurnummer zoals we dat kennen uit de verstrekkingen.

Domeinen waarvoor er momenteel wel een lijst van verplegingsinrichtingen bestaat worden hieronder weergegeven. Op de website van het RIZIV<sup>23</sup> kan zowel de lijst geraadpleegd worden alsook de vastgelegde criteria.

rubriek	titel
301	Torische lenzen
302	Implanteerbare pompen met regelbaar debiet
303	Implanteerbare pompen met constant debiet
304	Toebehoren voor pompen
305	Neurostimulatoren pijn
306	Heroplaadbare neurostimulatoren pijn
307	Elektroden en toebehoren neurostimulatoren pijn
308	Neurostimulatoren bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
309	Dura mater weefsels van dierlijke oorsprong
310	Hydrocefaluskleppen
311	Cochleaire implantaten
312	Contralaterale cochleaire implantaten
313	Middenoor implantaten
314	Urinaire kunstsfincters
315	Implanteerbare blaasstimulatoren
316	Neurostimulatoren urinewegen
317	Anale Kunstsfincters
318	Stimulatoren en elektroden voor dynamische graciloplastie
319	Stimulatoren en elektroden voor sacrale zenuwstimulatie
320	Netjes in heelkunde op het abdomen
321	Netjes in heelkunde op het abdomen - forfait
323	Resynchronisatie hartstimulatoren
324	Coronaire stents
325	Hartkleppen
326	Thermodilutiekatheters
327	Endoprothesen
328	Ischémie
329	Lijmen
330	Hemostatische producten
331	Anti-adhesieven
332	Discusprothesen
333	Wervelkolomimplantaten
334	Wervelkolomimplantaten - forfait
335	Implantaten voor dynamische stabilisatie

<sup>23</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/verstrekkers-van-implantaten/lijsten-van-verplegingsinrichtingen-die-aan-de-vergoedingsvoorwaarden-beantwoorden>



336	Schouderprothesen
337	Prothesen voor extremiteiten
338	Heupprothesen
339	Heupprothesen op maat
340	Knieprothesen
341	Enkelprothesen
342	Nagels
343	Osteosyntheseplaten
344	Implantaten voor arthroscopie
345	Externe fixatoren
346	Osteoconductive botssubstituten
347	Nervus vagus stimulator
348	Neurostimulatoren DBS Epilepsie, Elektroden en toebehoren
349	Hartstimulatoren
350	Middenoor - spraakprocessor
351	Netjes voor prolaps
352	Implantaten voor percutane herstelling van mitralisklepbladen
353	Heupprothesen forfait
354	Hartmonitor
355	Kunsthart
356	TAVI
357	TOC
358	Pulmonaal klepstent
359	Dystonie
360	DES
361	Drug Eluting Ballon
362	Percutane sluiting van het linker harttoortje
363	Externe prothese
364	Vaginale netjes
365	Materiaal Foam
366	Magnetisch verlengbare staven
367	Telescopisch nagel
368	Kunsthart NEW
369	Heupprothesen NEW
370	Niet-helicoïdaal bladen voor DHS
371	Spraakprothesen voor het geval van vroegtijdige lekkages
372	Implanteerbare sensoren voor de continue meting van het glucoseniveau igv primo-implantatie en vervanging
373	Implanteerbare vervangingssensoren voor de continue meting van het glucoseniveau in geval van voortijdige vervanging
374	Zenders voor implanteerbare sensoren voor de continue meting van het glucoseniveau in geval van primo-implantatie en vervanging
375	Zenders voor implanteerbare sensoren voor de continue meting van het glucoseniveau in geval van voortijdige vervanging
376	Materiaal voor embolisatie in de encefale of medullaire streek
377	niet-heroplaadbare neurostimulatoren voor de dorsale wortel ganglion stimulatie

378	geheel van ingeplante elektroden en extensies voor de dorsale wortel ganglion stimulatie
379	geheel van ingeplante vervangingsextensies voor de dorsale wortel ganglion stimulatie
380	geheel van materiaal voor de kwantificatie van collaterale ventilatie
381	endobronchiale kleppen
382	implantaten voor arthroscopie - forfait
383	implantaten voor de occlusie van het linker harttoortje via open chirurgie
384	implantaten voor de occlusie van het linker harttoortje via minimaal invasieve chirurgie - forfait
385	lijst van trabeculaire bypass micro-stents voor micro-invasieve glaucoomchirurgie
	hartdefibrillatoren (aparte lijst)

### **B-§01 implanteerbare pompen in geval van spasticiteit en/of dystonie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- beschikken over een neurochirurgische dienst met permanente wachtdienst

### **B-§13 neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion in geval van Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) van de onderste ledematen**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- overeenkomst B-BKT-04 met Verzekeringscomité.
- beschikken over een neurochirurgische dienst met permanente wachtdienst
- een erkend Multidisciplinair Pijncentrum (MPC)
- multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor de indicatiestelling, de screening, de implantatie en de lange termijn opvolging van de behandeling is samengesteld uit een neurochirurg, een anesthesist-algoloog, een specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie, een pijnpsycholoog en een neuropsychiater of een psychiater-algoloog of een neuroloog.

Deze criteria resulteren in 31 instellingen met een aanvaarde aanvraag:

LIJST VAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN VOOR DE VERSTREKKINGEN BETREFFENDE DE NEUROSTIMULATOREN VAN DE DORSALE WORTEL GANGLION IN GEVAL VAN COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME (CRPS) VAN DE ONDERSTE LEDEMATEN	
VZW AZ Alma	9900 Eeklo
AZ Damiaan	8400 Oostende
AZ Delta vzw	8800 Roeselare
AZ Monica	2100 Deurne
AZ Nikolaas	9100 Sint-Niklaas
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende	8000 Brugge
VZW AZ Sint-Lucas & Volkskliniek	9000 Gent
AZ St. Elisabeth Zottegem	9620 Zottegem
AZ Turnhout vzw	2300 Turnhout

Ziekenhuis Oost-Limburg	3600 Genk
ZNA Middelheim	2060 Antwerpen
GZA Ziekenhuizen	2610 Wilrijk
Heilig Hartziekenhuis Lier	2500 Lier
Jan Yperman Ziekenhuis	8900 Ieper
Jessa Ziekenhuis	3500 Hasselt
OLV Ziekenhuis VZW (Aalst, Asse, Ninove)	9300 Aalst
Universitair Ziekenhuis Antwerpen	2650 Edegem
Universitair Ziekenhuis Gent	9000 Gent
Universitaire Ziekenhuizen K.U. Leuven	3000 Leuven
UZ Brussel	1090 Brussel
Cliniques Universitaires St-Luc	1200 Bruxelles
CUB Hôpital Erasme	1070 Anderlecht
CHR Verviers East Belgium	4800 Verviers
CHC Liège	4000 Liège
CHR Citadelle	4000 Liège
Centre Hospitalier Universitaire de Liège	4000 Liège
CHU Tivoli	7100 La Louvière
CHU UCL Namur	5000 Namur
CHU UCL Namur site Godinne	5530 Yvoir
Centre Hospitalier de l'Ardenne	6800 Libramont-Chevigny
Grand Hôpital de Charleroi	6060 Gilly

Een van de beperkende factoren is de noodzaak tot het hebben van een erkend Multidisciplinair Pijn Centrum. Dit is een lijst van 35 instellingen die in 2013 werd opgesteld en nadien nooit meer herzien is:

<b>Lijst van de ziekenhuizen met erkend multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn</b>		
<b>ZIEKENHUIS</b>	<b>PN</b>	<b>GEMEENTE</b>
ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN VZW	2060	ANTWERPEN
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	6060	GILLY
AZ ST. BLASIUS	9200	DENDERMONDE
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	9900	EEKLO
A.Z. ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	8000	BRUGGE
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	8900	IEPER
ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	2300	TURNHOUT
H.-HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	2500	LIER
GZA- ZIEKENHUIZEN	2610	WILRIJK
SINT-JOZEFKLINIEK	2880	BORNEM
H.- HARTZIEKENHUIS ROESELARE - MENEN VZW	8800	ROESELARE
ONZE LIEVE VROUW ZIEKENHUIS	9300	AALST
ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	8400	OOSTENDE
ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	9100	SINT-NIKLAAS
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	9000	GENT
A.Z. MONICA	2100	DEURNE
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	9000	GENT
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	2650	EDEGEM

UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	3000	LEUVEN
ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	3600	GENK
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. ELISABETH	9620	ZOTTEGEM
JESSAZIEKENHUIS	3500	HASSELT
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	1090	BRUSSEL
CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST. LUC	1200	BRUXELLES
HOPITAL ERASME	1070	BRUXELLES
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	1020	BRUXELLES
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	4000	LIEGE
CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	4000	LIEGE
CLINIQUE ET MATERNITE STE.-ELISABETH	5000	NAMUR
VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	6800	LIBRAMONT
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	7700	MOUSCRON
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	4041	MILMORT
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	4800	VERVIERS
CLIN. UNIVERSITAIRES U.C.L. DE MONT-GODINNE	5530	MONT-GODINNE
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	7100	LA-LOUVIERE

### **C-§01 Cochleaire implantaten**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- Indicatiestelling door NKO-arts, beschikkend over een multidisciplinair team met minstens een voltijds equivalent logopedist, een voltijds equivalent audicien-audioloog en een voltijds equivalent NKO-arts.
- Implantatie door een in deze materie gespecialiseerde dienst NKO met VTE logopedie, VTE audicien-audioloog en VTE NKO-arts die de implantatie verricht.
- Aanpassing, opvolging, continue bijstand

### **D-§01 percutane nefrostomie- percutane behandeling van nierstenen en ureterobstructie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting: Niet van toepassing

### **D-§08 robotgeassisteerde endoscopische radicale prostatectomie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting: Niet van toepassing

### **D-§09 benigne prostaathyperplasie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- Uitvoering verplicht in een verplegingsinrichting.

### **Percutane transluminale coronaire angioplastiek**

Voor vier soorten verstrekkingen zijn er invasieve medische hulpmiddelen die buiten de ligdag worden gehaald en apart gefinancierd worden door het RIZIV uit het budget voor Invasieve Hulpmiddelen:

- de verstrekking 158970- 158981: materiaal voor een percutane coronaire interventie zonder stent naar aanleiding van de verstrekking 589013- 589024 van de nomenclatuur. Die laatste verstrekking betreft de percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s)
- de verstrekking 158992 - 159003: materiaal voor een percutane coronaire interventie met plaatsing van één of meerdere stent(s) naar aanleiding van de verstrekking 589013- 589024;
- verstrekking 159014- 159025: materiaal voor een percutane coronaire interventie met plaatsing van één of meerdere drug eluting stent(s) eventueel in combinatie met één of meerdere bare metal stent(s);
- verstrekking 159036- 159040: materiaal voor een percutane coronaire interventie met plaatsing van twee of meerdere stents naar aanleiding van de behandeling van een multivesseldisease.
- Daarnaast vergoedt de ziekteverzekering ook verstrekking 159552 - 159563. Zij omvat het materiaal nodig voor het meten van een coronaire fraction flow reserve door middel van druk- of flowmeting. Deze verstrekking valt onder de categorie 'diagnostische middelen in de cardiologie'.

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

Al deze verstrekkingen worden terugbetaald wanneer ze uitgevoerd zijn in ziekenhuizen die erkend zijn voor de deelprogramma's B1 en B2 van het zorgprogramma cardiale pathologie B. Een erkenning voor deelprogramma B3 is- in tegenstelling tot wat nu in de vergoedingsvoorwaarden staat- niet nodig.

**F-§01 implanteerbare hartstimulatoren en resynchronisatiehartstimulatoren, hun eventuele elektroden en implanteerbare toebehoren**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- verstrekkingen 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701 en 158712-158723:erkenning van het zorgprogramma "cardiale pathologie" P.
- verstrekkingen 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745 en 158756- 158760:erkenning van het zorgprogramma "cardiale pathologie" E.
- verstrekkingen 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 en 182991-183002 :De verplegingsinrichting beschikt over de door de bevoegde overheid verleende erkenningen van de volledige zorgprogramma's "cardiale pathologie" B en E.
- verplegingsinrichting engageert zich om haar artsen die hartstimulators en/of resynchronisatiehartstimulators voorschrijven te doen meewerken aan een intercollegiale toetsing betreffende de indicaties, hun incidentie, alsook de gebruikte implantaten.

**F-§19 coaptatie van de mitralisklepbladen ter behandeling van mitralisklepregurgitatie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting

- samenwerking bestaat uit minimaal twee verplegingsinrichtingen. Elke verplegingsinrichting binnen de samenwerking, beschikt over de door de bevoegde overheid verleende erkenning van het volledige zorgprogramma "cardiale pathologie B";
- samenwerking heeft een ervaring op het gebied van de behandeling van valvulaire pathologie, aangetoond door een jaarlijks **minimum van 720 ingrepen** uitgevoerd in de samenwerking.
- verplegingsinrichting kan slechts deel uitmaken van één samenwerking;

- slechts één locatie waar de plaatsing van het hulpmiddel voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen zal worden uitgevoerd door de artsen-specialisten.
- verplegingsinrichting beschikt over 3D echografie en transoesofagale echografie.
- indicatiestelling door een multidisciplinair team bestaande uit minimaal zes of zeven artsen-specialisten die allen verbonden zijn aan de verplegingsinrichtingen die deel uitmaken van de samenwerking: 2 interventionele cardiologen ; 2 cardiothoracale chirurgen ; 1 cardioloog met ervaring in transoesofagale echocardiographie; 1 cardioloog met ervaring in hartfalen; 1 geriater indien de rechthebbende 75 jaar of ouder is.
- samenwerking duidt maximaal drie artsen-specialisten, die allen verbonden zijn aan de verplegingsinrichtingen die deel uitmaken van de samenwerking, aan die de ingrepen zullen uitvoeren.

### **F-§29 percutane coronaire rotationele atherectomie**

Criteria betreffende de verplegingsinrichting:

- opgenomen op de lijst van verplegings-inrichtingen die de verstrekkingen betreffende coronaire stents kunnen attesteren, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarden F-§05; EN
- uitgebreide ervaring in percutane coronaire interventies aangetoond door een jaarlijks gemiddelde van minimum 500 gepresteerde verstrekkingen

### **Lijst van de geconventioneerde revalidatiecentra inzake implanteerbare hartdefibrillatoren**

Universitair ziekenhuis Gent
Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven
C.H.U. de Liège - Sart Tilman
ULB - Hôpital Erasme
CHU Brugmann
Cliniques Universitaires de Mont Godinne Yvoir
Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis Aalst
A.Z. Sint-Jan Brugge
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen
C.H.R. de la Citadelle Liège
Virga Jesse Ziekenhuis HASSELT
AZ Delta ROESELARE
AZ Maria Middelaars Gent GENT
ZOL - GENK
Centre Hospitalier Regional Namur
Cliniques Universitaires St. Luc WOLUWE ST.-LAMBERT
Universitair ziekenhuis Brussel JETTE
Imeldaziekenhuis BONHEIDEN
Centre hospitalier Jolimont-Lobbes HAINE-SAINT-PAUL
Hôpital St. Joseph – Ste Thérèse GILLY
C.H.U. de Charleroi
Clinique St Jean BRUXELLES

*Criteria mbt de instelling*

- cardiologisch centrum met minstens 6 VTE cardiologen (dwz 66/11den) dat op eenzelfde vestigingsplaats het volledige cardiale zorgprogramma B en E (uitgebreide elektrofysiologische onderzoeken) heeft verkregen.
- team implanteerbare defibrillatoren: minstens 2 cardiologen elk met een bijzondere bekwaming en praktijk (minstens 50 elektrofysiologische procedures per jaar) in elektrofysiologie van het hart.
- permanente disponibiteit, 52 weken per jaar, ten behoeve van de eigen patiënten zowel als van de verwezen patiënten.
- team: elk minstens voor 8/11den verbonden zijn aan het centrum voor implanteerbare hartdefibrillatoren.
- Jaarlijks bevestigt het centrum de precieze samenstelling van bedoelde equipe aan het College van artsen-directeurs vóór 1 oktober van elk jaar.
- centrum bevestigt over het personeel en de capaciteiten te beschikken om op autonome wijze te functioneren voor de opvolging van de patiënten, drager van een ICD, alsook voor de controle en de programmering van de toestellen tijdens die opvolging.

Het gaat hier dus over een conventie gesuperponeerd op een programmatie (zorgprogramma B en E).

#### Rapport werkingsjaar 2022 implanteerbare hartdefibrillatoren

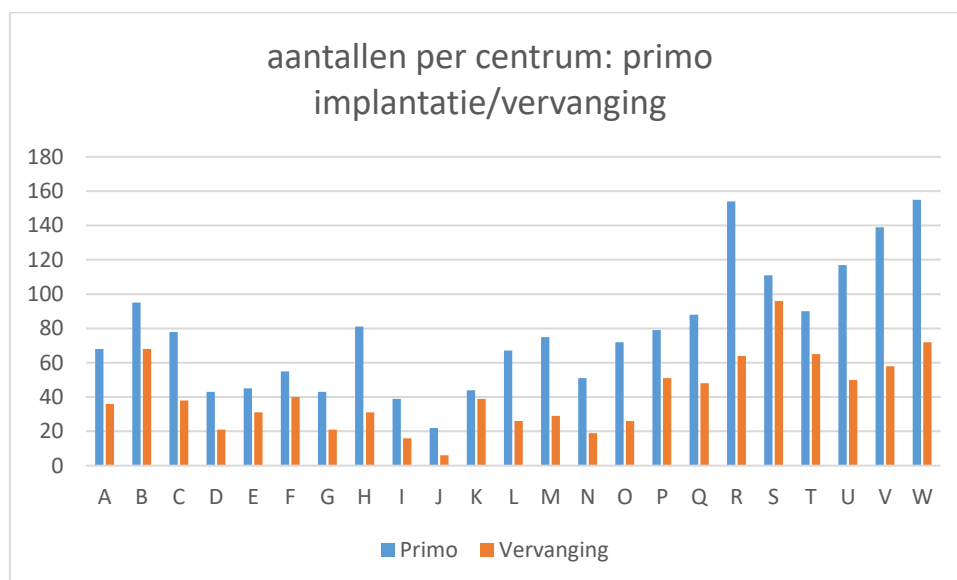
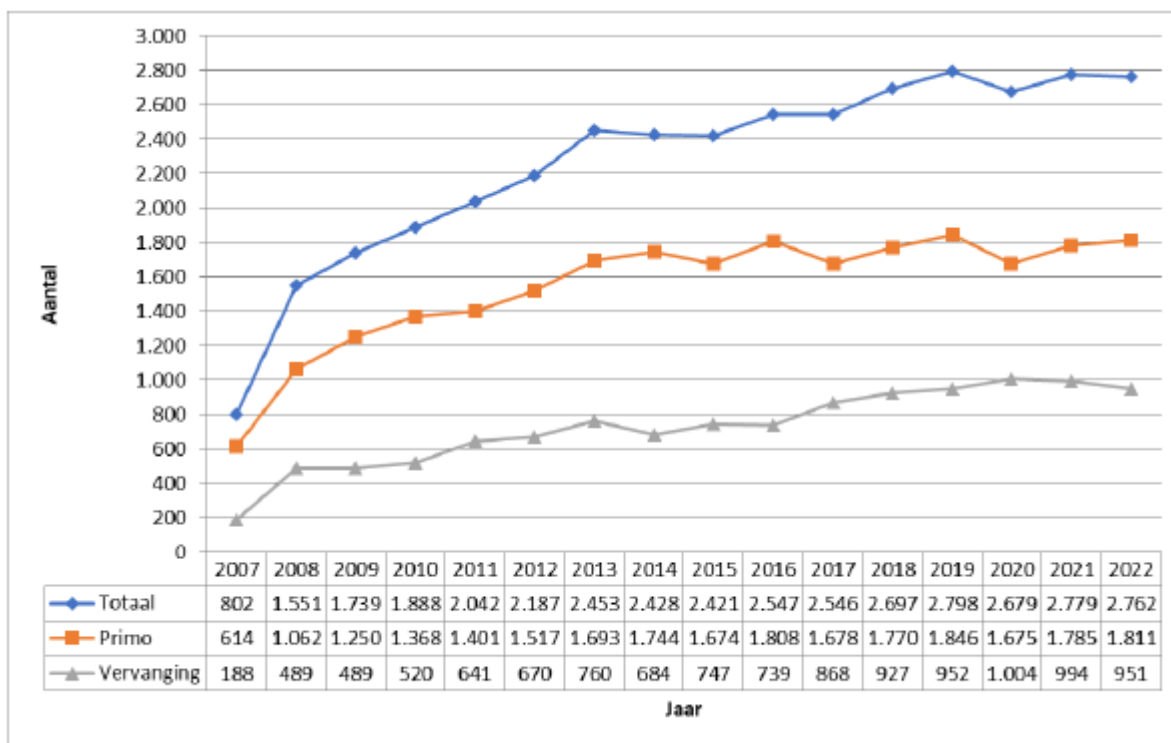
Enkele tabellen en grafieken uit dit rapport:

Implantatietype per geslacht (2022)

Geslacht	Primo	Vervanging	Totaal
Man	1.420 (78,2%)	726 (75,9%)	2.146 (77,4%)
Vrouw	397 (21,8%)	230 (24,1%)	627 (22,6%)
<b>Totaal</b>	<b>1.817 (100,0%)</b>	<b>956 (100,0%)</b>	<b>2.773 (100,0%)</b>

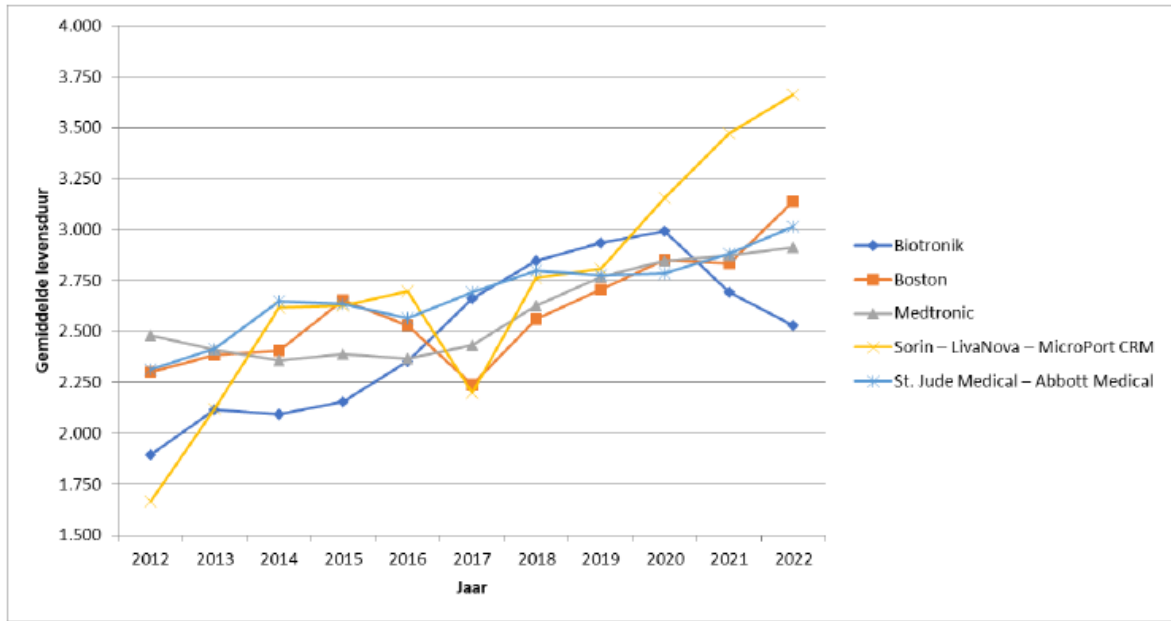
- Aantal centra: 23
- Aantal patiënten: 2.955
- Aantal implantaties: 3.046 (100,0%)
- Type:
  - Single chamber 734 (24,1%)
  - Dual chamber 729 (23,9%)
  - Triple chamber: resynchronisatiehartdefibrillator met of zonder elektrode(CRT-D, al dan niet plugged) 1.217 (40,0%)
  - Subcutane hartdefibrillator (S-ICD) 173 (5,7%)
  - Implantatie elektrode(s) zonder toestel 193 (6,3%)

## Evolutie aantal ingeplante toestellen ten laste van de ziekteverzekering

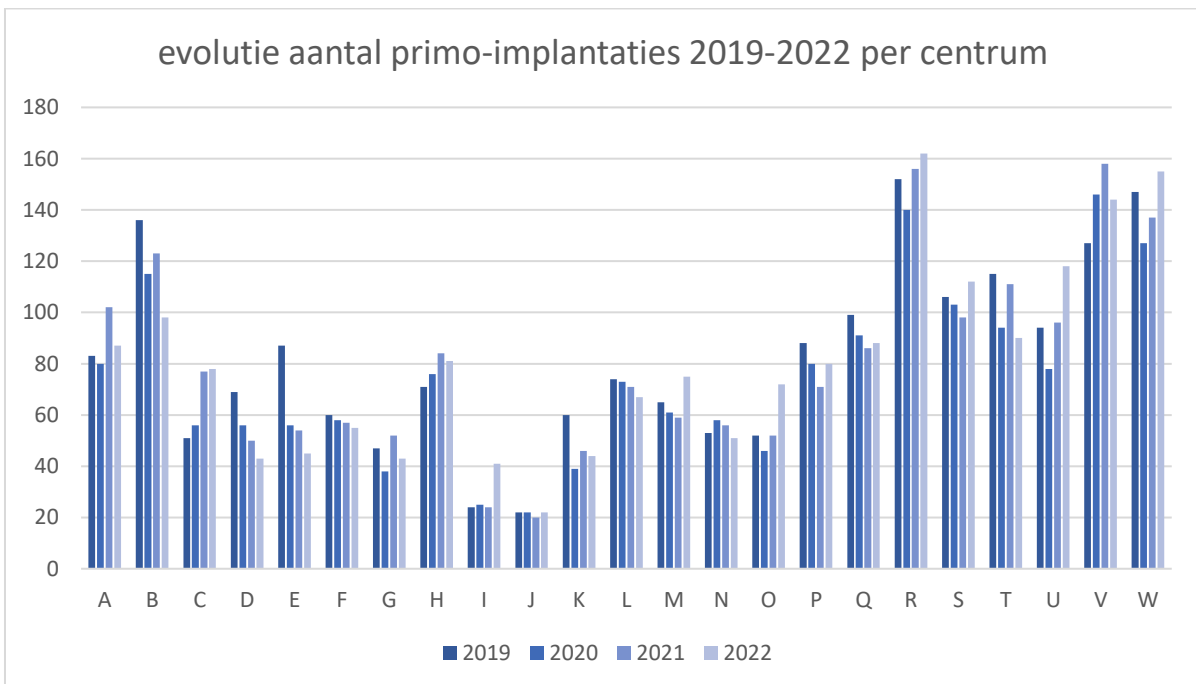


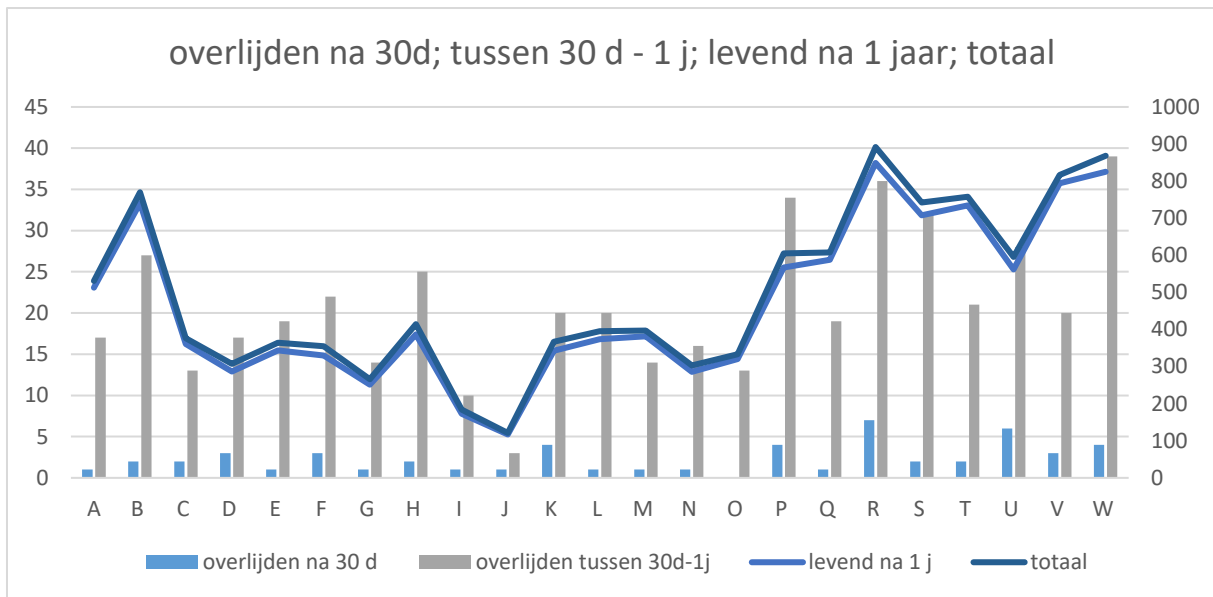


· Levensduur toestellen per verdeler over de jaren (in dagen)



evolutie aantal primo-implantaties 2019-2022 per centrum



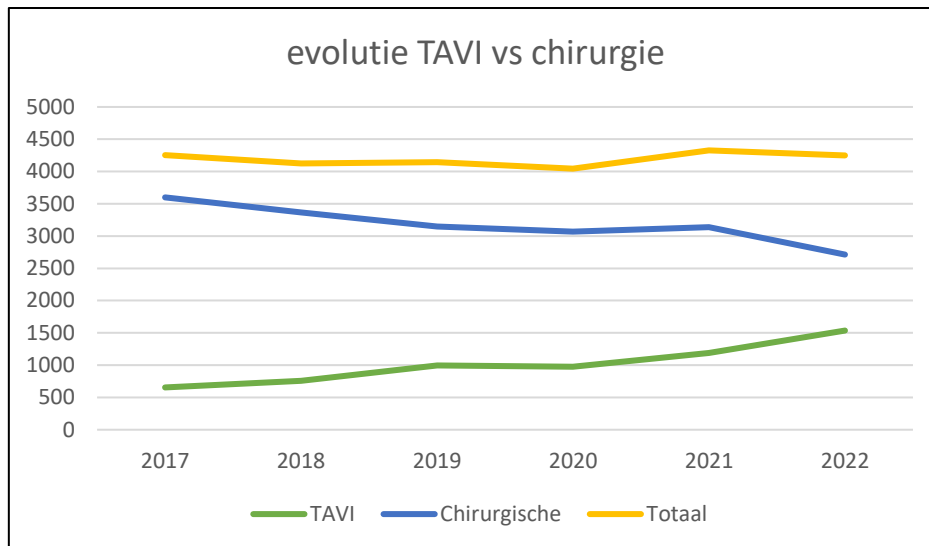


## TAVI

Overzicht TAVI verbruik in Europa in 2022

Land	#TAVI 2022	Populatie 2022	#Per miljoen 2022
Griekenland	978	10 459 782	94
Verenigd Koninkrijk	6 854	67 026 000	102
Spanje	5 260	47 432 893	111
Nederland	2 208	17 590 672	126
Portugal	1 359	10 352 042	131
België	1 531	11 617 623	132
Italië	9 732	59 030 133	165
Zweden	1 749	10 452 326	167
Oostenrijk	1 512	8 978 929	168
Denemarken	1 076	5 873 420	183
Frankrijk	14 621	67 871 925	215
Zwitserland	2 182	8 738 791	250
Noorwegen	1 584	5 425 270	292
Finland	1 790	5 548 241	323
Duitsland	30 701	83 237 124	369
<b>Gemiddeld</b>	<b>5 542</b>		<b>189</b>
<b>Europa totaal</b>	<b>83 137</b>	<b>419 635 171</b>	<b>198</b>

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
TAVI	655	759	994	978	1191	1536
Chirurgische	3599	3365	3149	3066	3136	2713
Totaal	4254	4124	4143	4044	4327	4249
Totaal (>65j)	2833	3043	3104	2738	3357	3489



### Criteria betreffende de verplegingsinrichting: voornaamste

#### Idem F-§09

- volledige zorgprogramma “cardiale pathologie B”
- ervaring minimum 106 verstrekkingen per jaar
- vanaf 2028 minimum 121
- 3D-echografie en transoesofagale echografie beschikbaar
- permanentie van 24u/24u en van 7d/7d op de locatie van de ingreep van minstens één cardiochirurg met een grote ervaring in de klassieke klepchirurgie
- verplegingsinrichting kan slechts deel uitmaken van één samenwerking.
- slechts op één locatie plaatsing van de percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie
- multidisciplinair overleg met zeven artsen-specialisten allen verbonden aan de verplegingsinrichting of aan de de samenwerking:
  - 2 interventionele cardiologen  
EN
  - 2 cardiochirurgen  
EN
  - 1 cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiografie  
EN
  - 1 cardioloog met ervaring in hartfalen  
EN
  - 1 geriater indien de rechthebbende 75 jaar of ouder is
- registratie via online register

Erkenningen Zorgprogramma cardiale pathologie								
	Zorg B1-B2	ZORGA	ZORGB	ZORGC	ZORGE	ZORGP	ZORGT	Eindtotaal
Totaal Brussel	1	13	7	2	8	13	2	46
Totaal Vlaanderen	9	63	12	2	16	62	4	168
Totaal Wallonië	13	44	9		21	42	1	130
Eindtotaal	23	120	28	4	45	117	7	344

Ziekenhuizen-TAVI_2023
C.H.U. Charleroi Charleroi
CHU de Liège - Sart-Tilman Liège
Grand Hôpital de Charleroi Gilly
CHU UCL Namur Mont-Godinne
CHR Citadelle Liège
Cliniques universitaires Saint-Luc Woluwé-Saint-Lambert
Clinique Saint-Luc Bouge Bouge
CHU Saint Pierre Bruxelles
UZ Brussel Jette
UZ Gent Gent
AZ Maria Middelaers Gent
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst
OLV ziekenhuis Aalst
ZNA - AZ Middelheim Antwerpen
UZ Leuven Leuven
Universitair Ziekenhuis Antwerpen (U.Z.A.)
Jessa Ziekenhuis Hasselt
AZ Sint-Jan Campus Brugge Brugge
Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) Genk
Imelda Ziekenhuis Bonheiden
AZ Delta Rumbeke

**REFRACTAIR FAILED BACK SURGERY SYNDROME (FBSS), EEN REFRACTAIR FAILED NECK SURGERY SYNDROME (FNSS) OF REFRACTAIR PAINFUL DIABETIC POLYNEUROPATHY (PDPN) IN DE ONDERSTE LEDEMATEN VOOR EEN RECHTHEBBENDE MET EEN AANGETOOND NEUROPATHISCH PIJNSYNDROOM**

*Wat moet terugbetaald worden?*

Niet-heroplaadbare neurostimulator, voor unilaterale stimulatie (één kanaal) in geval van diabetische polyneuropathie van de onderste ledematen, inclusief patiëntenprogrammeerapparaat

*Criteria betreffende de verplegingsinrichting: voornaamste:*

- neurochirurgische dienst olv neurochirurg
- permanente wachtdienst
- erkend Multidisciplinair Pijncentrum (MPC)
- een erkend Multidisciplinair Algologisch Team (MAT)
- multidisciplinair team:
  - neurochirurg,
  - anesthesist-algoloog,
  - pijnpsycholoog
  - neuropsychiater
  - psychiater-algoloog
  - neuroloog
- specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie voor FBSS en FNSS
- diabetoloog of endocrinoloog voor PDPN

# ERVARINGEN VAN ENKELE ANDERE LANDEN MET CENTRALISATIE

Vanuit het Kankerregister, het Kenniscentrum, de Overheid, en vaak ook Expert en wordt gewezen naar vergelijkbare situaties in het buitenland. Veelal wordt gekeken naar de situatie in Nederland dat al veel vroeger als in België de centralisatie doorgevoerd heeft.

In **Nederland** stelt Daan Westra in een publicatie uit 2022: *“Despite a lack of supporting evidence, hospitals continue to merge in pursuit of quality improvements. Quantitatively, we tested the quality effect of all consummated hospital mergers in the Netherlands between 2008 and 2014 on 15 quality indicators (with 82 measurements at hospital, department, and disease levels) using a difference-in-difference approach with Bonferroni correction. Qualitatively, we conducted three comparative case studies to examine how hospital executives, managers, and medical professionals perceive the quality impact of hospital mergers. The significant effects we do find suggest that hospital mergers reduce quality of care. Our results suggest that hospital staff members reinforce a narrative in which mergers have a cause-effect relation to quality of care (over time), despite evidence to the contrary. In doing so, they reinforce the institutionalized belief that mergers improve quality of care. Given the lack of empirical evidence of these claims, these perceptions could constitute the basis for health care’s “bigger is better myth”.*<sup>24</sup>

In **Denemarken** vond in 2007 een belangrijke administratieve en politieke structuurhervorming plaats<sup>25</sup>. Denemarken telt, aldus het artikel uit 2018, 5,6 miljoen inwoners. Het aantal provincies werd teruggebracht van 13 naar 5 en het aantal gemeenten werd teruggebracht van 271 naar 98. Simultaan werd de gezondheidszorg grondig hervormd op basis van een Nationale GezondheidsRaad (National Board of Health). Per regio/provincie werd 1 universitair ziekenhuis aangeduid. Tussen 2007 en 2022 werden 40 publieke ziekenhuizen met 82 locaties teruggebracht naar 21 publieke ziekenhuizen in 68 locaties. Er werden 2 niveaus van zorg bepaald: algemene zorg en gespecialiseerde zorg. België heeft naar Denemarken gekeken om de begrippen locoregionale en supraregionale zorg te definiëren. De 21 algemene ziekenhuizen zijn in regionale netwerken georganiseerd. Voor zeer gespecialiseerde zorg is er centralisatie waarbij deze hooguit in 1 tot 3 ziekenhuizen in het land wordt aangeboden, afhankelijk van de aandoening. Hierbij wordt gesteld: *“Since Denmark is a small country with good transportation infrastructure, the concentration of highly specialized services in just a few hospitals does not present a major barrier to access”.*

De meeste basiszorg (90%) wordt aangeboden in alle ziekenhuizen. Voor 36 gespecialiseerde zorg(paden) zijn er centralisatie-richtlijnen waarbij deze ofwel binnen de regio worden aangeboden maar niet op alle sites, ofwel in hooggespecialiseerde ziekenhuisdiensten in enkele locaties in het land. De gespecialiseerde zorg vormt zo’n 10% van de ziekenhuiszorg.

---

<sup>24</sup> Westra D, Angeli F, Kemp R, Batterink M, Reitsma J. If you say so: A mixed-method study of hospital mergers and quality of care. *Health Care Manage Rev.* 2022 Jan-Mar 01;47(1):37-48. doi: 10.1097/HMR.0000000000000302. PMID: 33298802

<sup>25</sup> Christiansen T, Vrangbæk K. Hospital centralization and performance in Denmark-Ten years on. *Health Policy.* 2018 Apr;122(4):321-328. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.12.009. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29475739.

Voorbeeld:

- Basic: diabetes, cataract heekunde
- Regionaal: zwangerschapsdiabetes, glaucoom operaties
- Supraregionaal: pre-gestationele diabetes, corneatransplantatie

De Nationale Gezondheidsraad doet jaarlijkse bijsturingen. Deze hervormingen hebben ertoe geleid dat 12% van de populatie zich op meer dan 30 km afstand bevindt van een acuut ziekenhuis in 2020. Dit wordt gecompenseerd door helikoptertransporten te voorzien. Wat de zeldzame aandoeningen betreft, is Denemarken toegetreden tot de ERN netwerken en is volwaardig lid voor 22 van de 24 ERN netwerken en geaffilieerd lid voor de ERN Cranio en ERN Epicare.

**In de Verenigde Staten is er** een immense golf van concentratie en centralisatie geweest, die er vooral toe geleid heeft dat de winst voor de eigenaars verbeterd is zonder kwaliteitsverbetering: *"The energy, technology and, in America, health-care industries stand out as excessprofit pools relative to their size. All this looks troubling. And in certain sectors, it is. Four decades ago more than eight in ten hospitals were non-profits with a single location. Now more than six in ten are owned by sprawling for-profit hospital chains or academic networks such as Steward Health Care or Indiana University Health. At first this was a perfectly healthy process of big and efficient chains expanding across America. Two decades- and nearly 2,000 hospital mergers- later, things look ropey. An analysis from 2019 by Martin Gaynor of Carnegie Mellon University and colleagues suggests that many such mergers have tended to raise prices without improving quality<sup>26</sup>."* Tot eenzelfde conclusie kwamen T. Attebery in 2020 na een studie van 179 ziekenhuisfusies in de VS tussen 2009-2013: *"This study sought to extend a large body of earlier research on hospital mergers, which generally showed little improvement in consumer welfare following a merger. We found that hospital mergers did not result in improved patient experience ratings. To the contrary, the rate of change in overall patient experience ratings and nurse communication ratings increased at a slower rate in hospitals that merged compared to that in similar hospitals that did not merge. The study's findings highlight the potential negative impact of the continued consolidation of hospitals and health systems in the U.S. healthcare system on patient experiences of care<sup>27</sup>."*

---

<sup>26</sup> Economist, July 15th, 2023

<sup>27</sup> Attebery T, Hearld LR, Carroll N, Szychowski J, Weech-Maldonado R. Better Together? An Examination of the Relationship Between Acute Care Hospital Mergers and Patient Experience. J Healthc Manag. 2020 Sep-Oct;65(5):330-343. doi: 10.1097/JHM-D-19-00116. PMID: 32925532

# (NEVEN-)EFFECTEN VAN CENTRALISATIE

## Voordelen

Voordelen van centralisatie zijn onmiskenbaar aanwezig en worden op de voorgrond geplaatst. Onderstaande lijst is niet-limitatief:

- effecten op instellingsniveau
  - o schaalvergroting
  - o concentratie van kennis en kunde (specialisatie)
  - o méér ervaring met één bepaalde pathologie ( volume-output)
  - o efficiëntere inzet en bezetting van dure technologie
- effecten op patiëntniveau
  - o betere overlevingsstatistieken
  - o betere kwaliteit van zorg
  - o betere multidisciplinaire omkadering van zorg
- gezondheidszorgniveau

## Nadelen

Nadelen van centralisatie zijn vaker minder zichtbaar aanwezig en minder zichtbaar meetbaar.

Onderstaande lijst is niet-limitatief

- Nadelen op instellingsniveau
  - o meer administratie
  - o meer oeverloos overleg
  - o meer managers
  - o meer tussenlagen in de besluitvorming
  - o monopolisering en minder competitie
- Nadelen op patiënteniveau
  - o vaker therapeutische hardnekkigheid
  - o minder persoonlijke zorg owv schaalvergroting
- Nadelen op arts-niveau
  - o 'deskilling' in de ziekenhuizen die pathologie verliezen
  - o Frustratie en burn-out in de ziekenhuizen die pathologie verliezen

## ALTERNATIEVEN OM DEZELFDE DOELSTELLINGEN ALS CENTRALISATIE TE BEREIKEN

Een Nederlands onderzoeksrapport uit 2008 liet zien dat de publieke beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie gecorrigeerd voor case-mix tot een verschuiving leidde van patiënten naar aanbieders met een betere kwaliteit<sup>28</sup>.

Een rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit kwam tot dezelfde vaststelling: *“Empirisch blijkt het openbaar maken van kwaliteitsinformatie te leiden tot een verschuiving van patiënten naar aanbieders met een betere kwaliteit. Daarnaast blijken relatief minder goede aanbieders zich in de praktijk ook sterk te verbeteren na openbaarmaking van kwaliteitsinformatie. Beide effecten leiden tot een verbetering van het gemiddelde kwaliteitsniveau.”* Hoewel transparantie in de zorg initieel een negatieve lading heeft voor artsen, is het toch een extrinsieke motivator tot kwaliteitsverbetering<sup>29</sup>.

Het transparant maken van kwaliteitsinformatie vergt ook de juiste ICT-ondersteuning én éénzelfde methodologie en parametrisering. Dit kan enkel gebeuren binnen grote ziekenhuisnetwerken die op vrijwillige basis samenwerken, gegevens delen en op éénduidige wijze meten en rapporteren.

Het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KULeuven verenigt 32 ziekenhuizen en omvat 60% van alle Vlaamse ziekenhuisbedden. De publicatie van benchmarks en van kwaliteitsindicatoren is een weg tot kwaliteitsverbetering en onderlinge leer- en verbeterprojecten.

Metten is natuurlijk weten, maar er is weinig of geen evidentie in de literatuur dat deze vorm van kwaliteitsverbetering een waardig alternatief vormt voor natuurlijke of gestuurde centralisatie. In het beste geval zijn ze complementair.

---

<sup>28</sup> C.J. Nederpelt e.a., Gereguleerd marktfalen in de zorg. Kwaliteitsvergelijkingen kunnen marktwerking in de zorg verbeteren. Ned Tijdschr Geneesk 2022; 166:D6870

<sup>29</sup> NIVEL, 2019, Het artsenperspectief op transparantie in de zorg, ISBN 978-94-6122-566-5



# BESLUIT

Centralisatie kan ontstaan op basis van natuurlijke evolutie of gestuurd ingrijpen van overheidswege. De natuurlijke evolutie van centralisatie is gebaseerd op de ontwikkeling van medische kennis en medische technologie. Deze zijn de stuwende kracht voor het ontstaan van specialisaties, subspecialisaties, hyperspecialisaties. De mate van fijnmazigheid die bereikt wordt hangt af van volumes en dus van patiëntenaantallen. Dit is geografisch bepaald: kleine landen met weinig inwoners bereiken een minder verregaande matrix van specialisaties als landen met een miljardenpopulatie.

Ook de omgeving waarin artsen-specialisten werkzaam zijn evolueert. Ziekenhuisfusies laten grotere artsen-associaties toe die spontaan leiden tot subspecialisatie binnen de associatie. Ziekenhuisnetwerken zijn een motivatie om nauwer samen te werken, maar de ziekenhuisfinanciering die het netwerk niet volgt is een barrière om ziekenhuisoverschrijdend pathologie te verplaatsen. Ziekenhuisoverschrijdende artsenassociaties kunnen een antwoord bieden om alsnog het zorgaanbod te verfijnen.

De universiteiten zijn een de facto spelverdeler en vaak regulator binnen het centralisatieverhaal gelet op hun nauwe band met de medische specialisten en de overheid.

Binnen universitaire en niet-universitaire centra slagen klinici erin om -veelal voor zéér specifieke technieken of diagnoses- een excellentie aan te bieden die leidt tot spontane verwijzingen en een de facto centralisatie van bepaalde niche-pathologie, zonder enig overheidsingrijpen.

Parallel met deze evolutie en ermee verstrengeld is het overheidsingrijpen, vaak op aangeven van artsen zelf, maar ook als reactie op maatschappelijke druk vanuit patiëntengroepen of verzekeringsinstellingen of andere instellingen zoals bv. het KCE. Vanuit de overheid zijn er 4 centralisatietechnieken die gehanteerd worden: programmatie, conventies, ERN-netwerken en conditionele terugbetaling van implantaten en medische hulpmiddelen. Waar natuurlijke centralisatiemechanismen vooral samenhangen met de artsen zélf, grijpt overheidssturing vooral in op de ziekenhuizen waarin de artsen werken en niet zozeer op de artsen zelf. Het gaat vaak over criteria inzake de verplegingsinrichting met een vast patroon van voorwaarden in wisselende samenstelling: volume, geografische spreiding, organisatorische en functionele normen, architectonische en infrastructuur vereisten.

Specialisatie en centralisatie gaan hand in hand met duidelijke voordelen, maar ook een aantal nadelen en collaterale schade die meestal niet ingecalculeerd wordt bij het nemen van de maatregelen. Gestuurde centralisatie blijkt in de praktijk zeer rigide te zijn en zeer moeilijk bij te sturen. Vanuit dit oogpunt wordt het mechanisme van gestuurde centralisatie best zeer zuinig ingezet en slechts daar waar de wetenschappelijke evidentie onmiskenbaar de richting aangeeft en slechts binnen de grenzen van die evidentie, zonder overshooting.

