

## **SCHRIFTELIJKE VRAAG**

nr. 748

van **ELKE SLEURS**

datum: 29 juli 2022

---

aan **HILDE CREVITS**

VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

---

### *Organisatie van gespecialiseerde centra voor beroertezorg - Federale beslissing*

Op 20 juli jl. communiceerde de federale minister van Volksgezondheid over de goedkeuring inzake het KB dat de criteria en regels bepaalt voor de beroertezorgcentra. Daarin lijkt men af te stappen van de benadering die gebaseerd is op 'aantallen per Gewest'. Ik citeer: "Er is wel een plafond op het aantal erkenningen als S2-centrum (15).. Het is niet zo dat er per se 15 centra moeten zijn in ons land."

Voortaan wil men werken met twee parameters: de activiteitsgraad en een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg over het hele land. Voor de activiteitsgraad kijkt men naar het minimum van 50 trombectomiën als jaarlijkse gemiddelde en dat over een periode van drie jaar. En voor de geografische spreiding hanteert men het afstandscriterium van 25 km tussen twee centra. Brussel krijgt een uitzondering, daar is de afstand vastgelegd op 8 km ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van de centra. Dit nieuwe KB is goedgekeurd maar nog niet gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De deelstaten mogen in tweede instantie de centra erkennen.

In antwoord op mijn vraag om uitleg nr. 1325 van 25 januari 2022 sprak de toenmalige minister Wouter Beke over het ongunstig antwoord op de vraag van het Vlaamse Gewest om 8 beroertecentra te erkennen. De programmatieaantallen mochten van het federale niveau niet gewijzigd worden. De Vlaamse overheid zou de uitwerking van een besluit van de Vlaamse Regering (BVR) tot bepaling van aanvullende programmatienormen voor het gespecialiseerde zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' laten afhangen van het goedgekeurde KB en de werkzaamheden omtrent dit BVR hernemen.

1. Heeft de minister dit nieuws ook gelezen en wat is haar reactie?
2. In welke mate zijn de deelstaten of hun administraties bij de beslissing over de organisatie van de beroertezorgcentra betrokken geweest?
3. Aangezien men afstapt van de verdeelsleutel voor de beroertezorgcentra (7 voor Vlaanderen, 5 voor Wallonië en 3 voor Brussel), wil ik graag van de minister vernemen welke garanties zij heeft gekregen om voor het Vlaamse Gewest effectief niet onder dit programmatieaantal te gaan. Graag met een uitgebreide uitleg.
4. Het BVR zal stoelen op het nieuwe KB.

Wat is de timing hiervan? Binnen welke termijn wordt het goedkeuringsproces afgerond?

**HILDE CREVITS**

VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

---

**ANTWOORD**

op vraag nr. 748 van 29 juli 2022

van **ELKE SLEURS**

---

1. Het koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen dateert van 19 april 2014. Het koninklijk besluit houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures" dateert van 16 december 2018. Wij zijn nog niet overgegaan tot de erkenning van de zorgprogramma's beroertezorg door het verzoekschrift tot nietigverklaring van het KB van 16/12/2018 dat door een aantal Vlaamse ziekenhuizen werd ingediend bij de Raad van State.

De federale overheid heeft geoordeeld dat het wenselijk is om de KB's te wijzigen in de zin dat men de programmatie zal bepalen op niveau Rijk en geen verdeling te maken over de Gemeenschappen en Gewesten. Dit is de gelijkaardige werkwijze die men in het verleden steeds heeft toegepast voor het bepalen van de programmatie. Door middel van een aantal programmatiecriteria (activiteitsgraad en geografische spreiding) wil men tot een correcte spreiding komen over het grondgebied.

We hopen dat deze aanpassingen er voor zullen zorgen dat we ook effectief uitvoering kunnen geven aan de KB's. Concentratie van expertise voor het zorgprogramma "acute beroertezorg met invasieve procedures" is belangrijk om patiënten toegang te geven tot kwalitatieve patiëntenzorg. De ziekenhuizen met een erkenning hebben de zekerheid dat ze hun activiteiten ook in de toekomst verder kunnen uitbouwen. Een concentratie van het aantal patiënten in een beperkt aantal centra maakt dat patiënten ook zullen doorverwezen worden naar centra met de nodige expertise en dat deze centra hun expertise verder kunnen uitbouwen.

2. Er vond overleg plaats tussen mijn kabinet en het federale kabinet m.b.t. het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures". Hierbij werd vanuit mijn kabinet feedback gegeven die er voor moet zorgen dat we in Vlaanderen tot een concentratie van expertise komen maar ook een goede geografische spreiding kunnen garanderen. Een gelijkaardig overleg vond plaats tussen de federale overheid en de andere Gemeenschappen en Gewesten.
3. Het bepalen van de programmatie op het niveau Rijk is een gelijkaardige werkwijze die ook in het verleden is toegepast voor het bepalen van de programmatie. Vanuit Vlaanderen hebben we steeds gekeken naar het bevolkingsaantal in Vlaanderen om te bepalen hoeveel ruimte van de programmatie we mogen invullen.

Het KB is afgetoetst bij de verschillende overheden. Men is op de hoogte van de verdeling die men voor ogen heeft en we gaan er vanuit dat de verschillende overheden dit ook zullen respecteren.

Het Protocolakkoord over de verdeling van de programmatie van de gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures" tussen de deelstaten

maakt afspraken over de verdeling van de zorgprogramma's. Dit protocolakkoord is geen juridische basis voor de verdeling maar is wel een afspraak die tussen de verschillende overheden werd gemaakt.

De programmatiecriteria die door deze wijziging voorzien zijn, zijn hoe dan ook beperkend voor het aantal zorgprogramma's dat men kan erkennen aangezien men telkens een straal van 8 kilometer of 25 kilometer moet respecteren (al naar gelang de bevolkingsdichtheid in een gebied). Ziekenhuizen moeten ook over bepaalde infrastructuur (bijvoorbeeld zalen voor interventionele radiologie) en expertise (waaronder interventionele radiologen) beschikken om een dergelijk zorgprogramma uit te bouwen. Dit maakt dat het aantal ziekenhuizen die dit aanbod kunnen aanbieden hoe dan ook beperkt is. We gaan er vanuit dat alle overheden de programmatiecriteria zullen respecteren die opgenomen zijn in het KB.

4. De oorspronkelijke KB's voorzagen in een concrete verdeling van de zorgprogramma's tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië maar er waren geen criteria opgenomen over de spreiding van de zorgprogramma's over het grondgebied. Daarom was het nodig dat we in Vlaanderen een BVR met bijkomende programmatiecriteria zouden opstellen om tot een evenwichtige spreiding over Vlaanderen te komen. In het BVR dat we voorzagen zouden de criteria opgenomen worden die nu door deze wijziging van de KB's reeds voorzien zijn in de federale regelgeving.

We wachten de definitieve KB's af om te zien of de programmatiecriteria die bepaald zijn volstaan om tot een evenwichtige spreiding te komen. Door de adviezen die nu ingewonnen worden door de federale overheid kan het namelijk zijn dat de KB's nog aangepast worden. Indien deze criteria volstaan is het niet nodig om een bijkomend BVR uit te werken. Indien er geen nieuwe procedures bij de Raad van State worden opgestart kunnen we dan onmiddellijk overgaan tot de toepassing van de procedures rond planning en erkenning.

Indien een BVR nodig is om bijkomende programmatiecriteria te bepalen moet men rekenen op een termijn van een zestal maanden om tot een goedkeuring van het BVR te komen.