FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Brussel, 13/11/2025

Kenm.: FRZV/D/621-2 (*)

Advies van de FRZV omtrent het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” moet voldoen om erkend te worden

Namens de voorzitster van de FRZV,

Margot Cloet,

Sabine Stordeur

Digitally signed by Sabine Stordeur
Date: 2025.11.13 17:08:03 +01'00'

Sabine Stordeur

Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 13/11/2025 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

1. Inleiding

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen ontving een vraag tot advies van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (dd. 12/09/2025) over een ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

Dit ontwerp van KB beoogt twee fundamentele wijzigingen aan te brengen in artikel 4 van het KB van 27 april 1998:

1. De functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg dient beroep te kunnen doen op de functionele normen zoals opgesomd in art. 4, § 1, °1 t.e.m. 5° (o.a. klinisch labo, medische beeldvorming) op vestigingsplaats in plaats van op het niveau van het ziekenhuis;
2. De erkenning van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg wordt gekoppeld aan een erkende dienst intensieve zorg. Het zal dus niet langer voldoende zijn om over drie bedden voor intensieve verzorging te beschikken. Er wordt wel in een uitzondering voorzien voor sites die in de periode vanaf 1 juli 2024 geen IZ hebben uitgebaat en op minstens 25 km van de dichtstbijzijnde functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg zijn gelegen.

Er wordt daarnaast in een overgangstermijn van twee jaar voorzien voor ziekenhuizen zonder erkende intensieve zorg die niet voldoen aan de voorwaarden om beroep te kunnen doen op de uitzondering.

Er werd een werkgroep op 14/10, 21/10 en 5/11 georganiseerd om een advies uit te werken over dit ontwerp van KB.

2. Algemene bedenkingen

De FRZV kan zich vinden in het algemeen principe dat de erkenning van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg wettelijk gekoppeld wordt aan een erkende functie intensieve zorg, onder meer met oog op kwaliteitsoptimalisatie. Er moet echter steeds een redelijke aanrijtijd voor de patiënt en een correcte geografische spreiding worden gegarandeerd, wat het voorzien van een uitzondering (zoals bv. voor vestigingsplaatsen die minstens 25 km van een andere gespecialiseerde spoed liggen) verantwoordt.

De voorziene aanpassing van het KB zou in principe kunnen bijdragen tot een concentratie van gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorg. Er moet dan ook worden vermeden dat deze wijziging (en de overgangstermijn die wordt voorzien) niet juist leidt tot een averechts effect, namelijk een uitbreiding van het aantal functies intensieve zorg en het aantal IZ-bedden. Zoals uit rapport 404A van het KCE van 2025 bleek, telt België vandaag al veel intensieve zorgbedden, maar is de zorg versnipperd, ongelijk verspreid en niet altijd afgestemd op de zorgvraag. Deze versnipperde zorg leidt tot een inefficiënte inzet van middelen, kwaliteitsverschillen en een minder goede samenwerking tussen de ziekenhuizen. Tevens rijst de vraag of de permanenties wel altijd door de meest gekwalificeerde artsen worden ingevuld.

Daarnaast is de Raad van oordeel dat een hertekening van de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorg deel moet uitmaken van de bredere oefening rond de hervorming van het ziekenhuislandschap. Voorliggend besluit is een voorafname op deze ruimere hervorming. Er dient in deze zin te worden gewezen op de werkzaamheden van de expertengroep aangeduid door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om een visie uit te werken voor de hervorming van het ziekenhuislandschap in België. Deze expertengroep zal aanbevelingen formuleren aan de IMC

Volksgezondheid over de toekomstige organisatie van het ziekenhuislandschap. Er wordt een rapport tegen eind 2025 verwacht. Voorliggend ontwerpKB dient coherent te zijn met deze aanbevelingen en de Raad acht het aangewezen deze adviezen af te wachten alvorens wijzigingen aan te brengen aan de erkenningsnormen van de gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Hierbij dient dan ook aandacht geschonken te worden aan de plaats van de psychiatrische urgenties en de samenwerking met de GGZ.

Een volgende bedenking betreft de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Sinds de zesde staatshervorming zijn deze laatste bevoegd voor de erkenningsnormen van ziekenhuisdiensten en -functies. Een goede afstemming tussen de federale overheid en de gemeenschappen is dus cruciaal. Het ontwerp van KB werd reeds besproken op het niveau van de interfederale IKW Volksgezondheid, doch de FRZV beveelt aan om het ontwerp van KB samen met het advies van de FRZV voor te leggen aan de IMC Volksgezondheid. Dit zal ook toelaten om de coherentie met de hervorming van het ziekenhuislandschap te bewaken.

Tot slot zal dit KB ook een significante impact hebben op de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en op beschikbaarheid van de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG, in specifieke provincies. Diengevolge acht de Raad het noodzakelijk om de FRDGH te betrekken, die de input van de provinciale geneeskundige commissies kunnen meenemen.

3. Concrete bedenkingen

Artikel 4, § 1 bepaalt de omkadering waarop een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg beroep moet kunnen doen binnen het ziekenhuis waarvan het deel uitmaakt. Het betreft volgende functionele normen:

1. minstens 3 bedden voor intensieve verzorging, aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en aan de behoeften van de behandelde patiënten, of op een erkende functie voor intensieve zorg;
2. een polyvalent operatiekwartier uitgerust en georganiseerd voor dringende chirurgische interventies;
3. een laboratorium van klinische biologie uitgerust en georganiseerd om ter plaatse en op elk ogenblik de noodzakelijke analyses uit te voeren;
4. een dienst voor medische beeldvorming beschikkend over de nodige apparatuur voor diagnostische, radiologische en echografische onderzoeken met inbegrip van een mobiel radiologisch apparaat en een transversale axiale tomograaf georganiseerd om ter plaatste en op elk moment de nodige diagnostische onderzoeken uit te voeren;
5. een dienst voor archivering van medische dossiers die 24 uur op 24 toegankelijk is.

Door de voorgestelde wijziging in het voorliggend KB zouden deze functionele normen voorzien moeten worden op de vestigingsplaats van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg zelf en is het dus niet langer voldoende dat hiervoor beroep gedaan kan worden op andere vestigingsplaatsen van het ziekenhuis.

Volgens de Raad komt dergelijke wijziging bij een generieke omschrijving zoals vandaag geformuleerd in artikel 4, § 1 niet tegemoet aan de huidige realiteit op het terrein en de concentratieoefeningen die vandaag reeds plaatsvinden. Dit kan bovendien ongewenste neveneffecten met zich meebrengen. Een concrete impactanalyse voor het terrein dringt zich hier op. Gezien de beperkte timing om een advies uit te werken, is het niet mogelijk voor de FRZV om dergelijke analyse zelf te maken.

De Raad beveelt aan om voor de functionele normen vermeld in artikel 4, § 1, 2° t.e.m. 4° te bepalen, in overleg met de betrokken vakspecialisten, welke de minimale vereisten zijn die hiermee bedoeld worden. Immers is het niet steeds haalbaar noch wenselijk dat omwille van de generieke omschrijving de volledige functionele norm op de vestigingsplaats beschikbaar is.

Een voorbeeld hiervan is het klinische laboratorium dat reeds vandaag in meerdere ziekenhuizen gecentraliseerd georganiseerd wordt voor vele labo-bepalingen, doch waarbij enkel een deelfunctie voor de noodzakelijke analyses op dezelfde vestigingsplaats moeten worden verzekerd. Het moet dan ook duidelijk zijn welke de minimale vereisten hiervoor zijn.

Indien het niet mogelijk blijkt om deze minimale normen te concretiseren voor de inwerkingtreding op 1/1/2026, dient de inwerkingtreding van het KB uitgesteld te worden.

Wat betreft punt 5, is de Raad van oordeel dat er geen enkele meerwaarde is om deze norm op vestigingsniveau te bepalen, zeker met oog op de digitalisering van deze gegevens. Meer nog is de Raad van oordeel dat punt 5 door deze digitalisering in zijn geheel achterhaald is en dus geschrapt kan worden.

Daarnaast beoogt het ontwerp van KB de mogelijkheid van “3 bedden voor intensieve verzorging” te schrappen, zodat elke functie gespecialiseerde spoedgevallen op dezelfde vestigingsplaats beroep zal moeten doen op een erkende functie intensieve zorg. Er wordt wel in een uitzondering voorzien voor vestigingsplaatsen die minstens 25 km verwijderd zijn van de dichtstbijzijnde gespecialiseerde spoed en die in de periode vanaf 1 juli 2024 geen erkende intensieve zorg hebben uitgebaat. Deze sites zullen toch hun erkenning kunnen behouden als ze beschikken over minstens 3 bedden voor intensieve verzorging. Het is de FRZV onduidelijk waarom juist voor de datum van 1 juli 2024 werd gekozen.

Bovendien is de FRZV van oordeel dat er voor de uitzondering gekeken dient te worden naar het criterium van aanrijtijd eerder dan een minimale afstand van 25 km. Het uitgangsprincipe zou namelijk steeds de toegankelijkheid en beschikbaarheid van een gespecialiseerde spoed binnen een redelijke termijn voor de patiënt moeten zijn. De FRDGH kan advies gevraagd worden over het criterium van de aanrijtijd.

Sites die geen erkende IZ hebben en niet voldoen aan de voorwaarden om beroep te doen op de uitzondering, dreigen dus hun erkenning voor hun gespecialiseerde spoed te verliezen. Zij krijgen twee jaar de tijd om alsnog te voldoen aan de voorwaarden in artikel 4, § 1 om hun erkenning te behouden.

De FRZV is van mening dat het niet realistisch is om een functie intensieve zorg uit te bouwen en een erkenning te verkrijgen binnen een termijn van twee jaar. Er is voldoende tijd nodig voor de architecturale aanpassingen, de financiering ervan, het vinden en opleiden van het personeel, de aanbesteding voor het benodigde materiaal en apparatuur.

De Raad is dan ook van oordeel dat een overgangstermijn van 3 jaar moet voorzien worden, gekoppeld aan een plan van aanpak. Let wel, de Raad wijst op haar eerder standpunt dat dit niet tot een uitbreiding van het aantal IZ-bedden mag leiden.

Tot slot stelt de FRZV dat een overgangstermijn ook moet gelden voor ziekenhuissites die na de datum van 1 januari 2026 juist hun functie IZ zouden willen afbouwen. Het lijkt logisch dat ook in deze situatie een ziekenhuissite beroep zou moeten kunnen doen op eenzelfde overgangstermijn alvorens het verliezen van de erkenning van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg.

Bepaalde acute sites evolueren momenteel namelijk naar een zorgaanbod voor geprogrammeerde zorg, waarbij de functies intensieve zorg en gespecialiseerde spoedgevallenzorg worden afgebouwd.

Deze evolutie gebeurt best in stappen, teneinde het zorgaanbod en de werkgelegenheid niet abrupt te wijzigen.

4. (Gespecialiseerde) spoedgevallenzorg in twee lagen

Er dient op ruimere schaal ook te worden nagedacht over de structuur en organisatie van de spoedgevallenzorg binnen de ruimere hervorming van het ziekenhuislandschap.

Het ontwerp KB vermeldt in zijn toelichting zowel de aandacht voor de kwaliteit van zorg enerzijds en de nabijheid en toegankelijkheid van zorg anderzijds die in een optimaal evenwicht dienen te worden georganiseerd.

Het principe van de koppeling van de functies gespecialiseerde zorg en intensieve zorg wordt door de Raad als basisprincipe bevestigd, daarmee tegemoet komende aan het kwaliteitsgegeven.

Tijdens de besprekingen binnen de werkgroep werd de vraag gesteld of er, in functie van het bereikbaarheidsgegeven, niet eerder met een systeem van twee niveaus van gespecialiseerde spoedgevallenzorg, gekoppeld aan een snelle en betrouwbare secundaire transfer, gewerkt zou moeten worden.

Zo zou op iedere functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg de patiënt gediagnosticeerd en gestabiliseerd/behandeld kunnen worden, waarna deze zo nodig naar een meer gespecialiseerde spoedgevallendienst (bijv. met specialisatie in CVA-thrombectomie, cardiale pathologie etc.) getransfereerd zou worden. Voor de eerste laag zou er dan niet noodzakelijk een vereiste aanwezigheid van een functie intensieve zorg nodig zijn, wat uiteraard wel het geval zou zijn bij de tweede, meer gespecialiseerde, laag.

Het voordeel tov. de huidige eerste opvang van spoedgevallen is dat DGH middelen kunnen aanrijden op deze twee niveaus van spoeddiensten.

Deze benadering vergt evenwel een betrouwbaar en voldoende uitgebouwde interhospitaaltransportsysteem, alsook een evaluatie en actualisatie van de pre hospitaal triage systemen en mogelijkheden van de DGH hulpmiddelen om de patiënt naar het meest geschikte zorgniveau te transporteren.

De Raad is zich bewust van het gegeven dat dit punt in het ontwerpKB is verwerkt door de uitzonderingsmaatregel, maar wenst bewust de aandacht te vragen in het kader van de bredere ziekenhuishervorming. Een verdere bespreking zoals hierboven uiteengezet, zou ook steeds samen met de FRDGH moeten gebeuren.

5. Conclusie

De Federale Raad steunt de doelstelling om de kwaliteit van zorg voor kritieke patiënten te verhogen door wettelijk te verankeren dat een functie gespecialiseerde zorg steeds beroep moet kunnen doen op een functie intensieve zorg op dezelfde vestigingsplaats, mits beperkte uitzondering. De voorziene overgangstermijn zou nog bijgestuurd moeten worden, zowel wat betreft de termijn als het toepassingsgebied.

Wat betreft de vier andere functionele normen vermeld in artikel 4, § 1 die ook aanwezig zouden moeten zijn op de vestigingsplaats, uit de Raad de bezorgdheid dat dit tot ongewenste neveneffecten zou kunnen leiden en stelt voor om voor punten 2, 3 en 4 de minimale vereisten te bepalen.

Tot slot is de Raad van oordeel dat deze wijziging deel uitmaakt van de bredere hervorming van het ziekenhuislandschap, en daarin inhoudelijk en tijdsgewijze moet passen, en waarbij het voorstel van een gespecialiseerde spoedgevallenzorg in twee lagen met secundaire transfer overwogen moet worden.