

Blikvanger gezondheidszorg

Algemene ziekenhuizen

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

.be

Colofon

Onderwerp:

Dit rapport biedt aan de hand van enkele kerncijfers een beknopt overzicht van de werking van de algemene ziekenhuizen. In vier hoofdstukken omtrent 'Organisatie', 'Activiteit', 'Financiering' en 'Samenwerking: een stimulans voor kwaliteit en innovatie' worden enkele tendensen over de werking in deze sector van de gezondheidszorg uitgelicht.

Redactiecomité:

De leden van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg.

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel.

Contactgegevens:

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-Generaal Gezondheidszorg
Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel
T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.
Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

www.gezondheid.belgie.be

Wettelijk depot: D/2024/2196/19

INHOUD

Organisatie 6

Ziekenhuizen 6

Ziekenhuisactiviteiten 7

Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen 9

Activiteit 16

Financiering 20

Financieringsbronnen 20

Het Budget Financiële Middelen 21

24

Samenwerking: een kans voor kwaliteit en innovatie 25

Hart- en vaataandoeningen 25

Beroertezorg 29

Prematuur geboren baby's 33

Borstkanker 37

Zeldzame ziekten 40

Orgaandonatie en transplantatie 43

Operation zero 46

Conclusie 48

VOORWOORD

Met groot genoegen presenteer ik u deze nieuwe editie van “Blikvanger Gezondheidszorg”, waarin we een gedetailleerd overzicht bieden van de werking van algemene ziekenhuizen in België. Deze uitgave belicht de cruciale rol van samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgactoren om kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen aan elke burger.

De afgelopen jaren werden stappen gezet om de samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen. Locoregionale ziekenhuisnetwerken werden opgericht met als doel meer samenwerking aan te moedigen, activiteiten efficiënter te verdelen, zorg te coördineren en de waarde voor de samenleving en patiënten te maximaliseren. We hanteren het principe **‘Nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig’**. Elke burger moet immers in een naburig ziekenhuis toegang hebben tot basiszorgen. Gespecialiseerde zorg dient echter gecentraliseerd te worden in referentiecentra zodat de expertise daar gebundeld kan worden.

Dit principe werd reeds in verschillende domeinen van de gezondheidszorg toegepast zoals bij cardiologie, transplantaties en prematuriteit. Met bovenstaand principe streven we ernaar om door middel van samenwerking de efficiëntie en kwaliteit van de zorg te bevorderen en bij te dragen aan een meer geïntegreerde en patiëntgerichte aanpak.

In deze publicatie presenteren we verschillende vormen van samenwerkingsverbanden en kaderen we de organisatie ervan. Wij zijn ervan overtuigd dat de gedeelde verantwoordelijkheid en het gezamenlijke streven naar uitmuntendheid in de zorg, de hoekstenen vormen voor een duurzaam gezondheidszorgsysteem. Het is onze hoop dat de gegevens en inzichten die in deze publicatie worden gedeeld, bijdragen aan een beter begrip van de huidige stand van zaken en dienen als inspiratie voor verdere samenwerking en innovatie in de sector.

Wij wensen u een verrijkende en inspiratievolle leeservaring toe.

Met vriendelijke groet,

Sabine Stordeur

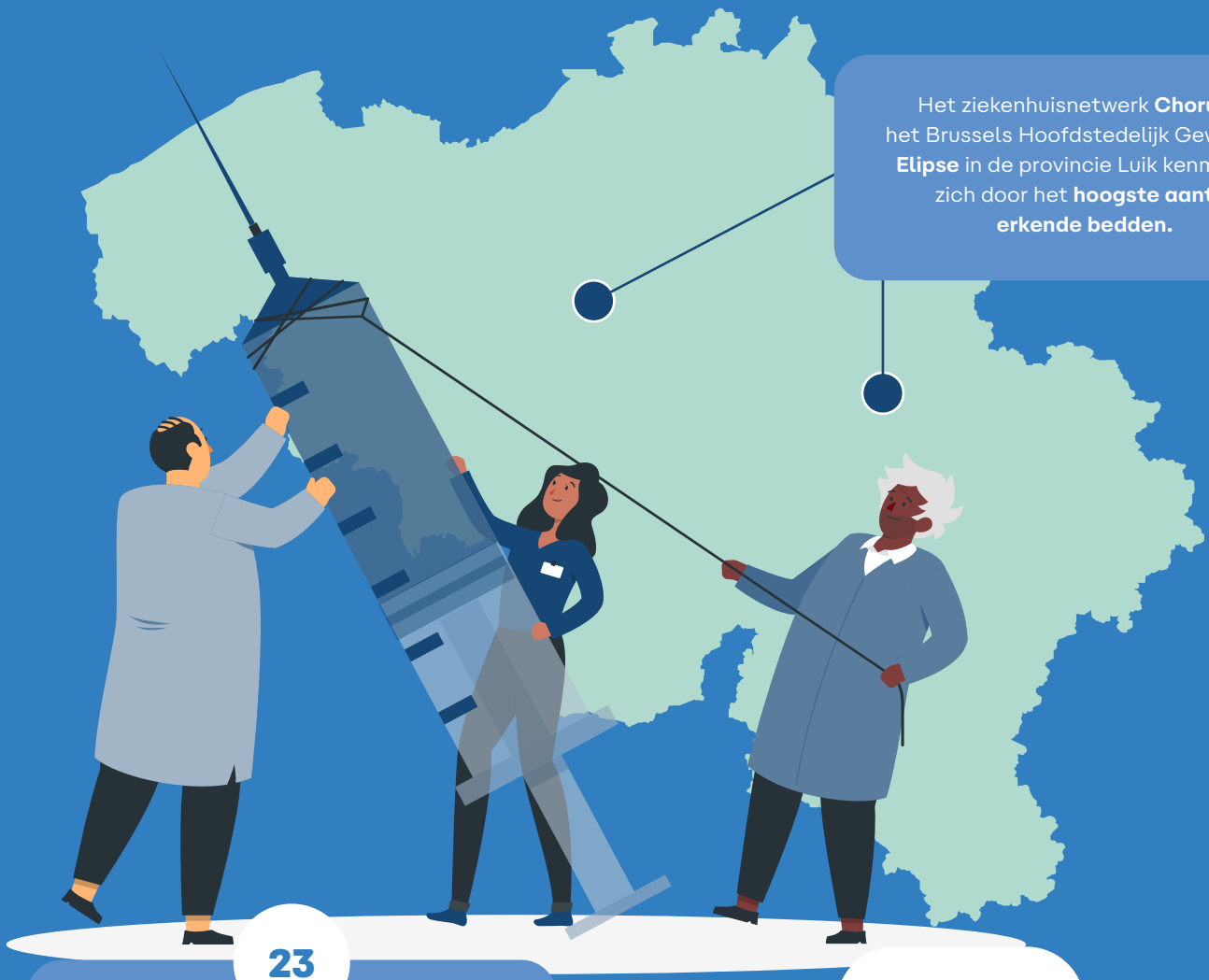
Directrice-generaal DG Gezondheidszorg

1 ORGANISATIE

103

Op 1 januari 2025 telt België **103 algemene ziekenhuizen.**

Het ziekenhuisnetwerk **Chorus** in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en **Elipse** in de provincie Luik kenmerken zich door het **hoogste aantal erkende bedden.**



23

In 2025 zijn er **23 locoregionale ziekenhuisnetwerken** in België.

52.317

Er zijn **52.317 erkende bedden** op 1 januari 2025. Hierbij ziet men de afgelopen 30 jaar een daling van het aantal bedden voor acute zorg en een stijging van het aantal erkende bedden voor zorg voor geriatrische patiënten en voor patiënten met een psychiatrische en chronische problematiek.

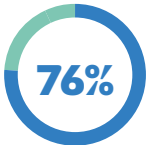
ORGANISATIE



1.1 Ziekenhuizen

Op 1 januari 2025 telt men in België 103 ziekenhuizen waarvan 78 klassieke algemene ziekenhuizen, 7 universitaire ziekenhuizen en 18 ziekenhuizen met een universitair karakter. Eén ziekenhuis kan uit meerdere campussen bestaan. In België zijn er op 1 januari 2025 189 ziekenhuiscampussen.

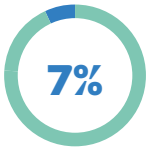
De algemene ziekenhuizen kunnen in 3 soorten worden onderverdeeld[1]:



De 'klassieke' algemene ziekenhuizen (76%)

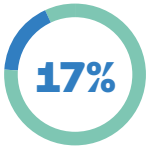
Dit zijn ziekenhuizen die zowel overdag als 's nachts patiënten ontvangen voor gespecialiseerde, medische hulp. Om te voldoen aan de notie van een algemeen ziekenhuis[2] moet een ziekenhuis minstens 150 erkende bedden hebben met een dienst voor chirurgische activiteiten en inwendige geneeskunde aangevuld met minstens één andere discipline zoals geriatrie, materniteit, pediatrie, neuropsychiatrie of revalidatie. Verder moeten ze beschikken over de functie anesthesiologie en radiologie, de basisactiviteiten van klinische biologie, een dienst voor revalidatie, de basisactiviteit van een ziekenhuisapotheek en over een functie palliatieve zorg. Ten slotte moet er permanent een arts aanwezig zijn.

Sommige atypische ziekenhuizen vallen eveneens onder deze categorie. Bij de zesde staatshervorming werd beslist om de bevoegdheid over de gespecialiseerde ziekenhuizen (die uitsluitend geriatrische en/of revalidatiediensten aanbieden) over te dragen aan de gefedereerde entiteiten met uitzondering van het ziekenhuis Foyer Horizon (Dit ziekenhuis beschikt enkel over bedden voor gespecialiseerde palliatieve zorg (S4) waarvoor de bevoegdheid bij de federale overheid bleef.). Sommige gespecialiseerde ziekenhuizen kozen er destijds voor om te fuseren met een 'klassiek' algemeen ziekenhuis. Anderen gaven er de voorkeur aan om hun activiteiten uit te breiden, meestal door er psychiatrische diensten aan toe te voegen. Deze ziekenhuizen maken vandaag juridisch gezien deel uit van de algemene ziekenhuizen, hoewel ze geen chirurgische of inwendige geneeskundige afdeling hebben.



De universitaire ziekenhuizen (7%)

De universitaire ziekenhuizen bieden minstens dezelfde diensten aan als de klassieke algemene ziekenhuizen, maar vangen daarboven ook patiënten op die een zeer gespecialiseerde behandeling vereisen. Verder heeft een universitair ziekenhuis ook de opdracht om zorgverleners op te leiden, aan wetenschappelijk onderzoek te doen en nieuwe technologieën te ontwikkelen. Ze zijn verbonden aan een universiteit met een faculteit geneeskunde die een volledig curriculum aanbiedt.



De algemene ziekenhuizen met universitair karakter (17%)

Dit zijn algemene ziekenhuizen met een aantal universitaire bedden.

1 Dit rapport zoomt in op de algemene ziekenhuizen onder federale bevoegdheid. Het laat de psychiatrische ziekenhuizen (die uitsluitend zorg verlenen aan mensen met psychische stoornissen) en uitsluitend gespecialiseerde ziekenhuizen (m.u.v. Foyer Horizon) buiten beschouwing.

2 Met uitzondering van de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie of diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten.

1.2 Ziekenhuisactiviteiten

De activiteiten van ziekenhuizen worden georganiseerd in diensten, ziekenhuisfuncties en zorgprogramma's.

Diensten groeperen activiteiten, die aan een specifieke locatie in het ziekenhuis zijn verbonden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen hospitalisatiediensten, waar patiënten verblijven, en medische of medisch-technische diensten, waarbij bepaalde specifieke diensten, die speciale expertise of apparatuur vereisen, worden verleend. Medische diensten zijn onder meer transplantatiecentra of brandwondencentra. Medisch-technische diensten omvatten onder andere medische beeldvormingsdiensten, centra voor menselijke erfelijkheid, radiotherapiediensten en nierdialysecentra.

Ziekenhuisfuncties zijn ziekenhuisactiviteiten die beschikbaar zijn voor alle diensten van het ziekenhuis. Verscheidene functies zijn onderworpen aan specifieke normen en controles door de bevoegde gemeenschap of het bevoegde gewest. Erkende functies omvatten o.m. de ziekenhuisapotheek, de palliatieve zorg, de eenheden voor intensieve zorg en de spoedgevallendienst.

Zorgprogramma's zijn een organisatorisch kader voor het implementeren van 'zorgtrajecten' voor een specifieke doelgroep. Het zijn combinaties van de hospitalisatiediensten, medische of medisch-technische diensten en functies die nodig zijn voor een kwaliteitsvolle zorg.

Er bestaan momenteel verschillende zorgprogramma's:

- Het zorgprogramma 'cardiale pathologie'
- Het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde'
- Het zorgprogramma voor oncologie waaronder het gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker en pediatrische hemato-oncologie
- Het zorgprogramma voor kinderen
- Het zorgprogramma voor geriatrische patiënten
- Het zorgprogramma 'beroertezorg'



Meer weten?
Over de locatie en diensten die de verschillende ziekenhuizen aanbieden

Soorten ziekenhuisdiensten

Elke dienst binnen een ziekenhuis moet erkend zijn en voldoen aan specifieke normen: o.m. aangaande de minimale beddencapaciteit, het vereiste activiteitenniveau, de technische uitrusting en het aantal medische, paramedische en zorgverleners.

Aan elke dienst wordt een kenletter toegewezen die de subgroep van patiënten identificeert. Om een beter overzicht te kunnen bieden, groeperen we de verschillende soorten diensten naargelang de aard van de aandoeningen die hier doorgaans worden behandeld:

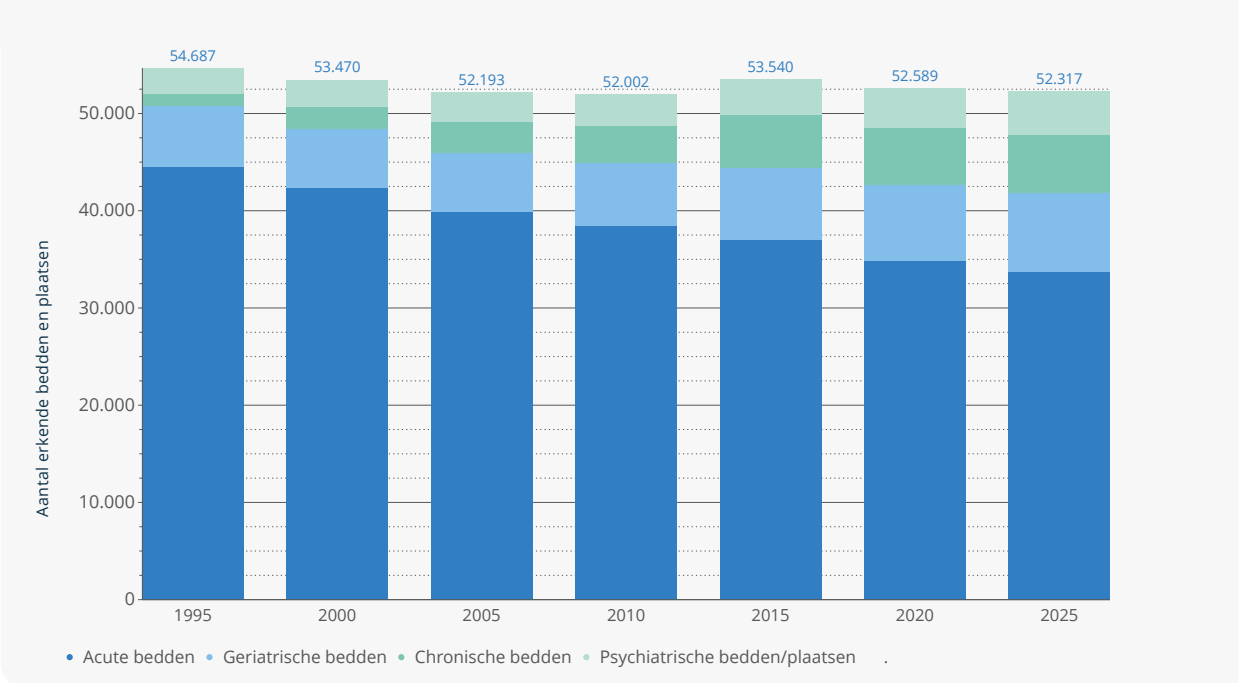
- **Acute bedden:** zijn bedden bestemd voor opname met een relatief korte duur: bv. bedden voor chirurgie (kenletter C), inwendige geneeskunde (kenletter D), pediatrie (kenletter E), intensieve neonatologie (kenletter NIC), materniteit (kenletter M), behandeling van besmettelijke ziekten (L) en van tuberculose (B).
- **Geriatrische bedden:** zijn bedden voor de zorg van geriatrische patiënten (kenletter G).
- **Chronische bedden:** zijn bedden bestemd voor een langere ziekenhuisopname of voor patiënten die een chronische behandeling nodig hebben: bv. bedden voor revalidatie (kenletter S1 voor cardiopulmonaire aandoeningen, S2 voor locomotorische aandoeningen, S3 voor neurologische aandoeningen, S5 voor chronische polypathologieën en S6 voor psychogeriatrische aandoeningen) en bedden voor palliatieve zorg (kenletter S4).
- **Psychiatrische bedden en plaatsen:** zijn bedden of plaatsen bestemd voor de verzorging van patiënten met psychische stoornissen, eventueel alleen overdag of 's nachts: bv. bedden of plaatsen voor observatie en neuro-psychiatrische behandeling van volwassenen (kenletter A, a1, a2, T en t1) of van kinderen (kenletter K, k1 en k2).

Evolutie van het aantal erkende ziekenhuisbedden

Op 1 januari 2025 waren er 52.317 erkende bedden en plaatsen in België. De vergrijzing van de bevolking en de vooruitgang in de medische zorg weerspiegelen zich in de evolutie van het aantal erkende ziekenhuisbedden. De afgelopen 30 jaar is er een totale daling van 2.370 erkende bedden, ofwel 4%, in algemene ziekenhuizen waargenomen.[3]

"De afgelopen 30 jaar is er een totale daling van 4% van de erkende bedden in algemene ziekenhuizen waargenomen."

Evolutie van het aantal erkende bedden en plaatsen



3 Bron: FOD Volksgezondheid (2025, 1 januari). *Hospital Infrastructure Repository (HIR).* [Dataset]; de psychiatrische bedden die buiten gebruik werden genomen in het kader van het zogenaamde 107-artikel werden meegeteld in deze cijfers.

Sinds 1995 merken we een afname van 24% in het aantal erkende bedden voor acute zorg, wat te wijten is aan de kortere verblijfsduur van patiënten voor bepaalde aandoeningen en behandelingen. In tegenstelling tot deze trend, is er bij geriatrische bedden een toename van 30%, bij chronische bedden een aanzienlijke stijging van 371%, en bij psychiatrische bedden een groei van 71% te zien. Deze stijging kan mede verklaard worden door de fusies van algemene met gespecialiseerde ziekenhuizen ten gevolge van de zesde staatshervorming in 2014. Verder wordt het aantal erkende psychiatrische bedden en plaatsen weergeven. Dit aantal is hoger dan het werkelijk aantal beschikbare plaatsen omdat een deel van deze bedden buiten gebruik werd gesteld ten voordele van de financiering van alternatieve vormen van zorgverlening bv. voor mobiele teams voor gespecialiseerde zorg in de thuisomgeving of voor intensifiëring van de residentiële zorg[4]. Daarnaast is het mogelijk dat voor andere types van bedden het aantal erkende bedden hoger is dan het werkelijk aantal beschikbare bedden bv. omwille van personeelstekort.

1.3 Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen



In een tijd waarin de gezondheidszorg voor steeds complexere uitdagingen staat, worden samenwerkingen tussen ziekenhuizen steeds crucialer. Deze partnerschappen, variërend van kennisuitwisseling tot gezamenlijke zorginitiatieven, bieden een unieke kans om de kwaliteit van patiëntenzorg te verhogen en de efficiëntie binnen de sector te verbeteren. Dit hoofdstuk bespreekt verschillende vormen van samenwerkingen tussen ziekenhuizen.

Ziekenhuisassociatie

Een ziekenhuisassociatie is een juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband tussen twee of meer ziekenhuizen. In zo'n associatie bundelen ze hun krachten om één of meerdere zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten gezamenlijk te beheren. De associatieovereenkomst beschrijft in detail welke activiteiten binnen de associatie worden uitgevoerd en in welk zorggebied dit zal plaatsvinden. Het doel van een associatie is om de beschikbare middelen optimaal in te zetten en overlappingen in het zorgaanbod te vermijden. Hierdoor wordt de kwaliteit van de zorg gewaarborgd en tegelijkertijd worden de werking en infrastructuur van de deelnemende ziekenhuizen geoptimaliseerd.

- Voorbeeld: Het AZ Klina in Brasschaat vormt een associatie met AZ Voorkempen in Malle voor de uitbating van een nierdialysecentrum.
- Voorbeeld: Clinique CHC en Hôpital de La Citadelle gesitueerd in Luik verkregen een erkenning voor een associatie waarbij ze gezamenlijk een dienst uitbaten waar een PET-scanner werd opgesteld.

Meer weten?
Koninklijk besluit houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen

4 Voor meer informatie hieromtrent kan u de publicatie 'Blikvanger Gezondheidszorg – Geestelijke gezondheidszorg' raadplegen.

Ziekenhuisgroepering

Een ziekenhuisgroepering is een erkend duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen die maximaal 25 kilometer van elkaar verwijderd zijn. Binnen zo'n groepering maken de ziekenhuizen afspraken over taakverdeling en complementariteit op het gebied van dienstenaanbod, disciplines of uitrustingen. Het doel hiervan is om beter te voldoen aan de behoeften van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

➔ Voorbeeld: De Sint-Jozefskliniek Izegem en AZ Groeninge Kortrijk hebben een erkenning voor een ziekenhuisgroepering sinds 12 februari 2024.

➔ Voorbeeld: De volgende ziekenhuizen verkregen een erkenning voor een ziekenhuisgroepering op 21 maart 2024: CHU Helora - Site Jolimont-Lobbes, CHU Helora - Site Constantinople Mons – Warquignies, CHU Helora - Site Nivelles-Tubize, CHU Helora - Hopital De Mons.

Meer weten?
Koninklijk besluit houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen

Fusie

Een ziekenhuisfusie houdt in dat twee of meer voorheen afzonderlijk erkende ziekenhuizen, die niet meer dan 35 kilometer van elkaar verwijderd zijn, samengevoegd worden onder één bestuurlijke entiteit met één enkele erkenning. De regelgeving zorgt voor een evenwichtige verdeling van diensten en functies over de diverse locaties van de gefuseerde ziekenhuizen.

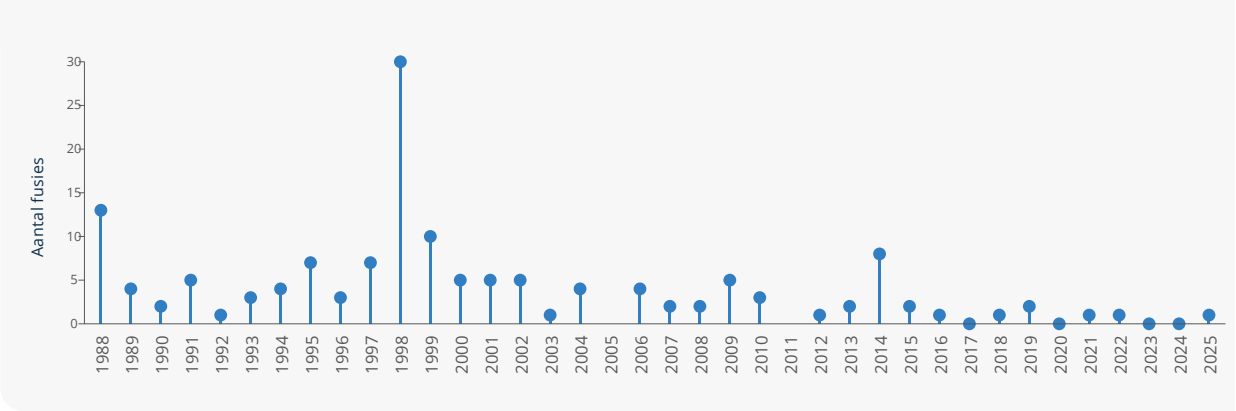
Doorheen de tijd waren er enkele fusiegolven in België. Deze werden o.a. gestimuleerd door aanpassingen aan de wetgeving. In 1998 werden ziekenhuizen gestimuleerd om een vrijwillige fusie aan te gaan door:

- De afschaffing van de verplichte inlevering van 5% van het globale beddenaantal;
- Het verhogen van de toegestane afstand tussen de ziekenhuizen, die de fusie aangaan, van 10 km naar 35 km.

In 2014 fusioneerden een aantal ziekenhuizen naar aanleiding van de zesde staatshervorming.

Andere beweegredenen voor fusies zijn o.a. vereenvoudigen van samenwerkingen, kostenbesparingen, de verhoging van efficiëntie en de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Evolutie fusies algemene ziekenhuizen in België



Meer weten?
Koninklijk besluit houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen.

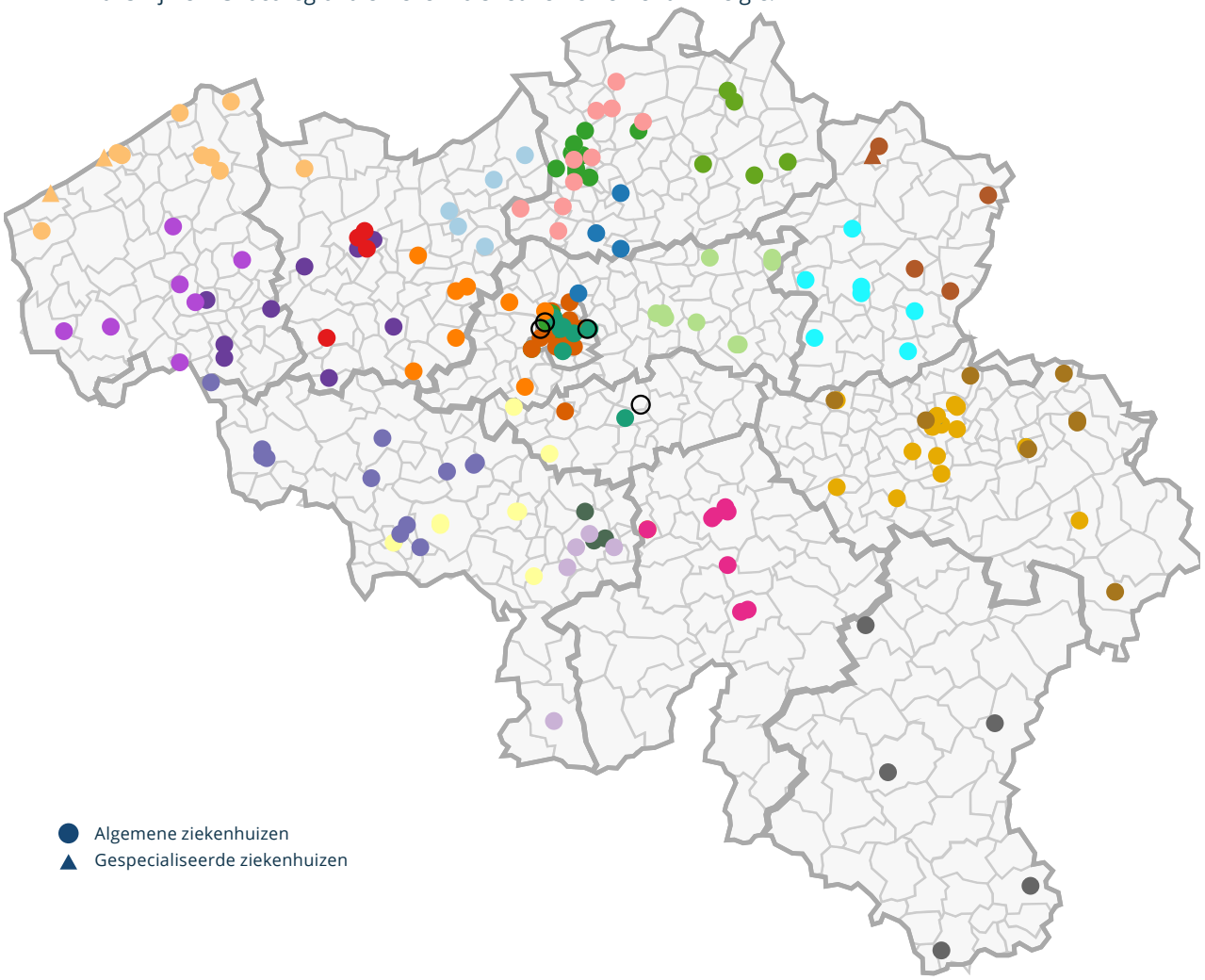
Ziekenhuisnetwerken

Door de opzet van locoregionale ziekenhuisnetwerken wil men ziekenhuizen aanzetten om middelen efficiënter in te zetten, investeringen te delen en taakverdeling op basis van expertise te bevorderen.

Wat zijn locoregionale netwerken?

Sinds 1 januari 2020 moet elk algemeen ziekenhuis deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal ziekenhuisnetwerk[5]. In Vlaanderen mogen er maximaal dertien netwerken gevormd worden, in Wallonië acht en in Brussel vier. Het locoregionaal ziekenhuisnetwerk heeft de opdracht om het locoregionaal zorgaanbod te organiseren binnen hun netwerk.

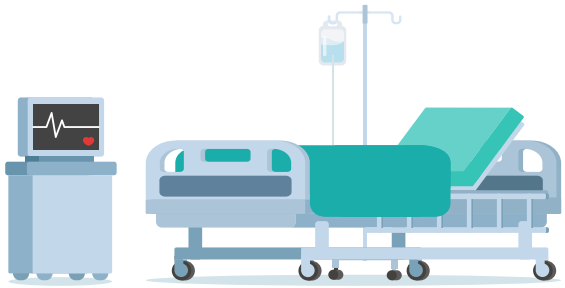
In 2025 zijn er 23 locoregionale ziekenhuisnetwerken erkend in België.



5 Met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter SP) of een dienst voor geriatrie (kenletter G). Twee ziekenhuizen onder federale bevoegdheid betreffen deze laatste uitzondering en maken geen deel uit van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Dit betreft de ziekenhuizen Silva Médical en Valisana.

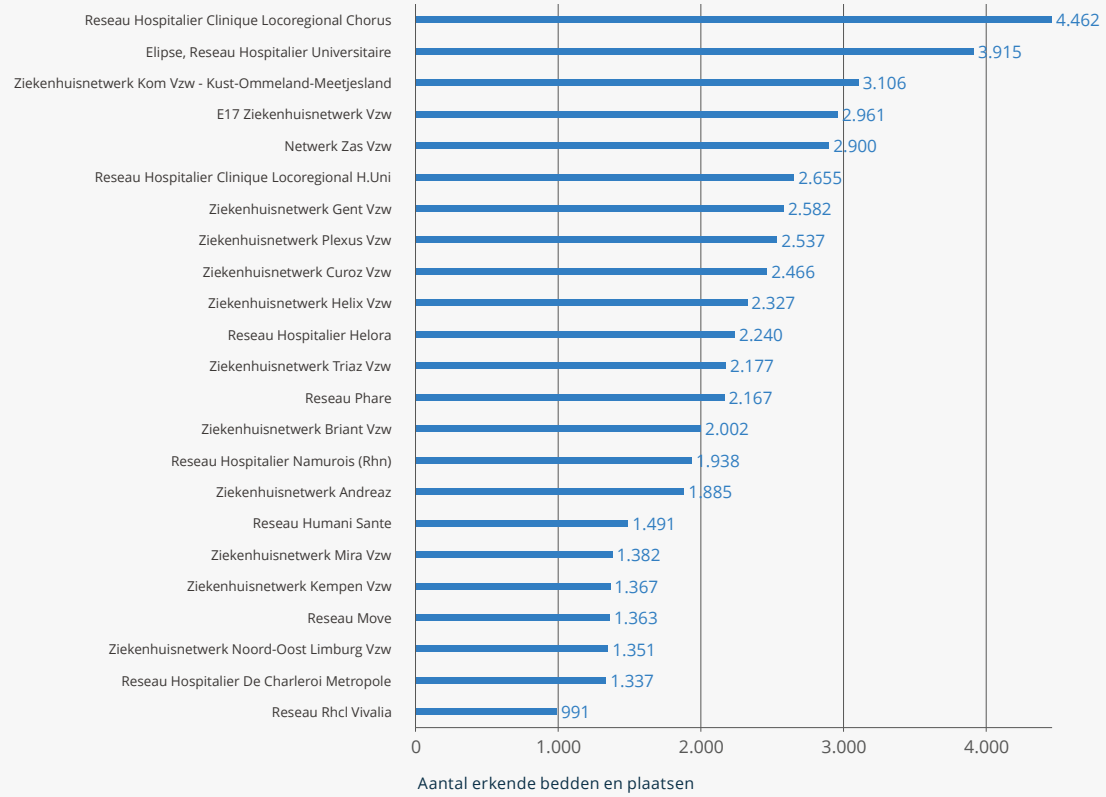
Het doel van het werken met locoregionale ziekenhuisnetwerken is om een aangepast kader te creëren dat samenwerking in de sector stimuleert. Er wordt beoogd dat ziekenhuizen zorg blijven aanbieden die nodig is voor hun zorggebied en dit in samenwerking met de ziekenhuizen binnen hun netwerk. Ziekenhuizen binnen een netwerk kunnen kiezen voor het samenbrengen van verschillende diensten en zorgpakketten onder de vorm van shared services, wat er voor zal zorgen dat middelen meer efficiënt kunnen worden ingezet door bijvoorbeeld groepsaankopen te doen of zware apparatuur of infrastructuur samen te exploiteren.

De maatregelen streven ernaar dat de locoregionale ziekenhuisnetwerken aantrekkelijker worden voor professionals en patiënten door een verbetering van de kwaliteit en specialisatie. Door de samenwerking met referentiecentra, die supraregionale zorgen aanbieden, zullen patiënten na het ondergaan van een complexe behandeling verder opgevolgd kunnen worden in een locoregionaal ziekenhuis nabij hun woonplaats.



In onderstaande grafiek wordt de grootte van elk netwerk geïllustreerd aan de hand van het aantal erkende bedden en plaatsen. Het netwerk Chorus en Elipse beschikken op 1 januari 2025 over het hoogste aantal erkende bedden en plaatsen met respectievelijk 4.462 en 3.915 bedden.[6]

Aantal erkende bedden en plaatsen per locoregionaal ziekenhuisnetwerk (01/01/2025)



Meer weten?
Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

6 Het weergegeven aantal in de grafiek vertegenwoordigt het aantal erkende bedden in het ziekenhuisnetwerk in alle Belgische algemene ziekenhuizen onder federale bevoegdheid die deel uitmaken van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Ziekenhuisnetwerk KOM en Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg hebben in realiteit meer bedden aangezien er gespecialiseerde ziekenhuizen (die niet tot federale bevoegdheid behoren) deel uit maken van het ziekenhuisnetwerk.

Samenwerken aan de hand van zorgopdrachten

"Nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig"



De basis van de hervorming naar locoregionale ziekenhuisnetwerken is tweeledig: **"Nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig"**. Met andere woorden, de overheid wil er voor zorgen dat zorg waar mogelijk zo dicht mogelijk bij huis wordt aangeboden, maar ook dat vanuit kwaliteitsoogpunt supergespecialiseerde zorgen eerder geconcentreerd worden. Hiervoor werd een onderverdeling in zorg opgesteld, die zorgen in locoregionale zorgopdrachten en supraregionale zorgopdrachten verdeelt.

1. Locoregionale zorgopdrachten

Dit zijn de zorgopdrachten die in elk locoregionaal ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden. Hieronder verstaan we enerzijds de algemene zorgopdrachten voor klassieke operaties en aandoeningen, zoals een spoedgevallendienst, een dienst voor geriatrie of pediatrie, enz. die in elk ziekenhuis mogen worden aangeboden. Anderzijds bevat locoregionale zorg gespecialiseerde zorgopdrachten waarbij patiënten bv. voor een bepaalde periode regelmatig naar het ziekenhuis moeten komen. Hieronder vallen onder meer nierdialyse, het oncologisch zorgprogramma en het zorgprogramma beroertezorg. Deze zorgen moeten in elk ziekenhuisnetwerk aangeboden worden, maar niet in elk ziekenhuis.

2. Supraregionale zorgopdrachten

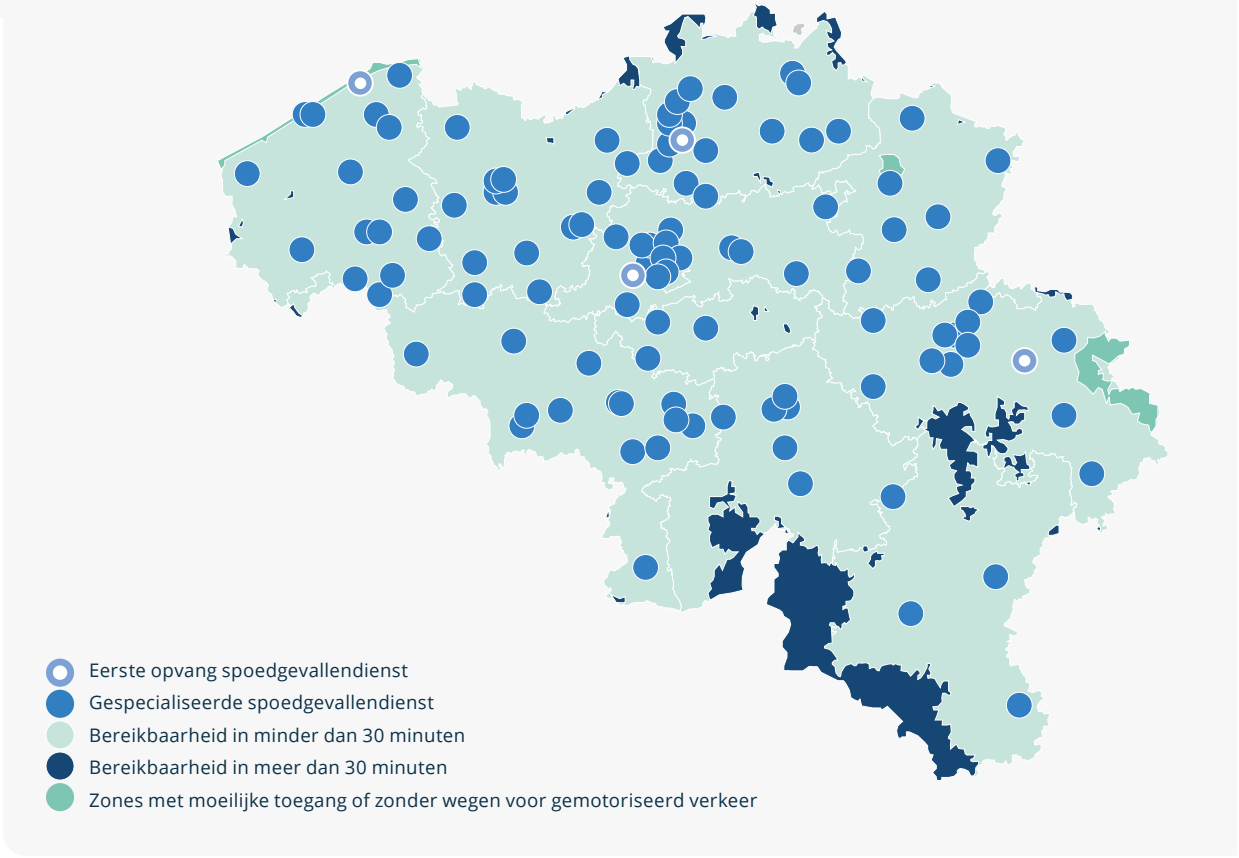
Hier gaat het om zorgopdrachten voor een kleine groep mensen die een grote expertise en/of investering vragen. Deze zorgen mogen niet in alle ziekenhuisnetwerken worden aangeboden, maar moeten geconcentreerd worden in supraregionale referentiecentra. Het gaat hier onder meer over gespecialiseerde beroertezorg, brandwondencentra, pediatrische oncologische centra, enzovoort.

In 2022 werd het Koninklijk Besluit gepubliceerd dat de lijst bevat van de locoregionale en de supraregionale zorgopdrachten voor ziekenhuisnetwerken. Dit K.B. betreffende de kwalificatie van de zorgopdrachten legt bovendien een organieke, federale erkenningsnorm vast. Deze norm stelt dat locoregionale zorgopdrachten moeten worden kunnen aangeboden met een aanrijtijd van 30 minuten aan 90% van de inwoners, binnen het werkingsgebied van het ziekenhuisnetwerk.

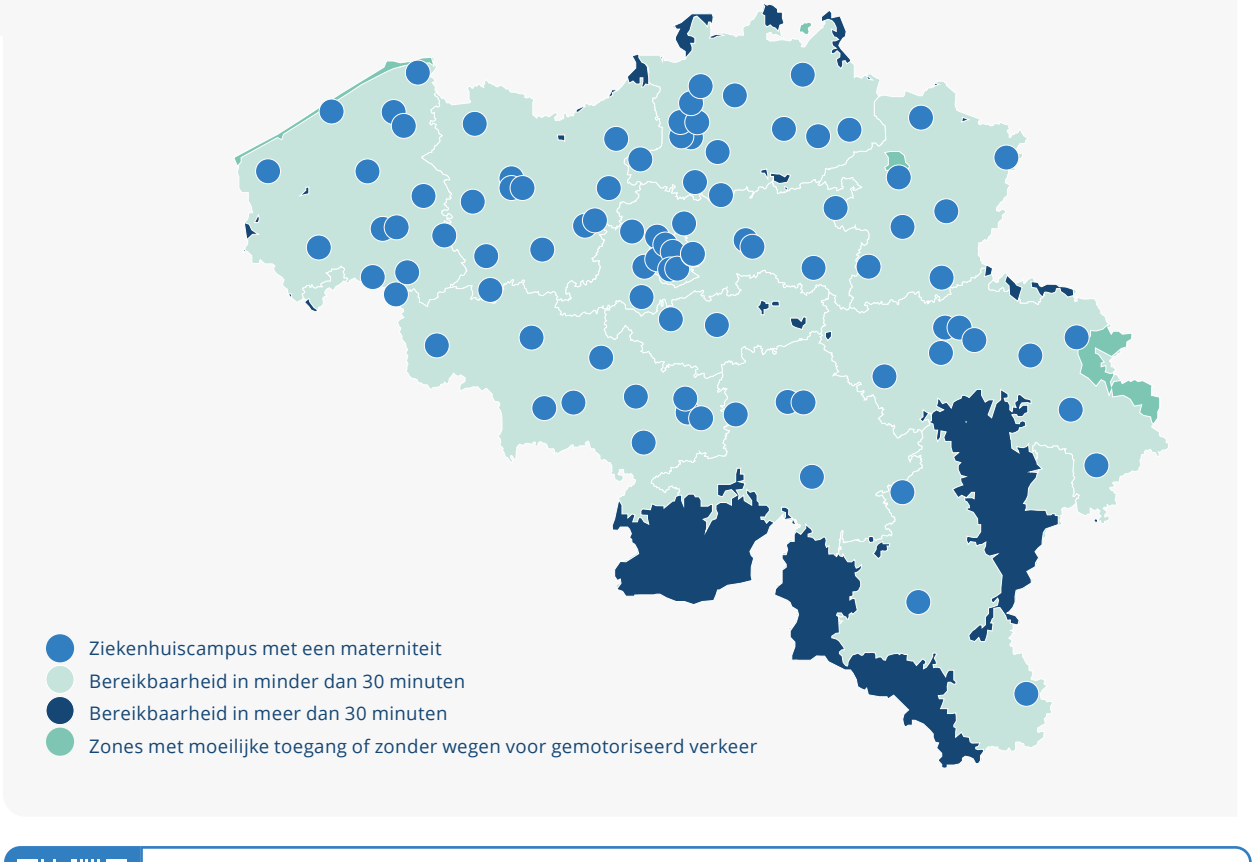
In de twee onderstaande kaarten wordt de bereikbaarheid van de locoregionale zorgopdrachten betreffende materniteit en spoedgevallenzorg gevisualiseerd. Men kan vaststellen dat vooral in de grensgebieden alsook in sommige gebieden in het zuiden van het land de bereikbaarheid van deze opdrachten niet kan gegarandeerd worden binnen de 30 minuten.



Bereikbaarheid van de spoedgevallendienst binnen 30 minuten (12/02/2025)



Bereikbaarheid van een materniteit binnen 30 minuten (12/02/2025)



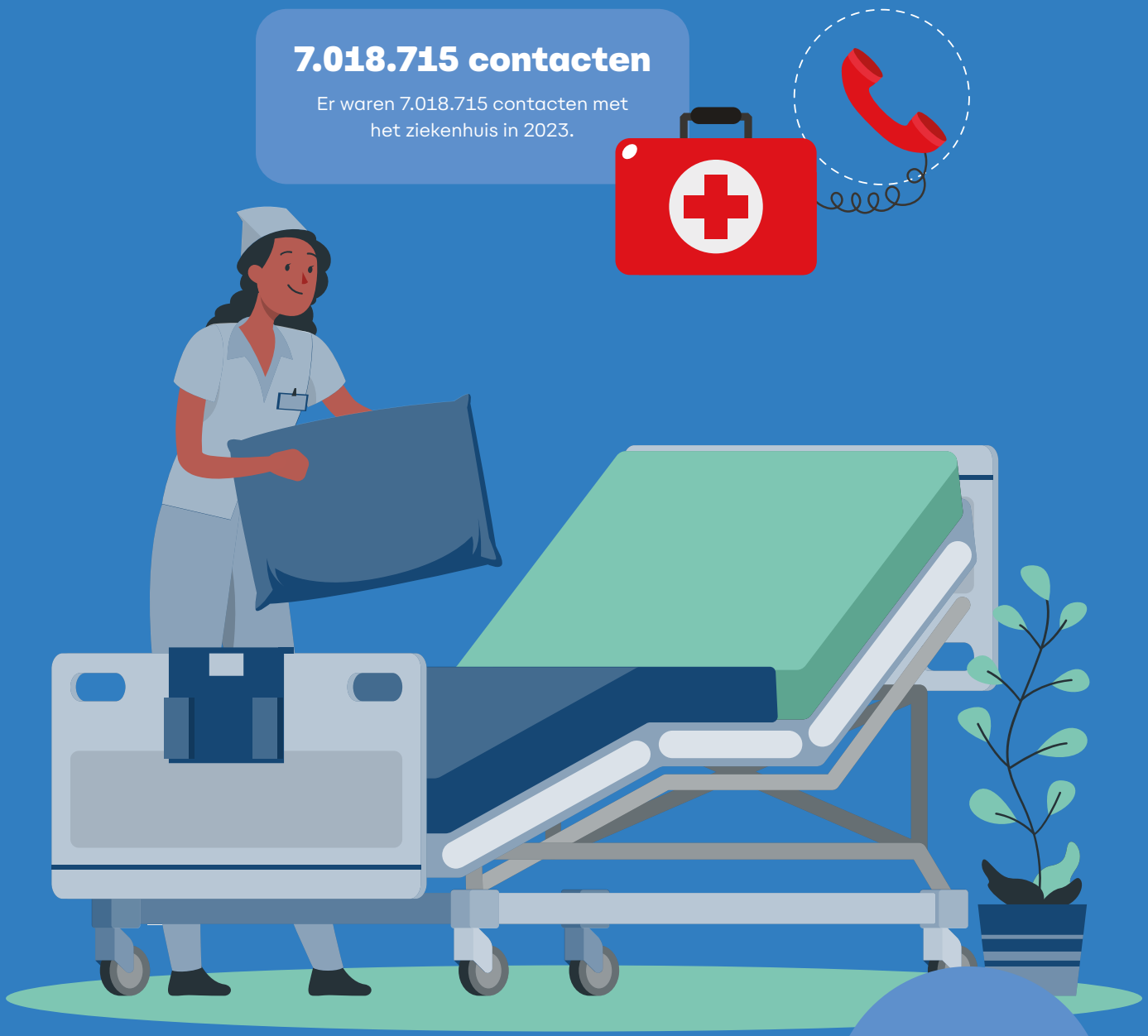
Meer weten?

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

2 ACTIVITEIT

7.018.715 contacten

Er waren 7.018.715 contacten met het ziekenhuis in 2023.



Er zijn in 2023 **1.749.272** klassieke hospitalisaties, **2.509.933** daghospitalisaties en **2.759.510** ambulante contacten met de spoedgevallendienst.

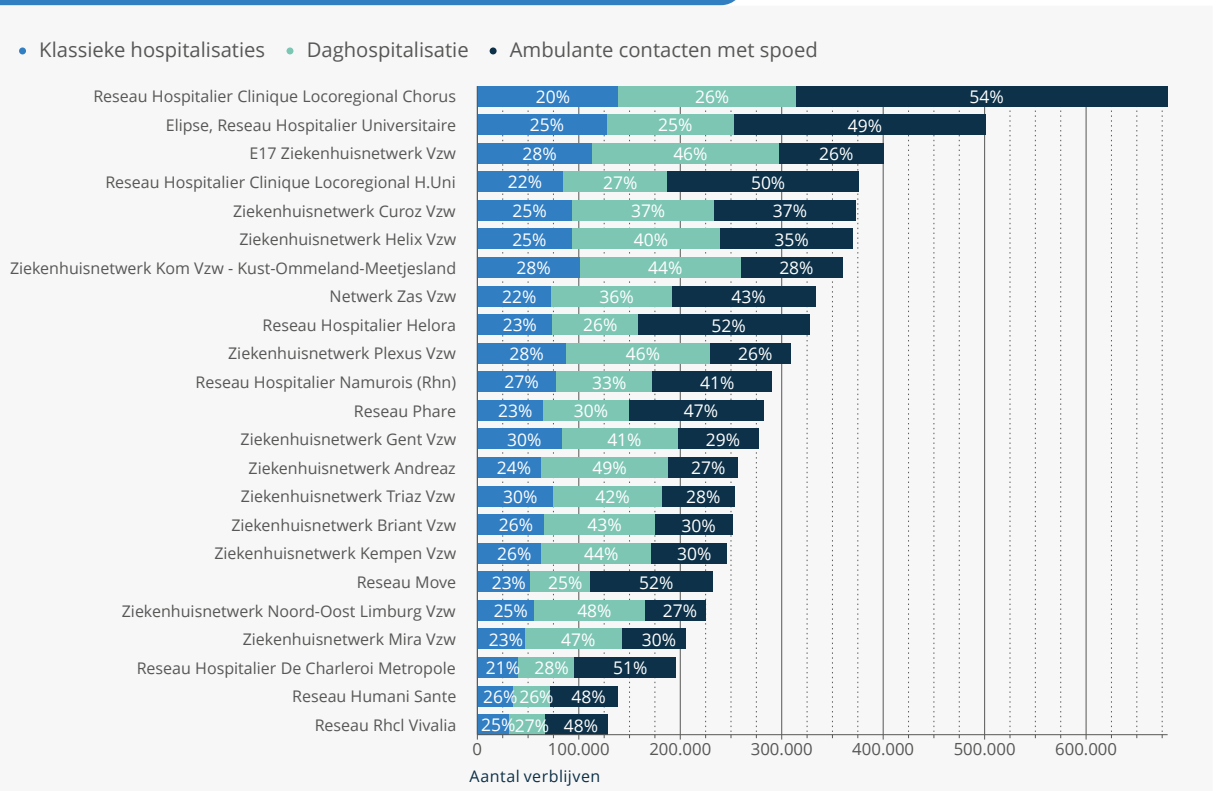
De activiteit in de ziekenhuisnetwerken **Chorus en Elipse** is het hoogst.

Ongeveer de helft van de ziekenhuis-activiteit van deze twee netwerken bestaat uit ambulante contacten met de spoedgevallendienst.

ACTIVITEIT

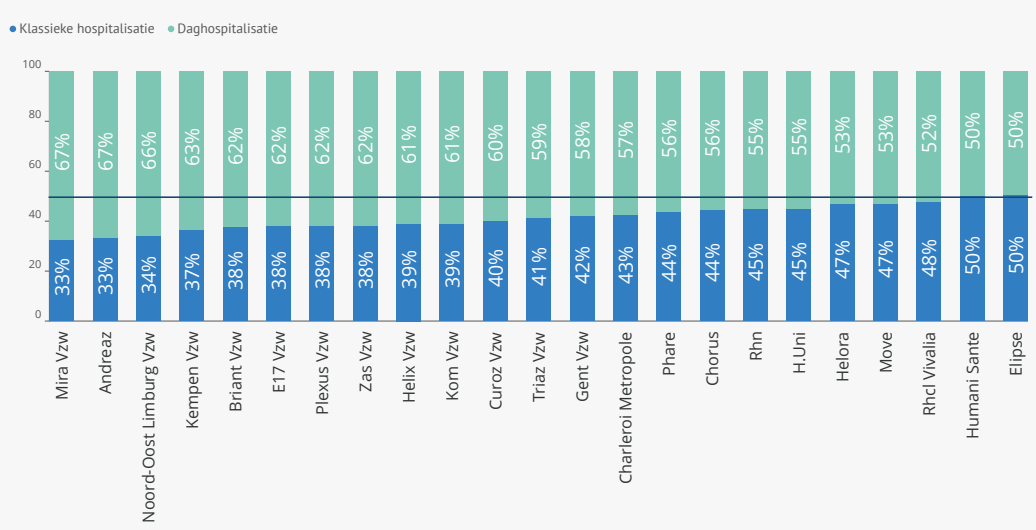
In 2023 werden er in totaal 7.018.715 contacten met het ziekenhuis geregistreerd. Hierbij onderscheiden we 1.749.272 klassieke hospitalisaties, 2.509.933 daghospitalisaties en 2.759.510 ambulante contacten met de spoedgevallendienst.[7] De netwerken Chorus en Elipse noteren het hoogste aantal contacten. Dit zijn de ziekenhuisnetwerken met het hoogst aantal erkende bedden. Ongeveer de helft van de ziekenhuisactiviteit van deze twee netwerken bestaat uit ambulante contacten met de spoedgevallendienst.

Aantal verblijven per type hospitalisatie per ziekenhuisnetwerk (2023)



Wanneer we het aandeel klassieke en daghospitalisaties met elkaar vergelijken, stellen we vast dat de ziekenhuisnetwerken in 2023 een aandeel daghospitalisatie tussen 50% en 67% registreerden.

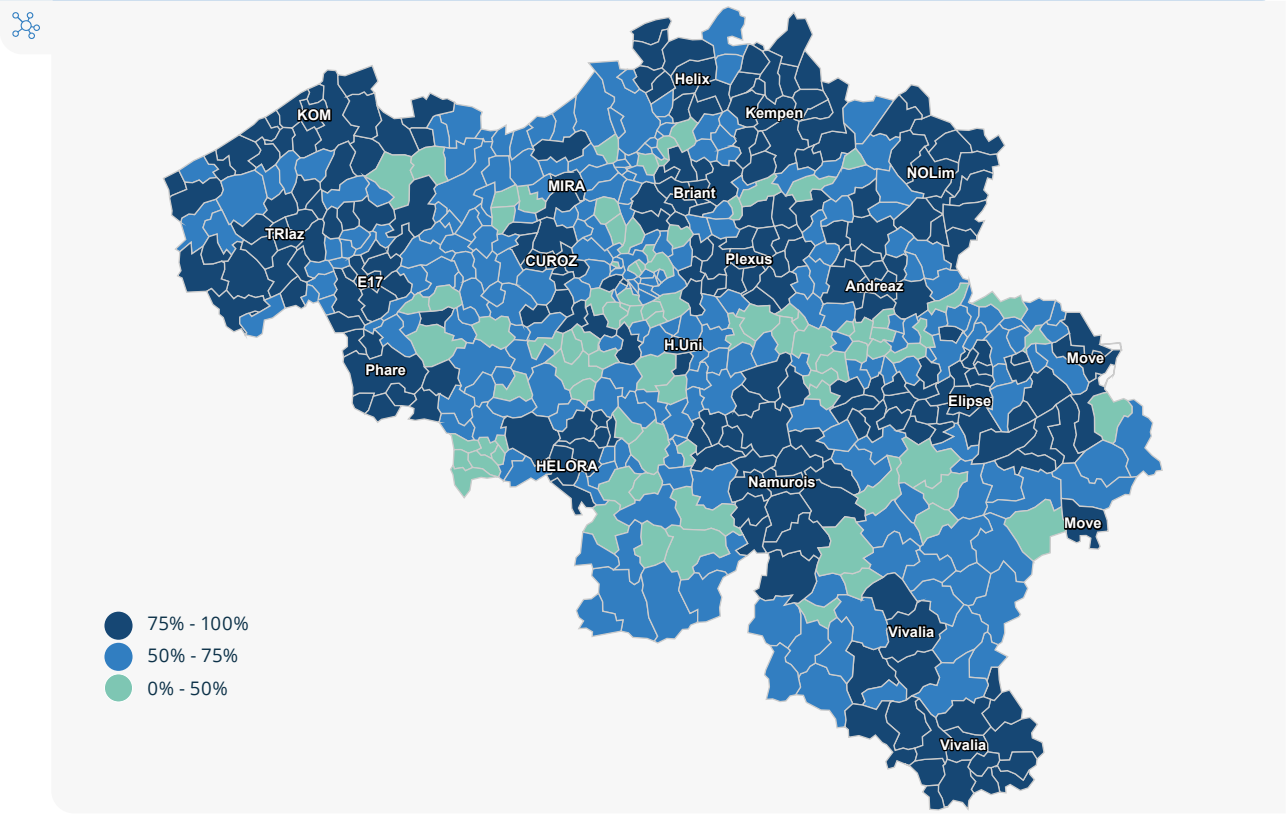
Aandeel klassieke hospitalisatie t.o.v. daghospitalisatie per ziekenhuisnetwerk



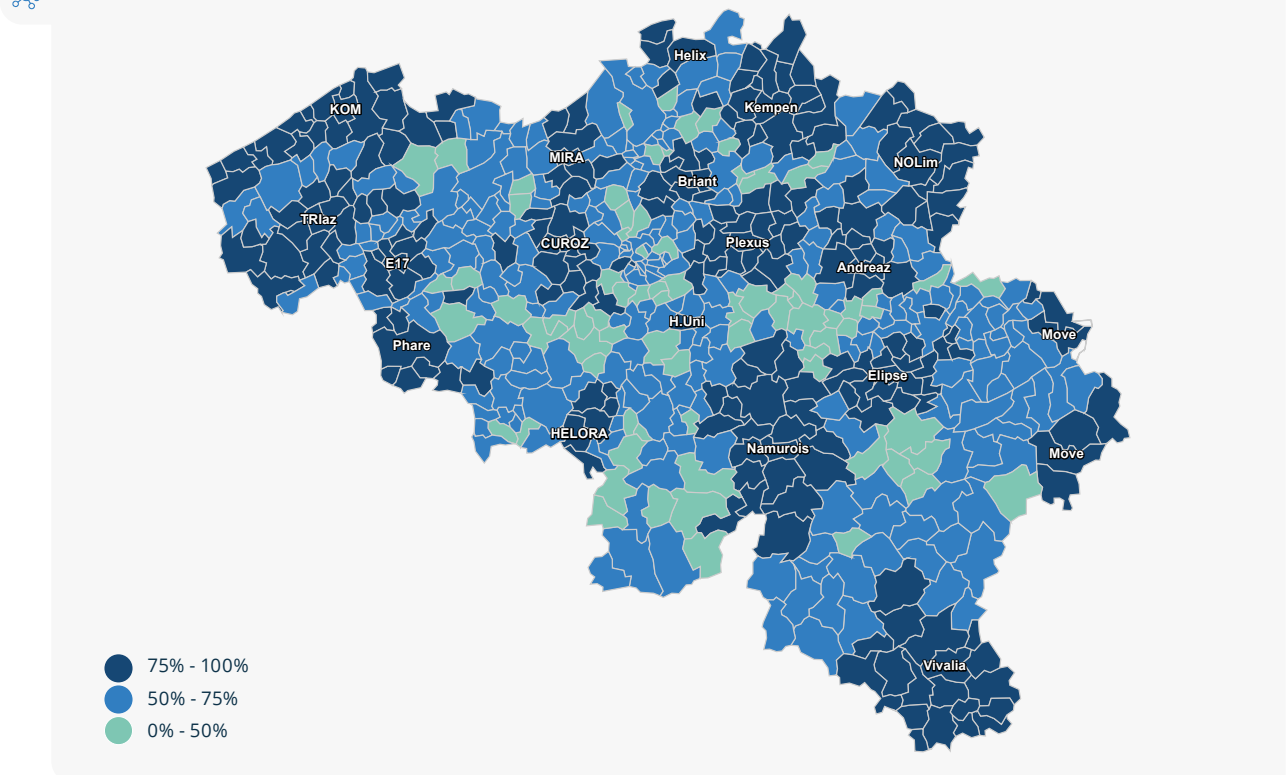
7 Bron : FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Minimale ziekenhuisgegevens (MZG).* [Dataset]. De volgende types van verblijven werden niet weerhouden: niet-beëindigde verblijven (behalve de eerste periode van een langdurig verblijf), volledig psychiatrische verblijven, verblijven van pasgeborenen waarvan het verblijf niet gefactureerd werd, verblijven waarbij het geslacht van de patiënt niet te achterhalen is, verblijven in daghospitalisatie waarbij een mini-forfait of geen forfait werd aangerekend. Daarnaast werden ambulante contacten met het ziekenhuis buiten de spoedgevallendienst niet opgenomen in de cijfers.

Men kan vaststellen dat in bepaalde regio's het merendeel van de patiënten hetzelfde locoregionale ziekenhuisnetwerk consulteert. Inwoners van de donkerblauwe zones in onderstaande kaart gaan voor 75 tot 100% naar hetzelfde ziekenhuisnetwerk. In de lichtblauwe en groene zones is de keuze van het netwerk meer divers. Dit is mogelijk het gevolg van het feit dat er in eenzelfde regio, ziekenhuizen van verschillende netwerken gelokaliseerd zijn.

Percentage patiënten die binnen 1 gemeente naar hetzelfde ziekenhuisnetwerk gaan voor klassieke hospitalisatie

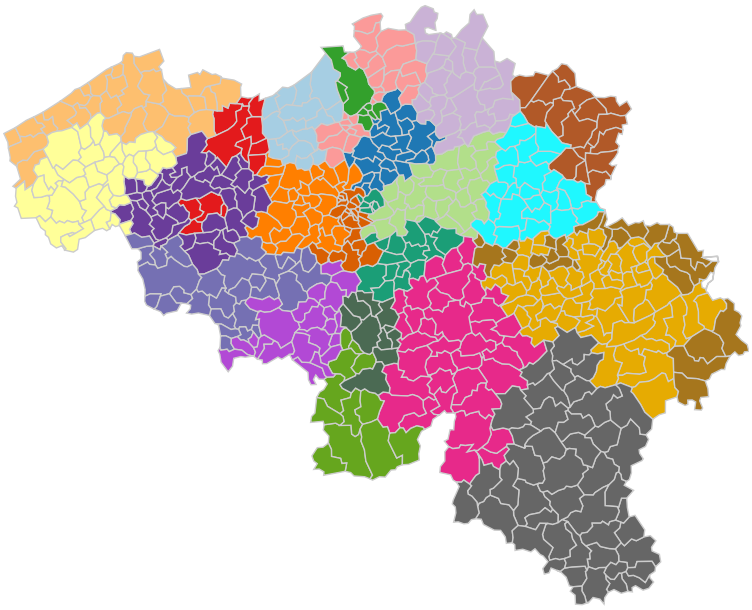


Percentage patiënten die binnen 1 gemeente naar hetzelfde ziekenhuisnetwerk gaan voor daghospitalisatie



In onderstaande kaarten kan men per gemeente bekijken naar welk ziekenhuisnetwerk de meeste patiënten zich wenden.

Geografische weergave van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk met het grootste marktaandeel voor klassieke hospitalisatie



- Ziekenhuisnetwerk Mira Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Briant Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Plexus Vzw
- Netwerk Zas Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Helix Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Gent Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kom Vzw - Kust-Ommeland-Meetjesland
- Ziekenhuisnetwerk Curoz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kempen Vzw
- E17 Ziekenhuisnetwerk Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Triaz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Andreaz
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional H.Uni
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional Chorus
- Reseau Phare
- Reseau Hospitalier Namurois (Rhn)
- Reseau Humani Sante
- Elipse, Reseau Hospitalier Universitaire
- Reseau Move
- Reseau Rhcl Vivalia
- Reseau Hospitalier De Charleroi Metropole
- Reseau Hospitalier Helora

Geografische weergave van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk met het grootste marktaandeel voor daghospitalisatie



- Ziekenhuisnetwerk Mira Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Briant Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Plexus Vzw
- Netwerk Zas Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Helix Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Gent Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kom Vzw - Kust-Ommeland-Meetjesland
- Ziekenhuisnetwerk Curoz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kempen Vzw
- E17 Ziekenhuisnetwerk Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Triaz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Andreaz
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional H.Uni
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional Chorus
- Reseau Phare
- Reseau Hospitalier Namurois (Rhn)
- Reseau Humani Sante
- Elipse, Reseau Hospitalier Universitaire
- Reseau Move
- Reseau Rhcl Vivalia
- Reseau Hospitalier De Charleroi Metropole
- Reseau Hospitalier Helora

Meer weten?
https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit

3 FINANCIERING



25 miljard euro

De omzet binnen de algemene ziekenhuizen bedroeg in 2023 **25 miljard euro.**

Het Budget Financiële Middelen (BFM) en de honoraria van de artsen betreffen in 2023 elk meer dan **één derde** van de totale omzet.

Het BFM bestaat uit drie hoofdonderdelen: een budget voor de kosten voor infrastructuur en materiaal (deel A), **een budget voor werkingskosten** (deel B) en **een budget voor de regularisatie** van de financiering achteraf voor de verschillende delen van het BFM (deel C).

9,62 miljard

In januari 2025 werd een BMF voorzien van 9,62 miljard euro voor de algemene ziekenhuizen.



FINANCIERING

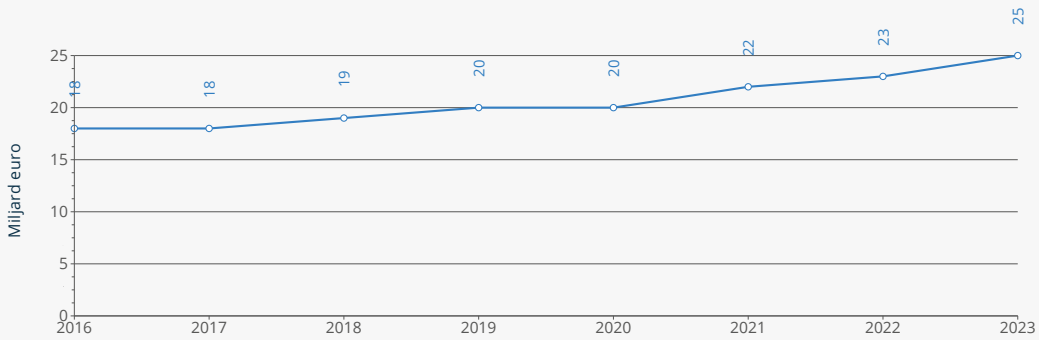
3.1 Financieringsbronnen

De sector van de algemene ziekenhuizen had in 2023 een totale omzet van 25 miljard euro[8]. Dit betreft een stijging van 23,5% sinds 2016.

"De sector van de algemene ziekenhuizen had in 2023 een totale omzet van 25 miljard euro."

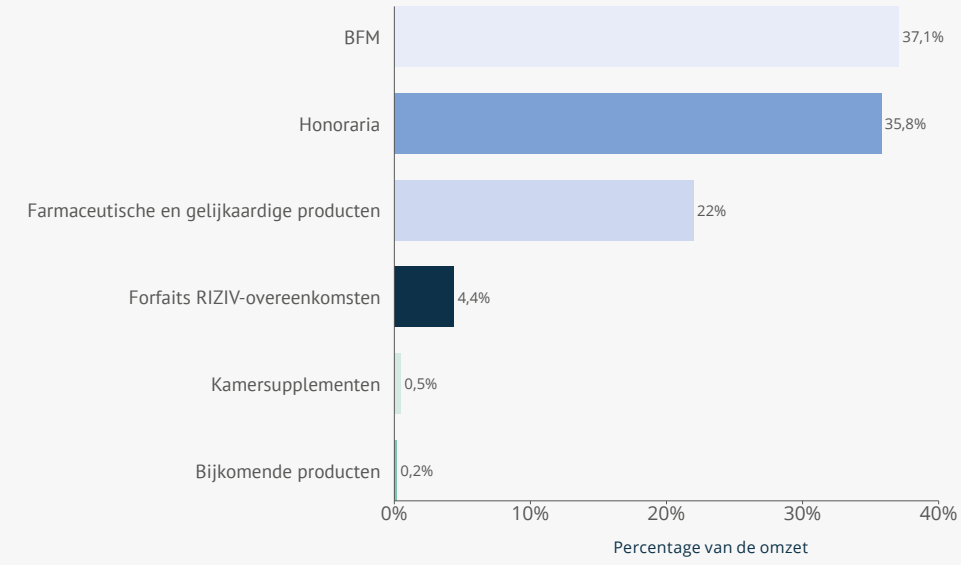


Evolutie omzet algemene ziekenhuizen



De belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen zijn het Budget Financiële Middelen (BFM) (37,1%), de afdrachten van de honoraria van artsen, tandartsen en bepaalde categorieën van verzorgend en paramedisch personeel (35,8%), de forfaits van het RIZIV (4,4%), farmaceutische en soortgelijke producten (22%), kamersupplementen (0,5%) en bijkomende producten (0,2%).

Omzetverdeling (2023)



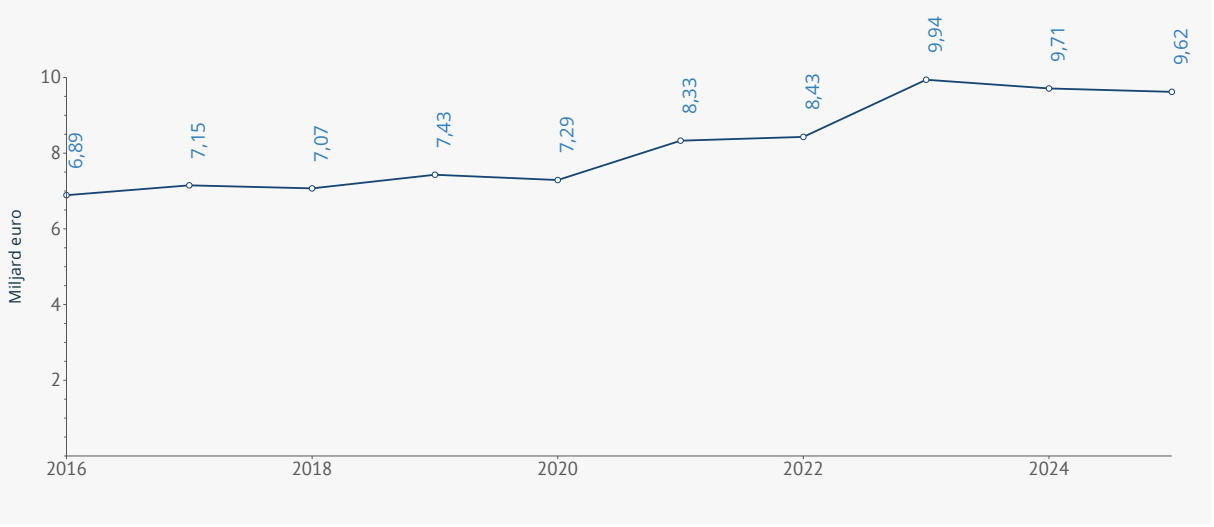
8 Bron: FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Finhosta.* [Dataset]

3.2 Het Budget Financiële Middelen

9,62 miljard

De financiering van een ziekenhuis via het Budget Financiële Middelen is het resultaat van de individuele verdeling van het totale ziekenhuisbudget over alle ziekenhuizen. In januari 2025 werd dit totale budget vastgesteld op een maximumbedrag van 9,62 miljard euro voor de algemene ziekenhuizen[9]. Het BFM is de afgelopen 10 jaar met 40% gestegen van 6,89 miljard in 2016 naar 9,62 miljard in 2025.

Evolutie BFM algemene ziekenhuizen op 1 januari





9 De verdeling gebeurt volgens de voorwaarden bepaald in het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het BFM bestaat uit drie hoofdonderdelen: een budget voor infrastructuur en materiaal (deel A)[10] , een budget voor werkingskosten (deel B) en een budget voor de regularisatie van de financiering achteraf voor de verschillende delen van het BFM (deel C). De financiering van ziekenhuizen gebeurt voornamelijk via forfaitaire bedragen, reële kosten of verstrekkingen per handeling.

De onderdelen van het Budget Financiële Middelen			% (januari 2025)
A: Kosten voor infrastructuur en materiaal	A1	Financiële lasten met betrekking tot investeringen en pre-exploitatiekosten	4,60%
	A2	Korte termijn kredietlasten	0,56%
	A3	Financiële lasten met betrekking tot investeringen in medisch-technische diensten	0,05%
B: Werkingskosten	B1	Kosten voor gemeenschappelijke diensten	19,66%
	B2	Kosten voor klinische diensten	37,34%
	B3	Werkingskosten van medisch-technische diensten NMR - Radiotherapie - PET	1,21%
	B4	Recyclage en forfaits	16,16%
	B5	Werkingskosten van de ziekenhuisapotheek	1,63%
	B6	Kosten sociaal akkoord personeel buiten BFM	1,20%
	B7	Kosten m.b.t. universitaire functies	2%
	B8	Kosten gelinkt aan het sociale karakter van de patiëntenpopulatie	0,31%
	B9	Kosten sociaal akkoord	17,89%
C: Correcties	C2	Inhaalbedragen	-2,48%
	C3	Gedeeltelijke recuperatie van kamersupplementen	-0,13%

10 We merken op dat de bevoegdheid met betrekking tot de financiering van de infrastructuur (onderdeel A1 en A3) in het kader van de zesde staatshervorming werd overgedragen aan de gemeenschappen en gewesten. Deze budgetten worden uitgekeerd via het BFM maar zijn ten laste van de gefedereerde entiteiten.

Er wordt in het BFM momenteel geen specifieke financiering voorzien op het niveau van de locoregionale netwerken. Via een advies van de Federale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, heeft de sector immers aangegeven dat alvorens een structurele financiering op netwerkniveau te overwegen het nodig is om de volgende zaken te realiseren:

- Verduidelijking van de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten
- Stabiliseren van het bestuur binnen de huidige netwerken
- Integratie van elementen die verband houden met de huidige hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Daarentegen verkrijgen diverse projecten reeds een financiering via het BFM. Deze projecten fungeren op netwerkniveau of stimuleren overleg en coördinatie tussen de verschillende ziekenhuizen. Hieronder een greep uit deze projecten:

HOST

17,1 miljoen euro

De Hospital Outbreak Support Teams werden opgericht om de teams voor infectiebestrijding en antimicrobial stewardship te versterken. Ze hebben als doelstelling de samenwerking tussen ziekenhuizen binnen het locoregionaal netwerk te versterken én de kennisoverdracht tussen alle betrokken partners te bevorderen

Data capabilities

20 miljoen euro

Dit project wil ziekenhuizen stimuleren om processen op te zetten die het samenwerken binnen netwerken bevorderen. Het is bedoeld om de ziekenhuizen te ondersteunen in hun gezamenlijke digitale transformatie. De projecten dienen gericht te zijn op het omzetten van ruwe data naar waardevolle informatie die een toegevoegde waarde creëert voor de patiënten en de volksgezondheid.

Opleiding inzake borstvoeding

401.000 euro

Sinds 2023 wordt aan alle locoregionale netwerken financiering aangeboden ter ondersteuning van de training van kraamverzorgenden op het gebied van borstvoeding en ontwikkelingsgerichte zorg. Het doel is om de uitwisseling van ervaring en expertise op dit gebied tussen ziekenhuizen te stimuleren en het mogelijk te maken dat bepaalde kosten in verband met deze training worden gedeeld.

4 SAMENWERKING: EEN KANS VOOR KWALITEIT & INNOVATIE



Zorg voor prematuren

Een nauwe samenwerking tussen locoregionale en supraregionale centra zorgt ervoor dat een premature pasgeboren baby de meest adequate zorg verkrijgt.

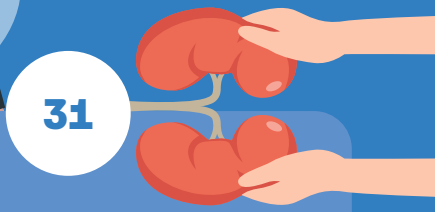
Beroertezorg

De oprichting van gespecialiseerde zorgprogramma's voor beroertezorg zal de kwaliteit van de behandeling van de betrokken patiënten verhogen.





94 Belgische teams zijn **lid van de Europese Referentie Netwerken** (ERN) voor zeldzame ziekten.



Met 31 personen die minimum 1 orgaan doneerden per miljoen inwoners beschikt België over het hoogste aantal donoren van alle 8 landen die lid zijn van het Eurotransplantnetwerk.

SAMENWERKING: EEN KANS VOOR KWALITEIT EN INNOVATIE

In dit hoofdstuk richten we ons op enkele specifieke aandoeningen waarvoor er zowel in België als op internationaal vlak omkadering wordt geboden om transmurale samenwerking tussen de verschillende zorgactoren te stroomlijnen. Door de snel evoluerende gezondheidszorg, de vergrijzing van de bevolking en de technologische vooruitgang van de gezondheidszorg, vergt het gezondheidssysteem immers steeds meer coördinatie, integratie en continuïteit. Deze transmurale samenwerkingen werden in het leven geroepen om zorg meer kwalitatief te maken voor specifieke groepen patiënten. Ze zijn gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen en input van experts. Door middel van omkadering wordt de zorg gestandaardiseerd en wordt de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgactoren op elkaar afgestemd. Ten slotte bespreken we het nationaal actieplan 'Operation Zero' waarbij de overheden op federaal, gemeenschappelijk en gewestelijk niveau samenwerken om de koolstofuitstoot in de Belgische gezondheidssector te laten dalen.

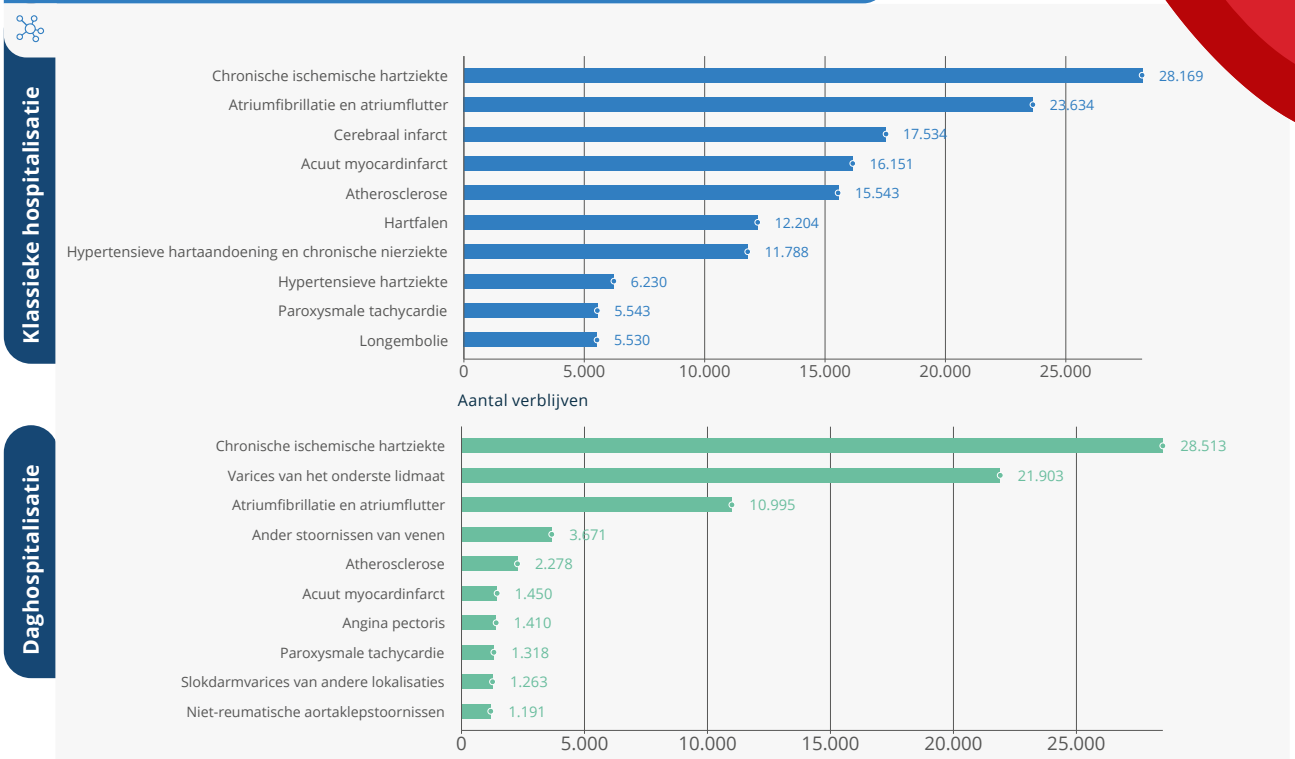


4.1 Hart- en vaataandoeningen

Algemene informatie omtrent hart- en vaataandoeningen

In 2023 waren er bijna 300.000 ziekenhuisverblijven betreffende hart- en vaatziekten. Wanneer we kijken naar de top 10 van cardiovasculaire aandoeningen die leidden tot een klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie in 2023, zien we chronische ischemische hartziekten bovenaan de ranglijst staan. Een chronische ischemische ziekte is een ziekte van het hart als gevolg van slagaderverkalking of afwijkingen in de kransslagaders. Een andere veel voorkomende reden van opname bij een cardiale pathologie zijn hartritmestoornissen zoals atriumfibrillatie en atriumflutter.

Aantal verblijven met een hoofddiagnose van een hart- en vaatziekte in 2023



Meer weten?
https://www.health.belgium.be/nl/mzg-publicaties-Prevalentie-van-ziektebeelden-in-een-ziekenhuis

Zorgprogramma's cardiale pathologie

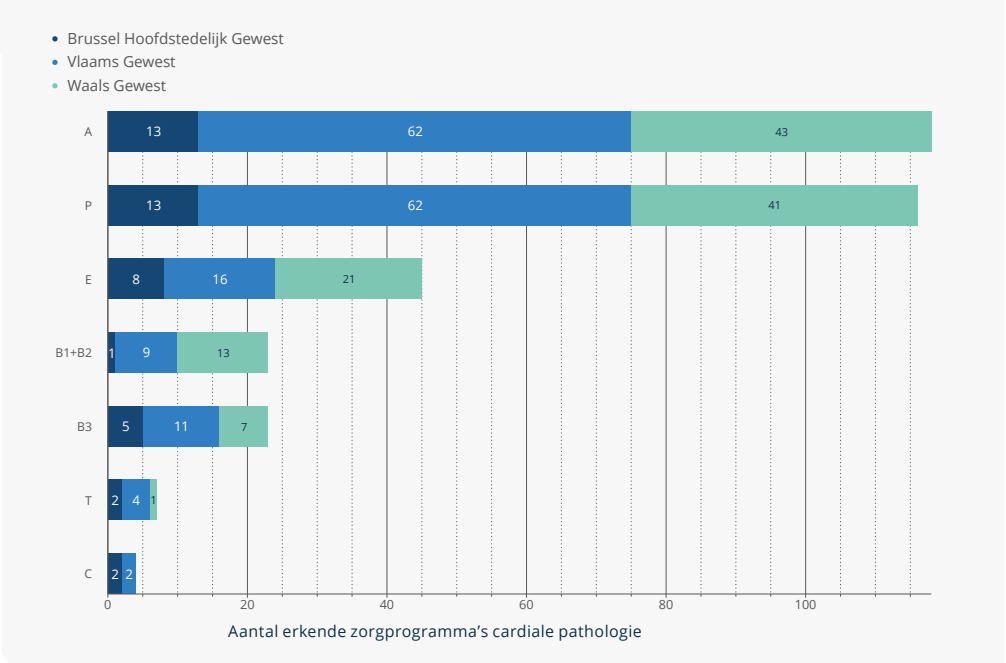
Binnen het zorgprogramma cardiale pathologie kan men verschillende deelzorgprogramma's onderscheiden. Elk zorgprogramma kenmerkt zich door de doelgroep, het aanbod van zorg en ingrepen, de vereiste infrastructuur, de kwaliteitsnormen en vereiste expertise en personeel. Elk zorgprogramma dient aan de wettelijk vastgelegde normen te voldoen om een erkenning te verkrijgen.

A	Niet-invasieve diagnose en nazorg en revalidatie bij hartproblemen.	
B	Cardiale invasieve zorg aanvullend op activiteiten van zorgprogramma A	B1 Invasieve diagnostische cardiologie B2 Interventionele, niet-chirurgische cardiologie B3 Cardiochirurgie
P	Pacemakertherapie	
E	Uitgebreid elektrofysiologisch onderzoek	
T	Selectie, voorbereiding en opvolging van patiënten met terminaal hartfalen voor een hart(long)transplantatie.	
C	Aangeboren hartafwijkingen bij kinderen	

Meer weten?
Koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden.

Het hoogste aantal erkende zorgprogramma's betreft de zorgprogramma's A voor cardiale basiszorg en P betreffende de zorg voor patiënten met een (nood aan een) hartstimulator. We stellen vast dat in het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest meer zorgprogramma's erkend zijn voor invasieve cardiochirurgie (B3) dan voor invasieve diagnostiek gecombineerd met interventionele, niet-chirurgische therapie. In het Waalse Gewest is dit omgekeerd. Daarnaast observeren we dat er enkel erkende zorgprogramma's zijn betreffende congenitale hartafwijkingen bij kinderen in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en in het Vlaamse Gewest.

Aantal erkende zorgprogramma's cardiale pathologie per type en gewest



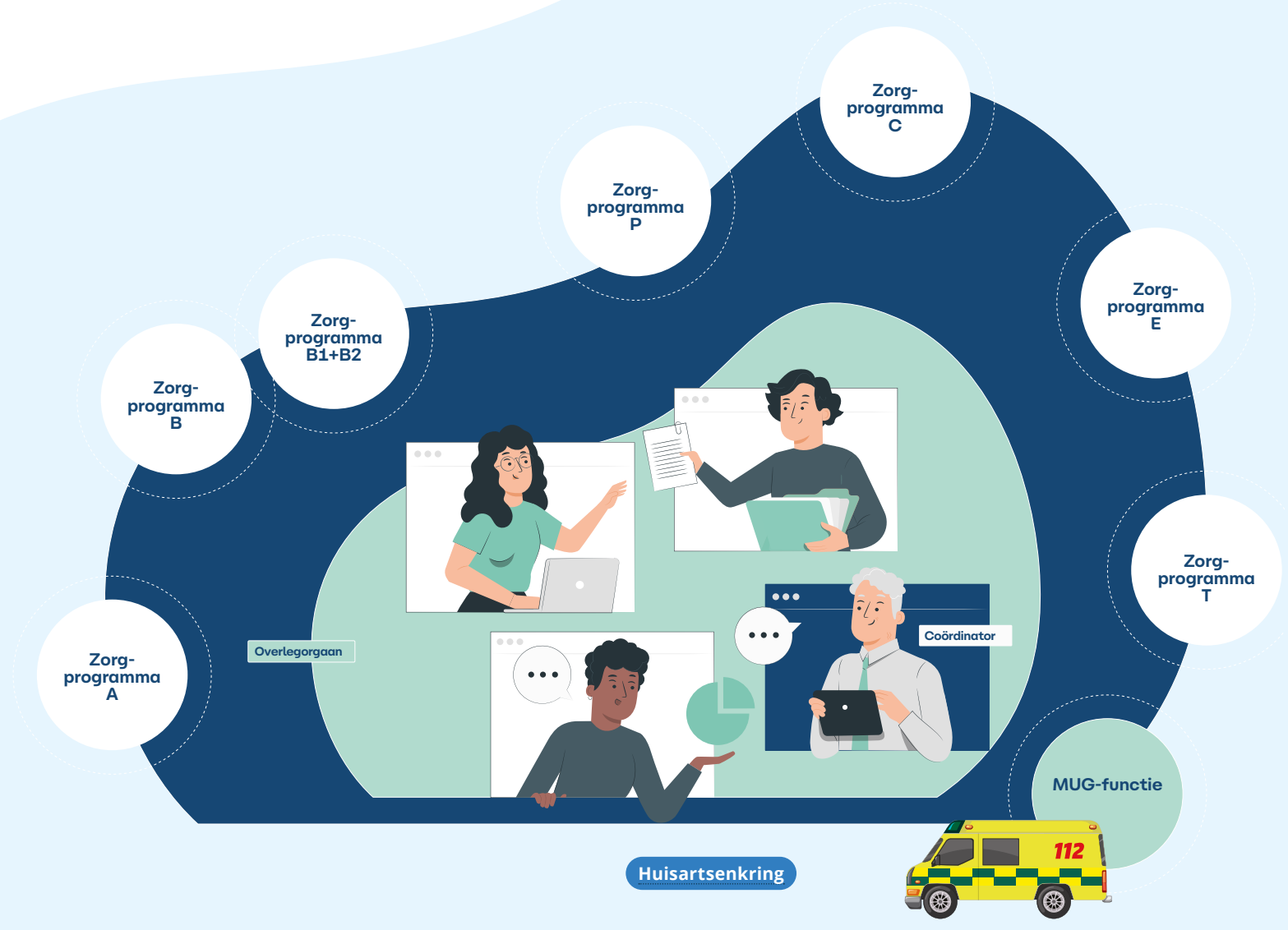
Netwerk cardiale pathologie

Een netwerk 'cardiale pathologie' maakt het mogelijk om zorgcircuits voor patiënten met een cardiale pathologie aan te bieden binnen een specifiek geografisch gebied. Het zorgcircuit is een geheel van zorgactiviteiten dat is afgestemd op de specifieke doelgroep van patiënten.

Een netwerk 'cardiale pathologie' bestaat minimum uit:

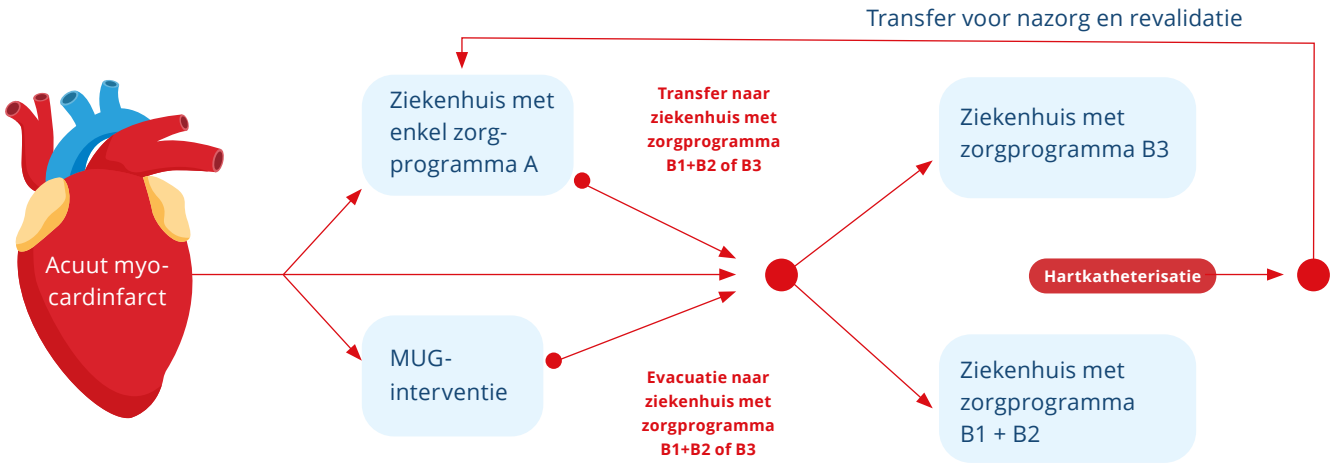
- Een ziekenhuis met uitsluitend een zorgprogramma 'cardiale pathologie' A;
- Een ziekenhuis met een zorgprogramma 'cardiale pathologie' B of met een erkenning voor de deelprogramma's B1 en B2 zonder B3;
- Een ziekenhuis met een zorgprogramma 'cardiale pathologie' P;
- Een ziekenhuis met een zorgprogramma 'cardiale pathologie' E;
- Een ziekenhuis met een zorgprogramma 'cardiale pathologie' T;
- Een ziekenhuis met een zorgprogramma 'cardiale pathologie' C;
- Een ziekenhuis met een functie 'mobiele urgentiegroep' (MUG);
- Een huisartsenkring
- Een coördinator
- Een overlegorgaan

Een ziekenhuis of zorgaanbieder kan deel uitmaken van meerdere netwerken cardiale pathologie. Het samenbrengen van de verschillende zorgaanbieders dient te leiden tot de harmonisering van de zorg voor de patiënt en een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.



Zorgcircuit acuut myocardinfarct met ST-segmentelevatie

Elk cardiaal pathologienetwerk moet minstens een zorgcircuit[11] aanbieden voor patiënten met een acuut myocardinfarct met ST-segmentelevatie (STEMI). In 2022 waren er 54.048 verblijven met deze diagnose.[12]



Hyperacuut

Bij het vermoeden van een acuut myocardinfarct dient men zo snel mogelijk de hulpdiensten te alarmeren. Een snelle opname in het ziekenhuis is immers belangrijk omdat een tijdige behandeling de kans op herstel vergroot. Patiënten worden na een contact met de MUG-functie naar een ziekenhuis gebracht met een erkenning voor de cardiale pathologiezorgprogramma's B1+B2 of B3. In 2022 werden 1.456 patiënten na een contact met de dringende hulpverlening en een MUG-functie naar een ziekenhuis vervoerd met een erkenning voor een zorgprogramma B3 en 743 werden vervoerd naar een ziekenhuis met een erkenning voor een zorgprogramma B1-B2.

Op de spoedgevallendienst kan de diagnose gesteld worden aan de hand van een elektrocardiogram (ECG). Daarnaast zal een bloedafname bepalend zijn om de ernst van het hartinfarct te kunnen inschatten.

Indien de diagnose van de patiënt gesteld werd in een ziekenhuis met enkel een erkenning voor zorgprogramma cardiale pathologie A, dient de patiënt overgebracht te worden naar een ziekenhuis binnen het netwerk met een erkenning voor het zorgprogramma B1+B2 of B3. In 2022 werden 470 patiënten overgebracht naar een ziekenhuis met een B3-erkenning en 156 naar een ziekenhuis met een erkenning voor B1 en B2.



Acuut

Het hartkatheterisatielaboratorium wordt op de hoogte gebracht van de aankomst van de patiënt in het ziekenhuis. In 2022 werden 27.957 verblijven geregistreerd in het kader van hartkatheterisatie voor coronaire aandoeningen. Verder waren er 10.040 verblijven voor percutane coronaire procedures met acuut myocardinfarct.

11 In de afbeelding worden de modaliteiten van het K.B. van 12 juni 2012 weergegeven omtrent het zorgtraject dat voorzien moet worden bij een acuut myocardinfarct. Daarnaast is het echter mogelijk dat de patiënt binnen de eerstelijnszorg de diagnose verkrijgt. De transfer voor revalidatie en nazorg kan ook gaan naar een ziekenhuis met een erkenning voor S1.

12 Bron: FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Technische cel.* [Dataset]. Dit betreft gekoppelde cijfers van MZG en RIZIV. Hierbij werden alle verblijven geselecteerd die werden geclassificeerd in de volgende APR-DRG's : DRG 190 (Acuut myocardinfarct), 191 (Hartkatheterisatie voor coronaire ziekten) en 192 (Hartkatheterisatie voor andere niet-coronaire aandoeningen).

Herstel en revalidatie

Na de behandeling wordt de patiënt idealiter opnieuw overgebracht naar een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor cardiale pathologie A of naar één van de 20 erkende gespecialiseerde diensten voor de behandeling van cardio-pulmonaire aandoeningen (S1). Dit met oog op de nabijheid van de thuisomgeving van de patiënt. 1.087 patiënten werden na een verblijf in een dienst met een zorgprogramma B (voor cardiale pathologie) overgebracht naar een dienst met zorgprogramma voor cardiale pathologie A of een S1-dienst.

4.2 Beroertezorg

Algemene informatie rond beroerte

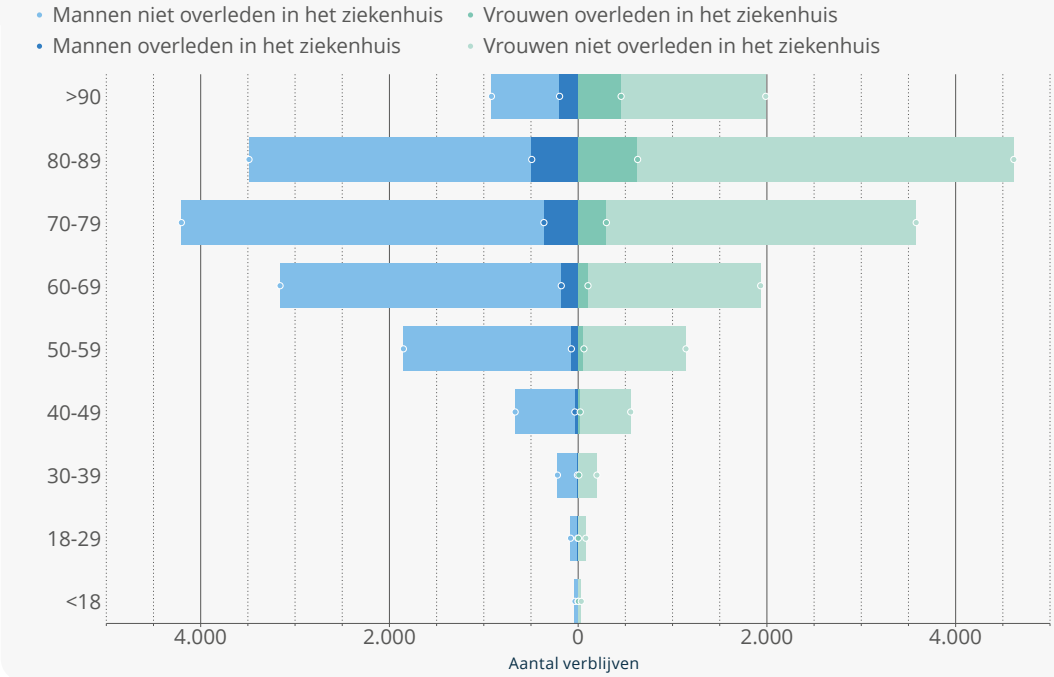
"In België worden jaarlijks gemiddeld ongeveer 29.000 patiënten opgenomen in het ziekenhuis"

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op beroerte, een specifieke aandoening binnen de bredere groep van cerebrovasculaire aandoeningen, die op hun beurt deel uitmaken van de groep van hart- en vaataandoeningen.

In België worden jaarlijks gemiddeld ongeveer 29.000 patiënten opgenomen in het ziekenhuis met een hoofddiagnose van een cerebrovasculaire aandoening. Deze cijfers omvatten patiënten met een ischemische of hemorragische beroerte, evenals patiënten met een kleine, tijdelijke beroerte (TIA) of andere aandoeningen zoals vernauwingen van de hersenbloedvaten zonder infarct.

Vanaf de leeftijd van 40 jaar is een duidelijke stijging zichtbaar in het aantal patiënten met dit type aandoeningen. Het verschil tussen mannen en vrouwen is beperkt (51% mannen tegenover 49% vrouwen), al worden in de leeftijdsgroepen van 40 tot 79 jaar meer mannen dan vrouwen gehospitaliseerd met een cerebrovasculaire aandoening.

Aantal patiënten met een hoofddiagnose van een cerebrovasculaire aandoening per geslacht en leeftijdsgroep



In 2022 overleden 2.934 patiënten met een hoofddiagnose van een cerebrovasculaire aandoening (10,2%) in Belgische ziekenhuizen.

Een beroerte, ook wel stroke of cerebrovasculair accident (CVA) genoemd, is een acute vorm van een cerebrovasculaire aandoening waarbij delen van de hersenen beschadigd raken ten gevolge van een tekort aan zuurstof.

13 Bron: FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Technische cel.* [Dataset]. De volgende patiënten werden geïncludeerd: patiënten met een hoofddiagnose (ICD-10-BE) van subarachnoïdale bloeding (I60); intracerebrale bloeding (I61); andere niet-traumatische intracraniële bloeding (I62); herseninfarct / ischemische beroerte (I63); beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct (I64); occlusie en stenose van cerebrale arteriën zonder herseninfarct (I66); transiënte ischemische aanval en verwante syndromen (G45) of met één van de volgende APR-DRG-codes: cerebrovasculair accident en precerebrale arteriële occlusie met cerebraal infarct (DRG 045); cerebrovasculair accident en precerebrale arteriële occlusie zonder cerebraal infarct (DRG 046); transiënte ischemische aanval en precerebrale arteriële occlusie zonder infarct (DRG 047).

Een cerebrovasculair accident kan ontstaan via twee verschillende mechanismen:

- Ischemische beroerte

Hierbij wordt het zuurstoftekort veroorzaakt door een vernauwing of verstopping van een bloedvat in de hersenen. Dit wordt ook een herseninfarct of trombose genoemd. Deze vorm is met ongeveer 85% van de gevallen de meest voorkomende oorzaak van een beroerte.

- Hemorragische beroerte

Hierbij ontstaat het zuurstoftekort als gevolg van een spontane bloeding in de hersenen.

Meer weten?
https://www.belgianstrokecouncil.be/

De symptomen van een cerebrovasculair accident treden doorgaans plotseling op. Hun aard hangt nauw samen met het deel van de hersenen dat is aangetast, wat verklaart waarom ze gelijktijdig of afzonderlijk kunnen voorkomen. Tot de meest voorkomende verschijnselen behoren krachtverlie of verlamming aan één zijde van het lichaam, vaak ter hoogte van het gelaat, de arm en/of het been aan dezelfde kant. Deze eenzijdige aantasting uit zich in een krachtverlies, die kan evolueren tot een volledige verlamming. Ook taalstoornissen komen frequent voor. Zij kunnen zich uiten als moeilijkheden bij het begrijpen of produceren van taal, of als problemen met het correct articuleren van woorden. Daarnaast kunnen andere symptomen optreden, zoals zichtstoornissen, duizeligheid, evenwichtsverlies of ernstige hoofdpijn.

De ernst van een beroerte hangt af van de omvang van de hersenbeschadiging en van de tijdspanne tussen het ontstaan van het accident en de start van de behandeling. Dit principe wordt samengevat in de uitdrukking "*Time is brain*".

Bij een ischemische beroerte is het van essentieel belang om, indien mogelijk, snel te starten met een behandeling voor het oplossen of verwijderen van de bloedklonter, via trombolyse of trombectomie. Hoe sneller de behandeling wordt opgestart, hoe groter de kans op herstel. Een volledig herstel is echter niet gegarandeerd. Een aanzienlijk aantal patiënten houdt een blijvende lichamelijke of cognitieve beperking over of overlijdt.

Zorgprogramma's beroertezorg

Uit wetenschappelijk onderzoek[14] is gebleken dat de oprichting van gespecialiseerde eenheden voor de behandeling van beroerte – de zogenaamde stroke units - het herstel van de patiënt aanzienlijk verbetert. Zo is er een daling van het risico op overlijden, een daling in het risico op opname ter revalidatie in een zorginstelling en een daling van de verblijfsduur in het ziekenhuis.

Sinds 2014 bestaat er een juridisch kader inzake de oprichting van zorgprogramma's voor beroertezorg. Hierin beschrijft men een gelaagde organisatie van de zorg in functie van de complexiteit en de ernstgraad van de beroerte. Dit wordt gekoppeld aan een aantal kwaliteitskaders waaraan moet worden voldaan.

Binnen de module 'Acute opvang in het ziekenhuis' worden 3 types onderscheiden:

- S0 – Ziekenhuis zonder een erkenning voor CVA_ S1 of CVA_ S2, maar met beroertezorgprotocol;
- CVA_S1 – Basiszorgprogramma 'acute beroertezorg';
- CVA_S2 – Gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures'. Elke erkennende overheid mag niet meer dan 8 centra erkennen en er mogen maximum 15 CVA_S2-centra erkend worden in België.

Meer weten?
Koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden

Meer weten?
Koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures"

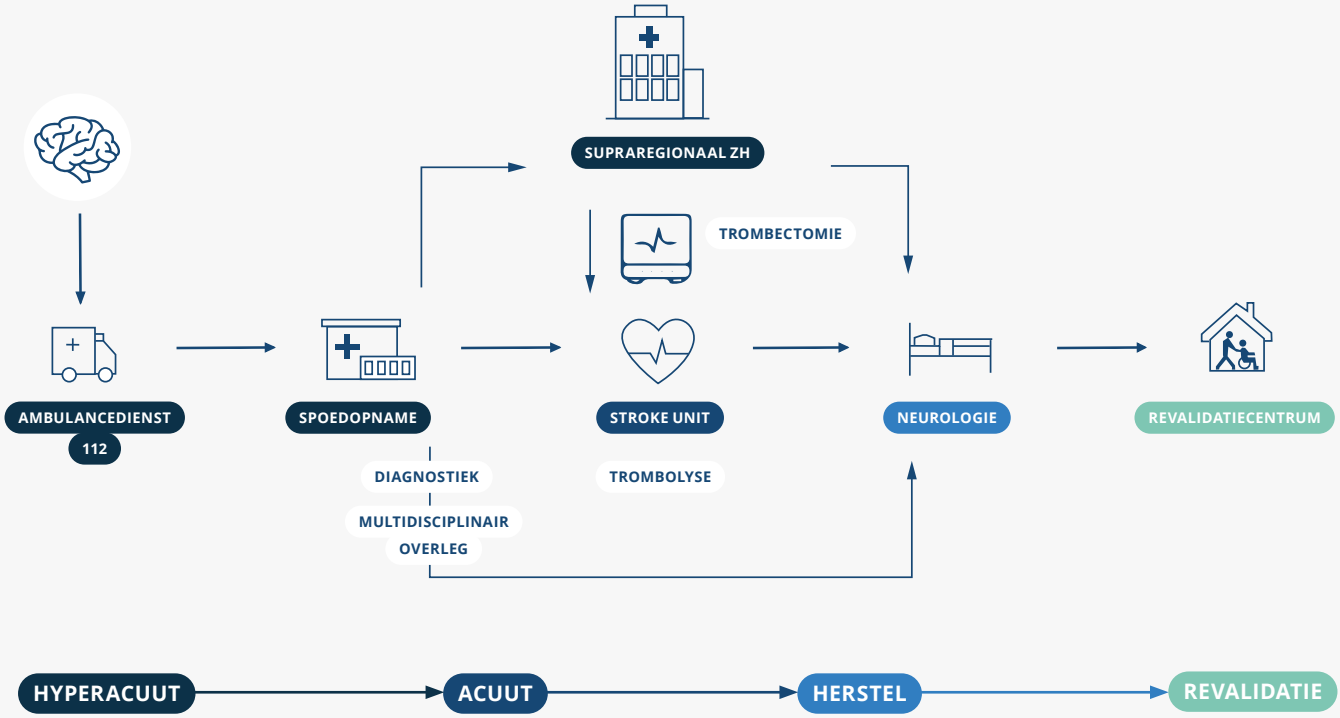
De concentratie van invasieve beroertezorg is een belangrijke doelstelling in het kader van de volksgezondheid om voldoende kwaliteit voor de patiënt te kunnen garanderen. Bij het koninklijk besluit van 20 september 2022 werden een aantal wijzigingen aangebracht aan deze regelgeving met het oog op het invoeren van volumenormen, een geografische spreiding en een verdeling van het maximumaantal centra voor invasieve beroertezorg over de verschillende erkennende overheden. Deze werden echter nietig verklaard na de aantekening van een beroep bij de Raad van State. [15]

14 Michiels Dominik, Sun Ying, Thys Vincent, Saka Rasit Omer, Hemelsoet Dimitri, Eyssen Marijke, Paulus Dominique. Stroke units: Doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 181A. DOI: 10.57598/R181A.

15 Cf. Berichten voorgeschreven bij artikel 3quater van het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 10 januari 2023; 14 februari 2023; en 12 april 2023. Deze zijn respectievelijk beschikbaar op volgende links: www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-01-10&lg_txt=N&numac_search=2022043265; www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-02-14&lg_txt=N&numac_search=2023040505; www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-04-12&lg_txt=N&numac_search=2023040509

Om een zorgprogramma CVA_S1 of CVA_S2 te mogen uitbaten dient een ziekenhuis een erkenning te ontvangen van de bevoegde overheid. In afwachting van de erkenningen hebben ziekenhuizen reeds een uitgebreide samenwerking binnen en buiten hun netwerk op poten gezet. Zowel een nauwe samenwerking met de dringende hulpverlening als met erkende revalidatiecentra is immers van groot belang.

Het verloop van het zorgtraject van de patiënt



HYPERACUUT

Wanneer er een vermoeden is van een beroerte is het van groot belang zo snel mogelijk de hulpdiensten te verwittigen. Deze brengen de patiënt zo snel mogelijk naar het ziekenhuis voor een adequate behandeling. Men zal steeds kiezen voor het meest adequate ziekenhuis rekening houdend met de aanrijtijd naar dat ziekenhuis.

Wanneer de patiënt aankomt op de spoedgevallendienst zal men steeds starten met een diagnostisch onderzoek en zal zo snel mogelijk de eerste medicamenteuze behandeling gestart worden.

ACUUT

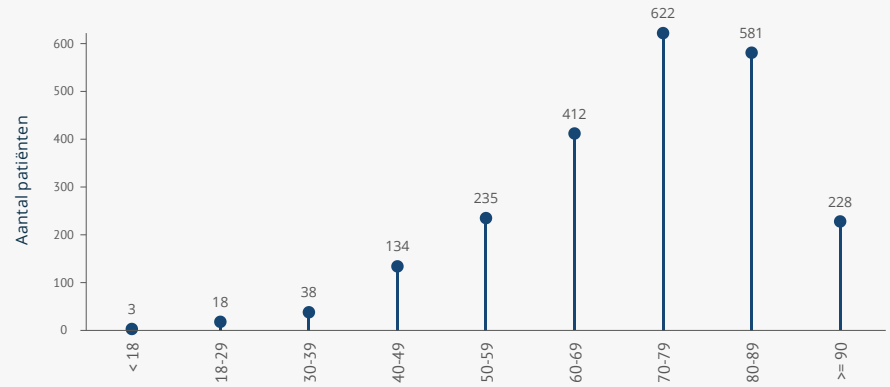
Afhankelijk van de ernst van de beroerte en de specialisatiegraad van het ziekenhuis, zal in een multidisciplinair overleg nagegaan worden of de patiënt enerzijds verder behandeld kan worden binnen het huidige ziekenhuis of anderzijds getransfereerd moet worden naar een meer gespecialiseerd centrum voor het uitvoeren van een trombolyse of trombectomie.

Naargelang de toestand van de patiënt, zal hij opgenomen worden op de gespecialiseerde eenheid voor de behandeling van beroerte - de stroke-unit - voor een meer intensieve opvolging en monitoring. Wanneer de toestand van de patiënt eerder geruststellend is, kan een directe opname op de dienst neurologie volgen voor een verder herstel.

Trombolyse

Om blijvende schade aan het hersenweefsel te voorkomen is het bij een groep van patiënten belangrijk om zo snel mogelijk en zeker binnen de 30 minuten na aankomst in het ziekenhuis[16] een behandeling met bloedverdunnende medicatie op te starten. Ongeveer 20% van de patiënten met een beroerte hebben nood aan deze behandeling[17]. Uit een studie van 2017 uitgevoerd in 44 Europese landen, blijkt dat slechts 7% van de patiënten met een beroerte een trombolyse kreeg. In 2022 kregen 2.271 patiënten met een ischemische beroerte een behandeling met bloedverdunnende medicatie (trombolyse). Dit vertegenwoordigt 14,4% van alle patiënten die dat jaar een ischemische beroerte hadden (15.808 patiënten) wat ruim onder de aanbevolen 20% ligt[18].

Aantal patiënten met een ischemische beroerte (I63) behandeld met trombolyse



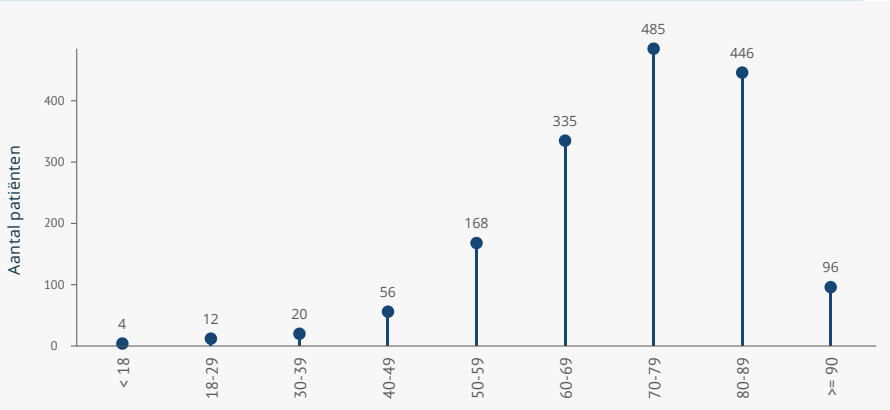
2.271 patiënten wat ruim onder de aanbevolen 20% ligt

Trombectomie

Wanneer, door de grootte van de verstopping, het behandelen door middel van trombolyse onvoldoende is, kan er besloten worden om de trombus te verwijderen door middel van een katheterisatie of een trombectomie. Zowat 5 à 10% van de patiënten met een herseninfarct komt hiervoor in aanmerking.

In 2022 werden in de Belgische ziekenhuizen 1.622 patiënten met een ischemische beroerte behandeld met trombectomie. Dit vertegenwoordigt 10,2% van alle patiënten die dat jaar een ischemische beroerte kregen (15.808 patiënten).

Aantal patiënten met een ischemische beroerte (I63) behandeld met trombectomie



16 Bron: Federatie Medisch Specialisten. (2019). *Herseninfarct en hersenbloeding*. Geraadpleegd van https://richtlijnendatabase.nl/

17 Bron: Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2024). *Thema: Beroertezorg*. Geraadpleegd van https://www.zorgkwaliteit.be/overzicht-themas/beroertezorg

18 Deze cijfers vormen mogelijk een onderschatting van de realiteit door een onderregistratie van de behandelingen.

HERSTEL EN REVALIDATIE

De aard en de intensiteit van de nazorg hangen af van de toestand van de patiënt. Zo kan na de behandeling in het ziekenhuis besloten worden de patiënt voor nazorg te verwijzen naar een revalidatiecentrum. Dit kan een centrum zijn dat verbonden is aan het ziekenhuis waar de patiënt verblijft, of een ander revalidatiecentrum dichter bij huis of een revalidatiecentrum gespecialiseerd in de specifieke noden van de patiënt.

4.3 Prematuur geboren baby's

Algemene informatie omtrent prematuriteit

In 2022 werden er in onze Belgische ziekenhuizen 119.235 baby's geboren. Van deze groep pasgeborenen, werden er 11.092 geboren bij een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken. Dit betreft 9,3% van alle pasgeborenen. Officieel spreken we dan van prematuriteit.[19]

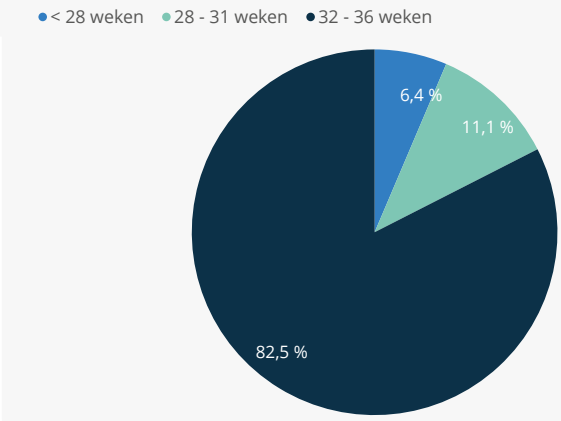
Bij deze groep van prematuur geboren baby's wordt 82,5% geboren bij een zwangerschapsduur van 32 tot 36 weken, 11,1% bij een zwangerschapsduur van 28-31 weken en 6,4% bij een zwangerschapsduur van minder dan 28 weken.

De meeste vroeggeboorten gebeuren spontaan. Soms ligt een medische reden aan de basis zoals een infectie. Daarnaast is in sommige gevallen een vroegtijdige inductie van de bevalling of een keizersnede vereist omwille van andere zwangerschapscomplicaties. Er worden bijvoorbeeld meer vroeggeboorten vastgesteld bij meerlingzwangerschappen of bij chronische aandoeningen van de moeder zoals hart-, long- en nierziekten. Ook bij zwangerschapsdiabetes en hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap is het risico op vroeggeboorte hoger.[20,21,22]

"In 2022 werden 9,3% van alle baby's geboren bij een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken."



Percentage prematuur geboren per categorie van zwangerschapsduur (2022)



19 Bron : FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Technische cel*. [Dataset].]. De volgende patiënten werden geïncludeerd: patiënten met een hoofddiagnose (ICD-10-BE) van subarachnoïdale bloeding (I60); intracerebrale bloeding (I61); andere niet traumatische intracraniële bloeding (I62); herseninfarct / ischemische beroerte (I63); beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct (I64); occlusie en stenose van cerebrale arteriën zonder herseninfarct (I66); transiënte ischemische aanval en verwante syndromen (G45) of met één van de volgende APR-DRG-codes: cerebrovasculair accident en precerebrale arteriële occlusie met cerebraal infarct (DRG 045); cerebrovasculair accident en precerebrale arteriële occlusie zonder cerebraal infarct (DRG 046); transiënte ischemische aanval en precerebrale arteriële occlusie zonder infarct (DRG 047).

20 Bron: Shaw, J., Steegers, E. A., & Verbiest, S. (2020). *Preconception health and care: A life course approach*. Springer.

21 Bron: Vats, H., Saxena, R., Sachdeva, M. P., Walia, G. K., & Gupta, V. (2021). Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice, 15(6), 536-545*. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.005

22 Bron: Cobo, T., Kacerovsky, M., & Jacobsson, B. (2020). Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 150(1), 17–23*. https://doi.org/10.1002/ijgo.13184

Vaak voorkomende diagnoses bij baby's geboren met een zwangerschapsleeftijd onder 32 weken in de Belgische ziekenhuizen zijn respiratoire disfuncties, immaturiteit van het autonome zenuwstelsel, bloedarmoede en neonatale geelzucht.[23]

Wereldwijd is vroeggeboorte de belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen jonger dan 5 jaar. Dit hoge cijfer is grotendeels te verklaren door een inadequate opvang in lage inkomenslanden.[24] In hoge inkomenslanden overleven bijna alle prematuur geboren baby's. Er blijft wel een hoger risico op complicaties en blijvende gevolgen voor het kind. Zo zien we bij premature baby's op latere leeftijd meer ontwikkelings- en gedragsstoornissen, leerproblemen, sociaal-emotionele moeilijkheden en een slechtere geestelijke gezondheid.[25,26,27,28]

Zorgtraject voor prematuur geboren baby's

Binnen een ziekenhuis bestaan verschillende diensten om optimale zorg aan pasgeborenen te verlenen.

In een materniteit worden baby's samen met hun moeder verzorgd na een bevalling. Op 1/01/2025 tellen we 98 campussen met een materniteit inclusief een functie voor niet-intensieve, neonatale zorgen in België.

Indien de pasgeborene extra zorgen behoeft, kan hij opgenomen worden op een N*-dienst waar hij van dichtbij wordt gemonitord. Deze functie voor niet-intensieve, neonatale zorgen is beschikbaar in elke materniteit in België. Vanaf de zwangerschapsleeftijd van 32 weken, kan de pasgeborene verzorgd worden in deze N*-dienst. Als een baby na een zwangerschap van minder dan 32 weken wordt geboren, of wanneer hij intensieve zorgen nodig heeft, wordt hij verwezen naar een NIC-dienst voor gespecialiseerde opvolging.

De gespecialiseerde, supraregionale centra beschikken over een perinatale zorgfunctie of P*-functie. Deze functie bestaat naast een materniteit met N*-functie uit een MIC- en NIC-dienst.

- Een MIC-afdeling is een dienst waar vrouwen met een (hoog)risico-zwangerschap nauwgezet opgevolgd worden.
- Een NIC-dienst is een intensieve dienst voor neonatale zorgen. Als pasgeborenen ernstig ziek zijn of in bijzondere ziekteomstandigheden verkeren, worden ze in een NIC-dienst opgevangen waar gespecialiseerd personeel werkt.

De campussen met een MIC-afdeling, moeten ook NIC-bedden hebben om een veilige opvang van de baby's na een hoogrisicozwangerschap te verzekeren[29]. Omgekeerd kan een campus die beschikt over een NIC-dienst bestaan zonder een MIC-afdeling. In België zijn er 19 campussen met een MIC-dienst en 19 met een NIC-dienst.



23 Bron : FOD Volksgezondheid.(z.d.). *Minimale ziekenhuisgegevens (MZG).* [Dataset].

24 Bron: World Health Organisation. (2023). *Preterm birth*. Geraadpleegd van https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

25 Twilhaar, E. S., De Kieviet, J. F., Van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2020). Neurocognitive processes underlying academic difficulties in very preterm born adolescents. *Child Neuropsychology, 26(2), 274-287.*

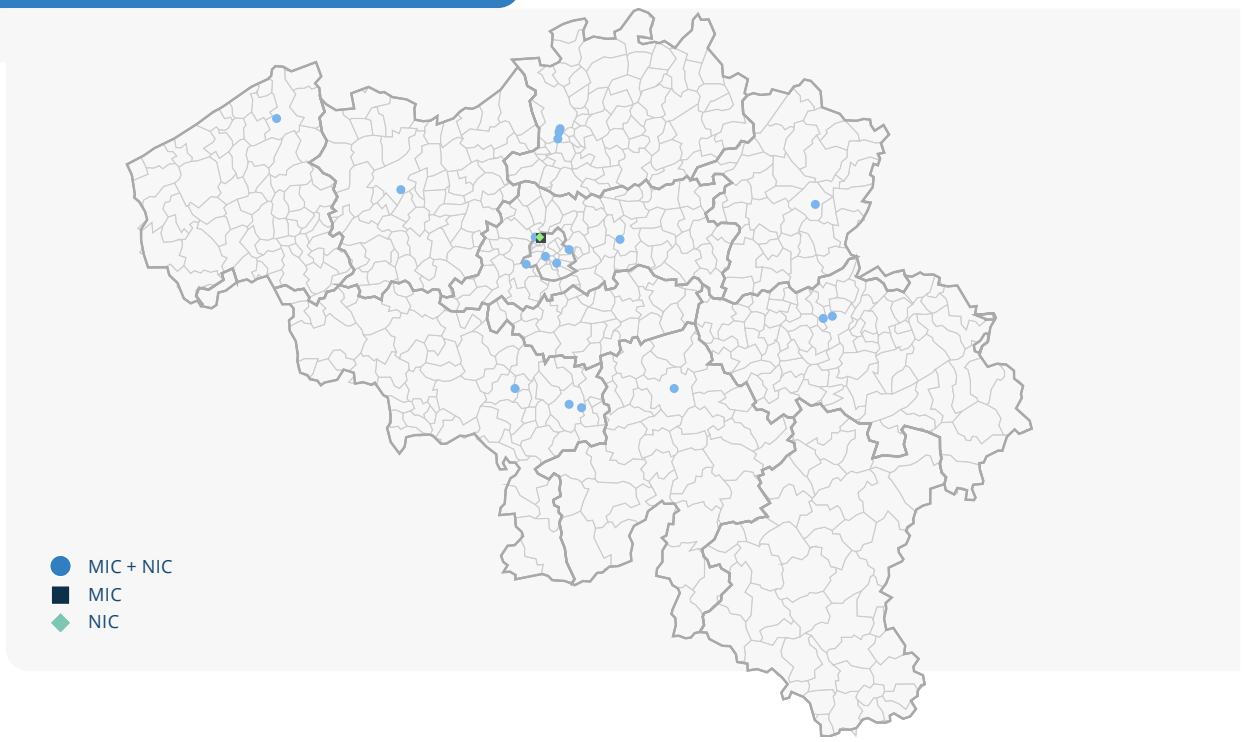
26 Roberts, G., Lim, J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2011). High rates of school readiness difficulties at 5 years of age in very preterm infants compared with term controls. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32(2), 117-124.27*

27 Montagna, A., & Nosarti, C. (2016). Socio-emotional development following very preterm birth: Pathways to psychopathology. *Frontiers in Psychology, 7, 80.*

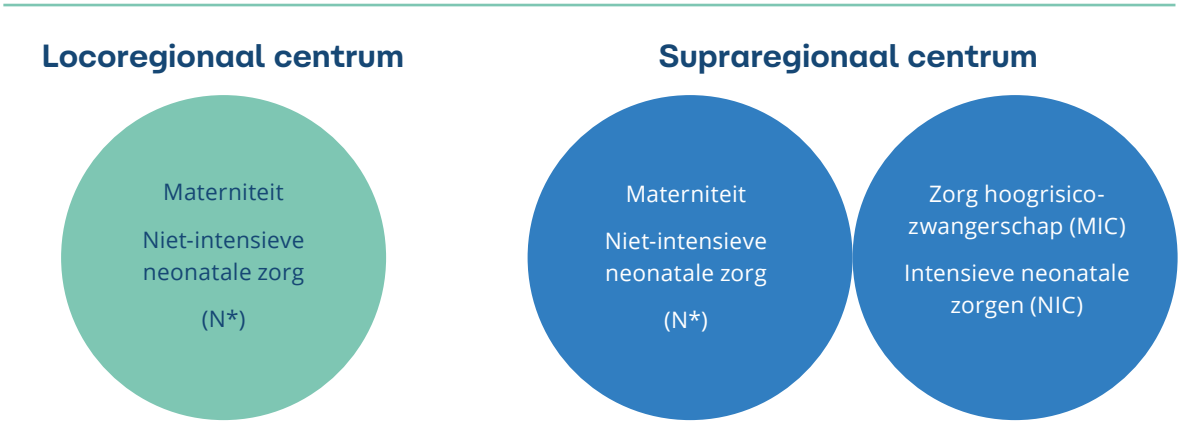
28 Johnson, S., O'Reilly, H., Ni, Y., Wolke, D., & Marlow, N. (2019). Psychiatric symptoms and disorders in extremely preterm young adults of 19 years of age and longitudinal findings from middle childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58(8), 820-826.*

29 Eén ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vormt hier een uitzondering op.

Spreiding van MIC en NIC-diensten (01/01/2025)



De ziekenhuizen met een P*-functie sluiten samenwerkingsovereenkomsten met de ziekenhuizen met enkel een materniteit en N*-functie. Een goede samenwerking tussen de verschillende diensten is immers cruciaal om een optimale perinatale zorg in België aan te bieden. Indien tijdens een prenatale consultatie wordt vastgesteld dat een zwangerschap verhoogde risico's meebrengt, kan een zwangere vrouw verder opgevolgd worden in een supraregionaal ziekenhuis met een MIC-dienst. Hierdoor kan een nauwe samenwerking gegarandeerd worden tussen de gynaecologen en pediaters die verbonden zijn aan de MIC- en NIC-diensten. De samenwerkingsovereenkomsten zorgen er anderzijds ook voor dat een pasgeborene met nood aan intensieve zorgen vlot kan overgebracht worden naar een NIC-dienst vanuit een N*-dienst. De meest voorkomende redenen voor een externe transfer van een pasgeborene uit een ziekenhuis zonder NIC-dienst naar een NIC-dienst zijn respiratoire disfunctie, prematuriteit en zuurstoftekort bij de geboorte.[30]



De zieke pasgeborenen verblijven in de NIC-dienst tot op het ogenblik dat ze dermate hersteld zijn dat zij zonder onnodige risico's kunnen terug getransfereerd worden naar het doorverwijzend ziekenhuis voor verdere verzorging.

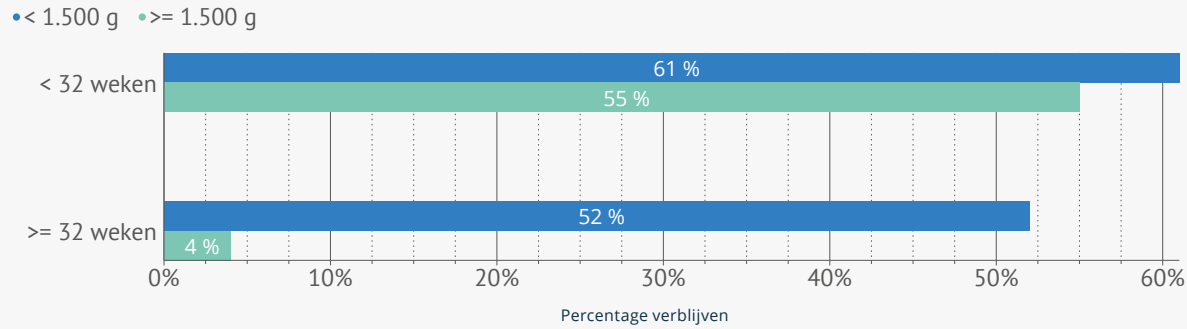
30 Bron: Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., De Coen, K., Bogaerts, A. & Roelens, K. (2023). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2022. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

Activiteit in een NIC-dienst

In 2022 werden er 6.238 patiënten opgenomen in een NIC-dienst. De verblijfsduur is heel variabel en ligt gemiddeld op 19 dagen. De mediaan van de verblijfsduur bedraagt 45 dagen voor pasgeborenen na een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken en 8 dagen bij een zwangerschapsduur vanaf 32 weken.

Zowel prematuriteit als een laag geboortegewicht zijn indicaties voor opname op een NIC-dienst. Wanneer baby's bij een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken of met een geboortegewicht lager dan 1.500 gram worden geboren, zullen ze in principe standaard doorverwezen worden naar een NIC-dienst. We stellen vast dat afhankelijk van het geboortegewicht 55 - 61% van baby's in 2022 met een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken, een passage maakte in een NIC-dienst tijdens zijn verblijf. Slechts de helft (52%) van de pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1.500 gram én met een zwangerschapsduur van 32 weken of meer, maakt een passage op een NIC-dienst.[31]

Percentage verblijven per geboortegewicht en zwangerschapsduur met een passage in een NIC-dienst



Rooming-in

In NIC-diensten worden allerlei inspanningen geleverd om moeders zo dicht mogelijk bij hun baby te laten overnachten. De omgeving is immers erg belangrijk voor de ontwikkeling van een premature baby.[32] Het is echter nog geen standaard praktijk in België om moeders te laten verblijven bij hun baby tijdens de opnameperiode in de NIC-dienst.

Om die nabijheid tussen ouders en baby's te versterken, wordt er vandaag vanaf het ogenblik dat de premature baby geen intensieve zorgen meer behoeft, ingezet op een overplaatsing naar een N*-dienst dichter bij huis. In deze locoregionale centra wordt onderzocht hoe er meer rooming-in kamers kunnen aangeboden worden om nabijheid te verzekeren tussen moeder en baby. Onderzoek toont aan hoe belangrijk dit is vanaf het eerste moment na de geboorte. Samen met ontwikkelingsgerichte zorg draagt het bij tot bevordering van de hechting en een optimale ontwikkeling van de premature baby.[33] Ook voor de moeders leidt deze nabijheid en deelname in de zorg tot een positieve afname van het stressniveau.[34] De FOD Volksgezondheid ondersteunt de opleiding van professionals in ontwikkelingsgerichte zorg via diverse opleidingscontracten.

Meer weten?
www.babyhospital.be

31 Voor 0,42% van de verblijven van pasgeborenen is de zwangerschapsduur onbekend. Voor 0,09% van de verblijven is het geboortegewicht onbekend.

32 Kuhn, P., Dufour, A., Zores, C. et al. (2017). The Auditory Sensitivity of Preterm Infants Toward Their Atypical Auditory Environment in the NICU and Their Attraction to Human Voices. In: Filippa, M., Kuhn, P., Westrup, B. (eds) Early Vocal Contact and Preterm Infant Brain Development. Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-319-65077-7_7

33 Klemming, S., Lilliesköld, S & Westrup, B. (2021). Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatrica*, 110:2951–2957. doi: 10.1111/apa.15997

34 Van Veenendaal, N.R., van Kempen, M.W., Birit B.F.P. et al. (2022). Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *Journal of American Medical Association,* 5(3):e224514. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.4514

4.4 Borstkanker

Algemene informatie omtrent borstkanker

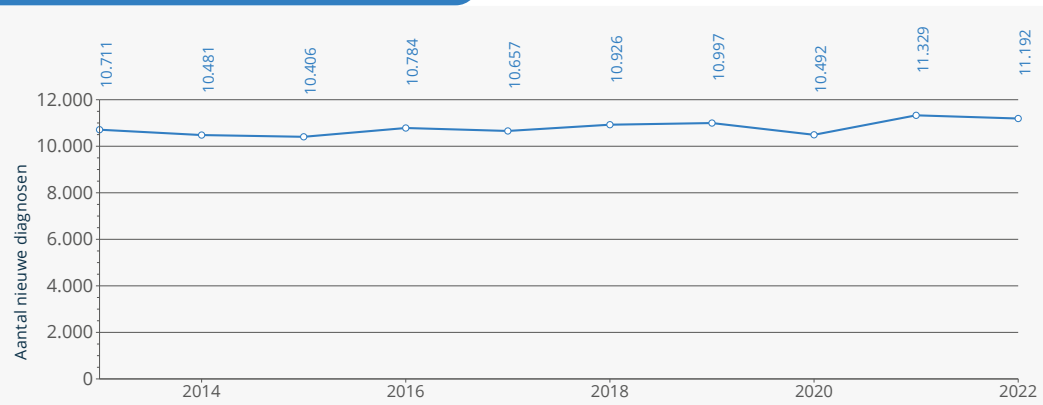
In België is borstkanker de meest voorkomende kanker bij vrouwen met gemiddeld ongeveer 11.000 nieuwe diagnoses per jaar.[35] Dit type van kanker komt eveneens voor bij mannen hetzij in mindere mate met gemiddeld 100 nieuwe gevallen per jaar. In totaal waren er in 2021 88.512 vrouwen met een diagnose van borstkanker. Dit betreft 1,5% van de vrouwelijke bevolking in België.[36]

"Gemiddeld 11.000 nieuwe borstkankerdiagnosen per jaar bij vrouwen."

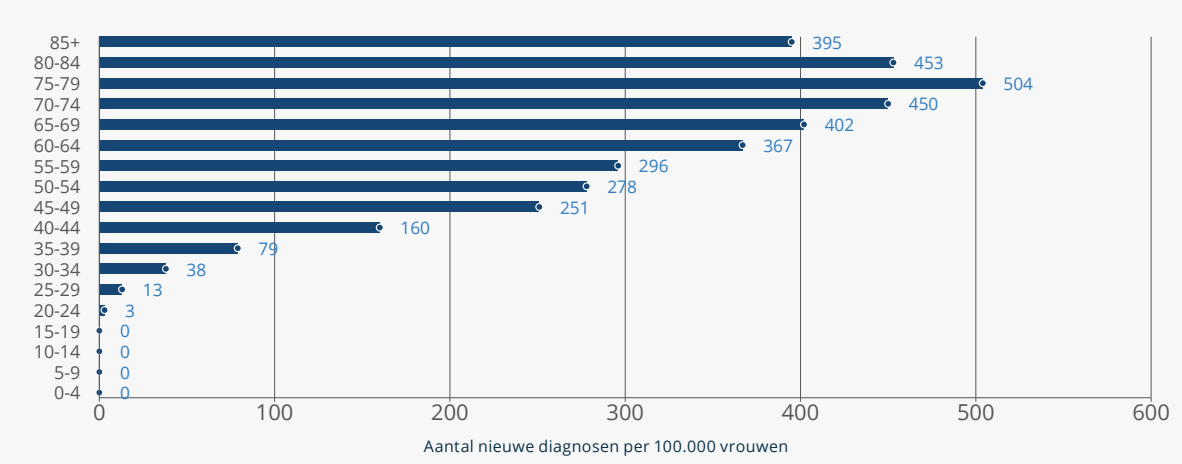
Meer dan 80% van de diagnosen vindt plaats na een leeftijd van 50 jaar. De gemiddelde leeftijd bij vrouwen is 64 jaar.

42% van de diagnosen worden reeds in een vroeg stadium vastgesteld. Door de opzet van screeningsprogramma's poogt men dit te bewerkstellingen. In België namen in 2021 59% vrouwen tussen 50 en 69 jaar deel aan een georganiseerde screening voor borstkanker.[37]

Evolutie aantal nieuwe diagnosen bij vrouwen



Aantal nieuwe diagnosen van borstkanker per 100.000 vrouwen en per leeftijdsgroep in 2022

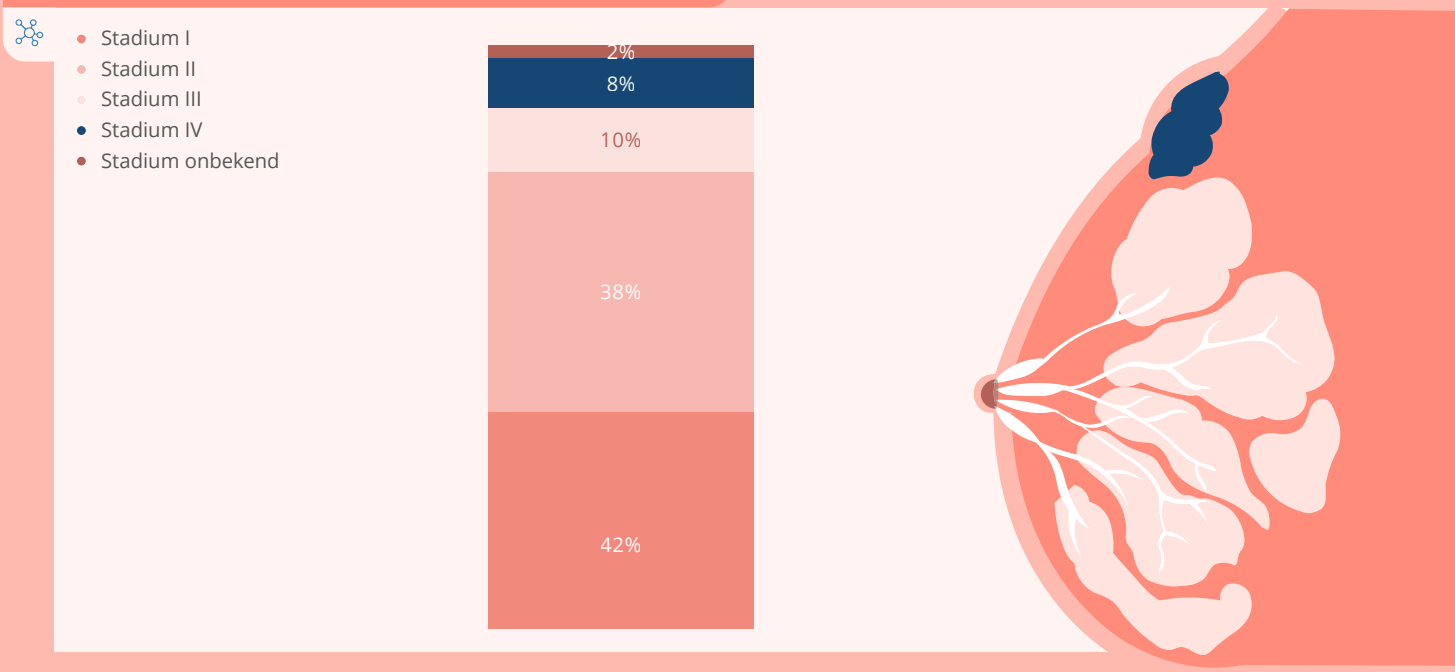


35 Bron: Kankerregister (2024). *Cancer Fact Sheets 2022, Belgian Cancer Registry (BCR), 2024* Geraadpleegd van https://kankerregister.org/nl/publicaties/cancer-fact-sheet-borstkanker-2022

36 Sciensano (2024). Niet-Overdraagbare aandoeningen: *Kanker. Health Status Report*. Geraadpleegd van https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/kanker

37 Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. DOI: 10.57598/R376A.

Percentage vrouwen met borstkanker per stadium bij diagnose



De overlevingskansen na een diagnose van borstkanker zijn 93,3% na 5 jaar. In de leeftijdsgroep van 15-69 jaar bedraagt de overlevingskans ongeveer 95%. Dit percentage daalt tot 90,6% bij vrouwen ouder dan 70 jaar.

Meer weten?
belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

Zorgprogramma's borstkanker

Huidige zorgprogramma's

Om de kwaliteit en de toegang tot de best mogelijke zorg voor patiënten te garanderen, werd in 2007 een K.B. gepubliceerd dat de normen vastlegt waaraan programma's voor gespecialiseerde oncologische zorg voor borstkanker moeten voldoen om erkend te worden.[38] Dit K.B. bepaalt de criteria waaraan een ziekenhuislocatie moet voldoen om erkend te worden als "borstkliniek". De criteria zijn voornamelijk gebaseerd op de aanwezigheid en de samenstelling van het multidisciplinaire team en op het minimale activiteitenvolume. Een borstkliniek is dus een gespecialiseerde afdeling binnen een ziekenhuis, die uitsluitend gewijd is aan de behandeling van oncologische borstaandoeningen. Dit K.B. belet echter niet dat patiënten behandeld kunnen worden in een kliniek die niet voldoet aan bovengenoemde criteria. Borstkankerzorg wordt momenteel georganiseerd door samenwerking tussen coördinerende borstklinieken en satellietborstklinieken. In totaal zijn er in op 1 januari 2025 76 officieel erkende borstklinieken.

Meer weten?
Over de lokalisatie van borstklinieken ?

38 Koninklijk Besluit van 15 december 2013, gepubliceerd op 23 december 2013, tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden. Geraadpleegd op http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2013/12/15/2013024439/staatsblad

Coördinerende borstklinieken

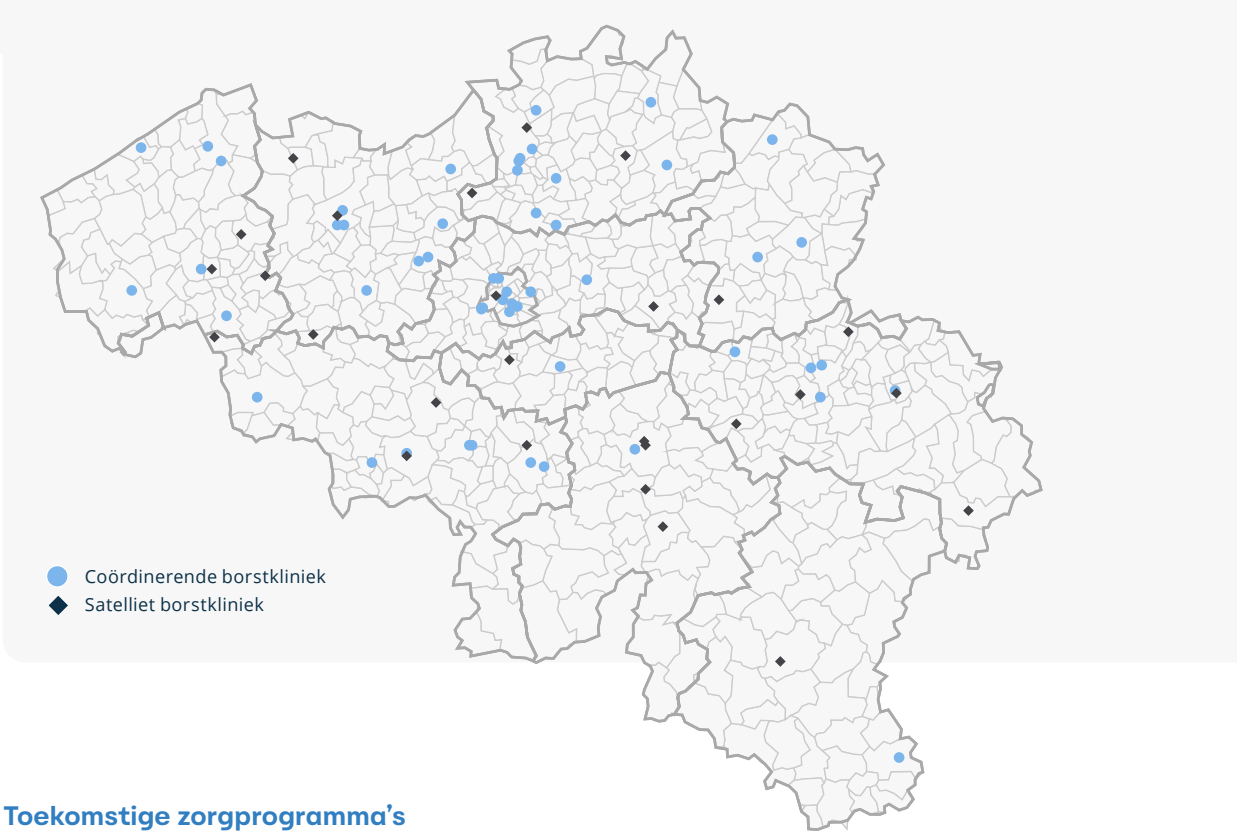
In deze klinieken dienen jaarlijks minstens 125 nieuwe gevallen van borstkanker gediagnosticeerd en behandeld te worden. Een gespecialiseerd team biedt een uitgebreide multidisciplinaire medische en paramedische zorg. Alle meest complexe fasen van de patiëntenzorg moeten worden uitgevoerd in één van de coördinatieklinieken, inclusief diagnose, voorbereiding van het behandelplan, chirurgie en revalidatie.

Satellietborstklinieken

Deze klinieken werken nauw samen met een coördinerende borstkliniek. In deze klinieken moeten jaarlijks minstens 60 nieuwe gevallen van borstkanker gediagnosticeerd en behandeld worden. Vervolgbehandelingen, zoals chemotherapie of radiotherapie, kunnen ook in deze klinieken worden uitgevoerd.

Deze twee types van borstklinieken dienen nauw samen te werken om de kwaliteit van de zorg te garanderen en tegelijkertijd rekening te houden met de woonplaats van de patiënt. Idealiter vinden de meer gespecialiseerde en gecompliceerde aspecten van de zorg plaats in de coördinerende borstkliniek, terwijl de standaard vervolgzorg wordt geleverd in de satellietkliniek in de buurt van de woonplaats van de patiënt.

Spreiding van de coördinerende en satellietborstklinieken (01/01/2025)



Toekomstige zorgprogramma's

De regelgeving omtrent de zorgprogramma's voor borstkankerzorg werd hervormd naar aanleiding van het KCE-rapport "Borstkanker: maken geaccrediteerde borstklinieken het verschil?" in 2023. Het rapport toont aan dat het concentreren van specialistische zorg in referentiecentra met de nodige expertise en een multidisciplinair team resulteert in een betere kwaliteit van zorg. Daarentegen is het risico om te overlijden aan borstkanker 30% hoger voor patiënten die worden behandeld in niet-geaccrediteerde klinieken.

Meer weten?
https://kce.fgov.be/nl/borstkankerzorg-in-centra-met-en-zonder-erkenning-voor-borstkanker-is-er-een-verschil

Naar aanleiding van dit rapport en met het oog op een geconcentreerde zorgverlening is de geldende wetgeving aangepast.

Alle chirurgische ingrepen (borstsparende chirurgie, mastectomie, lymfeklierchirurgie, reconstructieve chirurgie) mogen in de toekomst alleen worden uitgevoerd in een coördinerende borstkliniek. Bovendien moet een multidisciplinair oncologisch overleg voor elke patiënt plaatsvinden in de coördinerende borstkliniek. Daarnaast wordt de medische en verpleegkundige omkadering versterkt. De specifieke voorwaarden die nodig zijn om een coördinerende borstkliniek als zodanig te definiëren, worden ook gespecificeerd in de wetgeving.

Daarnaast zijn er ook wijzigingen gepland voor satellietborstklinieken. Deze zullen worden vervangen door geaffilieerde borstklinieken. Deze geaffilieerde borstklinieken zullen zich richten op diagnostische procedures, radiotherapie, aanvullende systemische behandelingen en opvolging van kwaadaardige aandoeningen van de borst. De behandeling wordt gedefinieerd in het individuele zorgplan van de patiënt dat is opgesteld in het coördinerend zorgprogramma waarmee de geaffilieerde borstkliniek een verplichte samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten. De verplichte ondertekening van een samenwerkingsovereenkomst zal een duidelijk kader bieden voor samenwerking in het kader van alle aspecten van patiëntenzorg.

Elke borstkliniek dient een minimaal activiteitenniveau te behouden en dient te voorzien in een minimale supervisie van het personeel.

Om dit nieuwe organisatiemodel operationeel te maken, is er een overgangsperiode voorzien. De wijzigingen zullen van kracht worden vanaf 1 januari 2026.



Meer weten?
Koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moeten voldoen om te worden erkend.

4.5 Zeldzame ziekten

Algemene informatie omtrent zeldzame ziekten

« Tot op heden zijn er tussen de 6.000 en 8.000 zeldzame ziekten geïdentificeerd. »

Een ziekte wordt als ‘zeldzaam’ beschouwd als er minder dan 1 op de 2.000 mensen aan lijdt. Tot op heden zijn er tussen de 6.000 en 8.000 zeldzame ziekten geïdentificeerd. Het is belangrijk om te benadrukken dat de prevalentie van verschillende ziekten sterk kan variëren. Van de 400 meest voorkomende zeldzame ziekten wordt aangenomen dat ongeveer 98% van de patiënten met een zeldzame ziekte eraan lijdt, terwijl andere aandoeningen als uiterst zeldzaam worden beschouwd, met een prevalentie die in de buurt komt van 10 patiënten op 1 miljoen. De bekendste ziekten zijn cystische fibrose, spinale musculaire atrofie, de ziekte van Huntington en Duchenne spierdystrofie.

Bij wijze van voorbeeld vind je hieronder de gegevens van enkele van de bekendste zeldzame ziekten:[39,40]

- **Mucoviscidose:** treft ongeveer 1 op de 3.000 pasgeborenen in Europa en 1 op 5.000 in België.
- **Spinale musculaire atrofie:** treft ongeveer 1 op de 30.000 geboorten in Europa.
- **Ziekte van Huntington:** geschatte prevalentie van 1 op 20.000 tot 1 op 10.000 personen.
- **Duchenne spierdystrofie:** komt voornamelijk bij jongens voor met een prevalentie van 1 op 3.500 tot 1 op 9.300 jongens.
- **Amyotrofische laterale sclerose:** heeft een prevalentie van ongeveer 1 op 20.000, met een licht overwicht van mannen (ratio van ongeveer 1,5 man op 1 vrouw).
- **Hemofilie:** treft 1 op de 5.000 jongens bij de geboorte en 1 op de 12.000 personen in de algemene bevolking.

De meeste van deze ziekten zijn ernstige, complexe genetische aandoeningen die ook chronisch en progressief kunnen zijn. Niet minder dan 75% ervan treft kinderen. Van de patiënten met een zeldzame ziekte overlijdt 30% voor de leeftijd van 5 jaar. In België lijden naar schatting meer dan 660.000 personen aan een zeldzame ziekte.

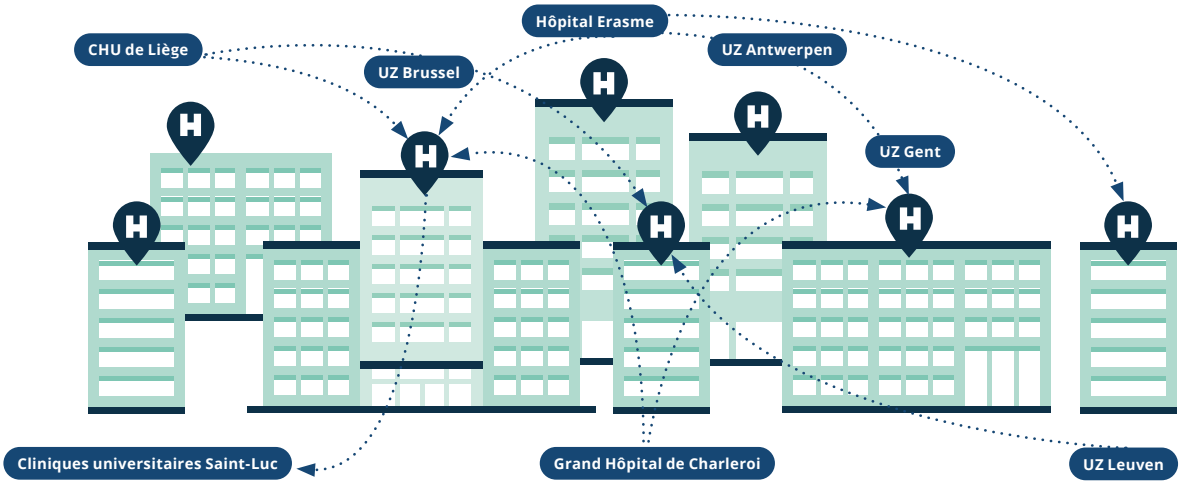
Deze ziekten hebben grote economische en professionele gevolgen voor de patiënten en hun families. Gemiddeld 36% van de patiënten moet hun beroepsactiviteit aanzienlijk verminderen of helemaal stopzetten. In 26% van de gevallen moet ook een familielid zijn of haar werk opgeven om zich aan de zorg te kunnen wijden.[41]

In de meeste gevallen is er geen genezing mogelijk, maar behandeling van de symptomen kan de levenskwaliteit van de patiënt verbeteren en de levensduur verlengen.

Het grote aantal, de diversiteit en de zeldzaamheid van deze ziekten zorgen voor een aantal problemen bij het behandelen ervan. Gemiddeld duurt het 5 jaar voordat de juiste diagnose wordt gesteld. De kenmerken van deze ziekten zorgen er voor dat de expertise die nodig is om ze te behandelen onmogelijk overal in België beschikbaar kan zijn. Netwerken, met als doel de expertise op het terrein te bundelen, zijn daarom bijzonder belangrijk.

Netwerken voor zeldzame ziekten in België

Voor de behandeling van zeldzame ziekten is zeer gespecialiseerde zorg nodig. Huisartsen en specialisten kunnen hun patiënten doorverwijzen naar één van de 8 ziekenhuizen met een erkenning “Functie zeldzame ziekten”. Deze erkenning garandeert kwaliteit van zorg, diagnostische expertise, gespecialiseerde multidisciplinaire zorg, toegang tot innovatieve behandelingen en de mogelijkheid om deel te nemen aan onderzoek. De ziekenhuizen die deze erkenning hebben verkregen zijn: Cliniques universitaires Saint-Luc, CHU de Liège, UZ Brussel, Hôpital Erasme, UZ Antwerpen, UZ Leuven, UZ Gent evenals het Grand Hôpital de Charleroi in samenwerking met het Instituut voor Pathologie en Genetica (IPG).



39 Bron: Sciensano. (2024). *Zeldzame ziekten*. Geraadpleegd van https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/zeldzame-ziekten

40 Bron: Orphanet. (2024). *Access to aggregated data from Orphanet*. Geraadpleegd van https://www.orphadata.com.

41 Bron: Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen. (2011). Aanbevelingen en voorstellen tot maatregelen voor een Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten. Geraadpleegd van https://www.departementzorg.be/nl/zeldzame-ziekten-0

In Vlaanderen werd in 2017 de vereniging “Vlaamse Netwerken Zeldzame Ziekten” opgericht. Deze structuur vergemakkelijkt de oprichting van netwerken voor zeldzame ziekten in Vlaanderen. Er zijn nu 23 netwerken, gebaseerd op dezelfde ziektegroepen als de Europese referentienetwerken. Deelname aan deze netwerken is vrijwillig.

Europese referentienetwerken voor zeldzame ziekten (ERN)

Het grote aantal verschillende zeldzame ziekten, de zeldzaamheid van elke ziekte en de complexiteit ervan vormen een grote uitdaging. De expertise die nodig is om een ziekte te behandelen is niet altijd beschikbaar, soms zelfs niet in het land waar de patiënt woont, en hetzelfde geldt voor behandelingen. De kenmerken van deze ziekten leiden ook tot een gebrek aan middelen in gezondheidszorgsystemen: bijvoorbeeld de vaak hoge kosten van behandeling, of de moeilijkheid om onderzoek te doen vanwege het kleine aantal patiënten en het gebrek aan gegevens en middelen. In Europa lijden naar schatting 30 miljoen mensen aan een zeldzame ziekte.



Om deze uitdagingen het hoofd te bieden, heeft de Europese Commissie in 2017 samen met de EU-lidstaten en Noorwegen de Europese referentienetwerken voor zeldzame ziekten opgericht, ook wel ERN’s genoemd.

Dit zijn virtuele netwerken die tot doel hebben Europese expertise op het gebied van zeldzame ziekten samen te brengen. Momenteel bestaan er 24 ERN’s, waarbij elk netwerk gespecialiseerd is in een specifiek type ziekte. Teams van deskundigen uit heel Europa nemen deel aan deze netwerken, die tot doel hebben expertise te verspreiden in plaats van patiënten. Deze netwerken werken aan virtuele consultaties, het opzetten van specifieke registers, het opstellen van behandelingsrichtlijnen en het organiseren van trainingen om kennis te delen.

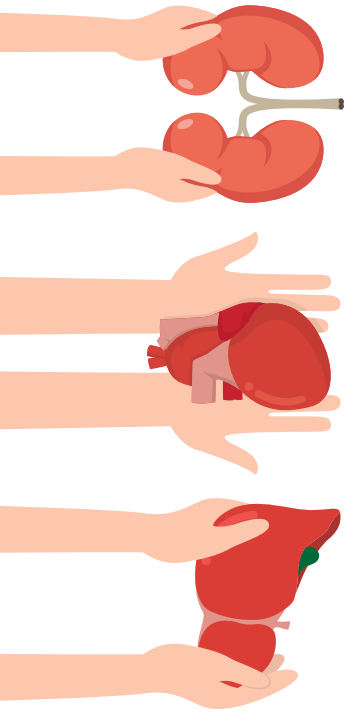
Een zorgverlener kan een beroep doen op de kennis van deskundige leden van een ERN. De bijeengebrachte deskundigen analyseren het specifieke geval van de patiënt. Indien nodig kunnen aanvullende onderzoeken worden aangevraagd die, waar mogelijk, worden uitgevoerd in het land waar de patiënt woont. Het doel van deze virtuele adviesraad is om de juiste diagnose te stellen en de meest geschikte behandeling voor te stellen. Als specialistische interventie nodig is, wordt er zoveel mogelijk naar gestreefd dat de expertise naar het land van de patiënt gaat en niet omgekeerd. Dit is niet altijd mogelijk.

Dankzij dit werk kunnen gezondheidswerkers die vroeger zeldzame en complexe gevallen in afzondering behandelden, hun collega’s raadplegen voor een tweede opinie.

Meer weten?
Europese referentienetwerken

4.6 Orgaandonatie en transplantatie

Eurotransplant



In de wereld van orgaandonatie en transplantatie is samenwerking van onschatbare waarde. Niet alleen binnen de grenzen van ons land, maar ook over internationale grenzen heen. België heeft zich verplicht tot een nauwe samenwerking met Eurotransplant. Dit is een internationale non-profitorganisatie die de communicatie tussen donorziekenhuizen en transplantatiecentra stroomlijnt. De organisatie faciliteert de toekenning en uitwisseling van donororganen tussen de 8 deelnemende landen.

Patiënten die wachten op een orgaantransplantatie worden geregistreerd in een centrale database van Eurotransplant. Van zodra een donor beschikbaar wordt, worden zijn kenmerken geregistreerd in dezelfde database. Vervolgens wordt via een computerprogramma een mogelijke match gezocht voor elk ter beschikking gesteld orgaan. Bij elke toekenning wordt de internationale en nationale regelgeving omtrent orgaandonatie gerespecteerd.

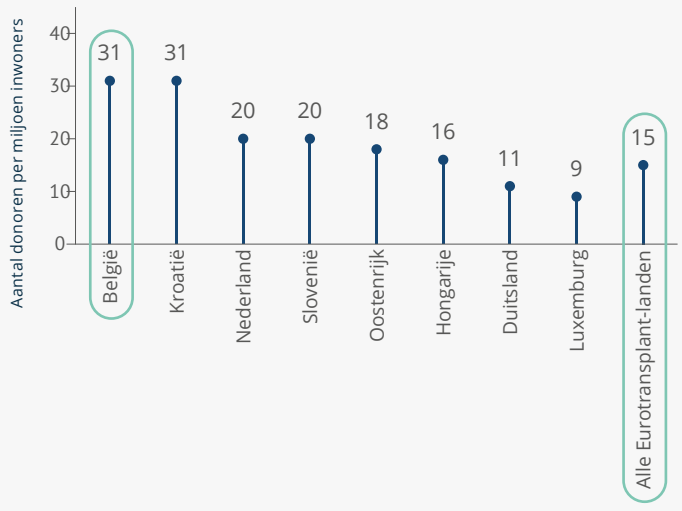
De internationale samenwerking zorgt voor een grotere kans op een positieve match met een donorpatiënt en een patiënt op de wachtlijst voor transplantatie. De Eurotransplantregio, die België, Nederland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Slovenië, Kroatië en Hongarije omvat, telt meer dan 130 miljoen inwoners. Deze brede basis biedt een aanzienlijk potentieel voor orgaandonatie, waarbij het aantal transplantaties natuurlijk afhangt van het beschikbare donoraanbod.

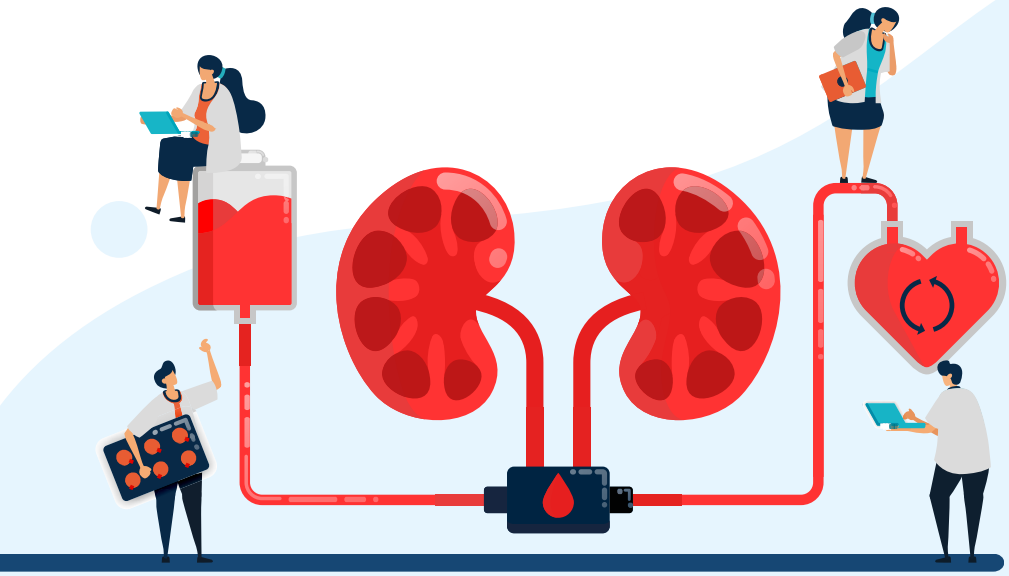
Meer weten?
https://www.eurotransplant.org/

Orgaandonatie

Het aantal donorpatiënten die minimum 1 orgaan doneerden per miljoen inwoners varieert van 9 tot 31 in de landen die deel uitmaken van het Eurotransplant-netwerk.

Aantal donoren per miljoen inwoners in landen die deel uitmaken van Eurotransplant in 2024





“Met 31 personen die minimum 1 orgaan doneerden per miljoen inwoners beschikt België over het hoogste aantal donoren van alle 8 landen die lid zijn van het Eurotransplantnetwerk.”

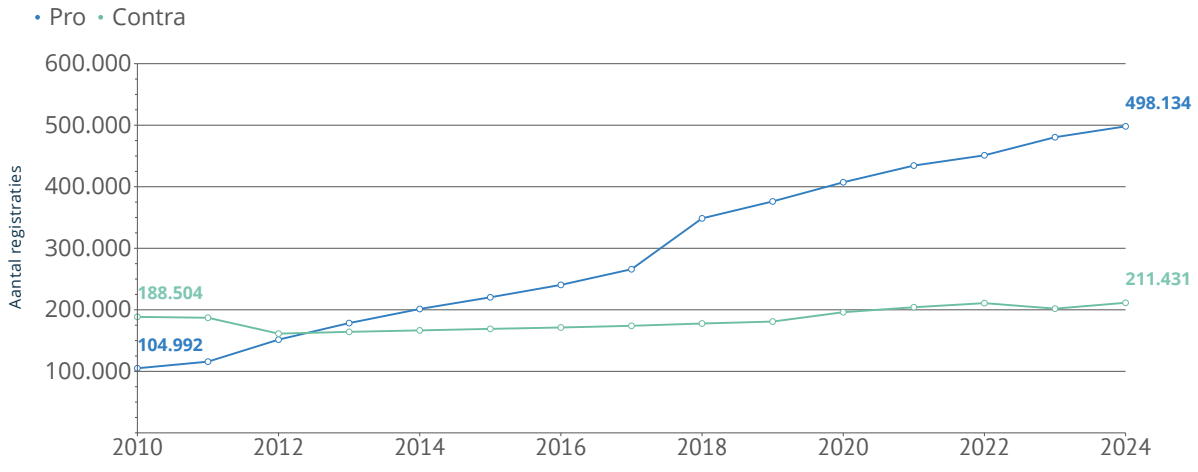
Meer weten?
Klikvoororgaandonatie.be

België beschikt over het hoogst aantal donoren per miljoen inwoners bij de landen die deel uitmaken van het Eurotransplant-netwerk. Spanje – dat geen deel uitmaakt van Eurotransplant - is echter een koploper in Europa met 47 donoren per miljoen inwoners in 2022.[42]

België beschikt over een hoog aantal donoren dankzij het bestaande wettelijk kader en de inspanningen van ziekenhuizen en van de overheid. De wetgeving omvat een opting-out systeem, waarbij de bevolking automatisch als donor wordt beschouwd tenzij men bezwaar maakt. Dit staat in contrast met het opting-in systeem dat door sommige andere landen wordt gehanteerd, waarbij expliciete toestemming van individuen of hun familie vereist is.

Ongeacht het opting-out-systeem in België bestaat er een nationaal register waarin elke burger zijn keuze voor orgaandonatie kan registreren. In 2024 waren er 709.565 registraties in dit register. 70% van de registraties betreft een positieve registratie waarbij de patiënt aangeeft dat hij zijn organen ter beschikking stelt voor donatie. Het aantal registraties steeg sterk sinds 2010 waarbij we voornamelijk een stijging vaststellen van het aantal positieve registraties (+374%) t.o.v. het aantal negatieve registraties (+12%). Indien de patiënt geen registratie volbracht in het register wordt de vraag voor orgaandonatie gesteld aan de directe familie.

Evolutie aantal registraties in het nationaal register voor orgaandonatie



42 Bron: Council of Europe Organización Nacional de Trasplantes (2023). International figures on donation and transplantation 2022. *Newsletter transplant, EDQM*, 28 (2023). Geraadpleegd van https://www.transplant-observatory.org/summary/

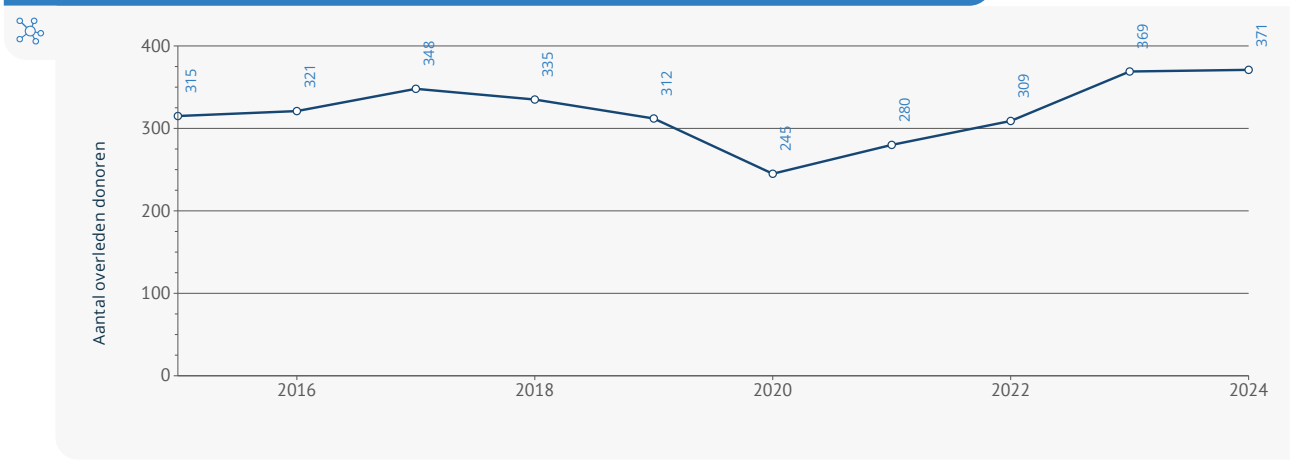
Orgaantransplantatie

Met 33 transplantatieprogramma's voor verschillende organen in 8 transplantatiecentra verspreid over het hele land, waaronder 7 universitaire ziekenhuizen en 1 harttransplantatie-ziekenhuis, heeft België een geavanceerde infrastructuur voor orgaandonatie en transplantatie opgebouwd. Deze centra werken nauw samen met ongeveer 100 ziekenhuizen in het land, waar lokale medische en verpleegkundige donorcoördinatoren zijn aangesteld. Deze coördinatoren spelen een cruciale rol bij het detecteren van potentiële donoren en het waarborgen van een gestroomlijnde donatieprocedure.

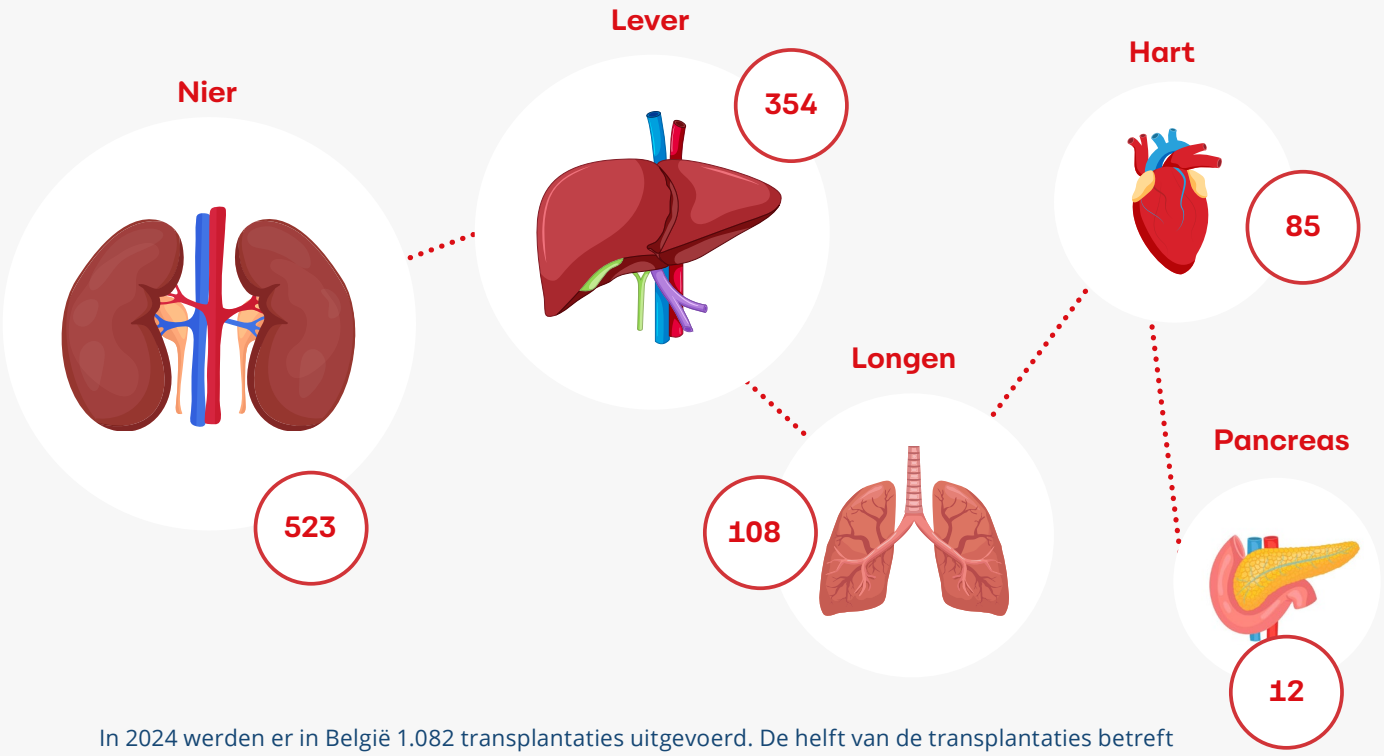
De effectieve samenwerking tussen de transplantatiecentra en ziekenhuizen heeft niet alleen het aantal donoren verhoogd, maar heeft ook internationale belangstelling gewekt. Andere landen tonen interesse in het Belgische model van samenwerking en coördinatie, wat duidelijk illustreert dat een gezamenlijke inspanning op nationaal en internationaal niveau essentieel is voor het verbeteren van orgaandonatie en transplantatieprojecten wereldwijd.

De afgelopen 10 jaar is het aantal jaarlijkse orgaandonaties van Belgische patiënten gestegen van 315 naar 371 (+18%).

Evolutie aantal overleden donoren die minimum 1 orgaan hebben gedoneerd in België



Aantal transplantaties in België in 2024

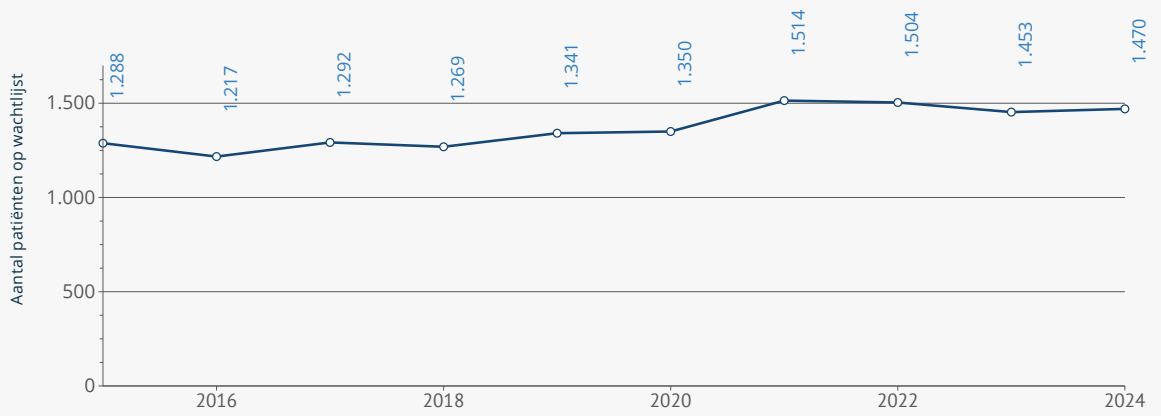


In 2024 werden er in België 1.082 transplantaties uitgevoerd. De helft van de transplantaties betreft niertransplantaties en één derde betreft levertransplantaties.

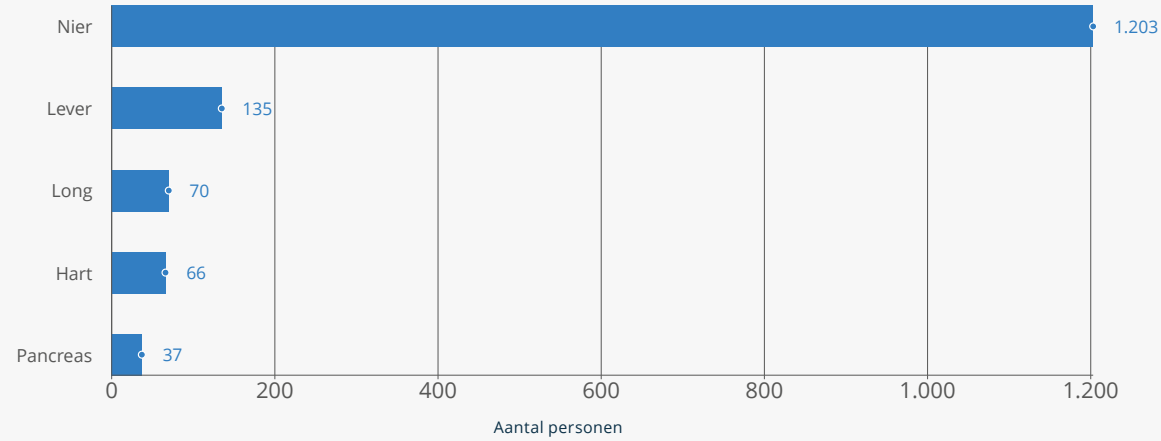
Wachtlijst orgaantransplantatie

In 2024 stonden in België 1.470 personen op de wachtlijst voor orgaantransplantatie. Dit aantal steeg met 14% sinds 2015.

Evolutie aantal actieve patiënten op de wachtlijst voor orgaantransplantatie in België



Aantal personen op de wachtlijst per orgaantype in 2024



Meer weten?
https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/orgaandonatie

4.7 Operation zero

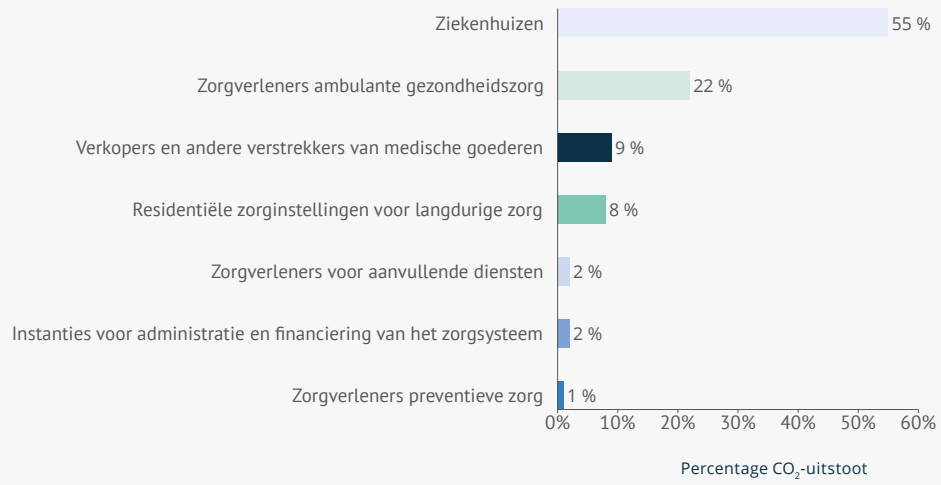
Klimaatverandering heeft een steeds grotere impact op ons dagelijks leven. De noodzaak van klimaatactie in alle sectoren, inclusief de gezondheidszorg, wordt steeds duidelijker. De zorgsector draagt in belangrijke mate bij aan de CO_2-uitstoot en speelt dus een cruciale rol in de strijd tegen klimaatverandering.

De Belgische zorgsector, inclusief ziekenhuizen, woonzorgcentra, preventieve geneeskunde en ambulante zorg, is verantwoordelijk voor 5% van de totale uitstoot. Dit komt neer op 9.901 kiloton CO_2-equivalent per jaar. Zonder ingrijpende maatregelen wordt een toename van 61% tegen 2050 verwacht, vooral door de stijgende zorgvraag als gevolg van vergrijzing en de gevolgen van klimaatopwarming.

Om deze uitdaging aan te pakken, hebben de federale, gewestelijke en gemeenschapsoverheden het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid (NEHAP) ontwikkeld. Hieruit ontstond de studie 'Operation Zero', die gedetailleerd inzicht biedt in de verdeling van de CO_2-uitstoot binnen de zorgsector.

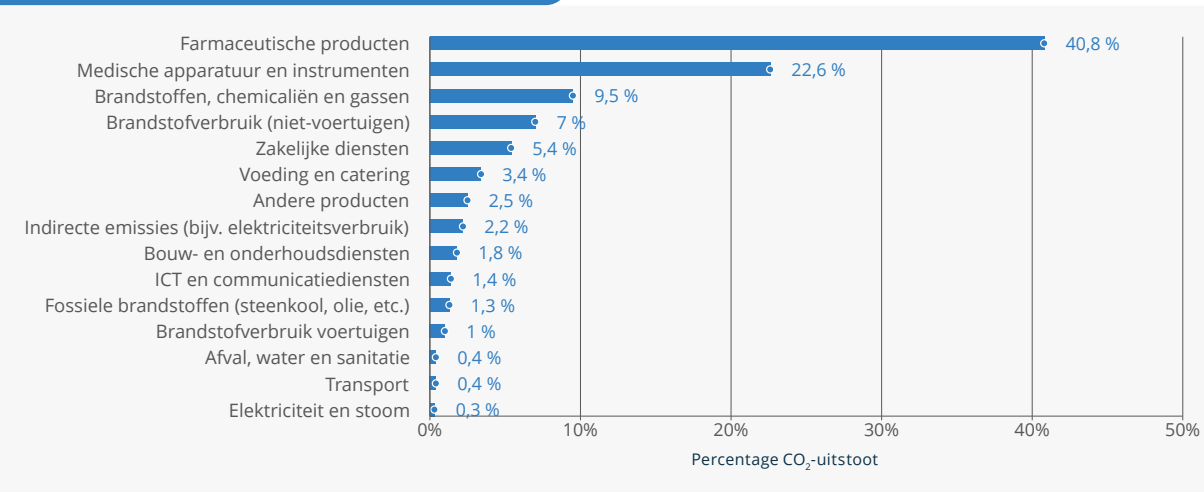
Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor 55% van de totale uitstoot.

CO_2-uitstoot per type zorgverlener



Goederen en diensten, zoals medisch materiaal, voeding, bureaumateriaal en medicatie, maken meer dan 80% van de uitstoot uit in ziekenhuizen. Farmaceutische producten alleen al zijn goed voor 40,8% van de volledige uitstoot, onder meer door anesthesiegassen en aerosol-puffers, die broeikasgassen uitstoten. Eén vijfde van de uitstoot komt voort uit de gebruikte medische apparatuur en instrumenten.

Percentage CO_2-uitstoot in ziekenhuizen per categorie



Veel zorginstellingen nemen al actieve maatregelen om duurzaamheid te integreren en hun ecologische voetafdruk te verkleinen. Dit gebeurt onder meer door:

- Overschakeling op hernieuwbare energie
- Duurzaam en energiezuinig bouwen
- Afvalverwerking en circulaire economie in de zorg
- Lokale en duurzame catering

Door internationale samenwerkingen wordt kennis gedeeld opdat men kan leren hoe de uitdagingen in andere landen worden aangepakt.

Op de klimaattop van 2021 heeft België zich verbonden om de zorgsector tegen 2050 klimaatneutraal te maken. Dankzij 'Operation Zero' hebben we nu een gedetailleerd overzicht van de CO_2-uitstoot binnen de zorgsector, wat zowel overheden als zorginstellingen helpt bij het nemen van gerichte maatregelen.

Meer weten?
https://www.leefmilieu-gezondheid.be/nl/nieuws/operation-zero-eerste-stap-naar-de-vergroening-van-de-gezondheidszorg

CONCLUSIE

In deze publicatie hebben we verschillende vormen van samenwerking belicht die reeds zijn opgestart om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren binnen de sector van de algemene ziekenhuizen. Deze initiatieven getuigen van een gezamenlijke welwillendheid om ons gezondheidszorgsysteem te versterken. Hoewel de vooruitgang bemoedigend is, blijft er nog veel werk aan de winkel.

De opzet van ziekenhuisnetwerken vereist de reorganisatie van activiteiten, de uitwerking van nieuwe vormen van financiering en de aanpassing van het wettelijk kader. Het succes van deze vernieuwingen berusten op de voortdurende inzet en betrokkenheid van alle actoren binnen de sector. Van zorgverleners tot beleidsmakers, iedereen heeft een cruciale rol te spelen in het verder uitbouwen en versterken van deze netwerken. Een gezamenlijke inspanning om obstakels te overwinnen en kansen te benutten is essentieel.

De nadruk moet blijven liggen op samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid. Een duurzaam, efficiënt en patiëntgericht zorgsysteem kan enkel tot stand komen door een collectieve inspanning en met een gemeenschappelijke visie. Door onze krachten te verenigen, kunnen we de huidige en toekomstige uitdagingen aangaan opdat aan elke burger een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg wordt gegarandeerd.

Met vertrouwen in de toekomst en dankbaarheid voor de reeds geleverde inspanningen, sluiten we deze publicatie af met een oproep tot blijvende samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Samen kunnen we een veerkrachtig gezondheidszorgsysteem opbouwen, dat klaar is om te voldoen aan de behoeften van morgen en iedereen uitstekende zorg te bieden.



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu