



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 '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)

Elk 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/2023/2196/33

INHOUD

Voorwoord

4

Organisatie

6

Ziekenhuisnetwerken

6

Soorten ziekenhuizen

8

Ziekenhuisactiviteiten

9

Evolutie van de tewerkstelling in de algemene ziekenhuizen

12

Activiteit

14

Evolutie en kenmerken ziekenhuisverblijf

14

Opnames via de spoedgevallendienst

18

De meest voorkomende diagnoses

19

Verpleegkundige zorgen

20

Financiering

23

Financieringsbronnen

23

Het Budget Financiële Middelen

24

Kwaliteit en innovatie

28

Antimicrobiële resistentie

28

Pay for performance

33

Healthcare Quality en Outcomes-programma

34

Medische beeldvorming

35

Elektronisch patiëntendossier

37

VOORWOORD

Beste lezer,

We zijn verheugd om u met deze publicatie een bron van informatie te bieden over enkele belangrijke cijfers en trends in de gezondheidszorg. Na het succes van onze eerste publicatie in 2019 hebben we bij het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL besloten om deze rapporten tot een vaste waarde te maken. Deze reeks van publicaties is bedoeld om een overzicht te bieden van de meest recente gegevens en initiatieven die betrekking hebben op de werking van verschillende sectoren in de gezondheidszorgsector.

Of u nu een zorgverlener bent, beleidsmaker, onderzoeker of gewoonweg geïnteresseerd in de ontwikkelingen op dit gebied, deze publicatie is er om u te informeren en inspireren.

In dit rapport zal u een breed scala aan onderwerpen vinden variërend van de organisatie, activiteiten tot financiering van algemene ziekenhuizen. Naast deze cijfers zullen we ook kort verschillende beleidsinitiatieven toelichten, zoals de organisatie van ziekenhuisnetwerken en acties ter bevordering van de kwaliteit. We hebben geprobeerd om de informatie op een toegankelijke en begrijpelijke manier te presenteren, aan de hand van illustraties, grafieken en korte teksten. Geïnteresseerde lezers kunnen via de hyperlinks toegang krijgen tot de brongegevens of tot diepgaandere rapporten.

Hoewel we in 2020 werden opgeschrikt door de pandemie, die een ongeziene impact heeft gehad op de gezondheidszorg, zijn we binnen deze Blikvanger aan de slag gegaan met een aantal nieuwe kerncijfers om een correcte beschrijving te geven van de laatste ontwikkelingen en tendensen binnen de gezondheidszorg. Door de pandemie werden de tendensen doorbroken en werd de reguliere zorg op een andere manier ingericht. Hierdoor zal je doorheen het rapport zien dat we er soms voor hebben gekozen met cijfermateriaal te werken van vóór de pandemie. Anderzijds zijn er topics waarvoor we zeer bewust net de cijfers van tijdens de pandemie hebben gebruikt, om de realiteit van dat moment goed te kunnen belichten.

We hopen dat deze publicatie u zal helpen om een dieper inzicht te krijgen in de complexe wereld van de gezondheidszorg en in het engagement van elke dienst van de DG Gezondheidszorg om in samenwerking met de actoren op het terrein in te zetten op gezondheidspromotie en toegankelijke kwaliteitszorg voor iedereen.

We wensen u veel leesplezier met deze Blikvanger waarbij u in elk onderdeel iets zal kunnen ontdekken over de werking van de ziekenhuiswereld!

Sabine Stordeur,

Directeur-generaal, DG Gezondheidszorg

01

ORGANISATIE

24

locoregionale
ziekenhuisnetwerken
worden samengesteld
sinds 2019.

→ p. 6



De afgelopen decennia zien we een
verschuiving van algemene bedden
naar bedden voor gespecialiseerde
zorgen, geriatrie en psychiatrie.

→ p. 10



103

In 2023 zijn er in België
103 algemene ziekenhuizen
waaronder 7 universitaire
ziekenhuizen en 17 ziekenhuizen
met universitair karakter.

→ p. 8

ORGANISATIE

Ziekenhuisnetwerken

Om een volledig en kwalitatief zorgaanbod te kunnen blijven voorzien in België, zijn door de overheid stappen gezet om samenwerking tussen ziekenhuizen te versterken. Door de opzet van locoregionale ziekenhuisnetwerken sinds 2019 wil men ziekenhuizen aanzetten om middelen efficiënter in te zetten, investeringen te delen en taakverdeling op basis van expertise te bevorderen.



3 + 1 netwerken

3 netwerken erkend door de COCOF en/of de GGC en/of door de Franse Gemeenschap en/of het Waals Gewest en 1 netwerk erkend door de Vlaamse Gemeenschap.

13 netwerken

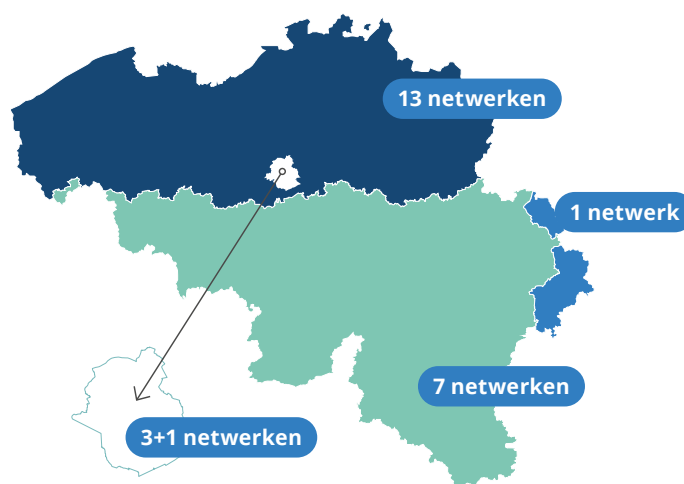
erkend door de Vlaamse Gemeenschap.

7 netwerken

erkend door het Waals Gewest.

1 netwerk

erkend door de Duitstalige gemeenschap en door het Waals Gewest.



Wat zijn locoregionale netwerken?

Een locoregionaal ziekenhuisnetwerk is een samenwerking tussen ten minste twee ziekenhuizen, die geografisch aansluitend zijn, op het vlak van (basis)zorg. Elk ziekenhuis moet sinds 1 januari 2020 deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal ziekenhuisnetwerk. In Vlaanderen mogen er maximaal dertien netwerken gevormd worden, in Wallonië acht en in Brussel vier. De wijze waarop de ziekenhuizen het beleid van het locoregionaal zorgaanbod organiseren binnen hun netwerk, wordt bepaald door het ziekenhuisnetwerk zelf.



Meer weten?

https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-28-februari-2019_n2019040712.html

Samenwerken aan de hand van zorgopdrachten

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 enerzijds voor zorgen dat zorg - waar mogelijk - zo dicht mogelijk bij huis wordt aangeboden. Anderzijds wil de overheid vanuit kwaliteitsoogpunt supergespecialiseerde zorgen eerder concentreren. Dit zal eveneens leiden tot een efficiëntere inzet van middelen.

Er werd een onderverdeling in zorg opgesteld die zorgen in locoregionale zorgopdrachten en supra-regionale zorgopdrachten verdeelt.

1. Locoregionale zorgopdrachten

Dit zijn de zorgopdrachten die in elk locoregionaal ziekenhuisnetwerk mogen aangeboden worden zoals een spoedgevallendienst, een dienst voor geriatrie of pediatrie, enz. Dit zijn diensten waarmee de basiszorg bij klassieke, heelkundige ingrepen en medische aandoeningen kan gegarandeerd worden. Anderzijds bevat locoregionale zorg ook zaken waarbij patiënten voor een bepaalde periode regelmatig naar het ziekenhuis moeten komen. Hieronder vallen onder meer nierdialyse, het oncologisch zorgprogramma en beroertezorg. Deze zorgen horen in elk ziekenhuisnetwerk aangeboden te worden, maar niet in elk ziekenhuis.

2. Supra-regionale zorgopdrachten

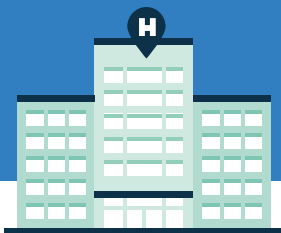
Hier gaat het om zorgopdrachten voor een kleine groep patiënten, die een grote expertise en/of investering vragen. Deze zorgen mogen niet in alle netwerken worden aangeboden, maar moeten geconcentreerd worden in supra-regionale referentiecentra. Het gaat hier onder meer over gespecialiseerde beroertezorg, brandwondencentra enz.

Het doel is om een aangepast kader te creëren dat samenwerking in de sector stimuleert. In een volgende fase kunnen de ziekenhuizen binnen het netwerk kiezen voor het samenbrengen van verschillende diensten of zorgpakketten onder de vorm van *shared services*. Op deze manier zullen middelen meer efficiënt kunnen worden ingezet door bijvoorbeeld groepsaankopen te doen of zware apparatuur samen te exploiteren.

Locoregionale ziekenhuisnetwerken zullen aantrekkelijker worden voor zorgverleners en patiënten door een verbetering van de kwaliteit en specialisatie. Door het onderling samenwerken van referentiecentra, die supra-regionale zorgen aanbieden, zullen patiënten na een behandeling verder opgevolgd kunnen worden in een locoregionaal ziekenhuis nabij hun woonplaats.

103 ziekenhuizen

194 vestigingen



51 Vlaanderen

91 vestigingen

14 Brussel

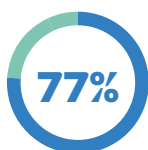
31 vestigingen

38 Wallonië

72 vestigingen

Soorten ziekenhuizen

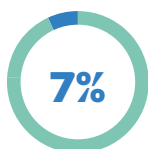
De algemene ziekenhuizen kunnen in 3 soorten worden onderverdeeld¹:



De 'klassieke' algemene ziekenhuizen

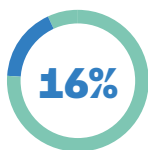
Dit zijn ziekenhuizen die zowel overdag als 's nachts patiënten ontvangen voor gespecialiseerde, medische hulp. Om te voldoen aan de notie van basisziekenhuis moet een ziekenhuis minstens 150 erkende bedden hebben met een dienst voor chirurgische activiteiten en inwendige geneeskunde aangevuld met minstens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

Een uitzondering wordt gemaakt voor atypische ziekenhuizen zoals ziekenhuizen die zich enkel richten op de zorg voor ouderen (ziekenhuizen met een geïsoleerde G-dienst) of ziekenhuizen die enkel gericht zijn op revalidatie. Deze zijn sinds de zesde staatshervorming geen bevoegdheid van de federale overheid met uitzondering van het ziekenhuis Foyer Horizon dat enkel over een gespecialiseerde palliatieve bedden beschikt. Dit blijft onder federale bevoegdheid.



De algemene, universitaire ziekenhuizen

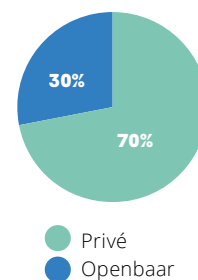
De algemene, universitaire ziekenhuizen bieden minstens dezelfde diensten aan als de klassieke, algemene ziekenhuizen, maar vangen daarboven ook patiënten op die een zeer gespecialiseerde behandeling vereisen. Verder heeft een universitair ziekenhuis ook de opdracht om zorgverleners op te leiden, aan 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

Dit zijn algemene ziekenhuizen met een aantal universitaire bedden hebben, die verbonden zijn aan een universiteit.

Van de 103 Belgische ziekenhuizen is 30% openbaar op 01/01/2023, dat wil zeggen dat ze worden beheerd door een overheidsinstantie (gemeente, intercommunale, provincie, gewest, enz.), en is 70% privé en georganiseerd als vzw. Deze laatste categorie betreft historisch gezien uitvloeisels van religieuze ordes, mutualiteiten, vrije universiteiten of vroegere bedrijfsziekenhuizen. Omdat heel veel ziekenhuizen de afgelopen decennia zijn gefusioneerd, dragen echter heel wat instellingen nu een erfenis uit zowel de overheids- als de privésector. De wet op de ziekenhuizen maakt geen onderscheid tussen de overheids- en de privésector. De financiering door de overheid is bijgevolg identiek.



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) buiten beschouwing.

Ziekenhuisactiviteiten

De activiteiten van ziekenhuizen worden georganiseerd in diensten, functies 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 de transplantatiecentra of brandwondcentra. Medisch-technische diensten omvatten onder andere medische beeldvormingsdiensten (CT-scan, MRI, PET-scanner, ...), centra voor menselijke erfelijkheid, radiotherapiediensten en nierdialysecentra.

Functies zijn ziekenhuisactiviteiten beschikbaar voor alle diensten van het ziekenhuis. Verscheidene functies zijn onderworpen aan specifieke normen en controles door de bevoegde gemeenschap of het bevoegd gewest. Functies omvatten o.m. de ziekenhuisapotheek, de palliatieve zorg, een dienst voor intensieve zorg en spoedgevallendienst, een ziekenhuisbloedbank, bemiddeling, pijnbestrijding en een labo voor klinische biologie.

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 kankerpatiënten
- Het zorgprogramma voor kinderen
- Het zorgprogramma voor geriatrische patiënten
- Het zorgprogramma 'beroertezorg'



Meer weten over de locatie en diensten die de verschillende ziekenhuizen aanbieden:

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>

Soorten ziekenhuisdiensten

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

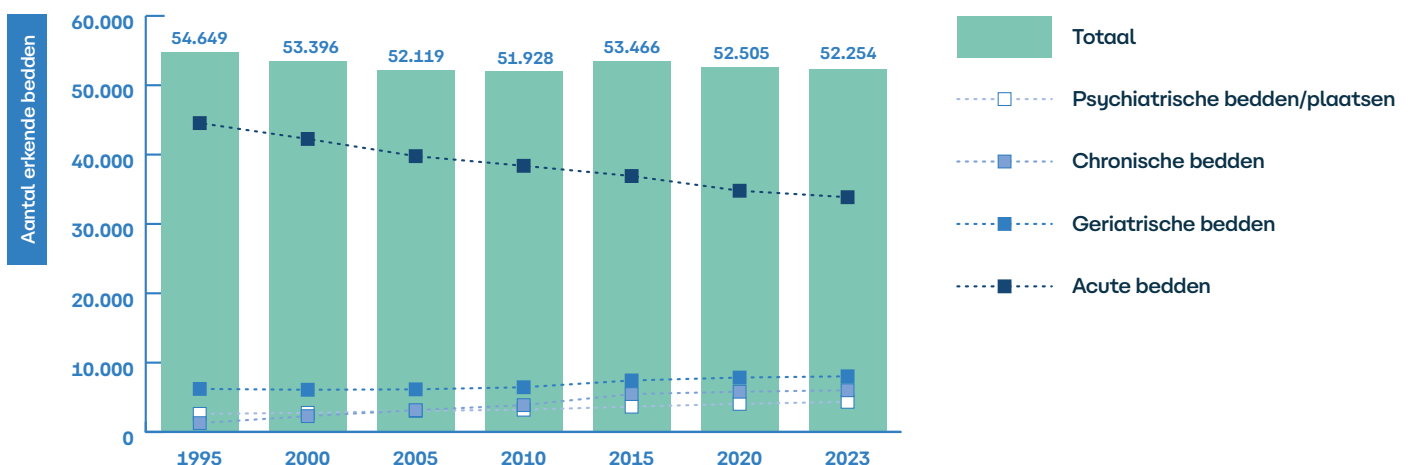
Aan elke dienst wordt een index of kenletter toegewezen die de subgroep van patiënten identificeert. Om een beter overzicht te kunnen bieden, groeperen we de verschillende soorten diensten naargelang de aard van de aandoeningen die hier doorgaans worden behandeld:

- **Acute bedden:** zijn bedden bestemd voor opname met een relatief korte duur: bv. bedden voor chirurgie (index C), interne geneeskunde (index D), pediatrie (index E), zorg voor premature baby's (index NIC), materniteit (index M).
- **Geriatrische bedden:** zijn bedden voor de zorg van geriatrische patiënten (index G).
- **Chronische bedden:** zijn bedden bestemd voor een langere ziekenhuisopname of voor patiënten die een chronische behandeling nodig hebben: bv. bedden voor revalidatie (index S1 voor cardiopulmonaire aandoeningen, S2 voor locomotorische aandoeningen, S3 voor neurologische aandoeningen, S5 voor chronische polyopathieën en S6 voor psychogeriatrische aandoeningen) en bedden voor palliatieve zorg (index 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 (index A, A1, A2, T en T1) of van kinderen (index K, K1 en K2).

Evolutie van het aantal erkende ziekenhuisbedden

De evolutie in de vergrijzing van de bevolking en de innovatie in de gezondheidszorg kunnen vertaald worden in de evolutie van het aantal erkende bedden in de ziekenhuizen. Sinds 1995 zien we een daling van het aantal erkende 'acute' bedden in het ziekenhuis (-24%). De reden hiervoor is dat patiënten over de jaren heen minder lang in het ziekenhuis moeten verblijven voor bepaalde ziektes en ingrepen. Voor de geriatrische (+29%), gespecialiseerde (+370%) en psychiatrische bedden (+67%)², zien we een omgekeerde beweging. Daar kennen we een stijging van het aantal bedden sinds 1995 wat mede door de vergrijzing van de bevolking kan verklaard worden. In totaal observeren we een daling van 2.395 bedden (-4%) in de Belgische ziekenhuizen. Tussen 2010 en 2015 zien we een toename van het aantal erkende bedden ten gevolge van fusies tussen algemene en gespecialiseerde ziekenhuizen³.

Evolutie van het aantal erkende bedden in algemene ziekenhuizen

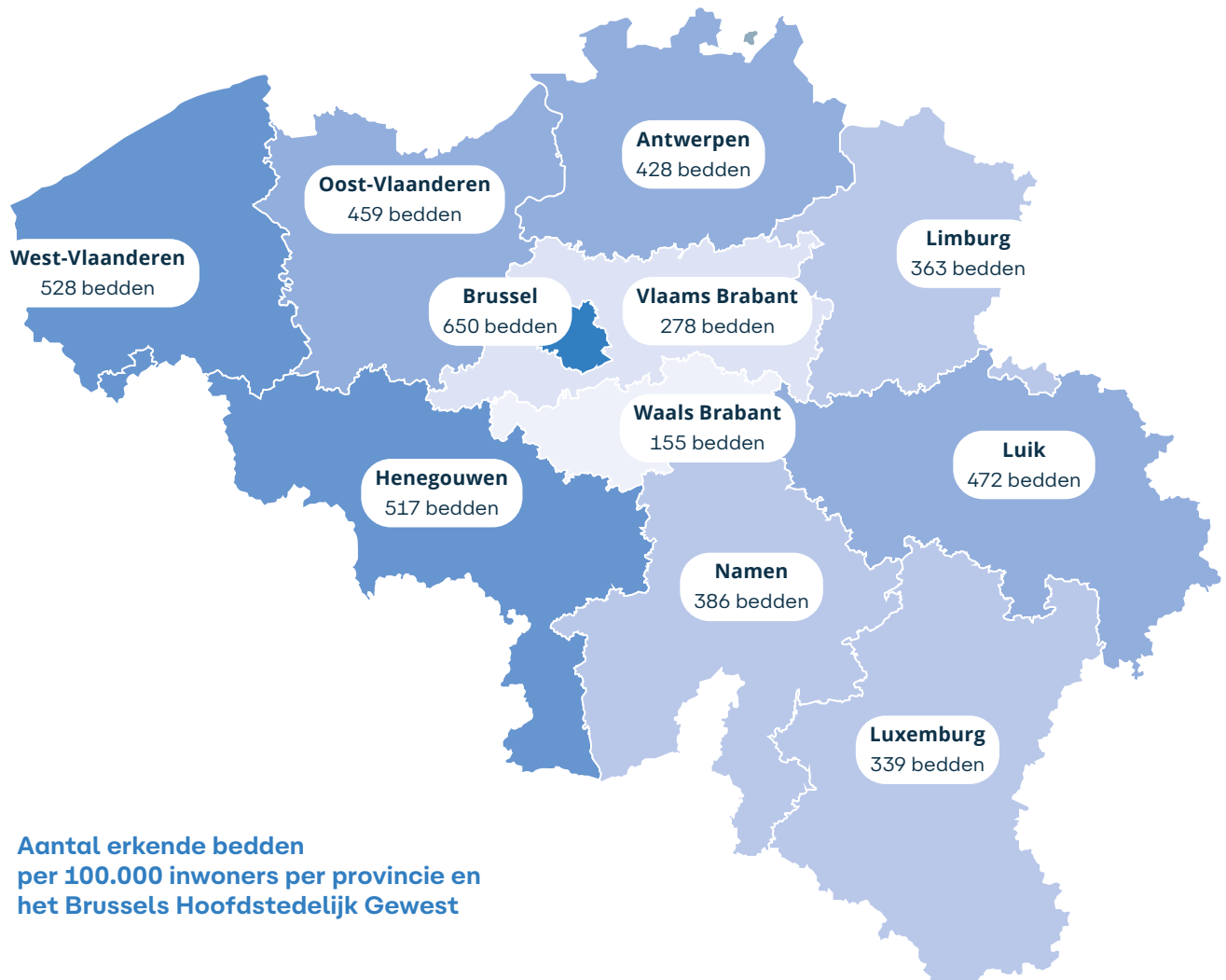


² Bevroren bedden worden meegeteld gezien de erkenning hiervoor behouden blijft.

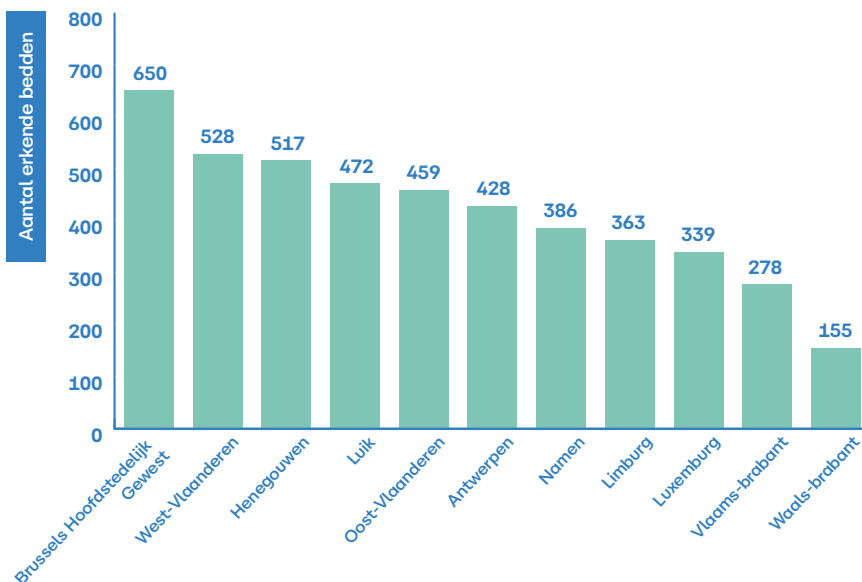
³ Bron: CIC op 01/01/2023

Geografische verdeling van het aantal erkende ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft het hoogste aantal bedden per 100.000 inwoners. Op de tweede en derde plaats vinden we respectievelijk West-Vlaanderen en Henegouwen. Waals-Brabant en Vlaams-Brabant zijn de provincies met het laagste aantal bedden.



Aantal erkende bedden per 100.000 inwoners per provincie en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



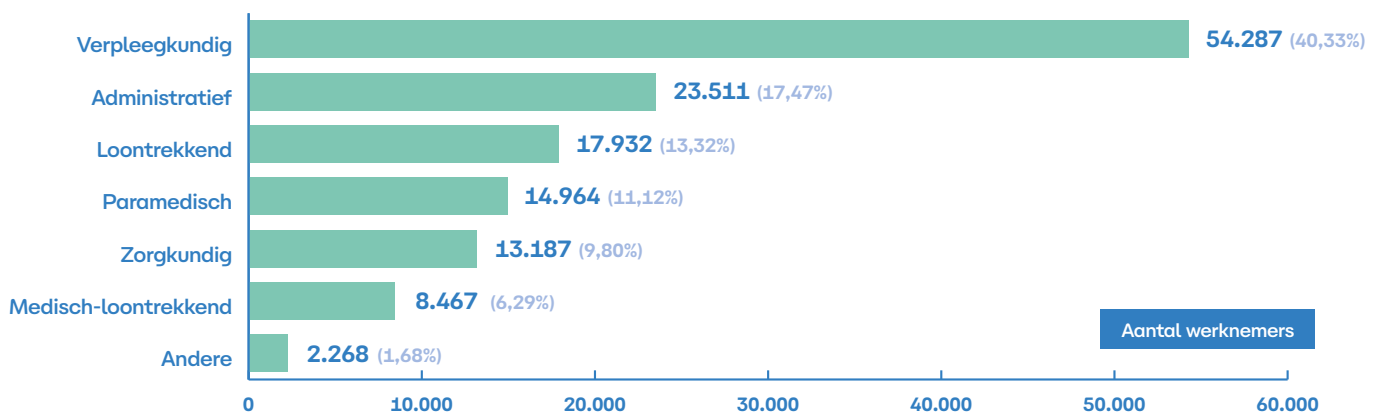
Evolutie van de tewerkstelling in de algemene ziekenhuizen

Verpleegkundigen vertegenwoordigen in 2020 de grootste groep (40%) van de loontrekkende personeelsleden in ziekenhuizen met 54.287 voltijds equivalenten (VTE). De cijfers⁴, die in onderstaande grafiek worden weergegeven, onderschatten echter ruimschoots de activiteit van het medisch personeel dat actief is in de algemene ziekenhuizen. Veel artsen werken er immers als zelfstandige en worden dus niet als loontrekkend medisch personeel aangegeven.



4 Bron: Finhosta

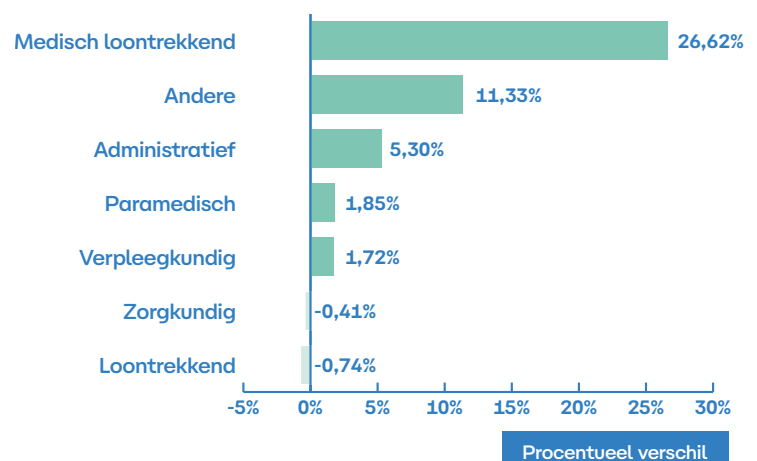
Aantal en percentage werknemers (in VTE) per personeelscategorie



Het volume VTE's steeg de afgelopen 5 jaar met 4.198 VTE (+ 3,22%). De grootste stijging stellen we vast bij het medisch loontrekkend personeel (+ 26,62%). Deze toename is voornamelijk toe te wijzen aan de stijging van het aantal arts-specialisten in opleiding.

VTE = Voltijds equivalent

Evolutie van het aantal VTE tussen 2016 en 2020



02

ACTIVITEIT



Stijging van 8,7% contacten in 10 jaar met abrupte daling omwille van de COVID-19-pandemie.

→ p. 14

In 2021 ruim 6 miljoen contacten in algemene ziekenhuizen.

→ p. 14



Vlamingen hebben minder contacten met het ziekenhuis dan personen woonachtig in Wallonië en Brussel en hebben meer daghospitalisaties. Brusselaars hebben vaker ambulante contacten met de spoedgevallendienst.

→ p. 18



Vanaf 2014 zijn er meer daghospitalisaties dan klassieke hospitalisaties.

→ p. 14



Kwart van de daghospitalisaties in het kader van chemo- en immunotherapie.

→ p. 19

Hoe kan ik u helpen?



ACTIVITEIT⁵

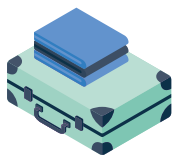
Evolutie en kenmerken ziekenhuisverblijf

Er zijn verschillende soorten ziekenhuisverblijven of contacten met het ziekenhuis. Bij een daghospitalisatie komt de patiënt naar het ziekenhuis zonder er te overnachten. Bij een klassieke hospitalisatie verblijft de patiënt minstens één nacht in het ziekenhuis en wordt een verpleegdagprijs aangerekend. Een verblijf via de spoedgevallendienst kan een contact zijn zonder opname (hierna 'ambulante contacten met de spoedgevallendienst' genoemd) of een contact gevolgd door een opname (dagopname of klassieke opname).

- 5 Bron cijfergegevens: Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG). 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.

Evolutie van het aantal verblijven en contacten

In 2012 werden in totaal 5.693.465 ziekenhuisverblijven geregistreerd (dit omvat de klassieke of daghospitalisaties en ambulante contacten met de spoedgevallendienst). In 2019 klom dit aantal naar 6.522.643 verblijven. Nadien observeren we omwille van de maatregelen omtrent de COVID-19-pandemie een atypische daling. Deze daling is nog steeds zichtbaar in 2021 met 6.190.205 verblijven. Enkel het aantal daghospitalisaties is hoger dan vóór de pandemie.



Klassieke hospitalisatie

1.662.115



Daghospitalisatie

2.193.158



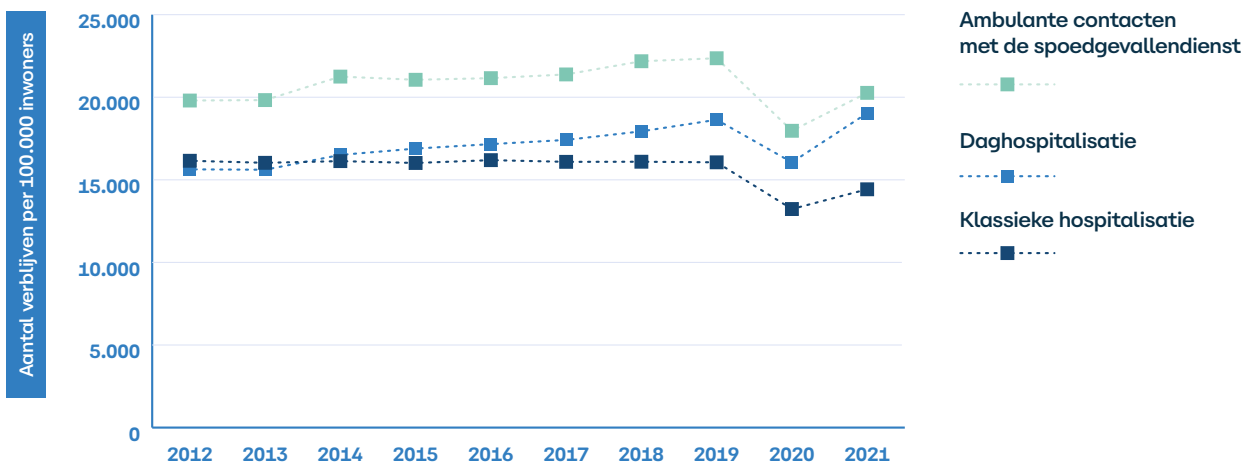
Ambulante contacten

2.334.932

Om de evolutie in de tijd goed te kunnen vergelijken, kijken we naar het aantal verblijven/contacten per 100.000 inwoners. Dit aantal steeg van 2012 tot 2019 met 10,6%. Dit is voornamelijk te wijten aan een hoger aantal daghospitalisaties (+19,2%) en ambulante contacten met de spoedgevallendienst (+12,9%).

Daarnaast noteren we vanaf 2014 meer daghospitalisaties dan klassieke hospitalisaties. Dit ligt in lijn met de ziekenhuishervormingen. Men wil nl. het aantal overbodige overnachtingen in ziekenhuizen laten dalen wanneer dit medisch veilig kan verlopen én wanneer dit sociaal haalbaar is voor de patiënt. Omwille van medische innovaties zijn ingrepen bovendien minder invasief waardoor patiënten sneller herstellen en het ziekenhuis kunnen verlaten. De verschuiving naar meer daghospitalisatie heeft verschillende voordelen: bv. een lagere kans op ziekenhuisinfecties door korter verblijf en mogelijk lagere kosten voor zowel patiënt als maatschappij. Daarenboven kunnen verpleegkundigen elders ingezet worden wanneer de zorgen die samenhangen met een overnachting verminderen.

Evolutie van het aantal contacten en verblijven per 100.000 inwoners per type hospitalisatie



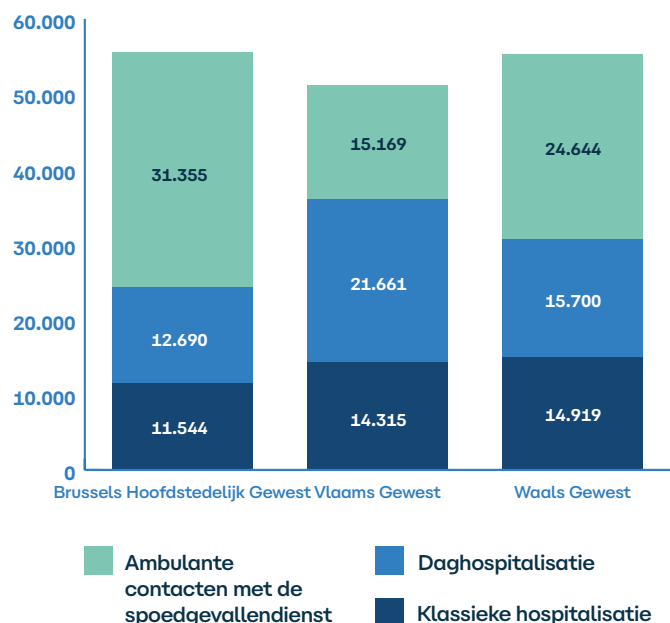
Aantal ziekenhuisverblijven/ contacten per gewest⁶

In 2021 bedroeg het totale aantal verblijven per 100.000 inwoners in Vlaanderen 51.145, in Brussel 55.589 en in Wallonië 55.263. Wanneer we de 3 gewesten onder de loep nemen, merken we enkele verschillen op. Algemeen wordt er in Vlaanderen namelijk minder gebruik gemaakt van ziekenhuiszorg dan in de andere twee gewesten.

Het aantal daghospitalisaties ligt er wel beduidend hoger en het aantal ambulante contacten met de spoedgevallendienst lager. In het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest wordt ambulante twee keer zo vaak gebruikgemaakt van de spoeddiensten dan in het Vlaamse Gewest. In het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest wordt er minder gebruik gemaakt van klassieke hospitalisaties.

6 Gewest van domicilie van de patiënt.

Aantal verblijven per 100.000 inwoners per type hospitalisatie en per regio van de patiënt (2021)



Meer weten over herkomst van de patiënten:

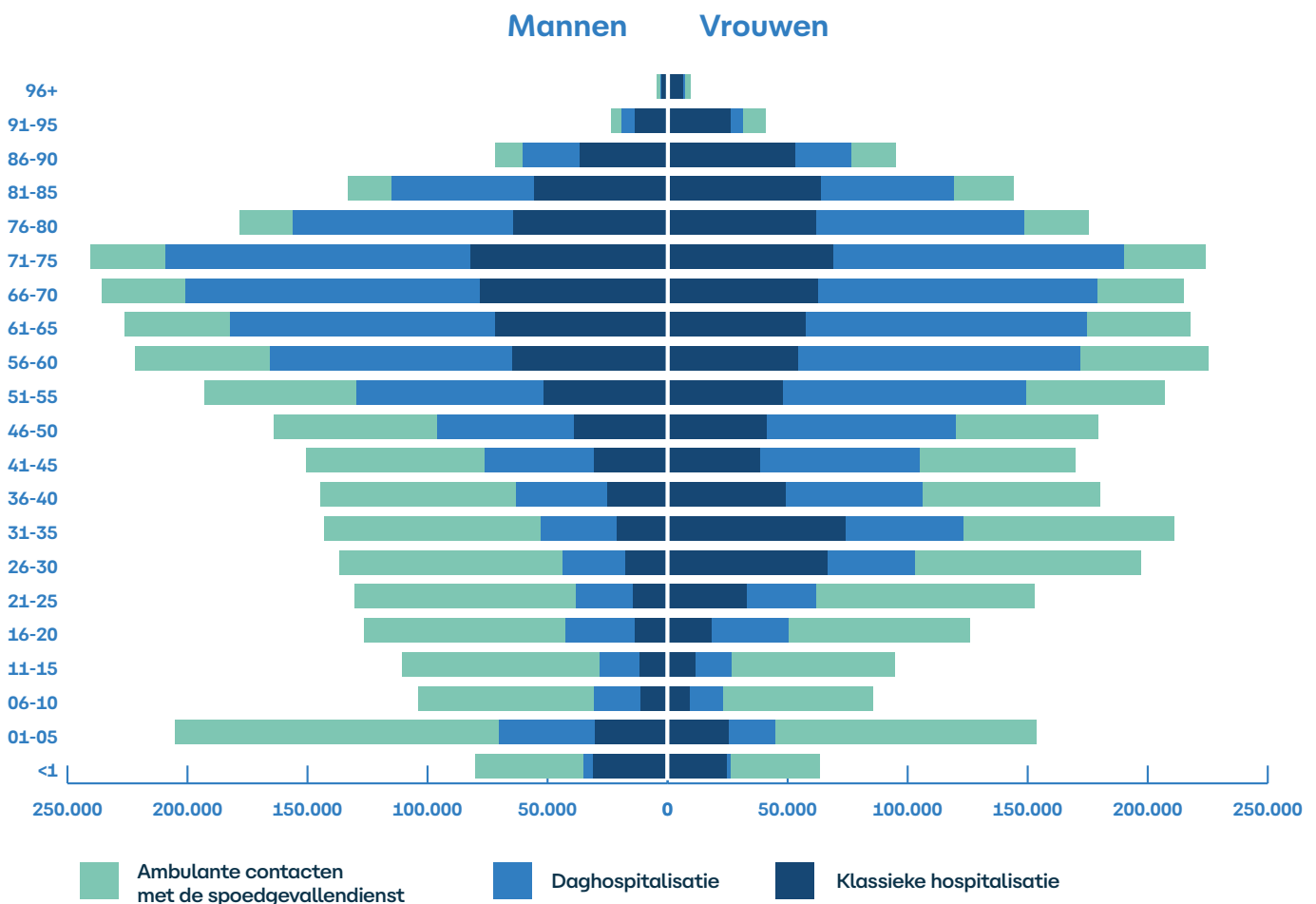
<https://www.health.belgium.be/nl/mzg-herkomst-van-de-patienten>

Leeftijd en geslacht van patiënten

Bij kinderen zien we een hoger aantal contacten met het ziekenhuis bij de leeftijd van 1 tot 5 jaar, voornamelijk door het intensievere gebruik van ambulante spoeddiensten. Ongeveer één vijfde van de patiënten is tussen 55 en 70 jaar oud. Na de leeftijd van 80 jaar noteren we bij vrouwen een hoger totaal aantal ziekenhuisverblijven dan bij mannen. Dat heeft te maken met hun langere levensverwachting. Het hogere gebruik van ziekenhuiszorg door vrouwen van 20 tot 40 jaar in vergelijking met mannen in deze leeftijdsgroep houdt voornamelijk verband met bevallingen.



Aantal verblijven en contacten per type hospitalisatie, leeftijd en geslacht (2021)

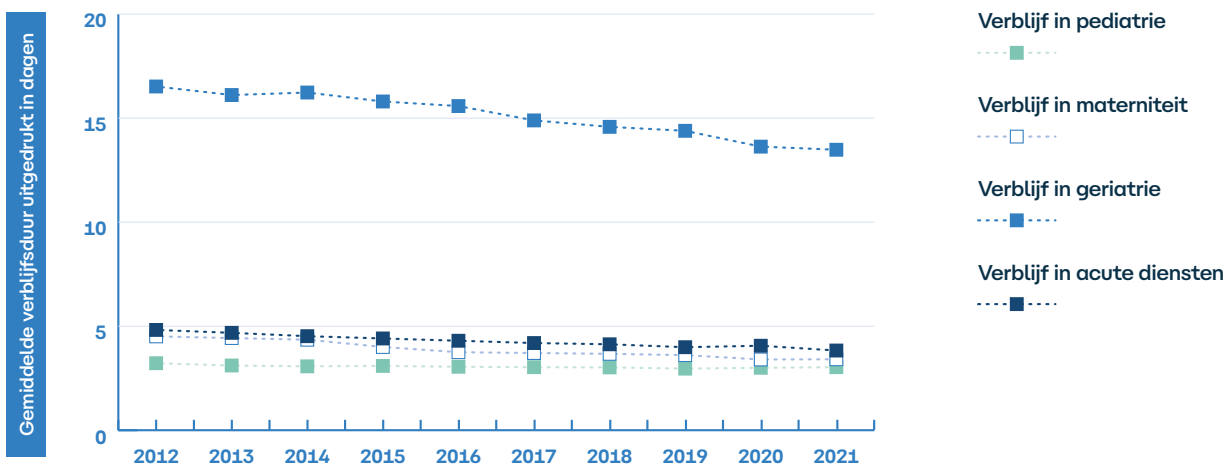


Gemiddelde verblijfsduur bij klassieke hospitalisatie

Het gezondheidszorgbeleid stimuleert al jaren de verkorting van de verblijfsduur om de efficiëntie en het juiste gebruik van de ziekenhuiscapaciteit te waarborgen. Dit wil men doen zonder in te boeten aan de kwaliteit van de zorg en door rekening te houden met de specifieke situatie van elke patiënt.

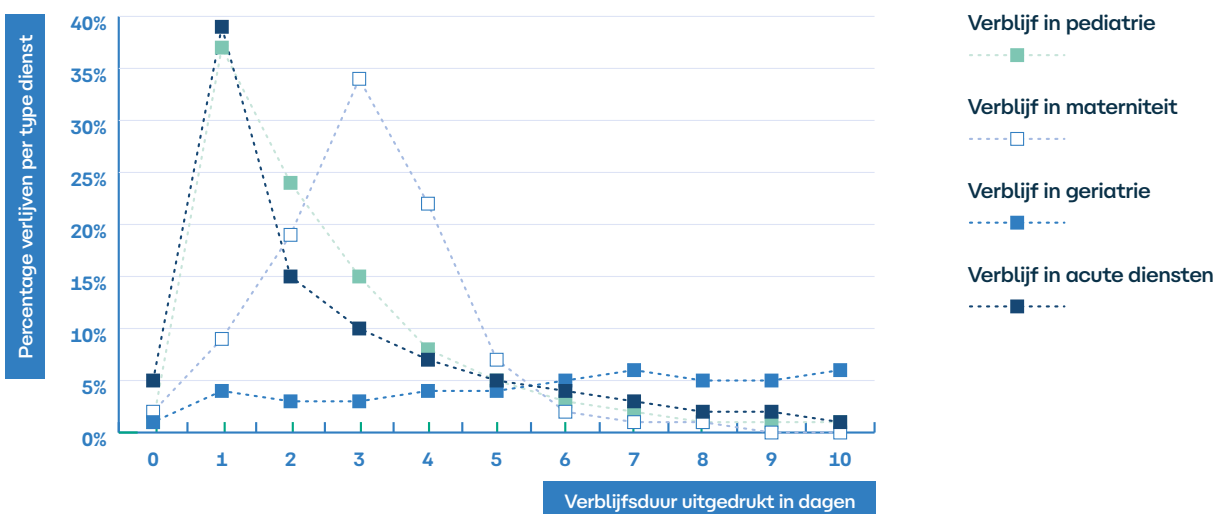
In 2021 bedroeg de gemiddelde verblijfsduur in een acute dienst 4 dagen, in een dienst voor geriatrie 13 dagen en in een dienst voor materniteit en pediatrie 3 dagen. Tussen 2012 en 2021 daalde de gemiddelde verblijfsduur in de diensten acute zorg en materniteit met één dag en voor de dienst geriatrie met drie dagen. Voor de dienst pediatrie bleef de gemiddelde ligduur stabiel.

Gemiddelde verblijfsduur bij klassieke hospitalisatie per dienst



Wanneer we inzoomen op het aantal dagen dat patiënten in een bepaalde dienst verblijven, stellen we vast dat bijna 60% van de acute zorgverblijven niet langer dan 2 dagen duurt. Op de materniteit verblijven patiënten in 64% van de gevallen niet langer dan 3 dagen en duurt 86% van de verblijven niet langer dan 4 dagen⁷. Op geriatrie is de gemiddelde ligduur langer dan op de andere afdelingen. 54% van de patiënten verblijft daar langer dan 10 dagen. Op pediatrie verblijven 62% van de kinderen niet langer dan twee dagen in het ziekenhuis.

Verblijfsduur bij klassieke hospitalisatie volgens type dienst (2021)



⁷ Psychiatrische en chronische verblijven zijn niet mee in deze grafieken opgenomen. Verblijven van meer dan 10 dagen worden omwille van de leesbaarheid niet in de tweede grafiek weergegeven.

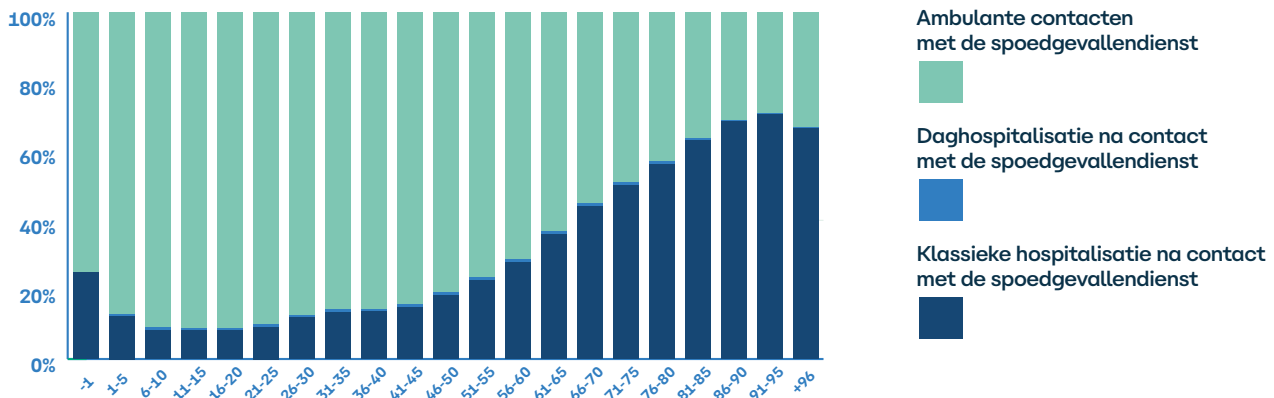
Opnames via de spoedgevallendienst

De volgende grafieken geven de ziekenhuisopnames weer na een bezoek aan de spoedgevallendienst ten opzichte van het aantal ambulante contacten met de spoedgevallendienst zonder opname.

Verdeling volgens leeftijd

Bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen leidt een ambulante contact op de spoedgevallendienst slechts in 1 op 10 gevallen tot een opname in 2021. Enkel kinderen jonger dan 1 jaar worden bij een kwart van de bezoeken aan een spoedgevallendienst opgenomen in het ziekenhuis. Dit is dubbel zoveel als bij kinderen tussen 1 en 18 jaar. Heel wat ouderen worden na een bezoek aan de spoedgevallendienst echter wel opgenomen. Boven de leeftijd van 75 jaar wordt een contact met de spoedgevallendienst in meer dan de helft van de gevallen gevolgd door een klassieke hospitalisatie. Een daghospitalisatie na een bezoek aan de spoedgevallendienst gebeurt slechts zelden.

Percentage type hospitalisatie na een bezoek aan de spoedgevallendienst volgens leeftijdscategorie (2021)



Verdeling volgens gewest

In Vlaanderen wordt minder gebruikgemaakt van de spoedgevallendiensten. Bijna 60% van de verblijven in klassieke hospitalisatie verlopen niet via de spoedgevallendienst. Ongeveer de helft van de contacten met een ziekenhuis betreffen ambulante contacten met de spoedgevallendienst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (51,3%) en in het Waalse Gewest (46,3%).

Verhouding van contacten met spoedgevallendienst en klassieke hospitalisatie per gewest (2021)

Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Vlaams Gewest



Waals Gewest



● Klassieke hospitalisatie na contact met de spoedgevallendienst

● Klassieke hospitalisatie zonder contact met de spoedgevallendienst

● Ambulant contact met de spoedgevallendienst

Opmerking: De verblijven in daghospitalisatie betreffen een klein aandeel en worden omwille van de leesbaarheid niet in de grafiek opgenomen.

De meest voorkomende diagnoses

Onderstaande grafiek toont het aantal verblijven voor de vijf meest voorkomende diagnosegroepen volgens de ICD-10-CM classificatie⁸ per type hospitalisatie.

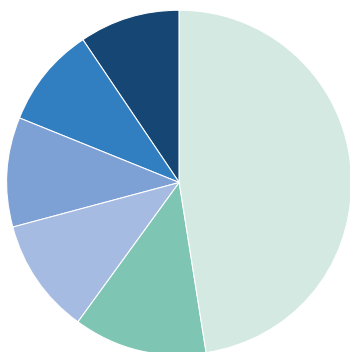
In klassieke hospitalisatie zijn de 3 meest voorkomende redenen voor opname: een opname naar aanleiding van aandoeningen aan het bloedsomloopstelsel, aan het spijsverteringstelsel en een opname omwille van een letsel.

In daghospitalisatie vindt een kwart van de opnames plaats in het kader van chemo- of immunotherapie. Bijna één vijfde van de dagopnames is het gevolg van aandoeningen aan het spijsverteringstelsel.

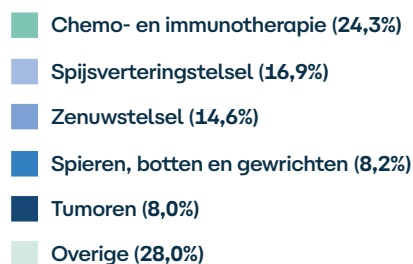
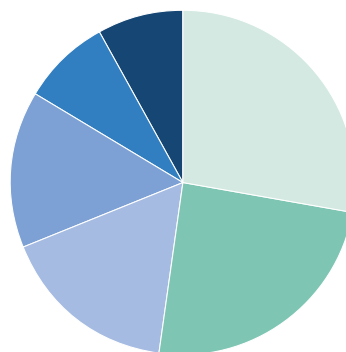


⁸ Hoofdstukken van ICD-10-BE, waarbij voor hoofdstuk XXI uitsluitend rekening wordt gehouden met chemo- en immunotherapie. De andere verblijven uit dit hoofdstuk werden niet opgenomen in de analyse (N=237.198). Daarnaast werden 10.475 verblijven die niet tot een hoofdstuk behoren niet meegenomen in de selectie.

Klassieke hospitalisatie



Daghospitalisatie



Meer weten over prevalentie ziektebeelden:

<https://www.health.belgium.be/nl/mzg-publicaties-het-voorkomen-van-ziektebeelden-een-ziekenhuis>

Verpleegkundige zorgen

De grafiek hieronder geeft een overzicht van de tien meest voorkomende verpleegkundige zorgen die geregistreerd zijn in 2021. De verschillende verpleegkundige zorgen worden gegroepeerd in 6 domeinen:

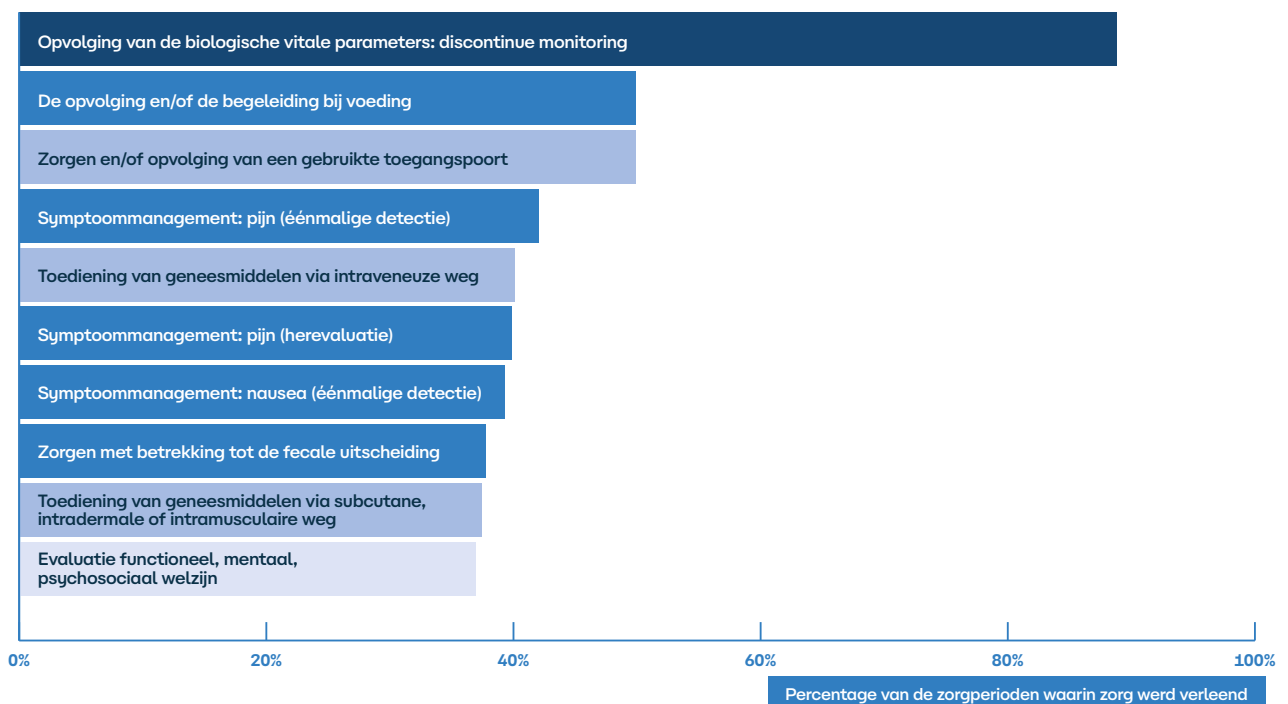
- **Domein 1:**
Zorgen bij de elementaire fysiologische functies
- **Domein 2:**
Zorgen bij de complexe fysiologische functies
- **Domein 3:**
Gedrag
- **Domein 4:**
Veiligheid
- **Domein 5:**
Gezin en familie
- **Domein 6:**
Gezondheidszorgbeleid



Bij 90% van de zorgperiodes wordt de opvolging van biologische en vitale parameters geregistreerd. Deze verpleegkundige zorg is gericht op het detecteren of voorkomen van complicaties, zoals het meten van lichaamstemperatuur, bloeddruk of ademhalingsfrequentie.

Vijf van de 10 meest voorkomende zorgen bevinden zich binnen domein 1, waarin alle verpleegkundige zorgen worden gegroepeerd die gericht zijn op de basisbehoeften van de patiënt.

10 meest voorkomende verpleegkundige zorgen in een zorgperiode in 2021



Op de tweede plaats in de grafiek staan de verpleegkundige activiteiten met betrekking tot voeding. In 60% van de zorgperiodes wordt de patiënt opgevolgd of begeleid bij de voedingsinname. Dit omvat bijvoorbeeld het evalueren van de voedselinname, begeleiding van moeders bij borst- en/of flesvoeding, of het volgen van een patiënt die nuchter moet blijven.

De vierde, zesde en zevende plaats worden ingenomen door drie interventies gericht op het bevorderen van het lichamelijke comfort van de patiënt, zoals pijnmanagement. Deze zorgen worden uitgevoerd in ongeveer 40% van de zorgperiodes.



Pijn: Een focuspunt voor betere zorg

Pijnregistratie en -evaluatie zijn essentiële aspecten van verpleegkundige zorg⁹. Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in het verbeteren van pijnbestrijding. Pijn heeft een aanzienlijke invloed op de gezondheid en het welzijn van patiënten. Onderzoek heeft aangetoond dat onvoldoende pijnmanagement leidt tot slechte wondgenezing, trombo-embolische incidenten, pulmonale complicaties, langere verblijfsduur op de intensieve zorgafdeling en in het ziekenhuis, en een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische pijn.

Helaas ervaren nog steeds 80% van de postoperatieve patiënten pijn, volgens het toezichtrapport van de zorginspectie. Bovendien voldoet niet elk patiëntendossier aan de minimale vereiste van twee pijnregistraties per dag. Opvallend is ook dat pijnscores minder consistent worden ingevuld in vergelijking met andere vitale parameters zoals bloeddruk, puls en temperatuur.

Er zijn verschillende redenen voor deze problemen. Enerzijds is pijnregistratie een relatief nieuwe vitale parameter, waardoor verpleegkundigen mogelijk kennis tekortkomen over pijnbestrijding, het juiste gebruik van pijnstillers, het beoordelen van pijn en misvattingen over opioïden en verslaving. Anderzijds geven patiënten aan dat ze onvoldoende voorlichting hebben gekregen over verwachte pijn en pijnmanagement.

Om het pijnmanagement te verbeteren, worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Bewustmaking van alle aspecten van pijnproblematiek onder zorgverleners.
- Verhoging van de kennis van verpleegkundigen over symptomen, complicaties en interventies met betrekking tot onbeheerde pijn via educatieprogramma's.
- Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een wetenschappelijk ziekenhuisbreed algoritme voor pijnbestrijding.
- Evaluatie van de tevredenheid over pijnbestrijding met behulp van 'Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems'-scores (HCAHPS) vóór en na de implementatie van het educatieprogramma en het algoritme.

9 Bron: Improving Patient Satisfaction With Better Pain Management in Hospitalized Patients The Journal for Nurse Practitioners Volume 13, Issue 1, January 2017, Pages e23-e27.
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/rapport_az.pdf

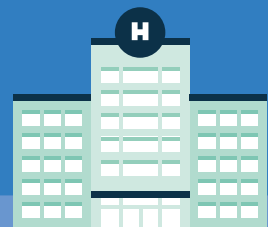
03

FINANCIERING

21,3

De omzet binnen de algemene ziekenhuizen bedroeg in 2021 21,3 miljard euro.

→ p. 23



In januari 2023 werd een BFM voorzien van 9.935.557.653 euro voor de algemene ziekenhuizen.

→ p. 24

Het BFM wordt deels toegekend op basis van forfaitaire bedragen en deels op basis van de verantwoorde activiteit van elk ziekenhuis.

→ p. 24



Het BFM bestaat uit drie hoofddonderdelen: een budget voor de kortetermijn kredietlasten (deel A2), 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).

→ p. 24



Het BFM en de honoraria van de artsen betreffen in 2021 elk één derde van de totale omzet.

→ p. 23

FINANCIERING

Financieringsbronnen

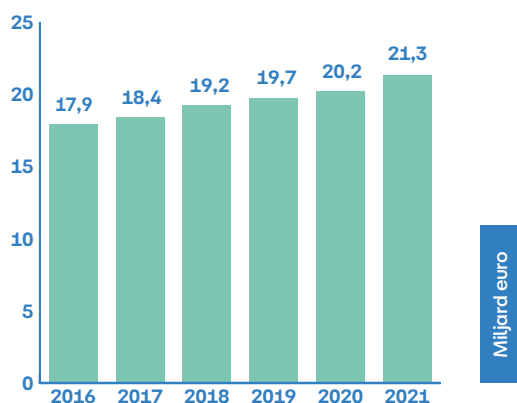
De sector van de algemene ziekenhuizen was in 2021 goed voor een totale omzet van 21,3 miljard euro.¹⁰

De belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen zijn het Budget Financiële Middelen (BFM) (36,5%), de afdrachten van de honoraria van artsen, tandartsen en bepaalde categorieën van verzorgend en paramedisch personeel (31,5%), de forfaits van het RIZIV (4,4%), farmaceutische en soortgelijke producten (20,8%), kamersupplementen (0,5%) en de patiëntbijdrage.

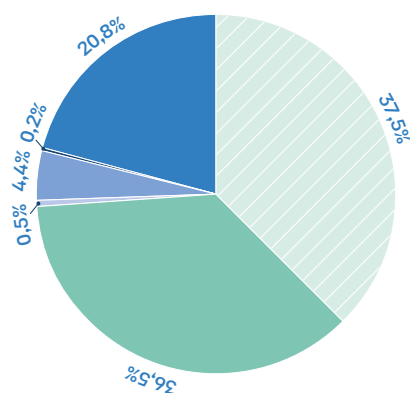


10 Bron: Finhosta

Evolutie omzet
algemene ziekenhuizen



Omzetverdeling (2020)



- Farmaceutische en gelijkaardige producten
- Honoraria
- Forfaits RIZIV-overeenkomsten
- Kamersupplementen
- BFM
- Bijkomende producten

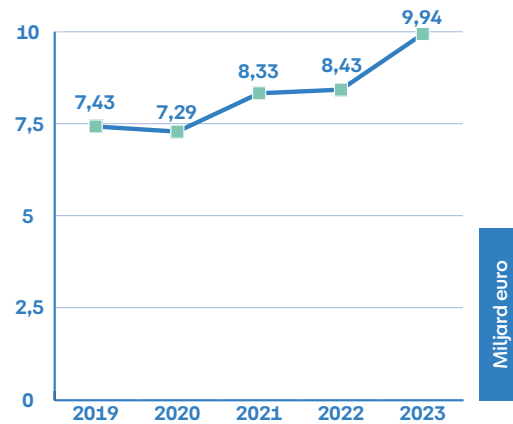
Het Budget Financiële Middelen

Verdeling van het budget

De financiering van een ziekenhuis via het Budget Financiële Middelen is het resultaat van de individuele verdeling van het totale ziekenhuisbudget over alle ziekenhuizen.¹¹ In januari 2023 werd dit totale budget vastgesteld op een maximumbedrag van 9.935.557.653 euro voor de algemene ziekenhuizen. Het BFM is de afgelopen 5 jaar met 34% gestegen van 7,4 miljard in 2019 naar 9,9 miljard in 2023.

¹¹ 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.

Evolutie van het BFM algemene ziekenhuizen op 1 januari



Het BFM bestaat uit drie hoofdonderdelen: een budget voor de kortetermijn kredietlasten (deel A2), 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 2023)
A2	Kortetermijn kredietlasten	0,59 %
B: Werkingskosten	B1 Kosten voor gemeenschappelijke diensten	18,85 %
	B2 Kosten voor klinische diensten	36,29 %
	B3 Werkingskosten van medisch-technische diensten NMR - Radiotherapie - PET	1,11 %
	B4 Recyclage en forfaits	15,42 %
	B5 Werkingskosten van de ziekenhuisapotheek	1,57 %
	B6 Kosten sociaal akkoord personeel buiten BFM	1,16 %
	B7 Kosten m.b.t. universitaire functies	1,93 %
	B8 Kosten gelinkt aan het sociale karakter van de patiëntenpopulatie	0,32 %
	B9 Kosten sociaal akkoord	17,00 %
C: Correcties	C2 Inhaalbedragen	5,90 %
	C3 Gedeeltelijke recuperatie van kamersupplementen	-0,13 %



BFM in de kijker

Het **Zorgpersoneelsfonds** wordt vergoed via het B9-onderdeel in het BFM. Het heeft als doel om de werkgelegenheid en de vorming voor de verpleegkundigen en het ondersteunend personeel te verbeteren. Op deze manier kan men de effectieve tijd voor zorg aan patiënten aan bed verhogen. In januari 2023 werd **336 miljoen euro** toegekend aan de algemene ziekenhuizen.

De **hervorming van het dagziekenhuis** heeft twee doelstellingen: innovatieve technieken aanmoedigen én onnodige overnachtingen in het ziekenhuis vermijden.

Om dit aan te moedigen worden twee financiële acties ondernomen:

- Op 1 januari 2023 werd de lijst van nomenclatuurcodes van het RIZIV m.b.t. chirurgische daghospitalisatie van een update voorzien. De zogenoemde **lijst A** bevat **551 nomenclatuurcodes of ingrepen**. Voordien waren dit slechts 246 ingrepen. Deze ingrepen mogen in een chirurgisch dagziekenhuis plaatsvinden en geven aanleiding tot de financiering hieromtrent via het BFM. De uitbreiding betreft ingrepen zoals bijvoorbeeld een galblaasoperatie, het verwijderen van de appendix of het zetten van een knieprothese.
- **Lijst B** zal vanaf 2023 opnieuw in gebruik worden genomen. Dit betreft een lijst van 189 ingrepen, die in een dagziekenhuis zouden moeten plaatsvinden, bv. het verwijderen van spataders, een besnijdenis of het wegnemen van amandelen bij een kind. Een ziekenhuis zal voor de ingrepen op deze lijst enkel een vergoeding equivalent aan een dagopname verkrijgen. Indien de patiënt toch langer verblijft in het ziekenhuis zal hiervoor geen aanvullende vergoeding worden toegekend via het BFM. Dit wordt dan gezien als **een oneigenlijk verblijf**. Deze regeling geldt enkel voor personen jonger dan 75 jaar en zonder bijkomende gezondheidszorgproblematieken. Deze lijst moet ervoor zorgen dat ziekenhuizen er geen belang bij hebben om de patiënt langer dan nodig op te nemen.

De federale overheid nam in 2020 de beslissing om de ziekenhuizen alsook de zorgverleners van een financiële tegemoetkoming te voorzien in het kader van de **COVID-19-pandemie**. Hiervoor werden voorschotten voor een totaalbedrag van 2 miljard euro uitgekeerd aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen. De toekenning van de voorschotten heeft als doel om de ziekenhuizen te ondersteunen om aan hun financiële verplichtingen te kunnen voldoen, m.n. het betalen van actieve personeelsleden alsook het tijdig kunnen betalen van facturen van leveranciers en dienstverleners. De definitieve financiering zal in 2023 bepaald worden op basis van de reële impact van COVID-19 op elk ziekenhuis.

Verantwoorde bedden

Voor algemene ziekenhuizen is de financiering voornamelijk gebaseerd op patiënt-gerelateerde activiteiten. Voor elk ziekenhuis bepaalt men een 'verantwoorde activiteit' op basis waarvan men de kosten van het verzorgend en verplegend personeel en het gebruik van medische producten tracht te dekken.

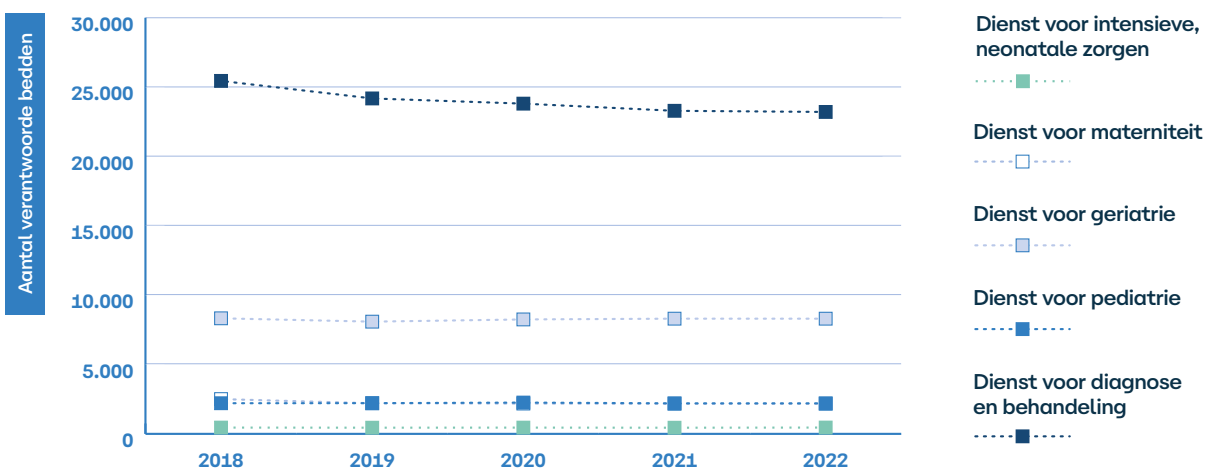
De verantwoorde activiteit wordt berekend op basis van het aantal opnames in een ziekenhuis, gewogen volgens de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep. Bij de berekening wordt steeds rekening gehouden met de ernstgraad van de patiënt. Als de gemiddelde verblijfsduur voor een bepaalde patiëntengroep in het ziekenhuis korter is dan het nationale gemiddelde, is dat voordelig voor het ziekenhuis (want het ziekenhuis wordt gefinancierd voor méér verpleegdagen dan het gerealiseerd heeft). Als de gemiddelde verblijfsduur voor een patiëntengroep langer is dan het nationale gemiddelde, is dat nadelig.

Het totaal aantal verantwoorde ligdagen van het ziekenhuis wordt gedeeld door een normatieve bezettingsgraad, vermenigvuldigd met 365 om het **aantal verantwoorde bedden** van het ziekenhuis te bekomen.

Het aantal verantwoorde bedden daalde met 6,7% de afgelopen 5 jaar. De grootste daling zien we voor materniteit (-13,3%). Dit zou men kunnen toewijzen aan de projecten rondom 'Bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf' waarbij men de zorg voor, tijdens en na het ziekenhuisverblijf optimaliseerde.

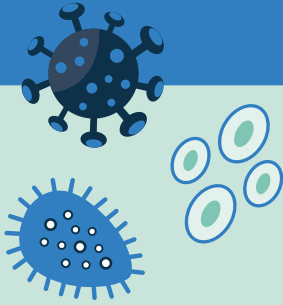


Evolutie van het aantal verantwoorde bedden



03

KWALITEIT EN INNOVATIE



Antimicrobiële resistentie (AMR) vermijden door 'Infection prevention and control' (IPC) en 'Antimicrobial stewardship' (AMS)

→ p. 28



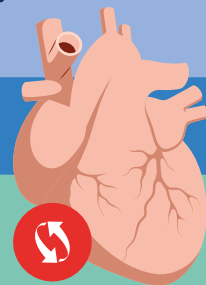
In 80,4% van de gevallen in 2021 handhygiëne nageleefd.

→ p. 30



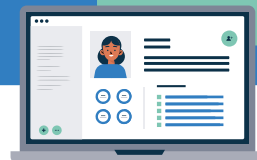
24 HOST-teams opgericht in 2021 en 2022.

→ p. 31



Aantal verblijven m.b.t. congestief hartfalen in België één derde lager dan het gemiddelde in de EU-landen.

→ p. 34



57 miljoen euro verdeeld voor de uitrol van EPD in 2022.

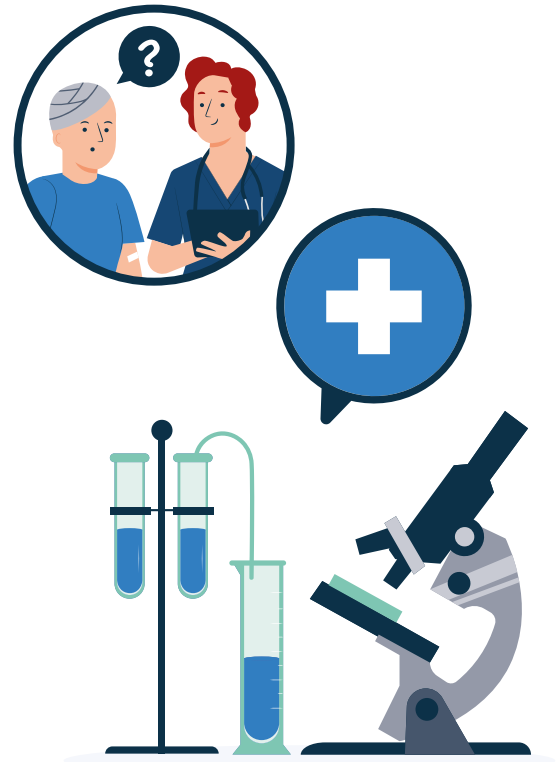
→ p. 37

KWALITEIT EN INNOVATIE

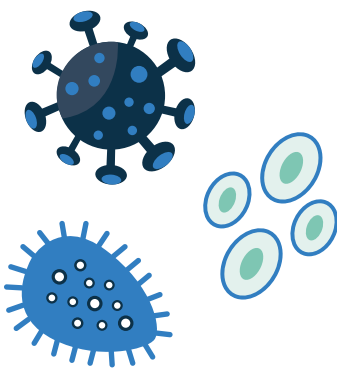
Het domein van kwaliteit van zorg bestrijkt uiteenlopende dimensies: de keuze van de meest geschikte technologieën en behandelingen voor de patiënt, de efficiëntie van de zorg, een omgeving die de veiligheid van patiënten waarborgt, de tevredenheid van patiënten, het geïntegreerde karakter van de interventies voor een betere continuïteit ... Om op al die niveaus in te werken, worden er heel wat initiatieven ondernomen door de verschillende federale overheden en wetenschappelijke instituten (FOD Volksgezondheid, RIZIV, KCE, Sciensano, Hoge Gezondheidsraad en FAGG), maar ook op het niveau van de gefedereerde entiteiten, in het kader van privé-initiatieven (wetenschappelijke verenigingen, accreditatie-instellingen,...) en eveneens op internationaal niveau (OESO, EU, WHO, ...). Die initiatieven nemen verschillende vormen aan, met onder meer de opstelling van richtlijnen, bewustmakingscampagnes, de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en monitoring op het terrein, benchmarking, peer review en het voorzien van een systeem voor financiële prikkels nl. Pay for Performance.

In dit hoofdstuk worden, bij wijze van voorbeeld, enkele initiatieven uitgelicht die de afgelopen jaren genomen werden om de kwaliteit van de gezondheidszorg in België te meten en te verbeteren.

Verder zijn innovatie en digitalisering onmisbare factoren geworden in de hedendaagse gezondheidszorg. Ze transformeren processen en verbeteren de patiëntenzorg op ongeëvenaarde manieren. In dit hoofdstuk is een paragraaf toegevoegd over het belang en de implementatie van het elektronisch patiëntendossier (EPD), een voorbeeld van technologische innovatie in de zorg.



Antimicrobiële resistentie



Context

Antimicrobiële resistentie (AMR) is vandaag en morgen één van de grootste bedreigingen voor de volksgezondheid. Bacteriën kunnen ongevoelig worden voor antibiotica. De antibiotica kunnen dan bacteriën niet meer doden of afremmen.

Het European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)¹² beoordeelde de gezondheidslast van infecties met antibioticaresistente bacteriën in de EU/EER. In België werd het aantal infecties met antibioticaresistente bacteriën in 2020 geschat op 13.991. Het aantal geschatte overlijdens als gevolg van infecties met antibioticaresistente bacteriën in 2020 werd geschat op 616.

In het meest pessimistische scenario zullen er in de toekomst geen werkzame antibiotica meer zijn, zullen chirurgische ingrepen veel risicovoller worden en zullen behandelbare infecties opnieuw dodelijk worden.

¹² Bron: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data>

Daarom werd - in lijn met de lopende initiatieven rond antibiotica - een nationaal actieplan 'One World, One Health' gelanceerd voor de bestrijding van AMR. Een intersectorale en multidisciplinaire aanpak blijft immers nodig voor een rationeel gebruik van antimicrobiële middelen. Het nationaal actieplan AMR richt zich op het oordeelkundig verminderen en verbeteren van het gebruik van antimicrobiële stoffen (en antibiotica in het bijzonder) om zo de ontwikkeling en verspreiding van resistente microben te voorkomen, zowel bij mensen, dieren, planten als in het milieu. In de ziekenhuizen wordt antimicrobiële resistentie bestreden met programma's als 'Infection Prevention and Control' (IPC) en 'Antimicrobial Stewardship' (AMS) met als doel de overdracht van infecties maximaal te voorkomen en oordeelkundig antibioticagebruik te ondersteunen en stimuleren.

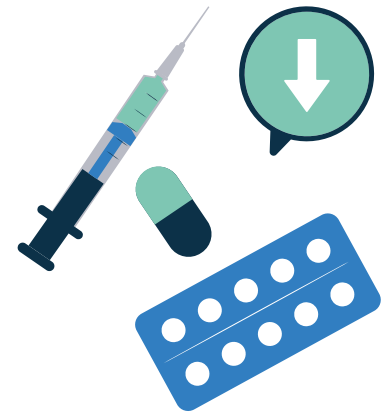


Meer weten over het nationale actieplan:

<https://www.health.belgium.be/nl/openbare-raadpleging-over-het-ontwerp-van-het-belgisch-nationaal-actieplan-one-health-voor-de>

Monitoring van het antibioticagebruik

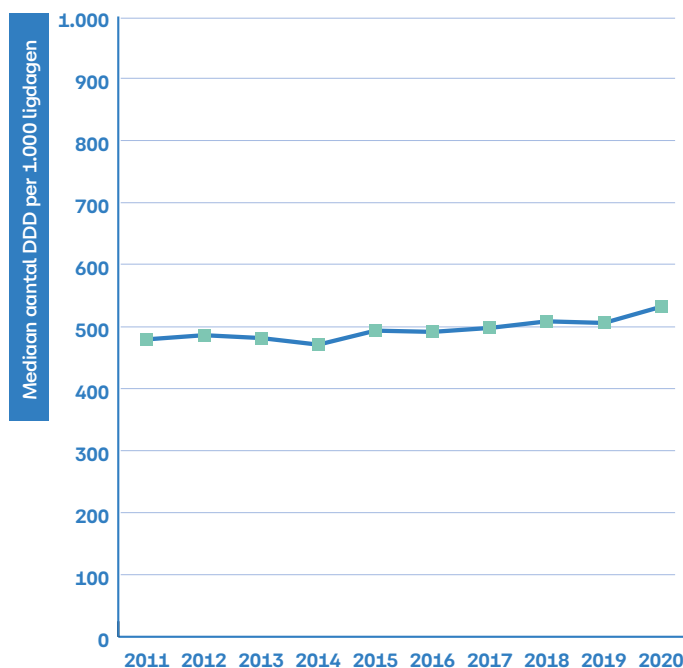
Sciensano heeft een toegankelijk online platform ontwikkeld waar je kunt zien hoe het gebruik van antimicrobiële stoffen, met name de meest gebruikte, in Belgische algemene, acute ziekenhuizen zich ontwikkelt¹³. Het verbruik van antibacteriële middelen voor systemisch gebruik, gemeten in dagelijkse doseringen (DDD) per 1.000 ligdagen, laat een licht stijgende trend zien, terwijl het gebruik van deze middelen per 1.000 opnames een lichte daling toont tot 2019, met een toename in 2020¹⁴.



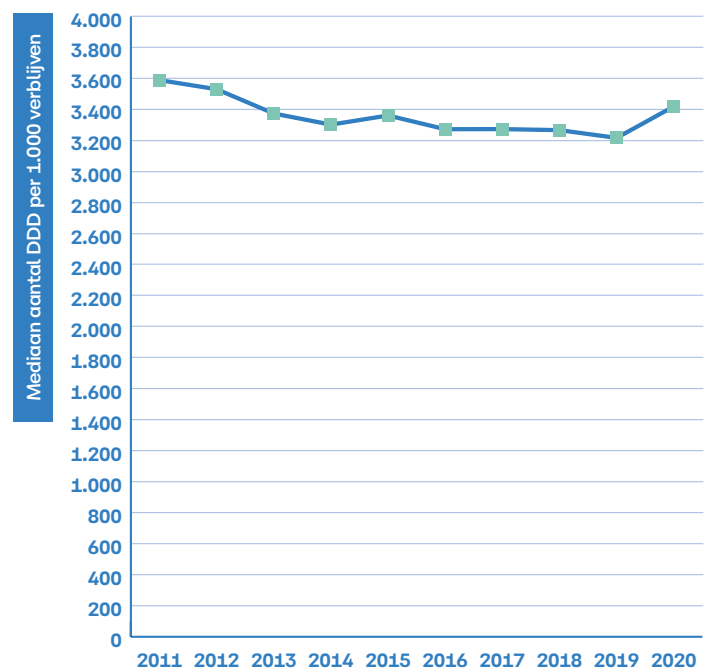
¹³ Bron: <https://www.healthstat.be/#/main>

¹⁴ Selectie van antibacteriële middelen voor systemisch gebruik werd uitgevoerd a.h.v. ATC-code J01. Enkel het verbruik in Belgische, acute ziekenhuizen met uitsluiting van psychiatrische diensten en daghospitalisaties werd in rekening genomen.

Evolutie van de consumptie van antibacteriële middelen voor systemisch gebruik uitgedrukt in aantal DDD per 1.000 ligdagen



Evolutie van de consumptie van antibacteriële middelen voor systemisch gebruik uitgedrukt in aantal DDD per 1.000 verblijven



De dalende trend kan mogelijk verklaard worden door een verandering van de epidemiologische situatie waarbij meer opnames (en dus een grotere noemer), leiden tot een daling wanneer het antibioticagebruik wordt uitgedrukt in DDD per 1.000 opnames. Aan de andere kant kan een kortere ligduur (met minder ligdagen en dus een kleinere noemer) bijdragen aan een stijgende trend wanneer het gebruik van antibiotica wordt uitgedrukt in DDD per 1.000 ligdagen. Ondanks dat de huidige cijfers een goede inschatting geven van het gebruik van antibiotica in Belgische ziekenhuizen, is er meer gedetailleerd onderzoek nodig.

Het online platform van ESAC-Net laat ook toe het gebruik van antibiotica te vergelijken met omliggende landen¹⁵. België scoort met 1,4 DDD per 1.000 inwoners per dag (DID) onder het Europese gemiddelde van 1,5 DID en Frankrijk met 1,7 DID in 2021. Belgische ziekenhuizen hebben het absoluut gebruik van antibacteriële middelen in de periode 2012-2021 met 17% verminderd, met de grootste daling tussen 2019 en 2020. Ondanks deze afname blijft het voorschrijfpatroon in Belgische ziekenhuizen hoger dan in Nederlandse ziekenhuizen (0,7 DID in 2021).

Het gebruik van breedspectrum antibiotica in België maakte in 2021 31% uit van het totale antibioticagebruik in de ziekenhuissector. Dit percentage varieert echter sterk tussen verschillende ziekenhuizen. Het is belangrijk om de inzet op verantwoord voorschrijven van antibiotica, gebaseerd op richtlijnen voort te zetten. Dit zorgt ervoor dat breedspectrum antibiotica zorgvuldig worden gebruikt voor complexe gevallen. De rol van de infectioloog is hierin cruciaal.

15 <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>



Meer weten? Lees het BELMAP-rapport!

[BELMAP 2022 | FPS Public Health \(belgium.be\)](#)

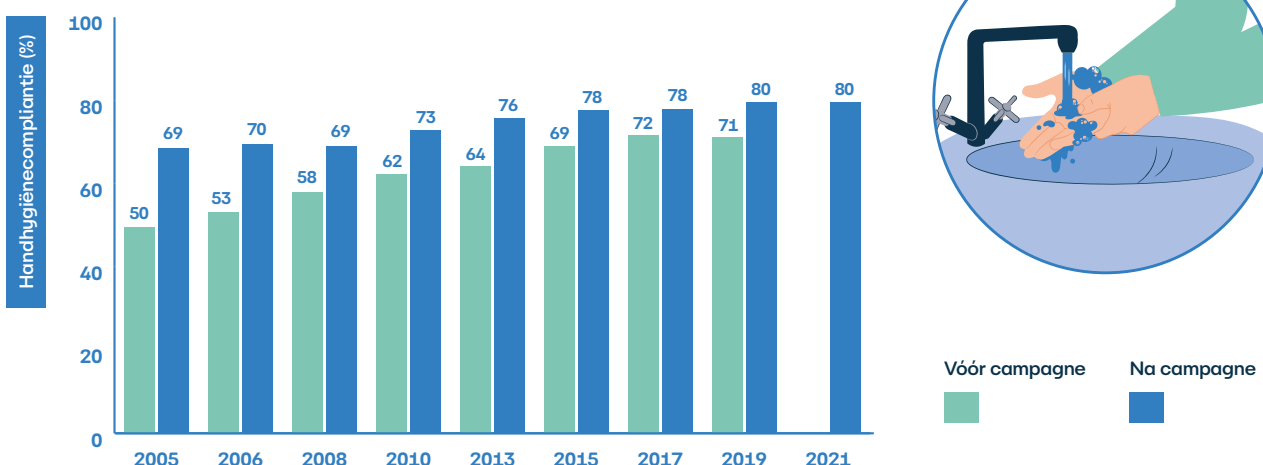
Infectiepreventie

De naleving van handhygiëne door zorgverleners wordt aanzien als de belangrijkste factor bij het voorkomen van de overdracht van zorginfecties onder de patiënten. Sinds 2005 worden in de Belgische ziekenhuizen handhygiëne campagnes georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, i.s.m. Sciensano, om personeel, patiënten en bezoekers bewust te maken van goede praktijken en om handontsmetting te bevorderen.

In de periode van 2005 t.e.m. 2019 ziet men steeds een duidelijk effect van de campagne in het naleven van de handhygiënerregels. Daarnaast ziet men een stijgende trend overheen de tijd.

In 2021 werd de 9^e campagne omtrent handhygiëne gelanceerd. Bij deze campagne werd geen meting vóór de campagne uitgevoerd. Na de campagne ziet men dat in 80,4% van de gemeten situaties de regels omtrent handhygiëne werden nageleefd.

Evolutie in het opvolgen van de richtlijnen aangaande handhygiëne (%)



De nadruk van deze negende campagne lag op een verbetering van de naleving voor de volgende indicaties:

- Handhygiëne bij veneus/arterieel contact (79,3% na campagne in 2021 t.o.v. 80% in 2019)
- Handhygiëne bij contact met de urinewegen (82,7% na campagne in 2021 t.o.v. 87,9% in 2019)

Net als bij de vorige campagnes behaalden verpleegkundigen de beste resultaten na de campagne (87%) in vergelijking met andere zorgverleners.

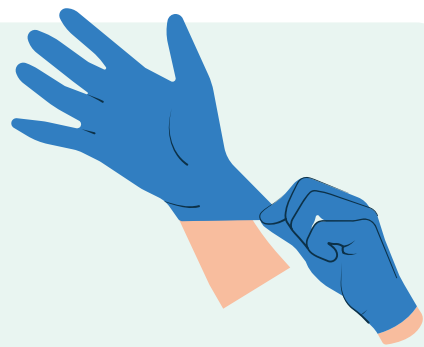


Meer weten over de resultaten?

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/sciensano_resultaten_nationaal_hh_campagne_2021_20220909_nl_versie_1.0.pdf

“Gebruik handschoenen rationeel, dit is essentieel”

is het thema van de 10e campagne handhygiëne 2023 in de ziekenhuizen. Het verwijderen van gecontamineerde handschoenen is een risicovolle handeling en daarom werd het rationeel en juist gebruik van steriele en niet-steriele handschoenen gekozen als thema.



Meer weten?

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/omgevingsinvloeden/handhygiene>



Meer weten?

www.noso-info.be

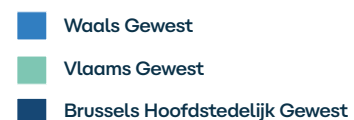
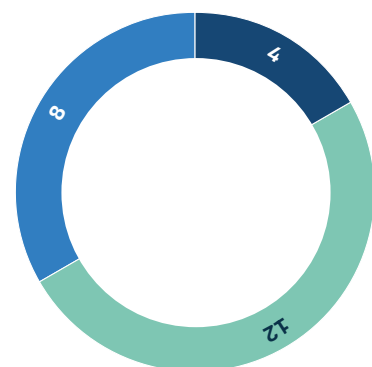
Hospital Outbreak Support Teams (HOST)

De FOD VVVL heeft Hospital Outbreak Support Teams (HOST) als pilootprojecten gelanceerd om de teams voor infectiepreventie en -bestrijding (IPC) en Antimicrobial Stewardship (AMS) in de ziekenhuizen te versterken. Daarbovenop wil de FOD met deze teams de beschikbaarheid van IPC- en AMS-deskundigheid voor woonzorgcentra en eerstelijnsactoren verhogen.

De HOST-pilootprojecten werken met twee complementaire assen:

- een lokaal-regionale aanpak met als focus delen van middelen en samenwerking tussen ziekenhuizen binnen een locoregionaal netwerk;
- een transversale aanpak met kennisoverdracht tussen alle betrokken partners.

Aantal HOST-projecten per regio



‘24 HOST-pilootprojecten werden opgestart in 2021 en 2022 in België’

24 HOST-pilootprojecten werden opgestart in 2021 en 2022 waarvan 4 in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, 12 in het Vlaamse Gewest en 8 in het Waalse Gewest op basis van een ingediend en goedgekeurd projectvoorstel. Regionale ziekenhuisnetwerken wezen een coördinerend ziekenhuis aan dat een overeenkomst ondertekende met de FOD VVVL.

De ziekenhuisnetwerken hebben HOST-teams opgericht bestaande uit mensen met expertise in infectieziekten, medische microbiologie, klinische farmacie en infectiepreventie en -bestrijding.

De activiteiten van 2022 en daarna worden geanalyseerd op basis van verhalende voortgangsverslagen over de volgende onderwerpen:

- Opstelling van lokale IPC/AMS-richtsnoeren, instrumenten en procedures;
- Onderwijs en opleiding;
- Surveillance, monitoring en feedback;
- De uitvoering van multimodale strategieën ter verbetering van IPC en AMS.

Er werd speciale aandacht besteed aan surveillance, met een in 2022 uitgetrokken budget van 120.000 euro per netwerk voor de verbetering van uitgebreide epidemiologische surveillance, analyse en feedback van gegevens over antimicrobieel gebruik en gezondheidszorg gerelateerde infecties in de deelnemende ziekenhuisnetwerken.

De integratie van de HOST-teams in de bestaande IPC- en AMS-structuren gaat gepaard met uitdagingen maar wordt stelselmatig beter dankzij de betrokkenheid van belangrijke actoren in de ziekenhuizen, besprekingen in regionale en nationale platforms en inspanningen om de interoperabiliteit van de IPC-, AMS- en AMR-databanken binnen het netwerk te verbeteren.

Een belangrijk concept van de HOST-projecten is de kruisbestuiving van ervaringen en lessen uit de verschillende HOST-projecten. In dit verband werd in oktober 2022 een intervisiedag georganiseerd. Ter gelegenheid van dit evenement werden verschillende lopende projecten van de HOST-teams gepresenteerd, successen, mislukkingen en geleerde lessen tussen de teams gedeeld. De stapsgewijze aanpak stelt de teams in staat te groeien en vooruitgang te boeken in het complexe landschap en de uiteenlopende realiteiten van IPC en AMS in onze gezondheidszorg. Ook in 2023 en 2024 worden dergelijke intervisiedagen georganiseerd.



Meer weten?

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/pilootproject-hospital-outbreak-support-teams-host>

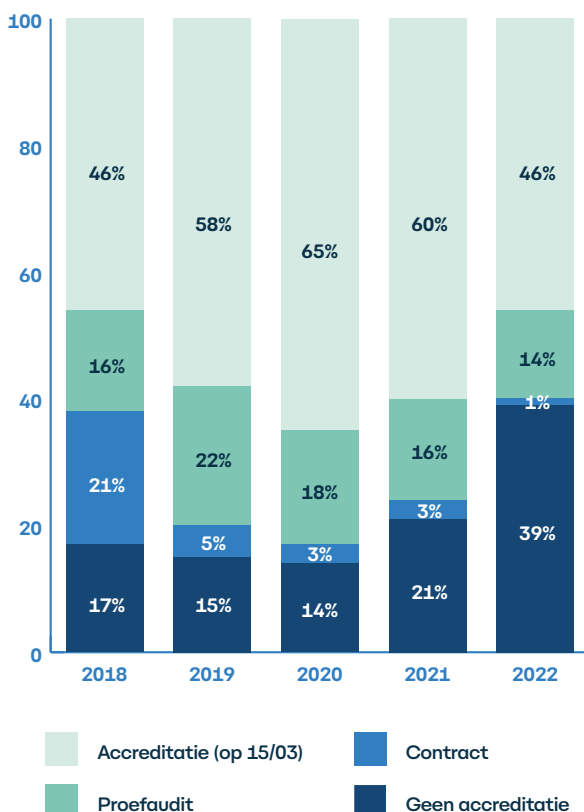
Pay for Performance

Het Pay for Performance-programma (P4P) werd in 2018 gelanceerd voor de algemene ziekenhuizen in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het doel van dit programma is het financieel belonen van ziekenhuizen die goede resultaten behalen op een set van ziekenhuisbrede en pathologiegebonden structuur-, proces- en resultaatindicatoren. Deze indicatoren zijn onder andere het behalen van een ISQua-accreditatiecertificaat en het toepassen van een patiëntveiligheidsmanagement systeem. Ook werd er gefocust op oncologische indicatoren, zoals het correct en volledig doorgeven van data omtrent het klinisch en pathologisch stadium van tumoren, en mortaliteitsindicatoren. In de laatste jaren werd meer een focus gelegd op patiëntervaringen. Ziekenhuizen krijgen een financiële prikkel op basis van de score op de indicatoren en het aantal verantwoorde bedden.

De kwaliteitsindicator ISQua-accreditatie (International Society for Quality in Healthcare) maakt sinds de start in 2018 deel uit van het P4P-programma. Bij een ISQua-accreditatie wordt het ziekenhuis beoordeeld door een externe, onafhankelijke organisatie voor het leveren van kwaliteitsvolle en veilige zorg aan de patiënt. Het behalen van een accreditatie-certificaat vereist van het ziekenhuis een grote inspanning.

Ziekenhuizen worden in P4P financieel beloond, zowel voor het behalen van een ISQua-accreditatiecertificaat als voor het voorbereidingstraject op een ziekenhuisbrede accreditatie.

Evolutie percentage ziekenhuizen per fase van accreditatie



‘Stijging van 17 naar 39 ziekenhuizen zonder een ISQua-accreditatie in de periode van 2018 naar 2022.’

In het P4P programma van 2018 waren 46 ziekenhuizen ISQua geaccrediteerd. In 2020 waren dat er 65. Vanaf 2021 is er echter een opvallende daling op te merken. Steeds meer (Vlaamse) ziekenhuizen, kiezen ervoor om niet te her-accrediteren. Zo beslisten 4 Vlaamse ziekenhuizen tussen 2020 en 2021 om hun ISQua-accreditatietraject stop te zetten. Tussen 2021 en 2022 liep dit aantal op tot 15 ziekenhuizen, bijna een verviervoudiging. In Brussel was er tussen 2020 en 2021 slechts 1 ziekenhuis dat besliste niet langer deel te nemen aan de ISQua-accreditatie. In Wallonië heeft geen enkel ziekenhuis de ISQua-accreditatie stopgezet. In tegendeel, het aantal Waalse ziekenhuizen met een ISQua-accreditatie steeg van 4 ziekenhuizen in 2018 naar 13 ziekenhuizen in 2022.

Healthcare Quality en Outcomes-programma

Het Healthcare Quality en Outcomes-programma (HCQO) van de OESO heeft als doel internationale vergelijkingen mogelijk te maken inzake de kwaliteit van de gezondheidszorg. Hiertoe worden indicatoren ontwikkeld en gerapporteerd.

In dit programma onderzoekt men o.a. ziekenhuisopnames naar aanleiding van vier vaak voorkomende chronische aandoeningen: astma, chronische obstructieve longaandoeningen (COPD), congestieve hartaandoeningen en diabetes.

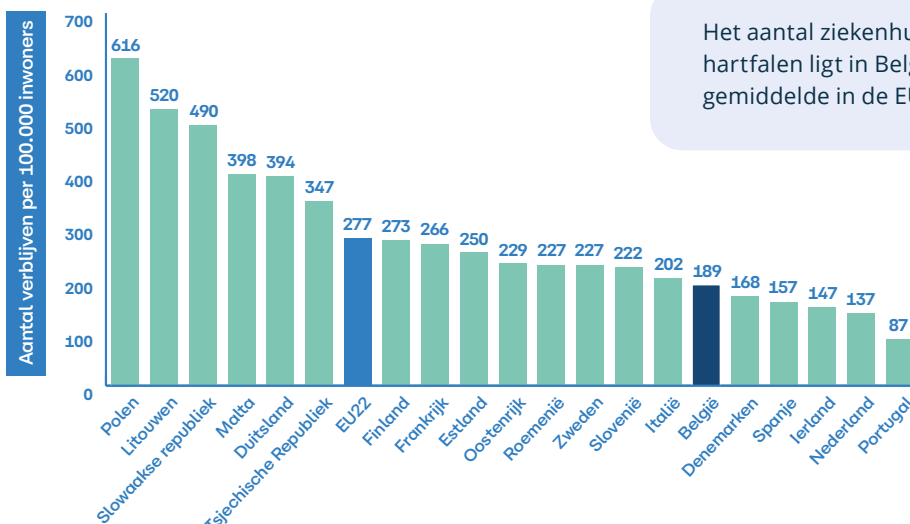
Voor deze aandoeningen kan een goed functionerend eerstelijnszorgstelsel vermijden dat er dure en ongewenste ziekenhuisopnames plaatsvinden¹⁶.

Hieronder vergelijken we het aantal ziekenhuisopnames voor congestieve hartaandoeningen en diabetes overheen enkele Europese landen¹⁷. Het aantal opnames per 100.000 inwoners geeft een indicatie van het functioneren van het eerstelijnsgezondheidszorgstelsel. Voor beide ziektes zien we een grote variatie overheen de Europese landen.

16 OESO (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

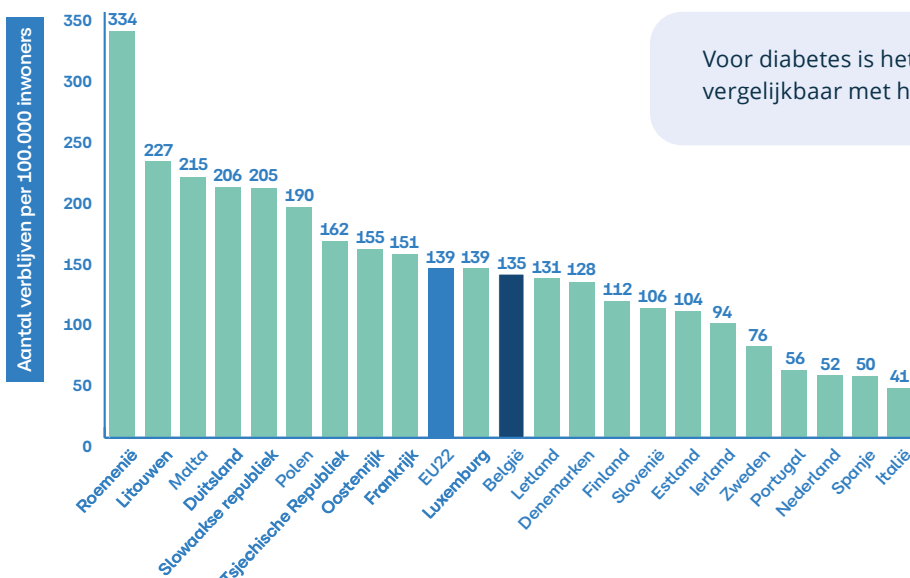
17 Bron: OESO, Health Statistics 2022

Aantal ziekenhuisverblijven m.b.t. congestief hartfalen per 100.000 inwoners (2019 of laatst beschikbare jaar)



Het aantal ziekenhuisverblijven m.b.t. congestief hartfalen ligt in België één derde lager dan het gemiddelde in de EU-landen.

Aantal ziekenhuisverblijven m.b.t. diabetes per 100.000 inwoners (2019 of laatst beschikbare jaar)



Voor diabetes is het aantal ziekenhuisverblijven vergelijkbaar met het gemiddelde in de EU.

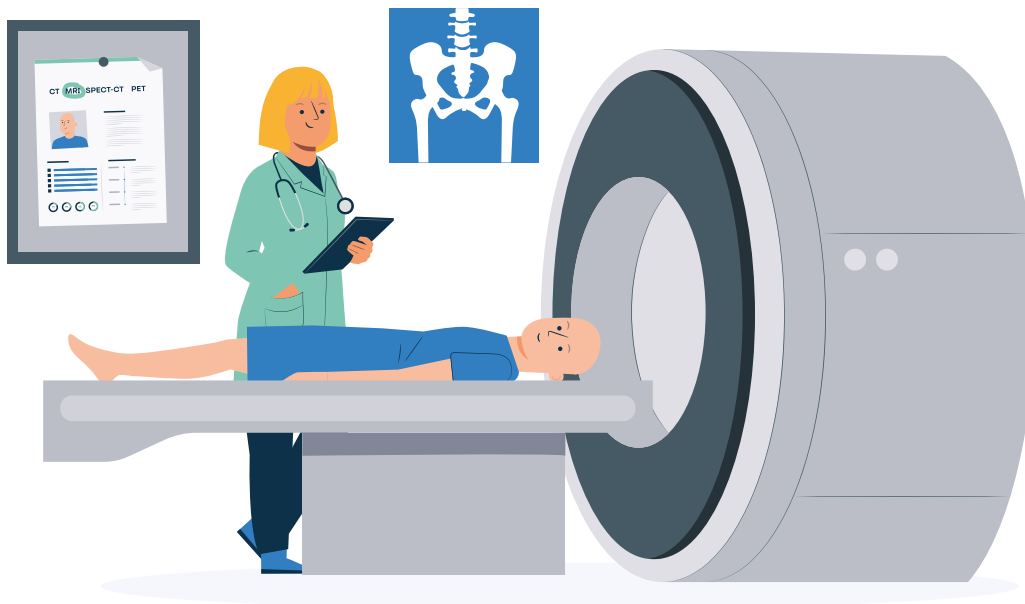
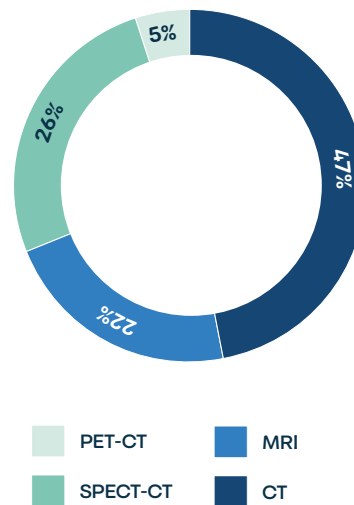
Medische beeldvorming

Wat is medische beeldvorming?

'Medische beeldvorming' is een verzamelnaam voor verschillende technieken om het lichaam in beeld te brengen. In ziekenhuizen wordt medische beeldvorming gebruikt om diagnoses te stellen, ziekten vroegtijdig op te sporen en op te volgen, medische ingrepen te ondersteunen en behandelingen te evalueren.

Men kan de volgende toestellen voor zware, medische beeldvorming onderscheiden: CT, MRI, SPECT-CT en PET. Deze technieken hebben allemaal hun sterke en zwakke punten. Er is dus geen algemeen toepasbare techniek. Wat voor de ene aandoening een goede beeldvormingstechniek is, is dat niet altijd voor de andere.

Aantal toestellen voor zware, medische beeldvorming (01/01/2023)



Meer weten?

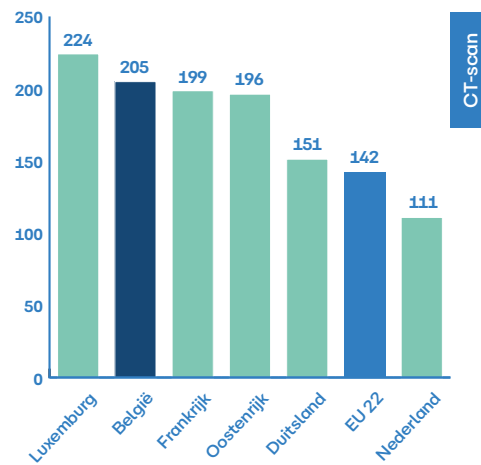
<https://www.health.belgium.be/nl/publicaties-medische-beeldvorming>

Gebruik van medische beeldvorming in België en Europa

Medische beeldvorming heeft een enorme vooruitgang mogelijk gemaakt in de moderne geneeskunde en speelt een steeds grotere rol in onze gezondheidszorg. Toch is er ook een keerzijde aan het veelvuldig gebruik van technieken zoals CT-scans, namelijk de toegenomen blootstelling aan ioniserende stralen. In vergelijking met het gemiddeld aantal onderzoeken per 1.000 inwoners in de EU-landen worden in ons land veel CT-onderzoeken uitgevoerd¹⁸.

In 2019 was het gebruik van CT-onderzoeken ongeveer 40% hoger in Oostenrijk, Frankrijk, Luxemburg en België dan het gemiddeld gebruik in EU-landen. Voor MRI stellen we vast dat het aantal onderzoeken per 1.000 inwoners in ons land (98) gevoelig lager ligt dan in Frankrijk (123), Oostenrijk (148) en Duitsland (150).

Aantal onderzoeken per 1.000 inwoners CT en MRI-scans in EU in 2019



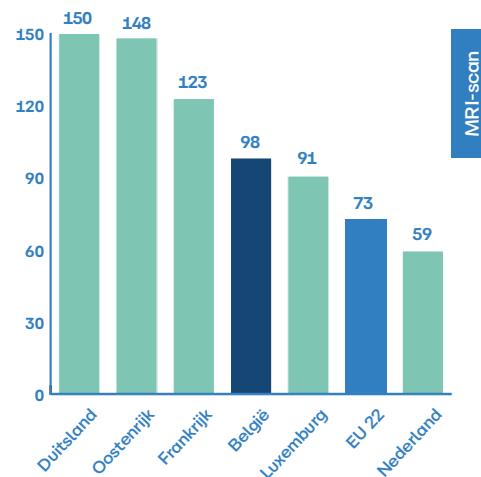
Acties voor een beter gebruik van medische beeldvorming

Om een beter gebruik van medische beeldvorming te bekomen, lanceert onze FOD verschillende acties, zowel voor artsen als voor het grote publiek.

Zo werken het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) samen aan het project 'Prescription Search Support voor Radiologie (PSSR)'. Het doel van dit project is om evidence based beslisregels te integreren in de elektronische voorschrijfomgeving van artsen zodat zij op een gebruiksvriendelijke wijze ondersteund worden bij het kiezen of een radiologisch onderzoek wel nodig is en zo ja welke beeldvormingstechniek de patiënt het best kan helpen.

Ook de burger wordt geïnformeerd over situaties waarbij nog te vaak onnodig wordt aangedrongen op een scan. Een voorbeeld hiervan is rugpijn. CT-scans van de lage rug worden nog te vaak voorgeschreven terwijl dit niet steeds aangewezen is, wat op zijn beurt bijdraagt aan de hoge stralingsbelasting voor de bevolking en zwaar op het gezondheidszorgbudget weegt.

Met de campagne 'Geen scan zonder plan' willen we bewustwording creëren zodat de burger weet dat hij bij lage rugpijn best geen onnodige druk op zijn arts zet om een onderzoek te bekomen. Bij veel patiënten leeft namelijk de idee dat indien er geen onderzoek wordt voorgeschreven, hun klacht niet goed kan worden onderzocht of zelfs niet ernstig wordt genomen. Dit leidt tot onnodige onderzoeken. De vraag van de patiënt komt voort uit ongerustheid. Vandaar dat het belangrijk is dat de burger weet dat ook zonder medische beeldvorming een plan van aanpak kan worden opgesteld dat focust op wat echt helpt, namelijk blijven bewegen. In uitzonderlijke gevallen waarbij een radiologisch onderzoek toch aangewezen is, zal de arts dit onderzoek steeds kaderen in een groter plan van aanpak. Vandaar de slagzin van de campagne: Geen scan zonder plan".



¹⁸ Bron: OESO, Health Statistics 2022; Eurostat Database



Meer weten? Surf naar:

www.geenscanzonderplan.be of informeer u bij uw huisarts of specialist

Elektronisch patiëntendossier

Een elektronisch patiëntendossier (EPD) is een longitudinaal dossier met gezondheidsinformatie van een patiënt dat wordt aangevuld na een contact met zorgactoren. Het dossier bevat idealiter gegevens van alle clinici die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt.

Al vele jaren erkent de Belgische overheid de noodzaak van een grootschalige inzet van EPD's opdat informatie eenvoudig gedeeld kan worden tussen zorgverleners en organisaties. Een Belgisch eHealth-actieplan werd enkele jaren geleden opgestart. Eén van de actiepunten heeft betrekking op de uitrol van EPD's in ziekenhuizen.



Meer weten over het eHealth-actieplan:

<https://www.ehealth.fgov.be/nl/page/roadmap-4.0>

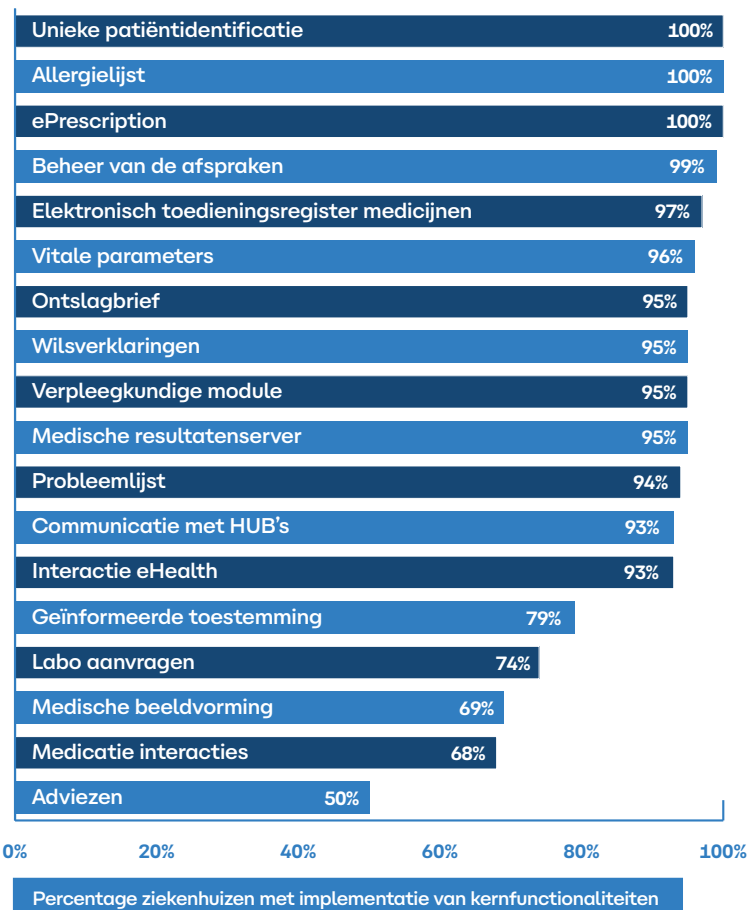
Het doel is om tot een geïntegreerd EPD te komen waarbij:

- berichten tussen systemen uitgewisseld worden;
- verschillende functies in één geïntegreerd systeem geïmplementeerd worden.

In ieder geval dienen de kernfunctionaliteiten geïntegreerd te zijn en dienen de data vastgelegd en beheerd te worden volgens het Original Source Principe. Dit betekent dat de informatie niet gedupliceerd wordt en wordt opgehaald bij de oorspronkelijke bron.

In onderstaande grafiek zien we een overzicht van de kernfunctionaliteiten en de mate van implementatie in december 2022 in de algemene ziekenhuizen.

Uitrol kernfunctionaliteiten in algemene ziekenhuizen (%)



Een effectieve gegevensuitwisseling is noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg te bevorderen én om de digitale transformatie van de gezondheidszorg te versnellen. Dit is relevant voor het oplossen van twee belangrijke knelpunten:

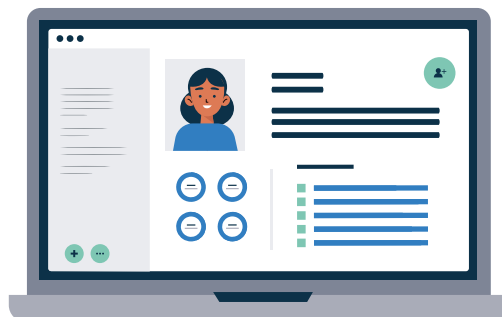
- de grote registratielast voor zorgverleners
- een gebrek aan informatie waar zorgverleners en patiënten nu mee worden geconfronteerd.

De transformatie naar een meer data gedreven organisatie is bovendien cruciaal voor het mogelijk maken van innovatieve oplossingen op basis van klinische beslissingsondersteuning, machine Learning (ML) en artificiële intelligentie.

Om de uitrol van EPD's te bevorderen werd een financieel stimuleringsprogramma opgezet. Hiertoe werden een aantal Belgische Meaningful Use Criteria gedefinieerd in overleg met ziekenhuizen. In juli 2022 werd 57 miljoen verdeeld over de algemene ziekenhuizen. Het budget werd verdeeld naargelang de mate van gebruik van de verschillende functionaliteiten in het EPD.

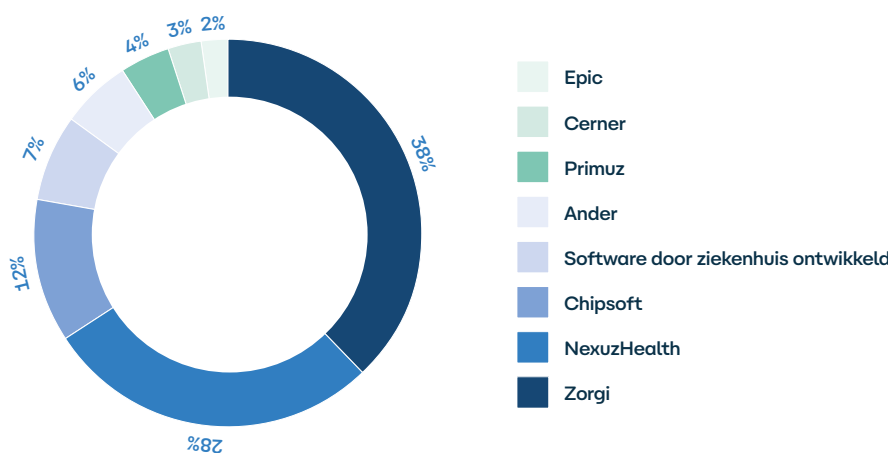
Het ophalen, samenbrengen en omzetten van informatie tot waardevolle inzichten is op de meeste vlakken nog een langdurig en handmatig proces. Dit komt door diverse belemmeringen bij gegevensuitwisseling tussen informatiesystemen van verschillende aanbieders. Interoperabiliteit is onder meer belangrijk omdat patiënten in de praktijk vaak gebruik maken van meerdere zorgaanbieders gedurende een zorgtraject en informatie-uitwisseling met andere zorgaanbieders cruciaal is voor een optimale behandeling.

In onderstaande grafiek kan men het aandeel van de software-aanbieders voor EPD terugvinden in functie van de grootte van de ziekenhuizen¹⁹. Zorgi en Nexuzhealth zijn momenteel de grootste aanbieders en leveren software aan twee derde van de markt.



19 De grootte van de ziekenhuizen wordt bepaald aan de hand van het aantal erkende bedden.

Aandeel van de software-aanbieders voor EPD in functie van de grootte van de ziekenhuizen



Meer weten over kwaliteitsinitiatieven

- [BeCare Magazine](#)
- Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC):
 - <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/BAPCOC>
 - <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/omgevingsinvloeden/handhygiene>
 - <https://www.ubentingoedehanden.be/nl>
 - <https://www.gebruikantibioticacorrect.be/nl>
- [Ontwikkelingsgerichte zorg](#)
- [Initiatief voor baby-vriendelijk ziekenhuis](#)
- [Patiëntveiligheid](#)
- [Richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming](#)
- [Belgian Quality in Transfusion \(Be-Quint\)](#)

- www.zorgkwaliteit.be
- www.PAQS.be

- [OESO](#)
- [World Health Organisation](#)





Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu