

Brusselse visie op de hervorming van het ziekenhuislandschap

Position paper GIBBIS v 26/05/2025

Uitgangspunten

De Brusselse algemene en academische ziekenhuizen vragen om een hervorming van het ziekenhuislandschap zodat het aanbod kan worden aangepast aan de groeiende en veranderende zorgnoden, het tekort aan zorgpersoneel en de budgettaire uitdagingen. Daarom **wil GIBBIS een ambitieuze en realistische voorstellenbundel aanreiken**, aangepast aan de realiteit van ons Gewest.

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet deze hervorming rekening houden met de Brusselse specificiteit. De zorgvraag in Brussel is specifiek door de bevolkingsdichtheid, het hinterland dat de gewestgrenzen overschrijdt (39% van de ziekenhuispatiënten¹ in Brussel (klassieke en chirurgische daghospitalisatie) is gedomicilieerd buiten Brussel), en de kwetsbare of multiculturele patiëntenpopulatie.

Het ziekenhuisaanbod, dat vandaag geconfronteerd wordt met een gebrek aan ambulante alternatieven, kent al een concentratie van activiteiten op bepaalde gespecialiseerde sites (chronische of acute zorg) en ondervindt beperkingen qua infrastructurele ontwikkeling in een stedelijke omgeving. Het Brusselse ziekenhuisaanbod vertegenwoordigt vandaag 14% van de erkende somatische bedden in België en telt drie universitaire ziekenhuizen.

Voorwaarden voor de implementatie van een hervorming

GIBBIS is ervan overtuigd dat de hervorming van het ziekenhuislandschap slechts kan slagen als alle bevoegde overheden tijdens deze legislatuur gezamenlijk een **gemeenschappelijke visie en een tijdspad** vastleggen met duidelijke concepten en een streefdoel op middellange termijn (10-15 jaar), evenals kortetermijndoelstellingen. Deze doelstellingen moeten **samen met de sector worden uitgewerkt**, vervolgens worden vastgelegd en **wettelijk opgelegd** aan alle betrokken actoren. De bouwkalenders, de herziening van de programmatie, de hervormingen van de financiering en van de erkenningsnormen zullen hefboomeffecten zijn om het doel te bereiken.

De sector kan zich slechts engageren voor een dergelijke hervorming als er garanties worden geboden door de overheden:

- financiële stabiliteit tijdens de overgangsperiode en tijdelijke federale financiële steun om de transitiekosten te dekken, met financiering voor de omvorming of sluiting van bedden op de omgevormde sites² ;
- een herziening van de programmatie om beter in te spelen op de evoluerende behoeften, met inachtneming van het hinterland dat door Brussel wordt bediend buiten het gewest ;
- een hervorming van de financiering die fusies en samenwerkingen aanmoedigt ;

¹ Op basis van de marktaandeelen, [MZG-gegevens 2023](#)

² Permettant de couvrir les frais uniques de transformation liés au personnel et à l'infrastructure

- een vereenvoudigd regelgevend kader dat fusies stimuleert en voldoende flexibiliteit biedt aan de instellingen.

Er moet bovendien **voldoende tijd** worden gelaten aan de instellingen (o.a. gelinkt aan de bouwkalenders) om het streefdoel te bereiken. De timing van de hervorming moet rekening houden met het huidige gebrek aan duidelijkheid over de toekomstige bouwkalender voor de bicommunautaire ziekenhuizen in Brussel, alsook met de moeilijke financiële situatie van het Brussels Gewest die investeringsmogelijkheden beperkt.

Ten slotte moet ook de **ambulante sector** zich gelijktijdig kunnen aanpassen om de bijkomende ambulante zorgvraag op te vangen, die een logisch gevolg zal zijn van de hervorming van het ziekenhuislandschap en van algemene medische en maatschappelijke evoluties. Er moet echter worden gewaakt over het behoud van voldoende aantrekkelijkheid voor artsen en zorgpersoneel werkzaam in ziekenhuizen, gezien de tendens naar meer extramurale praktijken. Dit vereist een strikter juridisch kader.

3 nieuwe concepten voor de zorgverlening aan de patiënt binnen het algemeen ziekenhuis

De voorgestelde evolutie van het ziekenhuislandschap blijft gebaseerd op de huidige definities en opdrachten zoals vastgelegd in de ziekenhuiswet voor de verschillende ziekenhuisvormen, namelijk het (algemeen) ziekenhuis, het academisch ziekenhuis en het psychiatrisch ziekenhuis³.

Het academisch ziekenhuis behoudt een unieke rol binnen het landschap, gelet op zijn specifieke functies inzake gespecialiseerde zorgverlening aan patiënten, opleiding van professionals en medisch onderzoek. Het moet een specifiek statuut toegekend krijgen, dat een structurele financiering rechtvaardigt.

Mits behoud van deze basisprincipes wil GIBBIS in deze nota het ziekenhuisaanbod herdenken en zorg aanbieden die **kwalitatiever, toegankelijker – ook financieel – en efficiënter** is voor de patiënt. De middelen hiervoor zijn:

- een **specialisatie**, met minder volledige ziekenhuissites en een **concentratie** van referentiefuncties, maar met een bestendiging en versterking van de aangeboden zorgkwaliteit ;
- meer **samenwerking**, enerzijds via een vermindering van het aantal inrichtende machten, en anderzijds via meer gestructureerde samenwerkingen tussen ziekenhuisinstellingen én met de brede eerste lijn en sociale actoren.

GIBBIS stelt drie nieuwe concepten voor de evolutie van de algemene en academische ziekenhuizen en hun interactie met de 1^e lijn voor:

1. **Het « acute care center »**: een acute site met een **aanbod** van zowel **geplande als niet-geplande zorg**, gespecialiseerde spoedzorg, intensieve zorgen (IZ), een geheel aan beddencategorieën voor klassieke acute hospitalisatie (C, D, E, M en G), en eventueel een aanbod van dag- en ambulante zorg.

Het “acute care center” komt in **twee groottes** voor, die elk een minimale kritische massa garanderen :

- Het “big acute care center”: een site met meer dan 400 erkende acute bedden, en
- Het “small acute care center”: een site met meer dan 200 erkende acute bedden die wordt uitgebaat door dezelfde inrichtende macht (IM) als een “big acute care center”. Er moet een uitzondering voorzien worden voor monogespecialiseerde acute ziekenhuizen.

³ Les réflexions autour du paysage de l'offre hospitalière de soins psychiatriques doivent encore être menées.

Deze sites kunnen worden aangevuld met een aanbod van chronische zorg (revalidatiebedden, geestelijke gezondheidszorg).

2. De « **planned care clinic** » : een ziekenhuissite die ofwel een aanbod van **dag- en ambulante** acute zorg biedt, ofwel een aanbod van **chronische zorg** (revalidatiebedden, geestelijke gezondheidszorg), ofwel beide. De zorg is er **gepland**; niet-geplande zorg kan er niet worden aangeboden.

De planned care clinic heeft een **formele samenwerkingsovereenkomst met minstens één “big acute care center”**.

3. Het « **community center** » : een groepering van zorgactoren die op een ziekenhuislocatie kan worden georganiseerd, maar dat kan ook op een andere locatie. Dit centrum is lokaal verankerd en **bundelt een aantal eerstelijnsactoren**: huisartsen, gespecialiseerde artsen (polikliniek), paramedici, sociale actoren, een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en een post voor de opvang van laag-urgente, niet-geplande zorg (zonder link met de 112). **Preventie** voor de bediende bevolking is één van de kerntaken van het “community center”, naast **triage, zorg** voor patiënten die geen ziekenhuisomgeving vereisen en **opvolging** na hospitalisatie.

Het « community center » heeft een **formeel samenwerkingsakkoord met minstens één “acute care center” ziekenhuis**. De zorgverleners die in het “community center” actief zijn, hebben toegang tot het elektronisch ziekenhuisdossier van de patiënt, in functie van hun zorgrelatie met de patiënt.

Het “community center” **bevordert ook de uitwisseling met de eerstelijnsactoren** die actief zijn in zijn werkingsgebied.

Dit concept, dat zeker interessant is om te ontwikkelen in Brussel en waarschijnlijk ook in andere stedelijke gebieden, zou kunnen worden uitgewerkt binnen het kader van de RIZIV-projecten voor **geïntegreerde zorg**. Deze bieden de nodige flexibiliteit om in te spelen op specifieke behoeften, die kunnen **variëren afhankelijk van de locatie van het centrum**.

Doel: evolueren naar meer specialisatie en meer samenwerking

Het bestaande ziekenhuislandschap kan evolueren naar meer specialisatie en samenwerking via de geleidelijke implementatie van de drie hierboven beschreven concepten.

De omvorming van ziekenhuissites tot “planned care clinic” zal een aantal **acute ziekenhuisbedden verminderen**. Deze bedden zullen: (1) deels worden **omgevormd tot chronische bedden** (revalidatie, inclusief geriatrie⁴ en geestelijke gezondheidszorg), (2) deels worden overgedragen om **“acute care centers” te versterken** die momenteel de kritische massa niet bereiken maar essentieel zijn voor dringende medische hulpverlening, en (3) voor het overige worden gesloten.

De transformatie van de sites moet een evenwichtige spreiding van de dringende medische hulpverlening over het hele gewest kunnen verzekeren, zodat patiënten snel geholpen kunnen worden. Het beheer van laag-urgente niet-geplande zorg moet verduidelijkt worden.

Ziekenhuisreferentiefuncties zullen per pathologie geconcentreerd worden in de “acute care centers” en de “planned care clinics” van algemene en academische ziekenhuizen, in functie van de aanwezige **expertise**, een minimaal **aantal** behandelde patiënten en aangetoonde **kwaliteit** op basis van publiek gemaakte indicatoren. Bepaalde referentiefuncties zullen voorbehouden zijn aan **academische ziekenhuizen**, gelet op hun specifieke opdrachten inzake zorg, onderzoek en opleiding.

⁴ De zogenaamde “subacute” G-bedden (G-diensten die uitgebraut worden buiten een “acute care center”), kunnen worden omgevormd tot revalidatiebedden met een geriatrische focus.

In dat opzicht moet de rol van referentiecentra, inclusief academische, verduidelijkt worden in de verschillende samenwerkingsmodellen tussen ziekenhuizen (bv. ziekenhuisnetwerken, ziekenhuisgroeperingen, enz.).

Tot slot zal de **samenwerking tussen intramurale en extramurale zorgverstrekkers** ook bevorderd worden door de oprichting van “community centers”. Dit centrum is geen nieuw organisatiemodel of nieuwe financieringsstructuur voor de eerste lijn, noch een vervanging van bestaande modellen. Het is een nieuw concept dat individuele zorgverleners toelaat om hun krachten te bundelen om de bevolking een toegankelijke dienstverlening aan te bieden die het ziekenhuisaanbod aanvult. **De patiënt wordt op die manier aangemoedigd zich eerst tot de eerste lijn te wenden in plaats van rechtstreeks naar het ziekenhuis te stappen.**

Contactpersoon: Karel Van De Sompel – 0499/96.35.37 - karel.vandesompel@gibbis.be