

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 10 februari 2022

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/549-2 (\*)

## **Advies betreffende het programmatie criterium voor de Sp1- tot Sp5-bedden**

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 10/02/2022 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

## 1. Inleiding

Dit advies ligt in het verlengde van advies 540-2 van 18/11/2021 over de programmatie van het aanbod van ziekenhuiszorg, dat werd opgesteld in antwoord op de adviesaanvraag van minister Vandenbroucke van 30/06/2021.

Het doel van dit tweede advies is om, op basis van de bestaande gegevens, een **actualisering voor te stellen op korte termijn voor de programmatie van de bedden van de gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie of "revalidatiebedden" Sp1 tot en met Sp5**, in de algemene ziekenhuizen, de gespecialiseerde ziekenhuizen, en in de "geïsoleerde ziekenhuizen voor behandeling en revalidatie", die momenteel bijna bereikt is. Dit om het zorgaanbod aan te passen aan de behoeften van de bevolking, teneinde toegankelijke en kwalitatieve **zorg** te waarborgen voor de patiënten, en de human resources en middelen doeltreffend te beheren.

Idealiter zou voor de actualisering van de programmatie een **algemene benadering** gehanteerd moeten worden waarbij rekening wordt gehouden met een beschrijving van de **vervulde en onvervulde zorgbehoeften**, zowel op het gebied van de kwaliteit (type vereist aanbod) als de kwantiteit, en de evolutie van **het volledige aanbod revalidatiezorg** (revalidatiebedden, maar ook ambulante revalidatiezorg, dagziekenhuis, revalidatieovereenkomsten, opvangvormen buiten het ziekenhuis, ...). Deze algemene benadering is evenwel **complex** om te worden geïmplementeerd en hiervoor zouden we over gegevens en analyses op een prospectief en meer algemeen niveau moeten beschikken. Ook mag niet uit het oog worden verloren dat deze verschillende zorgvormen niet volledig onderling substitueerbaar zijn en in het kader van een zorgtraject ook aanvullende zorgvormen kunnen zijn.

Zoals vermeld in het advies NRZV/D/426-1 van 16/5/2013 nemen de Sp-ziekenhuisdiensten een specifieke plaats in in de organisatie van de gezondheidszorg in België en zijn deze gespecialiseerd in de behandeling en de revalidatie van patiënten met cardiopulmonaire, locomotorische, neurologische aandoeningen, chronische polyopathieën, waarvoor verlengde medische zorg nodig is en psychogeriatrische aandoeningen (Sp1-Sp3-Sp5-Sp6). De Sp-dienst kan bovendien ook bestemd zijn voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben (Sp palliatieve zorg, Sp4). Patiënten die worden opgevangen in eenheden met kenletter Sp zijn medisch gestabiliseerd, maar vereisen hetzij nog verdere medische op puntstelling, hetzij medische opvolging of constante zorg. De Sp-diensten zorgen voor een reële actieve en multidisciplinaire revalidatie en/of behandelen patiënten met verschillende specifieke pathologieën (multiple sclerose, chorea of ziekte van Huntington, comapatiënten, ...)

De programmatie van de revalidatiebedden (Sp1 tot Sp5 d.w.z. zonder de psychogeriatrische diensten Sp6) is momenteel vastgesteld op 0,52 bedden per 1.000 inwoners (KB 21/03/1977). Op basis van de bevolkingsgegevens op 01/01/2021 geeft dat, in reële termen:

Regio	Programmatie Bev. 01/01/21	Erkende bedden en/of plaatsen 01/08/2021	"Beschikbare ruimte"
België	5.991,04	5.987,00	4,04

In deze cijfers zijn de 878 revalidatiebedden (Sp) van de categorale ziekenhuizen uit de Vlaamse Gemeenschap inbegrepen.

## 2. Aanpak gebaseerd op de "normatieve behoefte aan bedcapaciteit" (KCE 289, 2017).

Een mogelijke benadering om het programmatiecriterium op korte termijn te actualiseren zou kunnen worden gebaseerd op de prospectieve evaluatie van de "normatieve behoefte aan bedcapaciteit" voor revalidatie (Sp), zoals die door het KCE werd uitgevoerd in zijn studie 289.<sup>1</sup>

Die evaluatie berust op een **voorspellend model** waarbij rekening wordt gehouden met de **demografische** vooruitzichten (omvang en samenstelling van de bevolking) en de verwachte evolutie van het **aantal ziekenhuisverblijven en de duur** ervan. De vooruitzichten voor die variabelen leiden tot een verwacht aantal verpleegdagen in 2025, d.w.z. in de veronderstelling dat het in het verleden gevoerde beleid (dat de cijfers die aan de basis liggen van de analyses en prognoses van het KCE tot 2025 beïnvloedt) in de toekomst behouden blijft. De normatieve bezettingsgraad per bedtype werd vervolgens toegepast op dat aantal verpleegdagen om het aantal vereiste bedden in 2025 te verkrijgen (eveneens per type).

### 2.1. Algemene beschouwing

De Raad wenst een aantal opmerkingen over deze benadering te maken.

Ten eerste, ook al is deze studie gebaseerd op **oude gegevens** (demografische vooruitzichten uit 2017, MZG voor de periode 2003-2014 voor de klassieke hospitalisaties en voor de periode 2006-2014 voor de daghospitalisaties), dit zijn de meest betrouwbare gegevens die momenteel beschikbaar zijn.

Vervolgens werd er een **normatieve bezettingsgraad van 90 %** toegepast in de KCE studie, zowel voor de G- als voor de Sp-bedden, hetgeen tot een **onderschatting van de behoefte aan bedden** zou kunnen leiden. In dat verband maakt het KCE de volgende overweging: "Wanneer ook op deze bedtypes de verblijfsduur verder inkort en de turnover van patiënten toeneemt, is het misschien aangewezen om deze normatieve bedbezetting te verlagen". Ook moet rekening worden gehouden met de impact van de **isolatie** van sommige patiënten in het kader van de **nosocomiale infecties**. Als er geen eenpersoonskamers beschikbaar zijn, verblijven deze patiënten in isolatie in een tweepersoonskamer, wat gevolgen heeft voor de bezettingsgraad die ziekenhuizen kunnen bereiken. Tot slot zorgen de **verlofperiodes** die worden toegekend aan de patiënten in het weekend of tijdens de vakanties ervoor dat een bezettingsgraad van 90% in deze diensten nauwelijks bereikt wordt.

Daarnaast kunnen **diverse evoluties** een invloed hebben op de behoefte aan revalidatiebedden. Enerzijds vergroot de **vooruitgang van de acute geneeskunde**, los van de vergrijzing van de bevolking, de overlevingskansen van patiënten voor bepaalde aandoeningen, waardoor de behoefte aan revalidatie kan toenemen. Door de toename van het **aantal chronische patiënten** neemt ook de behoefte aan revalidatiezorg toe. Dat heeft ook de zorg verzaagd. Anderzijds kan een deel van de revalidatie ook **ambulant** plaatsvinden **of in aangepaste en goed ontwikkelde (alternatieve) opvangvormen**. Ambulante revalidatie en revalidatie in dagziekenhuis worden belangrijker aangezien er een toename is van het aantal patiënten dat dergelijke behandeling kan krijgen. Dankzij de vooruitgang van de geneeskunde bestaan er een aantal nieuwe behandelingen. Een zorgcontinuüm en een solide samenwerking tussen de verschillende zorgvormen zijn in dat verband belangrijk.

---

<sup>1</sup> Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 289. D/2017/10.273/45. ([zie het wetenschappelijk rapport](#))

Meer bepaald houdt de hier voorgestelde benadering geen rekening met **de impact van de gezondheids crisis** naar aanleiding van een Covid-19-epidemie op de behoeften aan Sp-bedden (bijvoorbeeld voor de revalidatie van patiënten met een ernstige vorm van Covid-19 of met long Covid).

Bij de programmering van de ziekenhuisbedden moet ook rekening kunnen worden gehouden met **pieken in activiteit** en met de **geografische toegankelijkheid van het basisaanbod**; dat betekent dat er in de programmering een marge moet worden ingebouwd om rekening te kunnen houden met deze twee factoren. Volgens het KCE wordt met beide elementen reeds (gedeeltelijk) rekening gehouden via de toepassing van een bezettingsgraad.

Tot slot mogen we niet uit het oog verliezen dat de **vergrijzing van de bevolking** een demografische tendens is die ook na 2025 zal aanhouden, hetgeen gevolgen zal hebben voor de behoefte aan revalidatiezorg. In dat verband vermeldt het rapport 289B:

"Reeds vandaag al heeft de vergrijzing een belangrijke impact op de vereiste ziekenhuiscapaciteit. **Om te anticiperen op de echte demografische piek die vanaf 2030 kan worden verwacht, onderzoeken we een 'wat als' scenario van versnelde veroudering.** Het heeft immers geen zin om de ziekenhuiscapaciteit te verminderen op basis van een trendanalyse met een horizon tot 2025, wanneer vijf jaar later meer capaciteit nodig blijkt te zijn." (KCE 289B)

Daarom stellen wij voor om de behoeften te evalueren op basis van de **scenario's met versnelde veroudering (scenario 1)**. De scenario's voor "versnelde veroudering" zijn gebaseerd op dezelfde parameters als het basisscenario (demografische vooruitzichten en verwachte veranderingen in opnames en verblijfsduur), maar zij versnellen het effect van de demografische veroudering.<sup>2</sup>

## 2.2. Voorstel algemene principes

De Raad is van mening dat, ondanks de bovengenoemde aandachtspunten en in afwachting van een actualisering van KCE-studie 289 en/of een meer globale aanpak, deze aanpak het voordeel heeft dat hij uitgaat van objectieve ziekenhuisgegevens en geldig blijft voor een **eerste herevaluatie** van de programmering van de Sp-bedden. De FRZV beveelt niettemin aan om bepaalde hypothesen toe te passen om rekening te houden met deze aandachtspunten. Ten eerste stelt de FRZV voor om **uit te gaan van een scenario van versnelde veroudering (scenario 1)**, om de hierboven aangehaalde redenen. Vervolgens moeten de toegepaste bezettingsgraden worden aangepast om rekening te houden met de pieken in activiteit, met de isolatie in het kader van de nosocomiale infecties, met de verlopen die toegekend worden aan de patiënten in het weekend of tijdens de vakanties en met de geografische spreiding van het aanbod, om de zorg voldoende toegankelijk te houden voor de patiënten. In dat verband stelt de FRZV voor om een **normatieve bezettingsgraad van 80 %** toe te passen. We willen er wat dat betreft op wijzen dat de erkenningsnormen van de revalidatiediensten voorzien in omkadering per schijf van 30 bedden bezet aan 80 %.

## 2.3. Concreet voorstel

Volgens het **scenario van de versnelde veroudering (scenario 1)**, raamt het KCE de normatieve behoefte aan Sp-ziekenhuisbedden (behalve psychogeriatrische Sp-6-bedden) op 6.545 tegen 2025 in de veronderstelling dat er geen significante exogene wijzigingen optreden (bv. trendbreuk daghospitalisatie tgv. klassieke hospitalisatie, beleidsbeslissingen inzake (alternatieve oplossingen voor) ziekenhuiszorg voor bepaalde doelgroepen, ...); dit zou betekenen dat de programmering met 554 Sp-bedden (behalve Sp-6-bedden) tegen 2025 moet worden verhoogd. Volgens de bevolkingscijfers op

---

<sup>2</sup> Voor meer informatie over scenario's voor versnelde veroudering, zie het wetenschappelijk verslag van studie 289 (KCE), blz. 135-144 ([zie het wetenschappelijk rapport](#)).

01/01/2021 zou dit overeenkomen met een programmatiecriterium van 0,568 Sp1- tot Sp5-bedden per 1.000 inwoners (in plaats van 0,52 bedden per 1.000 inwoners).

Als een **normatieve bezettingsgraad van 80%** wordt toegepast, zou de normatieve behoefte aan Sp1- tot Sp5-bedden volgens scenario 1 van versnelde veroudering 7.362 bedden bedragen; dit komt overeen met 0,639 Sp1- tot Sp5-bedden per 1.000 inwoners, d.w.z. een programmatie van 1.371 extra bedden in het hele Koninkrijk.

De hierboven vermelde cijfers omvatten ook de revalidatiebedden van de **categorale ziekenhuizen** van de Vlaamse Gemeenschap ("geïsoleerde Sp-diensten").

<b>Projecties met een bezettingsgraad van 90%</b>				
Sp-bedden	Huidige	Volgens Behoefte 2025 Basisscenario	Volgens Behoefte 2025 Versnelde veroudering Scenario 1 (Raming)	Volgens Behoefte2025 Versnelde veroudering Scenario 2 (Raming)
<b>Norm (bedden per 1.000 inwoners)</b>	0,520	0,524	0,568	0,599
Bevolking op 1/1/2021	11.521.238	11.521.238	11.521.238	11.521.238
<b>Aantal geprogrammeerde bedden / normatieve behoefte</b>	5.991	6.036	6.545	6.903
Aantal erkende bedden (01/08/2021)	5.987	5.987	5.987	5.987
Verschil geprogrammeerde vs. erkende bedden (01/08/2021)	4	49	558	916
<b>Projecties met een bezettingsgraad van 80%</b>				
Sp-bedden	Huidige	Volgens Behoefte 2025 Basisscenario	Volgens Behoefte 2025 Versnelde veroudering Scenario 1 (Raming)	Volgens Behoefte 2025 Versnelde veroudering Scenario 2 (Raming)
<b>Norm (bedden per 1.000 inwoners)</b>	0,520	0,589	0,639	0,674
Bevolking op 1/1/2021	11.521.238	11.521.238	11.521.238	11.521.238
<b>Aantal geprogrammeerde bedden / normatieve behoefte</b>	5.991	6.789	7.362	7.766
Aantal erkende bedden (01/08/2021)	5.987	5.987	5.987	5.987
Verschil geprogrammeerde vs. erkende bedden (01/08/2021)	4	802	1.375	1.779

### 3. Conclusie

Op korte termijn stelt de FRZV dus voor om, bij wijze van een eerste herevaluatie van de programmatie, het programmatiecriterium van de Sp1- tot Sp5-bedden op 0,639 bedden per 1000 inwoners vast te stellen, wat op nationaal niveau overeenkomt met 7.362 bedden volgens de bevolkingscijfers op 01/01/2021. In deze cijfers zijn de Sp-bedden van de categorale ziekenhuizen uit de Vlaamse Gemeenschap inbegrepen. De Raad is evenwel van mening dat het van primordiaal belang is dat de **zorgbehoeften regelmatig** (minstens om de vijf jaar) worden geëvalueerd en dat dit programmatiecriterium minstens opnieuw wordt herzien op basis van de toekomstige actualisatie van de KCE-studie 289.

In dit verband is de Raad van mening dat een **algemene benadering** van het aanbod aan revalidatiezorg (Sp-diensten zowel in de algemene ziekenhuizen als in de categorale en gespecialiseerde ziekenhuizen, ambulante zorg, revalidatieovereenkomsten, opvangvormen buiten het ziekenhuis, ...) de voorkeur verdient, hoewel deze complexer is om te worden geïmplementeerd, en we moeten op een meer algemeen niveau beschikken over gegevens en analyses, zoals eerder in dit advies is aangegeven (cf. Inleiding).

De FRZV wil zijn werkzaamheden betreffende deze globale benadering van het zorgaanbod revalidatie voortzetten en de mogelijkheid onderzoeken om op middellange termijn de groepering van Sp1, Sp2, Sp3 en Sp5 te vervangen door een concept van zorgprogramma's revalidatie (kenletter R) en gespecialiseerde revalidatie (kenletter R+). Verder onderzoek, bv. naar doelgroepen en overeenkomstige personeelsbezetting, moet als input dienen voor deze werkzaamheden.

Dit zou een grotere flexibiliteit en een meer optimale toewijzing van de middelen op basis van de lokale behoeften in de revalidatiezorg mogelijk maken. In dit opzicht verwijst de FRZV onder meer naar de adviezen 426-1 van 16 mei 2013 (advies m.b.t. de programmatie van Sp-bedden) en 445-2 van 12 februari 2015 (advies betreffende de alternatieve zorgvormen).<sup>3</sup>

De **budgettaire aspecten** m.b.t. het creëren van bijkomende revalidatiebedden zullen worden behandeld in een volgend advies waarin ook de **herziening van de regels en het reconversiepercentage** alsook een eventuele **herziening van de financiering** van de Sp-bedden aan bod zullen komen.

Als dit nieuwe programmatiecriteria en de huidige reconversie- en financieringsregels toegepast worden, zou dit betekenen dat er aanzienlijke middelen door middel van reconversie overgeheveld moeten worden van het acute deel B2 van het BFM naar de Sp-bedden. Bovendien zou ook rekening gehouden moeten worden met de overdracht van een gedeelte van onderdelen B1 en B5 van het budget voor acute zorg. Zonder flankerende beleidsmaatregelen zou dit tot gevolg hebben dat de onderfinanciering van de acute bedden via het BFM opnieuw toeneemt. Daarom wordt sterk aanbevolen om de nieuwe programmatienormen alleen toe te passen als de reconversie- en financieringsregels tegelijkertijd aangepast worden, wat in het kader van het volgende advies zal worden voorgesteld.

Aangezien de financiering van de Sp-bedden van de categorale ziekenhuizen van het Vlaamse Gewest sinds de zesde Staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid geworden is, moet in de mogelijkheid worden voorzien om specifieke bilaterale akkoorden af te sluiten tussen de federale regering en de gemeenschappen en gewesten bij de verdere uitwerking van de reconversieregels en de financiering.

In het kader van dit volgende advies zal de FRZV trachten te evalueren in hoeverre rekening zal kunnen worden gehouden met de resultaten van de **voorbereidende analyses** die betrekking hebben op de Sp-diensten en worden uitgevoerd door de administratie in het kader van de adviesaanvraag van 30/06/2021.

Zoals reeds aangegeven in het advies 540-2 van 18/11/2021, is de FRZV ook van mening dat het nodig zal zijn om op korte termijn de programmatie **van de Sp-palliatieve (Sp4) bedden** opnieuw te

---

<sup>3</sup> Zie ook de nota "Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen". Ontwerp van normen voor de functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma", Zorgnet-Icuro.

evalueren en stelt hij ook voor om zich over deze problematiek in een volgend advies te buigen. Eerdere verslagen en adviezen over dit onderwerp<sup>4</sup> kunnen als input dienen voor dit volgende advies.

Ten slotte stelt de FRZV vast dat we vandaag **niet over voldoende up-to-date gegevens beschikken om de globale behoefte aan psychogeriatrische bedden (Sp6) objectief te evalueren**. De KCE-studie 289 (2017) heeft bijvoorbeeld de behoeften aan psychogeriatrische bedden in het *algemeen* ziekenhuis geëvalueerd. **De gegevens om de behoeften aan Sp6-bedden van de psychiatrische ziekenhuizen te evalueren ontbreken dus (die ongeveer 45% van de erkende Sp-6 bedden vertegenwoordigen)**. De Raad is dan ook van mening dat een objectieve studie over de **globale behoefte** aan psychogeriatrische bedden **noodzakelijk** is.

----

---

<sup>4</sup>Onder andere het advies [NRZV/D/131-4 van 22/09/2016](#) betreffende de organisatie van de palliatieve zorg; het rapport "[Palliatieve Middle care: een onmisbare schakel in ons netwerk voor palliatieve zorg](#)" en "[2020 Evaluatieverslag palliatieve zorg](#)" van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg (04/06/2021).