

AANBEVELINGEN DOOR DE EXPERTGROEP

VOOR DE HERVORMING VAN HET BELGISCHE ZIEKENHUISLANDSCHAP

Veranderen om te behouden (2026-2036)

IN OPDRACHT VAN

de Interministeriële
Conferentie
Volksgezondheid

Datum: 17 12 2025

INHOUDSTAFEL

1	INLEIDING.....	6
1.1	Context.....	6
1.2	Bereik van het rapport.....	6
1.3	Werkmethode.....	7
1.4	Structuur van het rapport.....	7
2	WAAROM EEN HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP?.....	10
2.1	Op 10 jaar tijd naar een geïntegreerde, duurzame gezondheidszorg.....	10
2.2	Quintuple Aim als kompas.....	11
3	HET HUIDIGE AANBOD AAN ACUTE ZIEKENHUIZEN	13
4	STERKE EN ZWAKKE PUNTEN, OPPORTUNITEITEN EN BEDREIGINGEN VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN (SWOT-ANALYSE).....	17
4.1	Sterke punten	17
4.1.1	Kwalitatieve ziekenhuiszorg	17
4.1.2	Toegankelijkheid.....	17
4.1.3	Gekwalificeerde en betrokken zorgverleners	18
4.1.4	Solide fundamenten	18
4.2	Zwakke punten.....	18
4.2.1	Tekort aan zorgverleners.....	18
4.2.2	Onder- en overgebruik van spoeddiensten.....	20
4.2.3	Versnipperde zorg en onvoldoende afstemming tussen de zorglijnen.....	21
4.2.4	Overaanbod aan ziekenhuizen, een niet optimale spreiding en te vrijblijvende ziekenhuisnetwerken	21
4.2.5	Prestatiegebaseerde financiering die tot overconsumptie leidt en te weinig kwaliteitsmeting.....	22
4.3	Opportunities	23
4.3.1	Effectievere, maar complexere en duurdere nieuwe behandelingen en geneesmiddelen	23
4.3.2	Groeiende aandacht voor zorg op maat van de patiënt	23
4.3.3	Van toenemende specialisatie naar meer samenwerking	23
4.3.4	Digitale transformatie als motor voor populatie- en patiëntgerichte zorg.....	24
4.4	Bedreigingen.....	25

4.4.1	Demografische druk en vergrijzing	25
4.4.2	Structurele en politieke complexiteit	25
4.4.3	Budgettaire druk.....	25
4.4.4	Privé praktijken en deconventionering	26
4.4.5	Bredere maatschappelijke uitdagingen zoals klimaatverandering, pandemieën en internationale conflicten	26
5	BUDGETTAIRE EN DEMOGRAFISCHE DRUK.....	28
5.1	Stijgende gezondheidszorguitgaven	28
5.2	Dalende beroepsbevolking	28
5.3	Niets doen geen optie.....	29
6	NAAR EEN PASSEND AANBOD	31
6.1	Schaalgrootte in combinatie met nabijheid van zorg	31
6.1.1	Versnipperd zorgaanbod	31
6.1.2	Voldoende ziekenhuizen, teveel sites	31
6.1.3	Schaalgrootte.....	31
6.1.4	Potentieel van het dagziekenhuis	32
6.1.5	Optimalisatie van het zorgaanbod en kwaliteitsversterking binnen grotere ziekenhuisstructuren	33
6.2	Conclusie: zorg van de toekomst combineert schaalgrootte én nabijheid	33
7	HOEKSTEEN VAN DE HERVORMING: VIER TYPES ZORGVOORZIENINGEN.....	35
7.1	Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)	37
7.1.1	Medische en medisch-technische diensten	37
7.1.2	Vereiste bed- en volumecapaciteit.....	37
7.1.3	Integrale zorg op één site	37
7.1.4	Rampen- en crisisbeheer	38
7.2	Universitair Ziekenhuis (UZ).....	38
7.2.1	RAZ-functie, gecombineerd met onderzoek, innovatie en opleiding	38
7.2.2	UZ en RAZ als expertisecentrum voor complexe aandoeningen.....	38
7.2.3	UZ en RAZ met universitaire bedden.....	38
7.3	Lokaal Medisch Centrum (LMC).....	39
7.3.1	Medische diensten	39
7.3.2	Model van een focused clinic onder bepaalde voorwaarden	40
7.4	Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)	40

7.4.1	Wat is intermediaire zorg?	40
7.4.2	Een nieuw kader voor revalidatie.....	40
7.4.3	Vereiste bed- en volumecapaciteit.....	41
7.4.4	Robuuste financiering.....	41
7.5	Institutionele samenhang tussen RAZ/UZ, LMC en ZIZ.....	41
7.6	Juridische onderbouw.....	42
8	HERVORMING VAN DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING	43
8.1	Spoeddiensten onder druk	43
8.2	Centrale triage met verwijzing naar de gepaste zorgsetting.....	43
8.3	Een spoeddienst enkel in een RAZ.....	44
8.4	Gebruik van huisartsenwachtposten versterken.....	44
8.5	Minder bezoeken aan de spoeddienst, maar ook minder inkomsten.....	44
9	PASSEND AANBOD VOOR HOOGCOMPLEXE EN/OF ZELDZAME AANDOENINGEN	45
9.1	Hoogcomplexe klinische zorg enkel in centra met voldoende expertise	45
9.2	Zeldzame aandoeningen in expertisecentra.....	45
10	EEN TRANSITIE ONDERSTEUND DOOR DE IMC EN EEN MODEL VOOR OBJECTIEVE BESLUITVORMING.....	48
10.1	Een transitieplan, ondersteund door de IMC	48
10.2	Welk type hervorming?	48
10.3	Stapsgewijze hervorming en model ter ondersteuning van een objectieve politieke besluitvorming	49
10.3.1	Indeling op basis van bereikbaarheid en zorgaanbod	49
10.3.2	Zorgaanbod: indeling in drie groepen, op basis van 3 cumulatieve normen per site	49
10.3.3	Bereikbaarheid	51
10.3.4	Tussentijdse evaluatie na vijf jaar	54
10.3.5	Tussentijdse evaluatie en maatregelen	54
11	BEREIKBARE ZORG VOOR DE PATIËNT	56
12	AANMOEDIGEN VAN FUSIES EN SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN	57
13	ONDERSTEUNEN VAN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING EN TRANSMURALE ZORG.....	58
14	DIGITALE TRANSFORMATIE	59
14.1	Een nationaal uniek elektronisch patiëntendossier (EPD).....	59
14.2	Digitale integratie van slimme technologieën	59
15	OPVOLGEN EN METEN VAN DE ZORGKwaliteit	60
15.1	Huidige initiatieven	60

15.2	Kwaliteit als essentieel onderdeel van de hervorming.....	60
15.2.1	Kwaliteitsbeleid afstemmen tussen beleidsniveaus	61
15.2.2	Data toegankelijk maken.....	61
15.2.3	Kwaliteit koppelen aan beleid	61
15.2.4	Betrouwbare indicatoren en transparantie	61
16	ONDERSTEUNENDE FINANCIERING	62
16.1	Oprichting van een transitiefonds	62
16.2	Middelen voor het transitiefonds.....	62
17	BIJLAGEN.....	63
18	BIBLIOGRAFIE	76

1 INLEIDING

1.1 CONTEXT

In het kader van de **hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap en de financiering** ervan, besliste de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid op 19 maart 2025 om een **expertgroep** samen te stellen. Deze groep, bestaande uit onafhankelijke experts met ruime en diverse ervaring in uiteenlopende aspecten van ziekenhuisorganisatie, kreeg de opdracht om **aanbevelingen te formuleren voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap**.

***Opdracht van de IMC Volksgezondheid:** ‘Vertrekkende vanuit de situatie “as is”, rechtstreeks aanbevelingen te formuleren aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de na te streven organisatie van het ziekenhuislandschap met als doelstelling kwaliteitsvolle zorg met doelmatigheid in de inzet van financiële en personele middelen.’*

Deze hervorming is noodzakelijk omdat de Belgische ziekenhuizen vandaag geconfronteerd worden met **talrijke grote uitdagingen**, die verder in dit rapport aan bod komen. Om hierop een antwoord te bieden, moeten hun rol en taken duidelijker worden vastgelegd en afgebakend, net als hun plaats in het gehele zorgsysteem. **Zo kunnen de menselijke en materiële middelen efficiënter worden ingezet, en kan de zorgkwaliteit voor de patiënt, en de levenskwaliteit van de zorgverleners behouden blijven of verbeteren.**

De hedendaagse uitdagingen – vergrijzing, multimorbiditeit, sociaaleconomische ongelijkheden, budgettaire beperkingen, personeelstekorten, snelle digitale evolutie – vereisen echter **een systemische aanpak** die verder gaat dan alleen de ziekenhuizen. Ons volledige gezondheidszorgsysteem moet in staat zijn om te voorzien in de behoeften aan preventieve, curatieve, revalidatie- en palliatieve zorg van de gehele bevolking. Dit is alleen mogelijk als ziekenhuizen, eerstelijnszorg en initiatieven voor preventie samenwerken en goed op elkaar zijn afgestemd. Daarbij dient rekening te worden gehouden met sociale determinanten, binnen een geïntegreerde en populatiegerichte aanpak. Vandaag ontbreekt die samenhang nog te veel, door **uiteenlopende structuren** (ziekenhuisnetwerken, netwerken 107, eerstelijnszones, zones dringende geneeskundige zorgverlening ...).

Zonder een geïntegreerde coördinatie dreigt een ziekenhuishervorming gefragmenteerd en onvolledig te blijven. Als we kwaliteitsvolle zorg willen organiseren volgens het principe **‘nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig’**, dat aan de expertgroep werd meegegeven bij het verlenen van de opdracht, vraagt dit om **één coherent, geïntegreerd zorgsysteem dat stevig in de regio’s verankerd is**.

Vanuit deze principes en met deze uitdagingen voor ogen, wil het huidige rapport een bijdrage leveren aan het debat over de toekomst van het Belgische ziekenhuislandschap.

1.2 BEREIK VAN HET RAPPORT

De rol van ziekenhuizen in evoluerende zorgsystemen staat al enkele jaren wereldwijd volop in de belangstelling. Internationaal verschenen er talrijke studies, en ook in België waren er belangrijke publicaties: zo bracht het [Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg](#) (KCE) meerdere rapporten uit (o.a. over allerlei aspecten van ziekenhuisfinanciering¹, de spoeddiensten², de intensieve

zorgdiensten³ en materniteiten⁴). Het Leuvense Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en de Vlerick Business School publiceerden in 2019 een rapport over het *Hospital of the Future*.⁵

Het huidige rapport zoomt, op vraag van de IMC, in op **de huidige organisatie van de acute ziekenhuizen en sites in ons land en op de huidige aanbodstructuur, zoals ze historisch is gegroeid**. Het formuleert aanbevelingen om deze te hervormen. Het rapport behandelt niet:

- de psychiatrische ziekenhuizen en andere geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen;
- de ouderenzorg (bevoegdheid van de deelstaten);
- de revalidatieziekenhuizen die zijn overgedragen naar de deelstaten¹;
- andere lopende hervormingen, zoals die van de nomenclatuur van de artsenhonoraria of de ziekenhuisfinanciering.

Hoewel de BFM-ziekenhuisfinanciering een federale bevoegdheid is, zijn de deelstaten bevoegd voor de erkenning en de financiering van de infrastructuur van de ziekenhuizen op hun grondgebied. Het is dus logisch dat het huidige initiatief uitgaat van de IMC Volksgezondheid, waarin elke bevoegde overheid vertegenwoordigd is.

1.3 WERKMETHODE

In **een eerste fase** legde de expertgroep de te behandelen thema's vast en werd er hierover kennis uitgewisseld, met verwijzing naar bestaande documenten (o.a. wetenschappelijke teksten en rapporten, de visienota's van de ministers van de IMC Volksgezondheid, nota's van de stakeholders zoals de ziekenhuisfederaties, enz.).

In **een volgende fase** bracht de groep per thema visies, ideeën en standpunten samen, en deze werden via gestructureerd overleg op elkaar afgestemd. De aanbevelingen werden getoetst aan de SMART-eisen².

De expertgroep legde vóór de zomer van 2025 reeds een **tussentijds rapport** aan de IMC voor.

De **samenstelling van de expertgroep**, die in totaal 9 maal samenkwam, vindt u in Bijlage 1.

1.4 STRUCTUUR VAN HET RAPPORT

Het rapport is opgebouwd volgens **het model van *The golden circle***, ontwikkeld door Simon Sinek.⁶ Sinek is een Britse-Amerikaanse auteur, spreker en organisatieadviseur, vooral bekend om zijn ideeën over **leiderschap, motivatie en organisatiecultuur**. Het model helpt verklaren waarom sommige leiders en organisaties meer inspirerend en succesvoller zijn dan anderen. Het model bestaat uit drie concentrische cirkels (*Why? How? What?*) en op basis daarvan werd het rapport opgebouwd:

- **Waarom:** wat zijn de achtergrond en drijfveren achter de voorgestelde hervormingen?

¹ Het is essentieel om met de Vlaamse overheid af te stemmen over de financiering van de acht Vlaamse revalidatieziekenhuizen.

² SMART is een methode om doelstellingen duidelijk, haalbaar en meetbaar te formuleren. Het acroniem staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

- **Wat:** wat omvatten de hervormingen?
- **Hoe:** hoe kunnen ze concreet gerealiseerd worden?

Voor een vlotte leesbaarheid wordt in het advies steeds de mannelijke vorm gebruikt, maar deze verwijst naar personen van alle genders.

WAAROM

Om binnen tien jaar tot een duurzame, geïntegreerde gezondheidszorg te komen, zijn vandaag hervormingen noodzakelijk, ook van het Belgische ziekenhuislandschap.

De SWOT-analyse brengt onze sterktes, zwakke punten, opportuniteiten en bedreigingen in kaart, en vormt daarmee een basis voor strategische keuzes over hoe we hiermee omgaan. Het huidige aanbod van acute ziekenhuizen is te versnipperd, inefficiënt en voor de patiënt onduidelijk.

2 WAAROM EEN HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP?

2.1 OP 10 JAAR TIJD NAAR EEN GEÏNTEGREERDE, DUURZAME GEZONDHEIDSZORG

Ons zorgsysteem lijkt onderhevig aan de ‘**wet van de remmende voorsprong**’⁷: dankzij een hoge patiënttevredenheid en breed maatschappelijke inbedding van onze zorg, lijkt alles prima te verlopen. Maar die positieve perceptie kan verhullen dat **actie nodig is om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ons zorgsysteem te behouden en duurzaam te maken**.

De gezondheidszorg staat voor fundamentele uitdagingen die vragen om een diepgaande en duurzame transformatie. Om de toenemende complexiteit van zorgvragen, het personeelstekort en de stijgende kosten aan te pakken, is een duurzame en toekomstgerichte aanpak nodig.

Volgens de experts maakt de hervorming van het ziekenhuislandschap deel uit van een traject dat streeft naar een **geïntegreerd zorgmodel** en uitgaat van de **holistische benadering van de Quintuple Aim**, die kwaliteit, betaalbaarheid, welzijn van patiënten én zorgverleners, en billijkheid combineert (zie verder sectie 2.2).

Bij een **geïntegreerd zorgmodel** staat niet langer ziekenhuiszorg centraal, maar wordt het één van de pijlers, binnen een systeem van gecoördineerde **patiëntgerichte zorg**. Vanuit een visie op positieve gezondheid⁸ en een verantwoordelijkheid t.o.v. de bevolking, wordt zorg steeds meer afgestemd op de noden, voorkeuren en doelen van de patiënten, terwijl ook rekening wordt gehouden met de maatschappelijke waarden van solidariteit, billijkheid en duurzaamheid.

Het model verzekert continuïteit, nabijheid en samenhang tussen de actoren in de gezondheidszorg, de sociale sector en de maatschappij.

Geïntegreerde zorg wordt zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt verleend. (Chronische) patiënten met meerdere aandoeningen komen niet langer terecht in versnipperde zorgprogramma's: **zorgverleners uit verschillende disciplines werken samen binnen één afgestemd traject, gecoördineerd door een zorgcoördinator** – vaak de huisarts. De zorg volgt de patiënt doorheen **alle settings**: thuis, ziekenhuis, revalidatie, woonzorgcentrum, waarbij de eerstelijnszorg een cruciale rol speelt.

De opvolging is niet langer alleen klinisch, maar ook **holistisch**: ook welzijn, en mentale en sociale aspecten krijgen aandacht. De zorg verbindt de verschillende leefomgevingen (thuis, werk, maatschappij, ziekenhuis, revalidatiecentrum) en integreert alle dimensies van welzijn: fysiek, psychisch, sociaal en ecologisch.

Veel winst is te behalen door **patiënten beter te informeren en te ‘empoweren’**, vooral rond preventie, dagelijkse zorg, *evidence-based practice* en zorg bij het levenseinde. Tijdens het ziekteproces kan de patiënt samen met zijn arts bewust kiezen tussen al dan niet verder behandelen of aandachtig opvolgen (*watchful waiting*). In de **SWOT-analyse** (zie Hoofdstuk 4) beschouwen de experts de huidige evolutie van toenemende zorg op maat trouwens als een belangrijke opportuniteit.

De **overheid** speelt een sleutelrol bij het faciliteren van geïntegreerde zorg via beleid op verschillende niveaus, financiële prikkels, administratieve vereenvoudiging en betere data-uitwisseling.

Belgische voorbeelden van geïntegreerde zorg

Er bestaan enkele **Belgische voorbeelden** van geïntegreerde zorg, zoals de zorgtrajecten diabetes type 2⁹ en chronische nierinsufficiëntie¹⁰. De ministers van Volksgezondheid ontwikkelden een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken¹¹ en voor geïntegreerde zorg¹². Daarnaast zijn er de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg (Artikel 107)¹³ en van de eerstelijns psychologische zorg¹⁴.

Ze tonen aan dat een meer patiëntgerichte en geïntegreerde aanpak haalbaar is, maar tegelijkertijd dat deze erg langzaam aan terrein wint in België.

Deze transformatie vergt tijd: een **transitieperiode van tien jaar** wordt voorzien om het ziekenhuissysteem stapsgewijs te herstructureren en te versterken.

2.2 QUINTUPLE AIM ALS KOMPAS

De hervorming van het Belgische ziekenhuissysteem vraagt dus om een brede kijk op zorg. Het **Quintuple Aim-raamwerk** biedt hiervoor een krachtig kompas. Het combineert in theorie vijf essentiële doelstellingen: **kwaliteit van zorg, betaalbaarheid, welzijn van patiënten, welzijn van zorgverleners en billijkheid** (zie Tekstkader 1). Volgens deze holistische benadering versterkt vooruitgang op elk van deze domeinen elkaar, en dit draagt bij aan een duurzamer, menselijker en billijker zorgsysteem.

Door bij de hervormingen de *Quintuple Aim* centraal te stellen, kunnen ziekenhuizen evolueren van prestatiegerichte instellingen naar pijlers in een **geïntegreerd zorgmodel**. Het betekent meer samenwerking, onderling en met de eerste lijn, meer aandacht voor preventie en welzijn, en zorgverlening vanuit de noden van de bevolking.

TEKSTKADER 1: DE VIJF PIJLERS VAN DE QUINTUPLE AIM

1. Verbeteren van de patiëntbeleving

- Zorg moet veilig, effectief en patiëntgericht zijn.
- Het welzijn, de tevredenheid en de betrokkenheid van patiënten staan centraal.

2. Verbeteren van de gezondheid van populaties

- Focus op preventie, gezondheidspromotie en het verkleinen van gezondheidsverschillen in de bevolking.

3. Verbeteren van de efficiëntie zonder aan kwaliteit in te boeten

- Zorg moet betaalbaar zijn en efficiënt worden georganiseerd, zonder onnodige procedures of verspilling.

4. Verbeteren van werktevredenheid en welzijn van zorgverleners

- Zorgverleners moeten ondersteund worden, om het welzijn op het werk te verbeteren.
- Nastreven van een goed evenwicht tussen werk en privé leven.

5. Verbeteren van de billijkheid

- Iedereen moet een billijke toegang hebben tot kwalitatieve zorg, vooral de meest kwetsbare bevolkingsgroepen.

Bron: Nundy et al.¹⁵

3 HET HUIDIGE AANBOD AAN ACUTE ZIEKENHUIZEN

Vandaag (juni 2025) telt België **103 acute ziekenhuizen** (inclusief de universitaire), verspreid over **189 sites** (één site die fungeert als logistiek centrum werd niet meegeteld).¹⁶ Tabel 1 geeft de verdeling weer van de types bedden over de 189 sites.

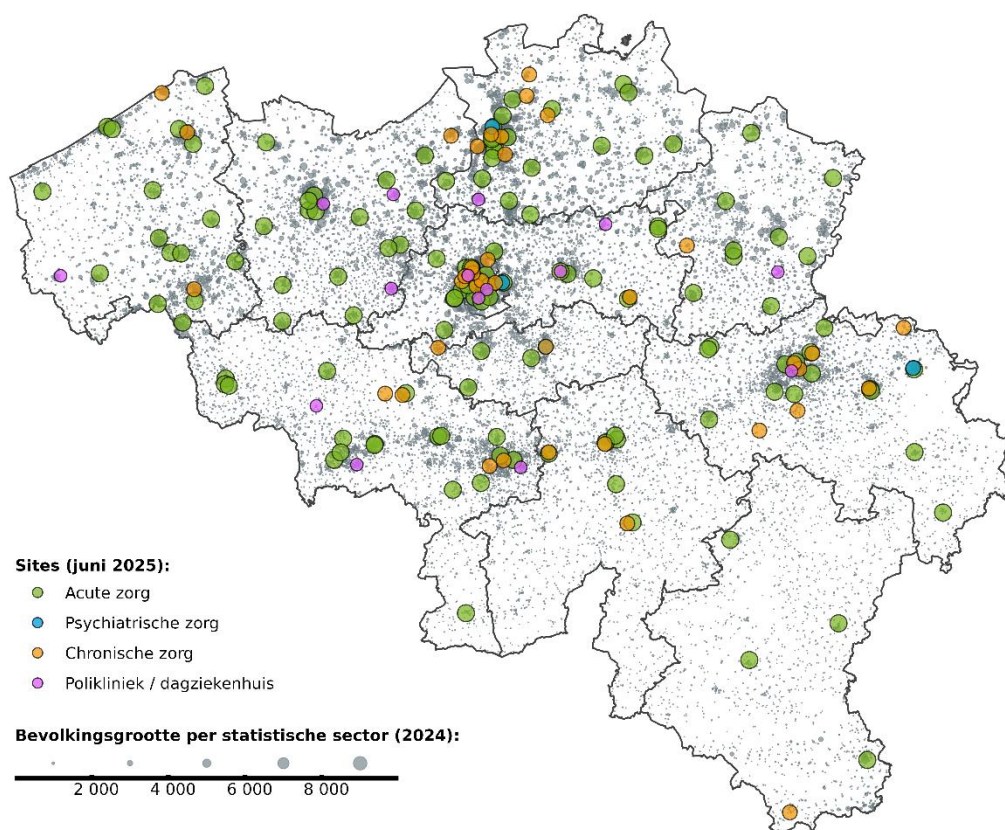
TABEL 1: TYPES BEDDEN BINNEN DE 189 SITES

Categorie	Aantal sites	Details over type bedden
Acute sites	132	C, CD, D, E, M, NIC, B, L (en G, maar enkel in combinatie met andere acute kenletters)
Sites met chronisch profiel	38	1 site met enkel G-bedden 5 sites met enkel palliatieve bedden (Sp4) 14 sites met een mix van Sp-bedden 10 sites met een mix van A-, K-, T-, G-, Sp-bedden en dagopnames
Sites met psychiatrisch profiel	4	A, K, T
Sites met enkel dagziekenhuis of polikliniek	15	8 sites met chirurgisch dagziekenhuis 7 sites met enkel polikliniek

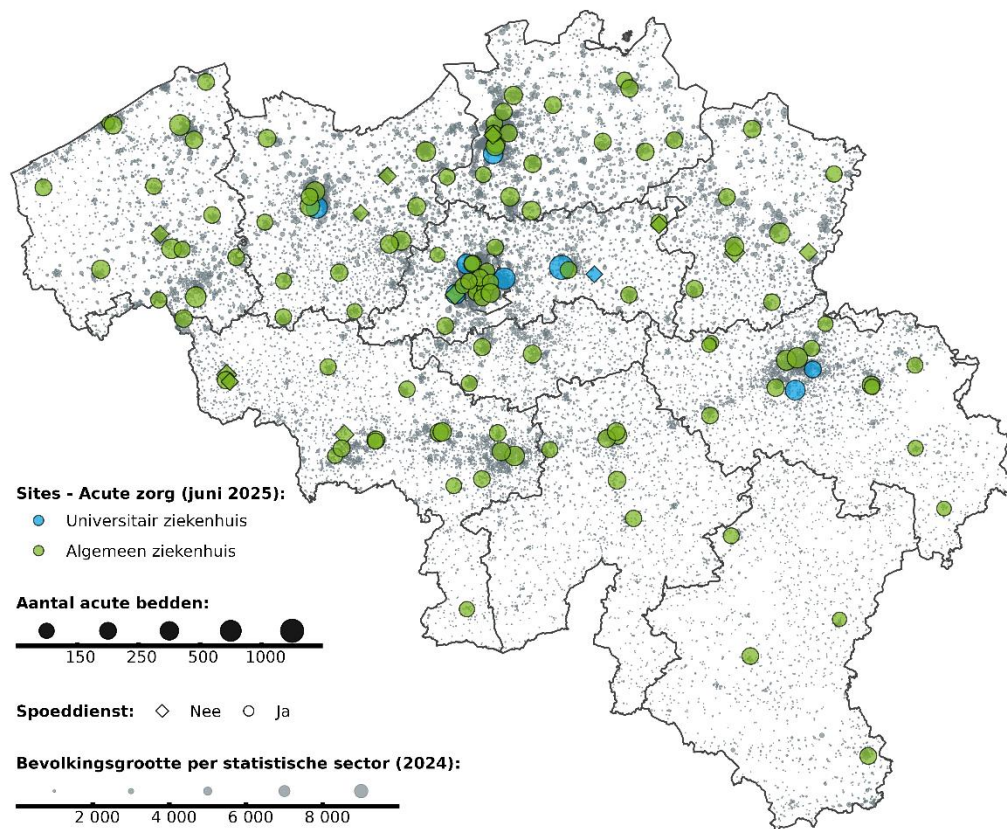
C = chirurgie, D = inwendige geneeskunde, E = pediatrie, M = materniteit, NIC = intensieve neonatologie, B = behandeling van tuberculose, L = behandeling van besmettelijke ziekten, G = geriatrie, Sp = gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, A = neuropsychiatrie voor volwassenen die een dringende interventie nodig hebben, K = neuropsychiatrie voor kinderen, T = neuropsychiatrie voor volwassenen (sociale revalidatie)

Het merendeel van de 189 sites (zie Figuur 1) betreft acute sites (zie Figuur 2), maar ook sites met een chronisch of psychiatrisch profiel (zie Figuur 3) maken deel uit van het zorglandschap. Daarnaast zijn er 15 sites zonder klassieke ziekenhuisbedden: 8 sites functioneren als chirurgisch dagziekenhuis en 7 sites bieden uitsluitend poliklinische zorg aan (zie Figuur 3). Het merendeel van deze sites waren vroeger zelfstandige ziekenhuizen, maar zijn na fusies opgenomen in grotere ziekenhuisstructuren. Ondanks een heroriëntatie naar dagziekenhuis of polikliniek, bleven deze sites als zorglocatie behouden.

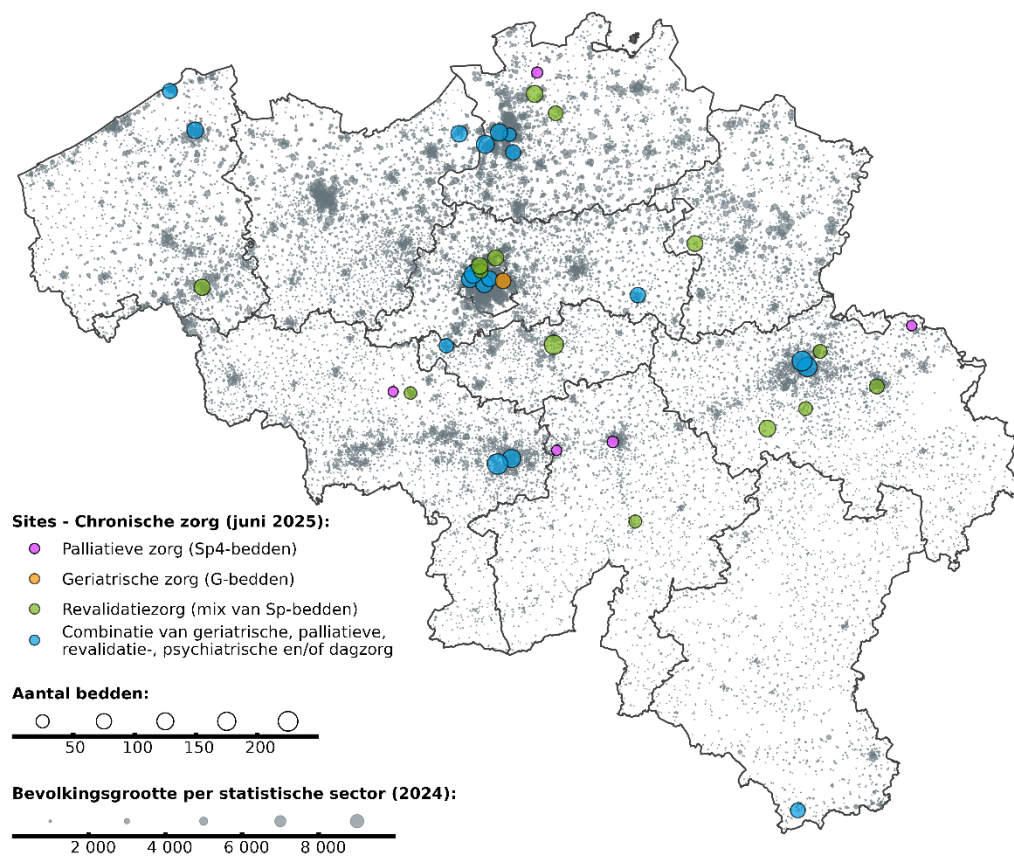
FIGUUR 1: SPREIDING VAN DE 189 SITES



FIGUUR 2: SPREIDING VAN DE 132 ACUTE SITES



FIGUUR 3: SPREIDING VAN SITES MET CHRONISCH OF PSYCHIATRISCH PROFIEL EN SITES MET DAGZIEKENHUIS OF POLIKLINIEK



4 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN, OPPORTUNITEITEN EN BEDREIGINGEN VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN (SWOT-ANALYSE)

Aan de hand van een **SWOT-analyse** bracht de expertgroep de Sterktes, Zwaktes, Opportuniteiten en Bedreigingen (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats*) van het huidige Belgische ziekenhuislandschap in kaart. De analyse geeft op die manier op een **gestructureerde manier** inzicht in de huidige situatie, en helpt om **gefundeerde strategische** keuzes te maken. Een **kort overzicht** van de resultaten vindt u in Tekstkader 2.

Het recent verschenen **OESO-rapport** *Health at a Glance 2025* vergelijkt ons gezondheidssysteem met dat van andere, vergelijkbare landen en toont aan waar we sterk staan en waar er nog ruimte is voor verbetering.¹⁷

4.1 STERKE PUNTEN

1. Kwalitatieve ziekenhuiszorg
2. Toegankelijkheid
3. Gekwalificeerde en betrokken zorgverleners
4. Solide fundamenten

4.1.1 Kwalitatieve ziekenhuiszorg

België beschikt over een **doeltreffend** gezondheidssysteem dat kwaliteitsvolle medische zorg biedt. De bevolking heeft over het algemeen **vertrouwen** in de zorgsector en beschouwt de zorg als zeer veilig. Hoewel er in sommige medische disciplines **wachlijsten** zijn, zijn deze in het algemeen beperkt. Het **medisch-technologische** niveau in België is hoog, wat bijdraagt aan een moderne en performante zorg. Bovendien wordt de **zorgkwaliteit** van de ziekenhuizen versterkt door steeds meer transparantie erover en een vrijwillige accreditatieprocedure.

4.1.2 Toegankelijkheid

België beschikt over een dicht en gediversifieerd netwerk van ziekenhuizen, met een vrij goede geografische spreiding en een dus **relatief vlotte bereikbaarheid** voor de bevolking. Patiënten mogen vrij hun arts, specialist of ziekenhuis **kiezen**, wat de toegang vergemakkelijkt en bijdraagt aan de tevredenheid. Verder is elke inwoner verplicht aangesloten bij de **nationale ziekteverzekering (RIZIV)**, waardoor de meeste medische kosten (gedeeltelijk) worden terugbetaald. Dit verlaagt de financiële drempel om zorg te zoeken.

4.1.3 Gekwalificeerde en betrokken zorgverleners

In de Belgische ziekenhuizen werkt **gekwaltificeerd** zorgpersoneel dat niet alleen over de nodige expertise beschikt, maar ook een grote beroepstrots heeft. Zij zijn zich bewust van de betekenis en impact van hun werk, wat hen motiveert om **hoogwaardige zorg** te verlenen.

4.1.4 Solide fundamente

De Belgische ziekenhuiszorg berust op solide fundamente. Vele ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren grondig verbouwd of gerenoveerd, met een aanzienlijke verbetering van de **infrastructuur** als gevolg. Daarnaast bestaat er een juridisch kader voor **ziekenhuisnetwerken**, wat de samenwerking tussen zorginstellingen zou moeten versterken. Het ziekenhuissysteem is **niet-commercieel**, waardoor de focus op patiëntenzorg en zorgkwaliteit wordt versterkt. De duidelijke verschuiving richting **daghospitalisatie en ambulante zorg** biedt de patiënt meer comfort en vergroot de efficiëntie. Doordat patiënten 's nachts en in het weekend niet in het ziekenhuis verblijven, kunnen er middelen worden vrijgemaakt. Tegelijkertijd wordt **complexe zorg meer geconcentreerd**, wat eveneens bijdraagt aan een hogere efficiëntie en betere zorgresultaten. Bovendien zijn ziekenhuizen sterk betrokken bij medische en technologische **innovatie**, en bij **klinisch onderzoek**, waardoor ze hun zorg continu verbeteren.

4.2 ZWAKKE PUNTEN

1. Tekort aan zorgverleners
2. Over- en ondergebruik van spoeddiensten
3. Versnipperde zorg en onvoldoende afstemming tussen de zorglijnen
4. Overaanbod aan ziekenhuizen, een niet optimale spreiding en te vrijblijvende ziekenhuisnetwerken
5. Prestatiegebaseerde financiering die tot overconsumptie leidt en te weinig kwaliteitsmeting

4.2.1 Tekort aan zorgverleners

De **personeelsschaarste in de zorg** is al enkele jaren een nijpend probleem. Zowel **de huisartsen als bepaalde disciplines van de tweede lijn** (o.a. psychiatrie, geriatrie, medische oncologie en reumatologie) kampen met tekorten. Door de vergrijzing van het zorgpersoneel en de toenemende zorgvraag, wordt de kloof tussen vraag en aanbod bij **verpleegkundigen** jaarlijks groter. Meer en meer zorgvoorzieningen moeten daardoor noodgedwongen bedden sluiten of tijdelijk een opnamestop doorvoeren. Dit heeft directe gevolgen: de werkdruk stijgt, wachttijden nemen toe en de zorgkwaliteit komt onder druk te staan.

Volgens PlanKad waren in 2023 ruim 232.700 personen houder van een **verpleegkundig visum**, maar slechts 58% of ruim 134.600 (of bijna 117.000 VTE) waren actief in de zorg (waarvan 58% in de ziekenhuizen).¹⁸ Prognoses tonen dat er tegen 2046 **meer dan 65.000 extra VTE aan verpleegkundigen nodig** zullen zijn.

Deze situatie wordt nog meer prangend door:

- **De vergrijzing van de bevolking:** ouderen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen (**multimorbiditeit**). Hierdoor neemt de behoefte aan complexe zorg en coördinatie toe, vooral bij de overgang van thuisomgeving naar ziekenhuis, en omgekeerd.
- **Zware arbeidsomstandigheden:** hoge werkdruk, stress en beperkte aantrekkingskracht van het beroep leiden tot beroepsuitval of een daling van het aantal functies die voltijds worden ingevuld.¹⁹
- De **verkorting van de verblijfsduur** in het ziekenhuis leidt tot een grote patiëntenrotatie, met een intensifiëring van de zorg en een toename van administratieve en logistieke taken als gevolg.¹⁹
- Een **ontoereikend wettelijk en organisatorisch kader** voor de **verdeling van taken** binnen het beroep en tussen de zorgberoepen (*Moet alles door een specialist? Moet alles door een arts?*), door een rigide en inefficiënte, ziekenhuisgerichte WUG-piramide³. In haar adviesrapport wijst de Planningscommissie er bijvoorbeeld op dat verpleegkundigen te vaak worden ingezet voor niet-verpleegkundige taken en dat ze **onvoldoende erkenning krijgen voor hun coördinerende functies**.²⁰
- De recente **hervorming van het verpleegkundig beroep** biedt een duidelijk kader om de al lang bestaande verschillen in opleidingsniveaus op te vangen. Vanaf juni 2026 studeren in Vlaanderen de eerste **basisverpleegkundigen** af (het vroegere HBO5). In Brussel en Wallonië start de hervorming voor dit opleidingsniveau (**infirmier breveté**) pas in september 2026, waardoor daar de eerste afgestudeerden pas in juni 2029 beschikbaar zullen zijn.

In de toekomst zullen deze **basisverpleegkundigen** en **verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ)** samenwerken. Tot die laatste groep behoren bachelorverpleegkundigen en gelijkgestelden. Beide profielen krijgen eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden. **Basisverpleegkundigen** werken **onder supervisie van een VVAZ** wanneer die (of een arts) oordeelt dat de zorgsituatie te complex is.

Omdat de zorg steeds complexer wordt, is het essentieel **om voldoende VVAZ op te leiden**. In het verleden kregen HBO5-verpleegkundigen vaak financiële steun om via een brugopleiding door te stromen naar de bacheloropleiding. Vandaag staan deze trajecten echter onder druk, zowel wat financiering als erkenning betreft. Daardoor dreigt een **kloof** te ontstaan tussen de **groeierende zorgnoden** en de beschikbare **competenties op de werkvloer**.

³ Het WUG-model verwijst naar de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen. Die wet legt vast wie welke handelingen in de gezondheidszorg mag uitvoeren, en is dus de basis van de hiërarchische zorgstructuur. Traditioneel wijst de WUG vele zorgverantwoordelijkheden toe aan artsen, terwijl andere beroepsgroepen zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, apothekers en paramedici vaak enkel ondersteunende of uitvoerende taken toegewezen krijgen.

4.2.2 Onder- en overgebruik van spoeddiensten

4.2.2.1 Spoeddiensten vaak gebruikt voor niet-dringende problemen

De spoeddiensten in België zijn gemakkelijk toegankelijk en combineren daardoor **twee uiteenlopende functies**: de opvang van mogelijk **levensbedreigende noodgevallen** enerzijds en **algemene, vaak planbare zorg binnen en buiten de kantooruren** anderzijds. De dringende medische hulp kampt daardoor met belangrijke uitdagingen.

Heel wat mensen doen onterecht een beroep op de spoed voor niet-dringende problemen (**overgebruik**), terwijl anderen met echte urgenties deze soms te laat raadplegen (**ondergebruik**). Jaarlijks bezoekt iets meer dan 19% van de Belgen de spoed²¹, vaak door

- een minder goede samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen
- een spoeddienst die op kortere afstand ligt voor de patiënt dan een huisartsenwachtpost
- niet overal een optimale organisatie van de wachtdienst van huisartsen
- patiënten zonder huisarts of die het gezondheidszorgsysteem niet goed kennen
- een patiëntenstop bij een toenemend aantal huisartsen
- begrijpelijke ongerustheid bij de patiënt.

Het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten leidt ertoe dat echte noodgevallen, zoals hartinfarcten en beroertes, soms te laat worden behandeld, met hogere sterfte en complicaties tot gevolg.

Ook de **culturele diversiteit**, vooral in grootstedelijke gebieden, speelt een rol. Daar komen vaker zwakkere sociaaleconomische groepen met een combinatie van kwetsbaarheden, verschillende talen en beperkte gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) voor. Uniforme beleidsmaatregelen om mensen te ontraden zich onnodig en rechtstreeks tot de spoeddiensten te wenden, werken er onvoldoende.

Dit alles samen verstoort **de normale werking van spoeddiensten en een efficiënte inzet van mensen en middelen**.

4.2.2.2 Teveel spoeddiensten, te weinig gebruik van 1733 en versnipperde bevoegdheden

Ook de **organisatie van de spoeddiensten** zelf is problematisch. België telt 124 spoeddiensten¹⁶, soms zeer dicht bij elkaar, en met soms **grote kwaliteitsverschillen**. Niet alle ziekenhuizen beschikken permanent over de nodige specialisten of infrastructuur om alle dringende gevallen adequaat te behandelen. De kansen van de patiënt hangen dus af van de spoeddienst waar hij terechtkomt.

Het **grote aanbod aan spoeddiensten** zorgt dus eveneens voor een **inefficiënte inzet van de reeds schaarse zorgverleners**. Elke spoeddienst moet immers 24/7 bemand zijn met artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel, ongeacht het aantal patiënten dat er effectief langskomt.

Veel ziekenhuizen beschouwen hun spoeddienst als een essentieel instrument om patiënten te werven. Het aandeel van de patiënten dat via die weg wordt opgenomen kan dan meer dan 50% bedragen. De in 2012 ingevoerde **financiering** van de spoeddienst per bezoek versterkt de druk op de spoeddiensten nog meer.

Een deel van het overgebruik van de spoeddiensten zou kunnen worden opgevangen door huisartsenwachtposten. Zij kunnen instaan voor de aanpak van minder urgente of ernstige gezondheidsproblemen. Indien nodig kunnen zij de patiënt doorverwijzen naar een spoeddienst, en eventueel een MUG, PIT of ambulance oproepen. Het systeem van de **huisartsenwachtposten**, dat al tien jaar in ons land wordt uitgetest **en oproepbaar via 1733, is echter nog niet overal volledig uitgerold of even goed ingeburgerd**. Tekorten aan huisartsen, uiteenlopende financieringssystemen en terughoudendheid bij bepaalde huisartsen of regio's bemoeilijken de werking ervan. Bovendien is het nummer 1733 nog onvoldoende bekend bij het grote publiek. Hierdoor wenden patiënten zich nog te vaak rechtstreeks tot de spoed.

De **laatste staatshervorming** heeft deze problematiek nog bemoeilijkt: spoedeisende medische hulp en de huisartsenwachtposten zijn federale bevoegdheid gebleven. Anderzijds werden de deelstaten bevoegd voor de normen voor spoedeisende hulp, interhospitaalvervoer en de huisartsenkringen.

4.2.3 Versnipperde zorg en onvoldoende afstemming tussen de zorglijnen

De zorg is vandaag sterk versnipperd. Vooral **ouderen met meerdere, vaak chronische aandoeningen** hebben te maken met uiteenlopende zorgverleners, in het ziekenhuis en bij de eerste lijn. Deze zorgverleners hebben elk hun eigen werkwijze en werken beperkt samen. Tegelijkertijd verschuift de zorg steeds vaker naar de eerste lijn, zeker na een dag- of thuishospitalisatie. Bovendien worden zorgverleners vaak beïnvloed door de cultuur en de economische verwachtingen van **de zorgstructuur** waarin zij werken, en is er onvoldoende verbinding tussen **gezondheid en welzijn**. Hoewel **preventie en ondersteuning** nauw met elkaar verbonden zijn, zijn hun operationele structuren nog steeds niet geïntegreerd. Dit resulteert in verdere fragmentatie van de zorg en gemiste kansen.

Zoals reeds gemeld in sectie 2.1 is er daarom nood aan een **geïntegreerd zorgmodel**, met nauwere afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn, en zorg op maat van de patiënt. Het leidt tot minder over- en onderbehandeling, een betere preventie en uitkomsten voor de patiënt in het algemeen en vermijdt onnodige kosten. De huidige financieringswijze draagt hier evenwel niet toe bij.

Ook voor hoogcomplexiteit is er soms te weinig afstemming tussen tweede en derde lijn. Meerdere KCE-rapporten wijzen op het verband tussen het aantal uitgevoerde ingrepen (**volume**) in een ziekenhuis en **de uitkomst** (mortaliteit, levensverwachting en -kwaliteit, complicaties, enz.) voor de patiënt. Dit principe geldt o.a. voor verschillende complexe chirurgische ingrepen, waaronder borstkanker²², pancreaskanker²³, slokdarmkanker²³, hoofd- en halskanker²⁴, longkanker en hartchirurgie. Toch worden vele van deze ingrepen **nog in te veel ziekenhuizen** uitgevoerd, ook als ze het minimumvolume niet halen.

4.2.4 Overaanbod aan ziekenhuizen, een niet optimale spreiding en te vrijblijvende ziekenhuisnetwerken

Sommige ziekenhuizen beschikken over een **groot aantal acute bedden** met een te lage bezettingsgraad, **die dus niet efficiënt benut worden**. Door deze structurele overcapaciteit worden infrastructuur en personeel ingezet, zonder dat dit in verhouding staat tot de reële zorgnood.^{4, 25, 26}

Bovendien telt België in verhouding tot zijn bevolking en geografie relatief **veel ziekenhuizen en sites**, vooral in stedelijke gebieden. Het leidt tot een overaanbod en inefficiëntie, met overlap van functies en druk op de schaarse personele en financiële middelen.

De toegang tot bepaalde zorg is **afhankelijk van de woonplaats** van de patiënt (zorgregio) én hoe vaak bepaalde aandoeningen er voorkomen (**ziekteprevalentie**). Daardoor zijn bv. dialysecentra ongelijk verdeeld over het Belgische grondgebied. In sommige landelijke of dunbevolkte gebieden zijn er relatief minder dan in dichtbevolkte stedelijke regio's zoals Brussel, Antwerpen of Gent. Hierdoor moeten patiënten in dunbevolkte gebieden vaak langere afstanden afleggen. In sommige ziekenhuizen zijn de dialysecentra ook erg klein, waardoor het moeilijk is om de diverse dialysevormen efficiënt aan te bieden en de kwaliteitsborging lastig is.

De wet van 2019²⁷ verplicht ziekenhuizen om deel uit te maken van **locoregionale netwerken**, met zorgopdrachten vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 23/11/2022²⁸. Hoewel deze netwerken geleid hebben tot meer bewustmaking inzake samenwerking, worden ze **niet ondersteund door een aangepaste, eigen financiering**. Ze blijven dus afhankelijk van de budgetten en strategieën van de instellingen die er deel van uitmaken. De mogelijkheid om gezamenlijke projecten op te zetten, preventiemaatregelen te nemen of zorg te coördineren met de eerstelijnszorg blijft dus beperkt. Sommige ziekenhuizen hebben daarom gekozen voor een structurele samenwerking of fusie om de middelen te bundelen. Waar dat niet gebeurt, blijven netwerkorganen vaak symbolisch zonder echte impact.²⁹ De samenwerking met de eerste lijn verloopt soms ook moeizaam, wat een belangrijke hinderpaal is in de evolutie naar meer geïntegreerde zorg.

4.2.5 Prestatiegebaseerde financiering die tot overconsumptie leidt en te weinig kwaliteitsmeting

Het huidige financieringssysteem, voornamelijk gebaseerd op vergoeding per prestatie, zet ziekenhuizen en artsen ertoe aan om **meer ingrepen of consultaties** uit te voeren, ook als die medisch niet altijd noodzakelijk zijn.

Ziekenhuizen kampen met financiële druk en proberen elkaar te **overtroeven** met investeringen in technologie, infrastructuur, nieuw medisch aanbod, ongeacht of dat werkelijk nodig is.

Het huidige systeem moedigt ziekenhuizen dus niet aan om samen te werken of activiteiten te bundelen, zelfs als dat meer logisch en efficiënt zou zijn. Integendeel, ze zien elkaar nog teveel als concurrenten. Paradoxaal genoeg gaat dit samen met **financiële kwetsbaarheid van ziekenhuizen**, omdat de globale budgetten gesloten zijn en dus onder hen moeten worden verdeeld.

Ondanks mooie initiatieven in kwaliteitsgroepen en accreditaties van ziekenhuizen, kampt het **Belgische kwaliteitsbeleid** met een **versnippering tussen beleidsniveaus**, een **beperkte samenwerking en afstemming**, een moeizame ontsluiting van **zorgdata**, onvoldoende koppeling van kwaliteit aan **beleid en financiering**, en een **asymmetrisch beleid inzake transparantie en toegang tot publiek beschikbare kwaliteitsindicatoren**. Burgers hebben doorgaans weinig tot geen toegang tot informatie over de zorgkwaliteit van een zorgvoorziening.

De huidige financiering is ook toegespitst op de individuele zorgrelatie. Dankzij *datamining* van gezondheidsgegevens, kunnen we vandaag nochtans ook gebruik maken van lokale of regionale data over de gezondheid van de bevolking, voor de ontwikkeling van **populatiegerichte strategieën**. Vele gezondheidsproblemen kunnen namelijk voorkomen worden door preventie en gezondheidseducatie, gericht op specifieke doelgroepen. Er is veel goodwill bij de eerstelijnsactoren om hiermee aan de slag te gaan, maar het is wachten op de nieuwe financiering van de ziekenhuizen, die door de opeenvolgende ministers van Volksgezondheid werd aangekondigd. Als ziekenhuizen ook vergoed

worden voor hun bijdrage aan de gezondheid van een hele populatie ontstaat er een financiële stimulans om samen te werken met eerstelijnsactoren en in te zetten op preventie.

4.3 OPPORTUNITeiten

1. Effectievere, maar complexere en duurdere nieuwe behandelingen en geneesmiddelen
2. Groeiende aandacht voor zorg op maat van de patiënt
3. Van toenemende specialisatie naar meer samenwerking
4. Digitale transformatie als motor voor populatie- en patiëntgerichte zorg

4.3.1 *Effectievere, maar complexere en duurdere nieuwe behandelingen en geneesmiddelen*

Nieuwe **technologieën, geneesmiddelen en behandelingen** bieden opportuniteiten voor een meer effectieve zorg, waarbij sommige taken kunnen worden gedelegeerd/gedigitaliseerd. Toch maken deze ontwikkelingen de zorg ook **complexer en duurder**.

4.3.2 *Groeiende aandacht voor zorg op maat van de patiënt*

De aandacht voor **zorg op maat, volgens de waarden en persoonlijke doelen van de patiënt neemt toe**. Belangrijke vragen voor de zorgverlener zijn: ‘*Wat is voor u het belangrijkste in uw leven en voor uw gezondheid?*’ en ‘*Hoe past deze keuze bij uw dagelijks leven of toekomstplannen?*’, en hierop zijn duidelijke antwoorden van de patiënt nodig. Alleen dan kan samen een **weloverwogen beslissing** worden genomen. Het vereist wel dat patiënten aangemoedigd worden om hun doelen duidelijk te verwoorden, en dat zorgverleners meer openstaan voor deze persoonlijke voorkeuren.

4.3.3 *Van toenemende specialisatie naar meer samenwerking*

Er is een duidelijke trend van verschuiving **van ziekenhuiszorg naar ambulante zorg**. Dit leidt tot kortere ziekenhuisopnames en maakt ziekenhuiscapaciteit vrij voor andere zorgbehoeften, zoals chronische zorg of revalidatie.

Tegelijk **neemt de specialisatie in ziekenhuizen sterk toe**. Dit biedt voordelen, zoals een diepgaandere kennis en geavanceerde diagnostische en behandelingsmogelijkheden. Een keerzijde is echter dat brede **kennis van basiszorg** soms verloren gaat, waardoor onverwachte of (minder) complexe situaties, die (eerder) een meer **holistische benadering** vergen, moeilijker binnen één (sub)specialisme kunnen worden opgevangen, omdat de functie van algemeen internist verloren is gegaan.

Voor een geïntegreerde, patiëntgerichte aanpak is **intra- en interdisciplinaire samenwerking** een belangrijke hefboom. Hiervoor is er nood aan bereidheid, vertrouwen, respect en heldere communicatie tussen de zorgverleners. Om deze samenwerking duurzaam te verankeren, is het belangrijk dat ze wordt geïntegreerd in **opleiding en accreditatie**.

Een concreet **voorbeeld** van de meerwaarde van multidisciplinair werken is het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC), dat navolging verdient in andere domeinen.

4.3.4 Digitale transformatie als motor voor populatie- en patiëntgerichte zorg

Digitale technologieën bieden vandaag grote kansen om zorg efficiënter, toegankelijker en populatie- en patiëntgerichter te maken. Dankzij de volledige **informatisering van patiëntdata** behoort een geïntegreerde actie van de verschillende zorgactoren (huisartsen, thuisverpleegkundigen, ziekenhuisartsen en -verpleegkundigen) tot de mogelijkheden. Heldere communicatie met de patiënt, vermijden van dubbele onderzoeken, een betere planning en uitkomstmetingen zullen het zorgproces kwalitatiever en efficiënter laten verlopen. Uiteraard dienen daarbij waarborgen voor de privacy te worden ingebouwd.

Innovaties zoals **Artificiële Intelligentie (AI)** en **Machine Learning (ML)** kunnen zorgverleners ondersteunen bij triage, diagnose en voorspelling van ziekteverloop op basis van grote datasets. **Polyfarmacie bij ouderen** kan dankzij **biomarkers en digitale pillen**⁴ veiliger en effectiever worden beheerd, terwijl **genetica** preventie en gepersonaliseerde behandeling mogelijk maakt.

Point-of-care technologie maakt snelle testen technisch mogelijk aan het bed van de patiënt, zoals continue bloedsuikermeting.

De huidige behandelingen zijn vaak **minder invasief**, wat het herstel van de patiënt versnelt. **Chatbots en health apps** kunnen patiënten actiever betrekken bij hun zorg en hen meer controle over hun gezondheid geven. **Telegeneeskunde en beeldvorming op afstand** verbeteren de toegankelijkheid van expertise, vooral wanneer lokale specialisten ontbreken.⁵

De effectieve klinische meerwaarde voor de patiënt en risico's op het vlak van patiëntveiligheid worden echter vaak **onvoldoende geëvalueerd**.

Momenteel **communiceren veel systemen ook onvoldoende met elkaar**: elektronische medische dossiers (EMD) en elektronische patiëntendossiers (EPD) bestaan vaak uit losse PDF's, zonder automatische koppeling met sociale dossiers. Enkel Vaccinnet biedt een echt geïntegreerde aanpak. Bovendien hebben niet alle essentiële zorgverleners (waaronder verpleegkundigen) toegang tot de beschikbare systemen, wat de ongelijkheid in toegang voor de patiënten nog vergroot. De implementatie van de *European Health Data Space* (EHDS) zou dit op termijn moeten oplossen.

Daarnaast ontbreekt een **effectief monitorsysteem voor populatieanalyse**. De IMA-database³⁰ levert gedeeltelijke data, maar deze zijn te laat beschikbaar om tijdig praktijk-, ziekenhuis- of regiogerichte beslissingen te ondersteunen. Proefprojecten van de KU Leuven met barometers voor antibiotica, diabetes, nierinsufficiëntie en baarmoederhalskankerscreening zijn veelbelovend, maar nog in ontwikkeling.

Digitale transformatie biedt dus een opportuniteit om via een **betere data-infrastructuur** te evolueren naar **geïntegreerde en toekomstgerichte zorg**, uiteraard mits de nodige ethische kaders.

⁴ Medicatie met een elektronische sensor, die samen met de pil wordt ingenomen. Het doel is om therapietrouw te monitoren, dus nagaan of een patiënt zijn medicatie correct en op tijd inneemt.

4.4 BEDREIGINGEN

1. Demografische druk en vergrijzing
2. Structurele en politieke complexiteit
3. Budgettaire druk
4. Privé praktijken en deconventionering
5. Bredere maatschappelijke uitdagingen zoals klimaatverandering, pandemieën en internationale conflicten

4.4.1 Demografische druk en vergrijzing

De **vergrijzing van de bevolking** zorgt voor een steeds grotere zorgvraag. Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit is groot: bijna de helft (48%) van de bevolking van 15 jaar en ouder lijdt aan minstens twee chronische aandoeningen. Bij 75-plussers loopt dit zelfs op tot driekwart (76,2%).³¹ Dit aandeel zal in de toekomst nog toenemen, met een enorme impact op de zorguitgaven.

Tegelijkertijd **vergrijst ook het zorgpersoneel**. Een aanzienlijk deel van hen ging of gaat de komende jaren met pensioen, waardoor de uitstroom toeneemt en het bestaande tekort nog nijpender wordt. Deze dubbele druk – een groeiende zorgvraag én een dalend aantal zorgverleners – zet niet alleen de werking, maar ook het **budget en de duurzaamheid** van het Belgische zorgsysteem zwaar onder druk (zie ook sectie 5).

4.4.2 Structurele en politieke complexiteit

Het Belgische zorgsysteem heeft een **complexe structuur**, waarin de deelstaten federale beslissingen mogelijks asymmetrisch en op een verschillende manier uitvoeren. Daarnaast bemoeilijken de versnipperde bevoegdheden een **coherente en doeltreffende zorgverlening** en de invoering van een geïntegreerd zorgmodel (met inbegrip van preventie).

De institutionele eigenheid leidt tot een **trage en meer omslachtige besluitvorming**, mede door een gebrek aan doortastendheid en beslissingskracht bij de overheden, gecombineerd met een hoge mate van bureaucratie. Een concreet gevolg hiervan is de vertraagde wettelijke erkenning van nieuwe zorgfuncties en -opdrachten. Tegelijkertijd bemoeilijken **talrijke actieve lobbygroepen** en een **zorgsector die op veel domeinen zelfstandig wil beslissen**, rationeel noodzakelijke hervormingen.

4.4.3 Budgettaire druk

De Belgische gezondheidszorg staat onder druk door **steeds stijgende kosten**, terwijl hervormingen vaak moeten plaatsvinden zonder specifiek transitiebudget. De meeste ziekenhuizen kampen met **financiële moeilijkheden**, wat hun stabiliteit en de kwaliteit van zorg bedreigt. Daarnaast bestaat er veel **onzekerheid** over de toekomstige financieringsmodellen, niet alleen voor ziekenhuizen en ziekenhuisartsen, maar ook voor thuisverpleging en andere zorgvormen (zie ook sectie 5).

4.4.4 Privé praktijken en deconventionering

Lucratieve medische disciplines organiseren zich steeds vaker **buiten het ziekenhuis**. Dit gaat gepaard met een **toenemende deconventionering** van artsen. Beter begoede patiënten krijgen een snellere toegang tot zorg door ‘villageneeskunde’. Een voor iedereen snel toegankelijke zorg aan conventietarieven kan hierdoor in het gedrang komen.

4.4.5 Breder maatschappelijke uitdagingen zoals klimaatverandering, pandemieën en internationale conflicten

Ziekenhuizen hebben ook te maken met **breder maatschappelijke uitdagingen**, zoals klimaatverandering, pandemieën en internationale conflicten. Er is daarom nood aan robuuste, flexibele zorgstructuren met voldoende buffercapaciteit en crisisrespons. **Duurzaamheid en weerbaarheid** worden sleutelwoorden in een toekomstgericht ziekenhuisbeleid.

TEKSTKADER 2: OVERZICHT VAN DE RESULTATEN VAN DE SWOT-ANALYSE

STERKTES



1. Kwalitatieve ziekenhuiszorg
2. Toegankelijkheid
3. Gekwalificeerde en betrokken zorgverleners
4. Solide fundamenten

ZWAKTES



1. Tekort aan zorgverleners
2. Over- en ondergebruik van spoeddiensten
3. Versnipperde zorg en onvoldoende afstemming tussen de zorglijnen
4. Overaanbod aan ziekenhuizen, een niet optimale spreiding en te vrijblijvende ziekenhuisnetwerken
5. Prestatiegebaseerde financiering die tot overconsumptie leidt en te weinig kwaliteitsmeting

OPPORTUNITeiten



1. Effectievere, maar complexere en duurdere nieuwe behandelingen en geneesmiddelen
2. Groeiende aandacht voor zorg op maat van de patiënt
3. Van toenemende specialisatie naar meer samenwerking
4. Digitale transformatie als motor voor populatie- en patiëntgerichte zorg

BEDREIGINGEN



1. Demografische druk en vergrijzing
2. Structurele en politieke complexiteit
3. Budgettaire druk
4. Privé praktijken en deconventionering
5. Bredere maatschappelijke uitdagingen zoals klimaatverandering, pandemieën en internationale conflicten

5 BUDGETTAIRE EN DEMOGRAFISCHE DRUK

5.1 STIJGENDE GEZONDHEIDSZORGUIGAVEN

Elke visie over het toekomstige zorg- of ziekenhuislandschap moet rekening houden met **budgettaire en demografische beperkingen**. Deze beperkingen zullen op relatief korte termijn alleen maar nijpender worden.

In 2025 bedraagt het **begrotingstekort** 4,2% van het bbp of ongeveer **€ 27 miljard**.³² Volgens het Monitoringcomité zal dat tekort tegen 2030 oplopen tot **5,8% van het bbp**, wat neerkomt op **€ 42 miljard**. Deze stijging is in belangrijke mate het gevolg van sterk toenemende **interestlasten**, die van € 12 miljard (in 2026) naar € 21 miljard (in 2030) zullen stijgen. De combinatie van een hoge publieke schuld (105% van het bbp) en sterk gestegen rentevoeten door de inflatiegolven na de energiecrisis van 2022/2023 wegen op de begroting. Bij verdere ontsporing dreigt een **ratingverlaging** met nog hogere interestvoeten bij de herfinanciering van de publieke schuld tot gevolg.

De experts zijn zich bewust van deze **kritieke budgettaire situatie**, en **roepen alle stakeholders op om van deze realiteit uit te gaan**.

In 2025 stegen de **gezondheidszorguitgaven** in ons land met 5,71%. Volgens het RIZIV stijgt de **gezondheidszorgbegroting** van € 45,22 miljard (in 2025) naar € 46,78 miljard (in 2026) vooral door de **groeinorm** van 2% en de indexering van de **lonen**.³³ Analyses o.m. van de Studiecommissie voor de Vergrijzing tonen aan dat de **gezondheidszorguitgaven** – inclusief ouderenzorg – verder zullen **stijgen** door vergrijzing, multimorbiditeit en technologische en maatschappelijke evoluties.³⁴ Deze vooruitzichten zijn gebaseerd op historische zorgvraagevoluties, zonder rekening te houden met een rigide beperking van de beschikbare publieke middelen.

Het is dus essentieel om de **aanbodstructuur aan te passen**. Wat gebeurt er immers als *iedereen alles blijft doen*, en de efficiëntievraag genegeerd wordt? Dan wordt een **publieke uitgavencap** onafwendbaar en dreigt een deel van de stijgende zorgvraag niet meer gefinancierd te worden door de sociale zekerheid. Op die manier dreigt een zorg op twee snelheden, waarbij bepaalde zorg niet meer voor iedereen toegankelijk is.

5.2 DALENDE BEROEPSBEVOLKING

De stijgende, arbeidsintensieve zorgvraag impliceert bovendien een groei van de **zorgtewerkstelling**. Maar dat is moeilijk haalbaar met een **stabiele bevolking op arbeidsleeftijd (20–64 jaar)**. Zowat alle prognoses tot 2040 concluderen dat de totale beroepsbevolking in het beste geval zeer beperkt toeneemt. Het wordt dus **zeer uitdagend om de totale zorgtewerkstelling tegen 2040 met bijvoorbeeld 4% te laten groeien**.

Daarbij komen nog regionale verschillen: in Wallonië wordt tussen 2024 en 2040 een daling van de bevolking op beroepsleeftijd met 2,51% verwacht, in Vlaanderen een heel lichte stijging van 1,48 %, en in Brussel blijft ze min of meer stabiel, maar is ze moeilijk voorspelbaar door de migratiedynamiek.³⁵

5.3 NIETS DOEN GEEN OPTIE

Niets doen is dus geen optie. De middelen blijven beperkt, en de arbeidsbevolking groeit onvoldoende om de stijgende zorgvraag te dragen. Een **solidaire gezondheidszorg** behouden vraagt **duidelijke keuzes**. **We zullen dus moeten veranderen om te behouden.** Ook zullen we **solidair** moeten veranderen: er worden van alle aanbieders in het ziekenhuislandschap inspanningen gevraagd.

WAT

Om tot een duurzaam, geïntegreerd ziekenhuislandschap te komen, stellen de experts vier types zorgvoorzieningen voor, die de basis vormen van hun hervormingsvoorstel. Deze basis wordt aangevuld met expertisecentra voor complexe en zeldzame aandoeningen. Tegelijkertijd wordt gepleit voor de hervorming van de dringende medische hulp, met een betere triage en een versterking van de huisartsenwachtposten. Om deze hervormingen transparant en gefaseerd te kunnen doorvoeren, stellen ze een model voor objectieve besluitvorming voor, dat als leidraad dient bij de implementatie.

6 NAAR EEN PASSEND AANBOD

6.1 SCHAALGROOTTE IN COMBINATIE MET NABIJHEID VAN ZORG

De SWOT-analyse leert ons hoe belangrijk het is om verder toe te werken naar een kwaliteitsvolle, toegankelijke, geïntegreerde zorg. Daarbij willen we onze sterktes behouden, onze opportuniteiten benutten, bedreigingen weren en zwakke punten corrigeren.

6.1.1 Versnipperd zorgaanbod

Volgens KCE-rapport 359 (2022)³⁶ en de SWOT-analyse kampt België met een **overaanbod aan acute zorg**. Tegelijk is de eerstelijnszorg versnipperd over een groot aantal actoren, waardoor ze slecht is voorbereid op geïntegreerde, populatiegerichte zorg. Het KCE pleit daarom voor **zorgzones met een populatiegerichte aanpak** en een **vermindering van ziekenhuisbeddagen voor acute zorg**. Dit kan betekenen dat afdelingen of sites zich omvormen of zelfs sluiten.

Uit de SWOT-analyse blijkt bovendien dat het Belgische ziekenhuislandschap versnipperd is **over te veel sites**, waarbij **'iedereen alles doet, en dag en nacht open is'**. Deze **fragmentatie** staat haaks op de evolutie in de acute geneeskunde, die steeds meer gespecialiseerde expertise vereist.

6.1.2 Voldoende ziekenhuizen, teveel sites

Tussen 1985 en 2025 is het aantal ziekenhuizen in België nagenoeg gehalveerd, terwijl het aantal sites heel wat minder snel daalde. In 1985 telde België nog meer dan 200 ziekenhuizen. Door fusies en reorganisaties tellen we vandaag nog **103 acute ziekenhuizen verspreid over 189 sites**. Zoals meer in detail beschreven in Hoofdstuk 3, zijn ze onderverdeeld in 132 sites met acute bedden, 38 sites met een chronisch profiel, 4 sites met een psychiatrisch profiel en 15 sites als chirurgisch dagziekenhuis of polikliniek.

Het aantal sites is dus nog steeds zeer groot. Bij fusies hebben ziekenhuizen deze blijkbaar meestal behouden. Dit kan te maken hebben met een tekort aan investeringsmiddelen vanuit de deelstaten om een integratie te realiseren, of met de recruteringspolitiek van het gefuseerde ziekenhuis in zijn zorgregio. Het heeft ongetwijfeld ook te maken met de lokale politieke wil om sites te behouden.

6.1.3 Schaalgrootte

De **tendens tot schaalvergroting** volgt niet zozeer uit één of andere politieke beslissing. De oorzaak ligt in **de geneeskunde zelf**, die vandaag enorme sprongen maakt dankzij toegenomen kennis (bv. ontrafeling van het genoom), nieuwe technologieën en sub- en superspecialisatie.

Hierdoor ontstaat de nood aan een grotere schaal. De zoektocht naar een juiste diagnose kan ingewikkeld zijn, en vergt inzet van verschillende diagnostische technieken. In de therapeutische fase worden betere oplossingen aangeboden dankzij de doorgedreven sub- en superspecialisatie. Maar het aantal patiënten is dan per definitie kleiner, en dit vraagt om een **bundeling van expertise en samenwerking**.

Daarnaast is er behoefte aan schaalvergroting door een **structureel tekort aan zorgmedewerkers**, want een 24/7 werking vraagt met het huidige overaanbod een grote inzet van personeel (bv. 5,7 VTE

per permanent bemande functie⁵). Een materniteit met bv. 500 bevallingen per jaar, heeft gemiddeld minder dan 10 bevallingen per week en 1,4 per 24 uur. Hiervoor moet dan wel 24/7 een volledig zorgteam (vroedkundigen, gynaecologen, anesthesisten, ...) paraat worden gehouden. Een lagere bestaafing is onmogelijk, want bevallingen bepalen hun eigen ritme, en er kan zich op elk moment een piek voordoen of een dringende keizersnede nodig zijn.

Artsen verkiezen doorgaans ook grotere ziekenhuizen, waar de **wachtdiensten** beter worden gespreid, met een betere *work life balance* als gevolg. Bij een 24/7 werking moeten ziekenhuisartsen met een **tijdkritisch specialisme** immers op elk moment van de dag en nacht een **permanentie** verzekeren, omdat ze kunnen worden opgeroepen door de spoeddienst.

Tijdkritische specialismen zijn o.m.

- Cardiologie (infarct, coronarografie)
- Neurologie (S1 en S2- zorgtraject)
- Abdominale chirurgie (perforatie, trauma, leverscheur)
- Orthopedie (breuk met arteriële bloeding)
- Gastro-enterologie (acute maagbloeding)
- Gynaecologie (dringende keizersnede)
- Pediatrie (acute ademnood)
- Psychiatrie (urgente gevallen)

Schaalvergroting kan dus naast **een grotere efficiëntie** leiden tot **een betere zorgkwaliteit en een grotere tevredenheid van medewerkers**.

6.1.4 Potentieel van het dagziekenhuis

We zien in ons land, maar ook internationaal, hoe succesvol **dagziekenhuizen** kunnen zijn. Dankzij minder invasieve technieken, betere beeldvorming en aangepaste anesthesie kan een toenemend aantal patiënten er worden behandeld. Deze evolutie zien we zowel voor **chirurgische als internistische interventies**.

Op vraag van de experts bezorgde de *Belgian Association of Ambulatory Surgery* (B.A.A.S) een lijst met **ingrepen die veilig, verantwoord en terugbetaald kunnen uitgevoerd worden in een free standing ambulatory surgery unit**. Deze lijst werd opgesteld binnen de gemengde werkgroep artsen-ziekenhuizen (overeenkomstencommissie en Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) in het kader van de hervorming van de daghospitalisatie. De klijtlijnen hiervoor zijn vastgelegd in de visienota betreffende de herziening van de werking, organisatie en financiering van de daghospitalisatie.³⁷ De belangrijkste disciplines zijn orthopedie, oftalmologie, stomatologie en urologie. In samenspraak met de anesthesist wordt vooraf een preselectie o.b.v. *de severity of illness* score toegepast, om in te

⁵ Een permanent bemande functie vereist een inzet van 8.760 uur per jaar (365 dagen maal 24 uur). Uitgaande van een reële, gemiddelde inzetbaarheid van 1.540 uur per VTE-zorgmedewerker – na aftrek van vakantie, arbeidsduurverkorting (ADV) dagen, ziekte, opleiding, enz. – zijn er voor deze functie ongeveer 5,7 VTE nodig (8.760 / 1.540).

schatten of de patiënt veilig een ingreep onder anesthesie in de *free standing ambulatory surgery unit* kan ondergaan.

Ook in de **interne geneeskunde** valt de ‘ambulantisering’ op, bijvoorbeeld bij diagnostische onderzoeken, chemotherapie of immunotherapie. Daarnaast krijgen **ambulante revalidatie, poliklinische zorg, preventie en educatie** (bv. voor hartzorg, of educatie van zwangere vrouwen) een plaats binnen de dagkliniek (zie ook sectie 7.3.1)

Een nabijgelegen dagziekenhuis kan vermijden dat patiënten zich moeten wenden tot andere extramurale praktijken. In een dagkliniek kan ook een **huisartsenwachtpost** geïntegreerd worden, en kunnen, samen met de eerstelijnsactoren, populatiegerichte acties worden ondernomen.

Een laagdrempelig decentraal medisch aanbod is wenselijk en haalbaar. Het kan een belangrijke brug vormen om de nabijheid van zorg te garanderen.

6.1.5 Optimalisatie van het zorgaanbod en kwaliteitsversterking binnen grotere ziekenhuisstructuren

De hervorming van het ziekenhuislandschap waarin de focus ligt op **de vermindering van het aantal ziekenhuissites en de versterking van samenwerkingsverbanden**, dient samen te gaan met een **precisering van het medisch aanbod in de ziekenhuizen**. De herstructurering van het ziekenhuislandschap mag immers niet enkel leiden tot een geografische concentratie van zorg, maar ook tot een duurzame verbetering van de kwaliteit, efficiëntie en doelmatigheid van de ziekenhuiswerking.

Niet alle bestaande zorgactiviteiten zijn op elke locatie of in elke voorziening houdbaar of wenselijk, zelfs niet binnen de grotere entiteiten. Daarom is een verdere optimalisatie van de grotere ziekenhuisstructuren nodig. Het Koninklijk Besluit van 23/11/2022²⁸ geeft alvast definities van locoregionale zorgopdrachten, in het kader van de ziekenhuisnetwerken. Deze inhoudelijke invulling dient gepaard te gaan met **volume- en kwaliteitsnormen**. Voor bepaalde disciplines en functies is het noodzakelijk om **minimale normen** vast te leggen, onder meer voor capaciteit (zoals het aantal bedden), volume, bestaffing en beschikbaarheid van expertise.

Ook is een afweging nodig **welke investeringen** in – soms extreem dure – apparatuur verantwoord zijn, zeker als ze onderbenut worden. Dergelijke normen zijn cruciaal om de continuïteit en veiligheid van de zorg te garanderen, en om een voldoende hoge caseload te verzekeren die de kwaliteit van zorgverlening ondersteunt.

Dankzij **objectieve, transparante en onderbouwde normen en financiële modellen** kunnen ziekenhuizen hun organisatie afstemmen op de reële zorgnoden en tegelijk hun middelen efficiënter inzetten. De experts hebben enige twijfel of de ziekenhuisnetwerken hiervoor de ‘*overall solution*’ zullen zijn, ook al omdat de eisen erg verschillend kunnen zijn per zorgopdracht.

6.2 CONCLUSIE: ZORG VAN DE TOEKOMST COMBINEERT SCHAALGROOTTE ÉN NABIJHEID

Om kwalitatieve zorg te kunnen blijven garanderen, is **voldoende schaalgrootte** noodzakelijk. Tegelijk blijft het uitgangspunt dat zorg **zo dicht mogelijk** bij de patiënt georganiseerd wordt.

Willen we de zorg betaalbaar houden – zowel voor de patiënt als voor de sociale zekerheid – en de schaarse zorgverleners efficiënt inzetten, dan moet de **aanbodstructuur** worden aangepast. We zetten **sterker in op dagziekenhuizen**, en voorzien een **minimale schaalgrootte** voor algemene ziekenhuizen. **Volumenormen voor hoogcomplex zorg** zijn noodzakelijk om kwaliteit te kunnen borgen. Tegelijk bouwen we garanties in om de tendens tot privégeneeskunde in aparte, **commerciële settings** tegen te gaan.

Deze hervorming is geen totaaloplossing, maar moet gepaard gaan met **andere noodzakelijke veranderingen**, zoals een aangepaste financiering van de ziekenhuizen, de hervorming van de nomenclatuur van de artsen en een correcte verdeling van de taken. Ook zijn er **stimulerende maatregelen** nodig om de kosten van het veranderingstraject te helpen dragen.

Een **transmurale multidisciplinaire samenwerking** is cruciaal tussen ziekenhuizen, de eerste lijn en andere zorgverleners. Deze moet structureel verankerd worden, binnen het kader van een geïntegreerd zorgmodel.

7 HOEKSTEEN VAN DE HERVORMING: VIER TYPES ZORGVOORZIENINGEN

Voor de experts is een passend zorgaanbod een combinatie van :

- Een **bereikbaar aanbod voor courante aandoeningen** waarvoor volgens de huisarts verwijzing is aangewezen;
- **Acute of intermediaire zorg** in een zorgvoorziening;
- Een goed georganiseerde **dringende medische hulpverlening**;
- Een verwijzing, ofwel door de huisarts, ofwel door een arts-specialist naar een **expertisecentrum voor complexe en/of zeldzame aandoeningen**.

Verder in de tekst (Hoofdstukken 7-9) formuleert de expertgroep aanbevelingen om dit aanbod op elk van deze domeinen te optimaliseren.

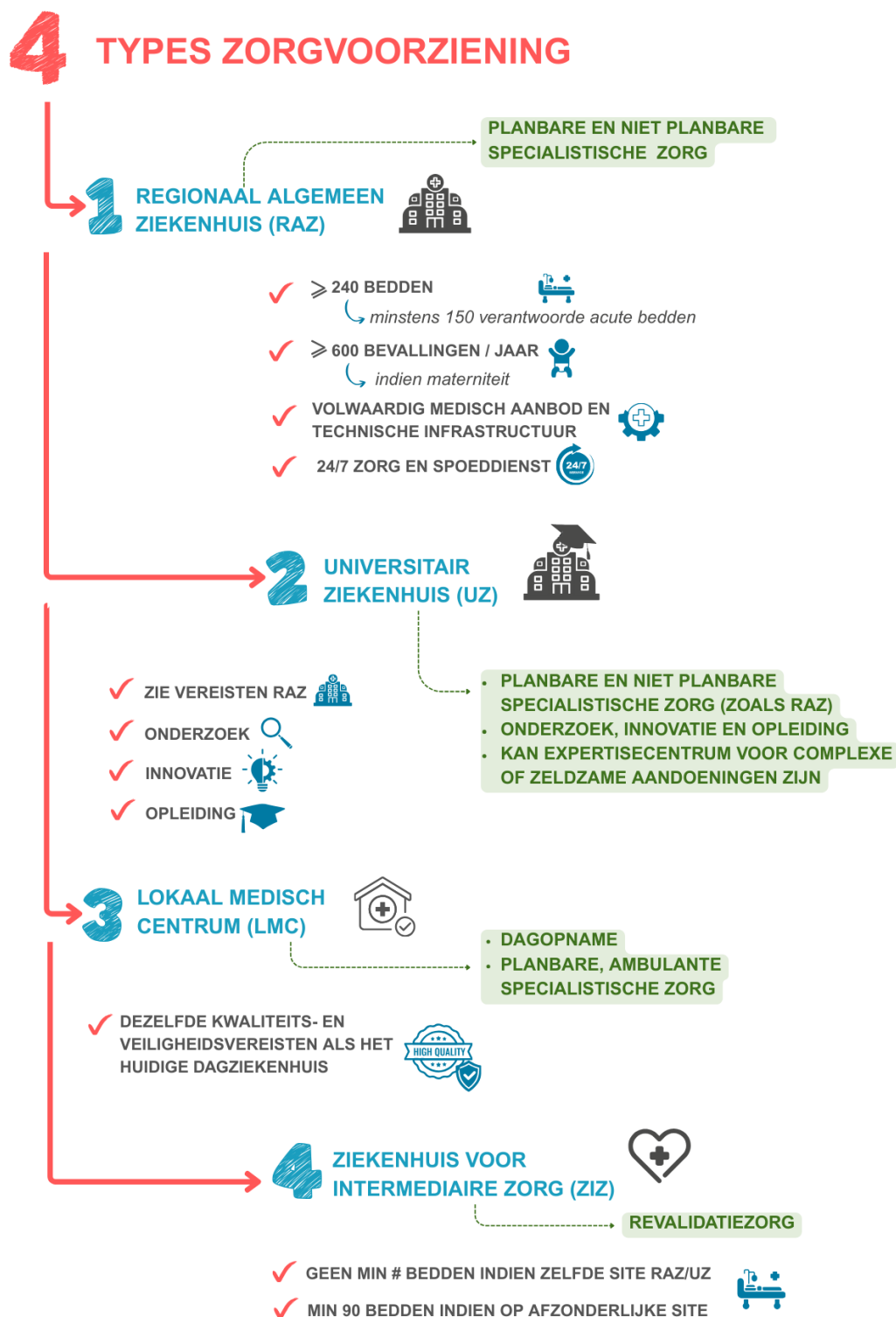
Volgens het principe ‘**nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig**’, stellen de experts voor het ziekenhuislandschap (met uitsluiting van de ziekenhuizen vermeld in sectie 1.2) op te delen in **vier duidelijke types voorzieningen**, elk met een specifieke rol en verantwoordelijkheid. Deze indeling vormt de hoeksteen van de hervorming, omdat ze de basis legt voor een betere samenwerking, duidelijke taakverdeling en een meer doelmatige inzet van middelen en expertise (zie Figuur 4 en verder).

- **Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)**
- **Universitair ziekenhuis (UZ)**
- **Lokaal Medisch Centrum (LMC)**
- **Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)**

Het concept en de hierna geformuleerde normen zijn uitgewerkt **op het niveau van een site**.

Om dit alles de nodige tijd te geven, zou de hervorming in **2026 van start gaan, met een doorlooptijd van 10 jaar, opgedeeld in twee periodes van vijf jaar, met een tussentijdse evaluatie door de IMC**. In sectie 10.3 wordt deze stapsgewijze aanpak meer in detail uitgelegd.

FIGUUR 4: SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE VOORGESTELDE HERVORMING



7.1 REGIONAAL ALGEMEEN ZIEKENHUIS (RAZ)

Een Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ) organiseert zowel **planbare als niet-planbare zorg voor patiënten met courante gezondheidsproblemen**. Indien nodig, kan een RAZ een patiënt met **meer complexe zorgnoden** verwijzen naar gespecialiseerde universitaire of andere ziekenhuizen. Deze moeten dan nauw samenwerken en communiceren met het RAZ, waar de patiënt naartoe kan blijven gaan voor de meer courante zorg en opvolging.

Een RAZ beschikt over volwaardige medische en medisch-technische diensten en voldoende capaciteit en kan opschalen bij crisissituaties.

7.1.1 Medische en medisch-technische diensten

- **Medische diensten** om courante aandoeningen te diagnosticeren en behandelen, inclusief een materniteit en afdeling pediatrie;
- **Volwaardige medisch-technische infrastructuur:** beeldvorming, laboratorium, anatomopathologie, operatiekwartier, intensieve zorgafdeling en bevallingskamer. Medisch-technische diensten kunnen zich 'back-office' over meerdere sites of RAZ/UZ organiseren (bv. labo, apotheek, anatomopathologie);
- **24/7 zorg:** spoeddienst en wachtdiensten voor urgentiegevoelige aandoeningen zoals hart-, ademhalings-, nier-, lever-, hersen- en orgaanfalen en dringende keizersneden.

7.1.2 Vereiste bed- en volume capaciteit

- **Minstens 150 verantwoorde acute bedden te behalen in 2026** (categorieën C, D, CD, G, E, M (inclusief MIC), NIC, incl. chirurgisch dagziekenhuis) met verantwoorde verblijfsduur (gemiddeld aantal bedden van de laatste 3 jaar). Acute bedden boven dit minimum kunnen worden meegeteld om het vereiste aantal van 240 bedden (zie verder) te behalen.
- **Minimaal 240 bedden in totaliteit, te behalen tegen 2031.** Voor het totale aantal bedden worden zowel de verantwoorde acute bedden als de erkende Sp, A, en K-bedden meegeteld.
- **Tegen 2031 moeten 180 verantwoorde acute bedden worden behaald.**
- **Minimaal 600 bevallingen per jaar**, zoals aanbevolen in KCE-rapport 323 (2019)⁴, **te behalen tegen 2031.** Iedere RAZ met een materniteit dient een voldoende schaalgrootte te hebben. Een reeds bestaande taakverdeling tussen nabijgelegen ziekenhuizen, of in de toekomst tussen RAZ van eenzelfde institutionele eenheid, waarbij een site nul bevallingen telt, kan blijven bestaan.

Meer details over deze vereisten en de stapsgewijze aanpak vindt u in sectie 10.3.2.

7.1.3 Integrale zorg op één site

Een RAZ kan **op dezelfde site** ook een Lokaal Medisch Centrum (LMC) en een Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ) huisvesten (zie verder). Hierdoor hebben de patiënten toegang tot een **volledig zorgaanbod, zowel planbaar als acuut of urgent**.

7.1.4 Rampen- en crisisbeheer

Een RAZ kan **opschalen bij rampen, pandemieën of andere crisissituaties**. Als het institutioneel is verbonden met een LMC en/of een ZIZ, kan het hiervoor ook een beroep doen op hun capaciteit en medewerkers. Voor de concrete uitwerking en organisatie van deze opschalingsmechanismen wordt verwezen naar KCE rapport 374 over de organisatie van medische zorg bij CBRNe-incidenten.³⁸

7.2 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS (UZ)

7.2.1 RAZ-functie, gecombineerd met onderzoek, innovatie en opleiding

Een universitair ziekenhuis (UZ) wordt op voorstel van de universiteit aangeduid bij Koninklijk Besluit en is institutioneel verbonden aan een universiteit met een faculteit geneeskunde met een volledig leerplan voor de opleiding van artsen. Voor elke faculteit geneeskunde kan slechts één UZ aangeduid worden. Een UZ moet voldoen aan de voorwaarden in de Ziekenhuiswet van 10/7/2008³⁹, art. 4 en het Koninklijk Besluit van 7/6/2004⁴⁰, gewijzigd door het Koninklijk Besluit van 17/11/2006⁴¹.

In het nieuwe ziekenhuislandschap combineert een UZ zijn **onderwijs-, innovatie- en onderzoeksopdracht** met de functie van een **Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)**.

Een UZ voldoet aan **dezelfde medisch-klinische voorwaarden** als een RAZ. Een LMC of een ZIZ kan dus ook verbonden zijn aan een UZ, en ze moeten voldoen aan dezelfde vereisten als elke ander LMC of ZIZ. Verder in de tekst gebruiken we dan ook enkel de term Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ). Tussen de UZ's en de andere zorgvoorzieningen, maar ook tussen de UZ's onderling is er **nood aan meer samenwerking**.

7.2.2 UZ en RAZ als expertisecentrum voor complexe aandoeningen

Om erkend te worden of te blijven als **expertisecentrum voor bepaalde complexe aandoeningen moeten zowel een UZ als een RAZ** voldoen aan de minimale vereisten inzake o.a. activiteitenvolume, uitkomstparameters, technische infrastructuur en multidisciplinaire zorgkwaliteit.

Enkele erkenningen, zoals van **zeldzame ziekten**, zijn voorbehouden aan de UZ's. Door de zeldzaamheid van deze aandoeningen is een concentratie van expertise en samenwerking tussen de UZ's noodzakelijk.

7.2.3 UZ en RAZ met universitaire bedden

Momenteel tellen de universitaire ziekenhuizen in België **samen 5.775 bedden**. De norm voor de verpleegkundige omkadering ligt er ongeveer 20% hoger dan in niet-universitaire ziekenhuizen, ze worden ook extra gefinancierd voor hun specifieke opdracht in opleiding, innovatie en onderzoek.

Daarnaast zijn er ook **1.630 universitaire bedden in algemene, dus niet-universitaire ziekenhuizen**. Deze bedden ontvangen ook een bijkomende financiering in het BFM. Toch verschilt de zorg er vaak niet wezenlijk van die in andere goed uitgeruste algemene ziekenhuizen. Ondanks de voorwaarden gesteld in de regelgeving, is hun rol in opleiding en onderzoek onduidelijk, en een systematische evaluatie ontbreekt.

Bovendien vinden klinische stages van studenten en de opleiding van ASO's (artsen-specialisten in opleiding) ook buiten deze instellingen plaats. Sinds 1 augustus 2021 wordt er een bijkomende

vergoeding voorzien voor het opleiden van de ASO, voor de partij (ziekenhuis of stagemeester) die de loonkost van de ASO draagt, op voorwaarde dat aan een aantal criteria wordt voldaan.

Alle reden dus om **de plethora aan universitaire bedden in sommige algemene ziekenhuizen** kritisch tegen het licht te houden, en de omkadering te baseren op de pathologie en zorgzwaarte van de patiënten, zoals dat ook in de andere ziekenhuizen gebeurt.

De termen universitair/academisch ziekenhuis of centrum dienen dan ook **strikt voorbehouden te worden aan de ziekenhuizen die beantwoorden aan alle wettelijke erkenningsvoorwaarden voor een universitair ziekenhuis**.⁴⁰

7.3 LOKAAL MEDISCH CENTRUM (LMC)

De experts bevelen aan om ziekenhuisinterventies zoveel mogelijk in **dagopname** te laten uitvoeren. Vandaag (2024) zijn 14% van de opnames medische dagopnames, 54% zijn chirurgische dagopnames en 32% zijn klassieke opnames⁶. Een dagopname is over het algemeen comfortabeler en veiliger voor de patiënt, vangt deels het tekort aan personeel 's nachts en in het weekend op en is financieel interessanter voor het gezondheidszorgbudget. Dagopnames kunnen uiteraard verder in een RAZ of UZ worden georganiseerd.

7.3.1 Medische diensten

Een LMC staat in voor **planbare, ambulante specialistische zorg**. Het beschikt over een chirurgisch **dagziekenhuis**, met operatiekwartier, recovery en een volwaardig diagnostisch platform.

LMC's hebben **geen spoeddienst noch een spoed eerste opvang**. Een site met enkel **poliklinische consultaties** kan niet worden beschouwd als een LMC. Alle voorzieningen voldoen aan dezelfde kwaliteits- en veiligheidsvereisten als de huidige dagziekenhuizen van de ziekenhuizen.

Het zorgaanbod kan, naast **dagchirurgie**, ook **internistische interventies, poliklinische consultaties, low care dialyse** en **opvolging van chronische zorg**, zoals diabetesmonitoring (eventueel met telemonitoring) omvatten. Daarnaast kan een LMC **ambulante revalidatie** of **revalidatie in dagkliniek** organiseren, na ziekenhuisontslag. Ook **gezondheidseducatie** (rugschool, cardiotraining), **preventieprogramma's** en **vaccinatiecentra** behoren tot de mogelijkheden, waardoor de *Quintuple Aim* voor de preventieve maatregelen op zeer concrete wijze kan worden geoperationaliseerd. **Een dagziekenhuis kan ook als basis dienen voor thuishospitalisatie**: het organiseert en volgt zorg op, maar deze wordt uiteindelijk **bij de patiënt thuis** verleend. Als het RAZ verafgelegen ligt, kan een **huisartsenwachtpost** op dezelfde locatie als een LMC worden gevestigd.

Zorg in een LMC maakt een efficiëntere inzet van verpleegkundigen mogelijk. Het **aantal verpleegkundigen in een LMC is 2 tot 2,5 keer lager** dan het minimum aantal verpleegkundigen dat vereist is voor een algemeen ziekenhuis met 150 bedden, dat 24 uur per dag en 7 dagen per week operationeel is.

⁶ Berekening uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid op basis van de MZG-gegevens.

7.3.2 Model van een *focused clinic* onder bepaalde voorwaarden

Bij sommige ingrepen kunnen toch **één of enkele overnachtingen aangewezen zijn (*short stay*)**. Dit wijkt weliswaar af van het klassieke model van een dagkliniek, maar het sluit aan bij het concept van een *focused clinic*.⁴² Het is een gespecialiseerde zorgstructuur die zich richt op een beperkt aantal types ingrepen binnen één discipline, bijvoorbeeld orthopedische chirurgie. Het voordeel van zo'n model is dat het zorgproces sterk gestandaardiseerd en geoptimaliseerd kan worden, wat leidt tot hogere efficiëntie en kwaliteit.

Volgens de experts kan het model van een *focused clinic* worden overwogen als het strikt beperkt is tot **orthopedische chirurgie**, en enkel bij een **groot volume**, bv. 5.000 ingrepen per jaar, wat neerkomt op ongeveer 20 ingrepen per werkdag. In dergelijke omstandigheden zou nachtbestaffing kunnen verantwoord worden.

7.4 ZIEKENHUIS VOOR INTERMEDIAIRE ZORG (ZIZ)

7.4.1 Wat is intermediaire zorg?

Intermediaire zorg of revalidatiezorg vormt een **tussenfase**, met als doel patiënten hun zelfredzaamheid te laten terugwinnen of versterken na hun ziekenhuisverblijf, zodat zij kunnen terugkeren naar hun vertrouwde thuisomgeving of woonzorgcentrum. Het gaat om patiënten met hart- en longaandoeningen (Sp1), locomotorische aandoeningen (Sp2), neurologische aandoeningen (Sp3), meerdere chronische aandoeningen (Sp5), psychogeriatrische aandoeningen (Sp6), of palliatieve zorgpatiënten (Sp4).

In België bestaan momenteel 38 sites met revalidatie- (Sp) of geriatrische (G) bedden binnen de acute ziekenhuizen.

7.4.2 Een nieuw kader voor revalidatie

Het aantal **acute ziekenhuisbedden** in België daalt terwijl het aantal **daghospitalisaties en bedden voor chronische, geriatrische of revalidatiezorg** net toeneemt.²⁵

Deze verschuiving weerspiegelt een veranderende zorgvraag, maar de regelgeving en financiering blijven onaangepast, met bevoegdheden verdeeld tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Bovendien hangt de financiering nog altijd samen met de historische oorsprong van de bedden. Voor **patiënten met revalidatiebehoeften** heeft dit belangrijke gevolgen: afhankelijk van de setting waarin zij terechtkomen, verschilt de omkadering en het financieringsmodel. Het is eveneens essentieel om met de Vlaamse overheid af te stemmen over de financiering van de acht Vlaamse revalidatieziekenhuizen.

Ook ontbreekt een **uniform meetinstrument om de revalidatiebehoeften** objectief vast te stellen, waardoor de toegang tot en de intensiteit van revalidatiezorg sterk kan variëren.

De **Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen** pleitte in zijn advies van 28 september 2023⁴³ daarom al voor:

- Een **uniforme classificatie van zorgbehoeften**, bijvoorbeeld via de *Rehabilitation Complexity Scale*, die al wordt toegepast in Engeland, Denemarken en Italië.

- De **vervanging van de huidige Sp-bedden** door **R-bedden**, zodat de zorgverlening beter aansluit bij de reële noden van de patiënt.
- De **oprichting van een revalidatie-dagziekenhuis**, om de kloof tussen ziekenhuisrevalidatie en ambulante revalidatie te verkleinen.

Hierop verder bouwend bevelen de experts de oprichting van **Ziekenhuizen voor Intermediaire Zorg (ZIZ)** aan. Zij bieden intermediaire zorg aan op de locatie van een RAZ, of op een afzonderlijke locatie.

Naast de ZIZ, wijzen de experts op het belang van de verschillende vormen van voorziening na een ziekenhuisopname: revalidatiecentra, dagcentra of dagopvang, kortverblijf in woonzorgcentra, een versterkte thuiszorg, enz. afgestemd met het beleid van de deelstaten.

7.4.3 Vereiste bed- en volumecapaciteit

Als de activiteiten van een ZIZ **op dezelfde site als een RAZ** zijn gevestigd, is er **geen voorwaarde van een minimumvolume of -capaciteit**. Het RAZ kan de bedden van het ZIZ ook meetellen voor het behalen van de vereiste 240 bedden.

Voor een ZIZ **in een afzonderlijke setting** is dat anders: het moet zelf **minstens 90 erkende bedden** hebben, met inbegrip van eventuele A- of K-bedden. Sites met enkel palliatieve bedden (Sp4) zijn vrijgesteld van deze norm. Ook geriatrie bedden (G-bedden) kunnen zich in een ZIZ bevinden, mits multidisciplinaire geriatrie zorg wordt verzekerd. Een ZIZ op een aparte site vereist structurele afspraken en protocollen voor noodzakelijke, maar ter plaatse niet beschikbare diensten, zoals een spoeddienst, laboratorium, medische beeldvorming en specialistisch advies.

7.4.4 Robuuste financiering

De financiering van ZIZ's moet **voldoende robuust** zijn om ook op een afzonderlijke locatie een groot deel van de vaste kosten te kunnen dekken.

Om **acute bedden** te kunnen omzetten in **Sp/G-bedden** (voor chronische zorg of revalidatie), stellen de experts voor om de **programmatie van deze laatste bedden af te schaffen**. Zo krijgen zorginstellingen meer flexibiliteit om hun aanbod af te stemmen op de zorgbehoeften van hun patiënten. Dit kan echter pas in gelijke tred met de invoering van de nieuwe financiering voor revalidatie.

De **financiering van deze Sp-bedden** moet gebaseerd zijn op:

- Een uniform meetinstrument dat de zorgbehoeften van patiënten objectief in kaart brengt.
- Een aangepaste en meer correcte financiering die de grote historische verschillen in dagprijzen tussen revalidatie-instellingen wegwerkt (die vandaag kunnen oplopen tot een factor 4). De klassieke DRG's (*Diagnosis Related Groups*) zijn onvoldoende geschikt om de complexe, langdurige en multidisciplinaire aard van revalidatiezorg correct te weerspiegelen. Daarom is een specifieke classificatie van verblijven nodig, die beter aansluit bij deze zorgvorm.

7.5 INSTITUTIONELE SAMENHANG TUSSEN RAZ/UZ, LMC EN ZIZ

Zowel een LMC als een ZIZ zijn institutioneel verbonden aan één Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ) of Universitair Ziekenhuis (UZ) binnen eenzelfde zorggebied, ongeacht of ze zich op dezelfde

site bevinden of op een aparte locatie. Eén (publieke of private non-profit) rechtspersoon bepaalt de strategie, beheert de geconsolideerde middelen en draagt de juridische verantwoordelijkheid voor alle entiteiten samen. De artsen en verpleegkundigen van de LMC's en ZIZ's maken integraal deel uit van het personeelsbestand van het RAZ/UZ.

De LMC's en ZIZ's beschikken over **verplichte protocollen voor urgenties en transferts**.

7.6 JURIDISCHE ONDERBOUW

Deze hervormingen vergen een grondige **aanpassing aan de wetgeving**. De nieuwe normen moeten hun plaats krijgen naast die van de bestaande types zorginstellingen, zoals de psychiatrische ziekenhuizen. De experts vroegen hiervoor een **studie aan de DGGS Legal Management** van de FOD Volksgezondheid. Dit belangrijke advies vindt u in Bijlage 2.

8 HERVORMING VAN DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING

8.1 SPOEDDIENSTEN ONDER DRUK

De Belgische spoeddiensten combineren vandaag zowel **noodhulp** als **eerstelijnszorg** binnen en buiten de kantooruren. De kwaliteit en doelmatigheid van de urgente zorg wordt ondermijnd door **oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten** (*over- en underuse*), **versnipperde bevoegdheden**, een **gebrekkelig functionerend 1733-systeem** en een **overaanbod aan spoeddiensten**. Deze factoren verergeren ook de personeelsschaarste. Om de urgente zorg duurzaam te verbeteren, is een **grondige hervorming** van het systeem dringend noodzakelijk.

8.2 CENTRALE TRIAGE MET VERWIJZING NAAR DE GEPASTE ZORGSETTING

In veel westerse landen is er één uniform noodnummer dat alle hulpdiensten – politie, brandweer en medische hulp – samenbrengt. In België is die structuur verdeeld over twee nummers: **112 voor dringende hulp** (inclusief politie en brandweer), en **1733 voor medische hulp buiten de kantooruren**. Uit de SWOT-analyse blijkt dat vooral 1733 onvoldoende bekend is bij het grote publiek en dat huisartsenwachtposten momenteel geen rol hebben in een 24/7 systeem voor dringende medische hulp.

Om verwarring en ongelijkheid in de zorgtoegang te vermijden, is een **geïntegreerde oproepstructuur** noodzakelijk, **waarin beide nummers samenwerken**. Elke oproep wordt – ongeacht het gekozen nummer – centraal beoordeeld op ernst en indien nodig, toegewezen aan een zorgverlener: huisarts, wachtpost, ambulance, PIT (Paramedisch Interventieteam), MUG (Mobiele Urgentiegroep) of spoeddienst van het RAZ. **Deze triage kan 24/7 en algemeen worden ingevoerd**.

De huidige versnippering van bevoegdheden vormt een belangrijke hinderpaal. **FOD Binnenlandse Zaken** beheert het nummer 112, terwijl **FOD Volksgezondheid** verantwoordelijk is voor 1733 en het medische luik van 112. Deze dubbele aansturing bemoeilijkt een vlotte samenwerking. Een oplossing ligt in de oprichting van een **federaal agentschap voor hulpverlening**, dat alle noodoproepen coördineert en de verantwoordelijkheden duidelijk afbakent.

Voor een kwalitatieve triage is het essentieel dat de **medewerkers van 112/1733** beschikken over een **paramedische of verpleegkundige opleiding** en permanent toegang hebben tot medische ondersteuning. Digitale gegevens zoals beelden van de patiënt, zuurstofsaturatie- en hartritmemonitoring moeten continu kunnen worden doorgestuurd en verwerkt door de dispatching. Dit alles vereist **investeringen in technologie en capaciteit**.

De **protocollen voor triage en dispatching** worden in overleg opgesteld met alle betrokken zorgpartners: huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, huisartsenkringen en wachtposten. Een breed gedragen aanpak verhoogt de betrouwbaarheid en efficiëntie van het systeem.

Tot slot moet het begrip **medisch noodgeval** duidelijker worden afgebakend en gedefinieerd als *‘een situatie waarbij diagnose of behandeling binnen minuten of uren noodzakelijk is om ernstige*

gezondheidsschade of overlijden te vermijden'. Als een overbrenging naar het ziekenhuis nodig is, moet **'het dichtstbijzijnde ziekenhuis'** worden geïnterpreteerd als het centrum dat beschikt over de juiste infrastructuur voor de vermoedelijke pathologie – niet louter geografisch het dichtstbijzijnde.

8.3 EEN SPOEDDIENST ENKEL IN EEN RAZ

Ook het aanbod van urgente zorg zelf vraagt om een herstructurering. Het grote aantal spoeddiensten in ons land leidt volgens KCE-rapport 263 (2016)² tot een **versnippering van personeel en middelen**, waardoor de **zorgkwaliteit** onder druk staat en de **schaarste aan zorgverleners** nog wordt versterkt. Ook spoeddiensten van kleinere ziekenhuizen moeten de nodige medische en verpleegkundige permanentie voorzien, en dat is onhoudbaar. Spoeddiensten zouden daarom **enkel nog georganiseerd kunnen worden in een RAZ**.

8.4 GEBRUIK VAN HUISARTSENWACHTPOSTEN VERSTERKEN

Om het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten te beperken, moeten **huisartsenwachtposten** meer **zichtbaar en toegankelijk worden**. Zij zijn daarom best gevestigd op de site van een RAZ of een LMC als de afstand tot het RAZ te ver is en complementair georganiseerd met de spoeddienst van het RAZ.

8.5 MINDER BEZOEKEN AAN DE SPOEDDIENST, MAAR OOK MINDER INKOMSTEN

Als er permanent een medische dispatching 1733/112 zou worden voorzien, met huisartsenwachtposten als alternatief voor de spoedeisende hulp, zou het **aantal jaarlijkse bezoeken** (iets minder dan 4 miljoen/jaar) **aan de spoeddiensten afnemen en bij de huisartsenwachtposten toenemen** (vandaag minder dan 3% van de 50 miljoen raadplegingen/jaar).

Dit kan voor sommige ziekenhuizen **financieel nadelige gevolgen** hebben, want het zal leiden tot een daling van de inkomsten van de spoedeisende hulp voor niet-dringende raadplegingen. Deze interventies worden nu vaak aan hetzelfde tarief vergoed als de complexe. De nieuwe ziekenhuisfinanciering dient een correcte aanpak aan te moedigen.

9 PASSEND AANBOD VOOR HOOGCOMPLEXE EN/OF ZELDZAME AANDOENINGEN

9.1 HOOGCOMPLEXE KLINISCHE ZORG ENKEL IN CENTRA MET VOLDOENDE EXPERTISE

Hoogcomplexe klinische zorg gaat meestal om **complexe ingrepen, zoals slokdarm- of pancreaschirurgie, ernstige traumatologie of in kinderoncologie**. Ze vereist hooggespecialiseerde expertise, multidisciplinaire samenwerking en vaak hoogtechnologische infrastructuur.

Onderzoek toont systematisch aan dat **hogere zorgvolumes leiden tot betere uitkomsten**: hoe vaker een team een complexe ingreep uitvoert, hoe hoger de overleving. De concentratie van dergelijke zorg verhoogt dus de zorgkwaliteit en efficiëntie, op voorwaarde dat de samenwerking met disciplines zoals spoed- en intensieve zorg goed is afgestemd, om snel en gecoördineerd gespecialiseerde zorg te kunnen bieden.

Bij de **erkenning** van een ziekenhuis als **expertisecentrum** voor een bepaalde indicatie, bevelen de experts **minstens de volgende criteria** aan:

- voldoende **volume** per team én per individueel teamlid, zodat expertise, ervaring en zorgkwaliteit behouden blijven;
- gespecialiseerde **infrastructuur**, met de noodzakelijke (hoogtechnologische) apparatuur en ondersteunende voorzieningen;
- een **multidisciplinair** team: aantoonbare samenwerking tussen ervaren arts-specialisten en andere zorgverleners. Elk van hen moet **voldoende actief** zijn in het ziekenhuis om **24/7 zorg** te kunnen garanderen;
- inbedding in een regionaal of nationaal **zorgnetwerk** met afspraken rond verwijzing, opvolging en nazorg.

De **kwaliteit** van de hoogcomplexen zorg wordt opgevolgd aan de hand van bepaalde parameters, zoals mortaliteit, overleving, complicaties, functioneel herstel, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.

Een **onafhankelijke commissie** met vertegenwoordigers van overheid, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties beslist over de erkenningen, bewaakt de kwaliteit via registraties en audits, en publiceert de resultaten. Erkenningen worden door de bevoegde minister ingetrokken als ziekenhuizen niet meer aan de voorwaarden voldoen.

9.2 ZELDZAME AANDOENINGEN IN EXPERTISECENTRA

Zeldzame aandoeningen zijn aandoeningen met een **prevalentie van minder dan 1 op 2.000** inwoners in de Europese Unie. Naar schatting bestaan er **6.000 tot 8.000 verschillende zeldzame ziekten**. Hoewel elke zeldzame ziekte afzonderlijk slechts een kleine groep treft, lijdt samen ongeveer **5% van de wereldbevolking** eraan – zo'n 30 miljoen Europeanen en ruim 500.000 Belgen. Driekwart van deze ziekten treft kinderen, en één op de drie kinderen overlijdt voor het vijfde levensjaar. Zeventig procent is genetisch en voor minder dan 6% bestaat een doeltreffend geneesmiddel. Patiënten en hun

omgeving ondervinden daardoor vaak zware en langdurige gevolgen. De gemiddelde tijd tot diagnose bedraagt in België 4,9 jaar, wat een negatieve impact heeft op de behandelingskansen en de resultaten. Door de grote diversiteit en vooral het zeldzame karakter van de aandoening kan maar een **beperkt aantal zorgverleners voldoende expertise opbouwen**.

Om deze problemen aan te pakken werd in 2013, op aanbeveling van de Europese Commissie een Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten⁴⁴ gelanceerd, gebaseerd op de aanbevelingen van de Koning Boudewijnstichting (2011)⁴⁵. Het Plan voorziet o.a. de oprichting van **expertisecentra** voor (groepen van) zeldzame ziekten. Deze centra moeten beschikken over gespecialiseerde multidisciplinaire teams en expertise over de aandoening(en) bundelen.

De experts stellen voor om **de huidige referentiecentra om te vormen tot deze expertisecentra**.

In lijn met het Plan pleiten ze voor **drie prioriteiten**:

- een **snellere diagnose**, onder meer door betere bewustwording bij de bevolking, de voorzieningen voor perinatale zorg en de zorgverleners, gebruik van AI in elektronische patiëntendossiers en vroegtijdige verwijzing.
- **geïntegreerde zorgtrajecten** met een duidelijke toewijzing van de zorgtaken die moeten worden uitgevoerd door de hooggespecialiseerde centra, en de zorg die dicht bij huis kan worden verleend.
- samenwerking en rolverdeling tussen de huidige **referentiecentra onderling en met centra in de buurlanden, evenals met de genetische centra**. Deze laatste spelen een belangrijke rol bij de diagnose. Deze rolverdeling wordt duidelijk aan de verwijzers gecommuniceerd, zodat deze weten wanneer en naar wie ze hun patiënten moeten verwijzen.

HOE

De transitie naar een toekomstgericht zorglandschap vraagt een doordacht plan, gedragen door de interministeriële conferentie (IMC). De hervorming houdt rekening met de impact op de bereikbaarheid voor de patiënt, en zet tegelijk in op interdisciplinaire samenwerking en schaalvergroting bij de ziekenhuizen.

Nieuwe organisatiemodellen verbinden de ziekenhuissites die elk hun eigen opdracht krijgen. Er wordt volop ingezet op digitale transformatie als motor van verandering. Een aangepaste financiering moet deze transitie mogelijk maken en duurzaam verankeren.

10 EEN TRANSITIE ONDERSTEUND DOOR DE IMC EN EEN MODEL VOOR OBJECTIEVE BESLUITVORMING

10.1 EEN TRANSITIEPLAN, ONDERSTEUND DOOR DE IMC

Al meer dan twintig jaar wordt samenwerking tussen ziekenhuizen, die moet afgestemd zijn op de geografische realiteit, als essentieel beschouwd en actief aangemoedigd. Toch blijven structurele hervormingen vaak uit, o.a. door een hardnekkige rivaliteit tussen de actoren van het terrein en weerstanden van financiële, wettelijke en politieke aard.

Zolang de financiering en erkenning niet in lijn liggen met de zorgdoelstellingen, en zolang lange termijngaranties ontbreken, kunnen ziekenhuisbesturen moeilijk verantwoordelijk worden gehouden voor het uitblijven van verandering. Daarom is een **transitieplan** vereist, met een **stappenplan** en de nodige **flankerende maatregelen** die de komende tien jaar de gewenste transitie mogelijk maken.

Aangezien voor de voorgestelde hervorming zowel de federale overheid als de deelstaten bevoegd zijn, is het essentieel dat **de IMC** of een door haar aangeduid orgaan deze begeleidt en opvolgt.

10.2 WELK TYPE HERVORMING?

Bij een hervorming is het belangrijk om eerst te bepalen wat er precies mee wordt bedoeld. Hervormen kan gaan van kleine, stapsgewijze aanpassingen tot ingrijpende systeemveranderingen. Er moeten dus **duidelijke methodische keuzes worden gemaakt**.

Kleine hervormingen of '*piecemeal*' **aanpak** bestaan uit beperkte aanpassingen aan de organisatie, zonder veranderingen in financiering. Ze kunnen snel resultaat bieden en zijn vaak haalbaar zonder brede consensus. Voorbeelden zijn wijkgerichte zorgteams of verpleegkundigen in de triage. Zulke maatregelen zijn flexibel, meetbaar en praktisch, maar ze riskeren dat hierdoor een grotere hervorming te lang wordt uitgesteld.

Een **ingrijpende, transformatieve hervorming** raakt verschillende dimensies tegelijk: de structuur (organigram, samenwerking, infrastructuur), de financiering (stabiele budgetten en aangepaste prikkels) en het gedrag (motivatie, HR-beleid, samenwerking). Succes hangt af van de juiste synergie tussen die dimensies. Kleine organisatorische stappen worden gekoppeld aan een duidelijk plan voor ingrijpende verandering. Daarbij worden ook financiering en prikkels stapsgewijs aangepast, met duidelijke mijlpalen. Grote systeemuitdagingen – zoals een groeiende (complexe)zorgvraag – kunnen enkel via ingrijpende hervormingen worden aangegaan.

Volgens de experts volstaat een geleidelijke *piecemeal* aanpak niet. Omwille van de huidige systeemuitdagingen bevelen zij een **transformatieve hervorming** aan, van zowel structuur als financiering.

10.3 STAPSGEWIJZE HERVORMING EN MODEL TER ONDERSTEUNING VAN EEN OBJECTIEVE POLITIEKE BESLUITVORMING

De hervorming van het ziekenhuislandschap vereist politieke keuzes. Om deze te objectiveren en te ondersteunen, vroeg de expertgroep aan het KCE om een *‘Decision Making Support Model’* te ontwikkelen.

Het doel is om zowel de **bereikbaarheid** als het **zorgaanbod van ziekenhuizen** in kaart te brengen, vandaag, en tijdens de transformatie van ziekenhuizen naar één van de vier verplichte types. De hervorming vereist eerst een periode van aanpassing door de actoren van het terrein, overleg en onderhandelingen. Om dit alles de nodige tijd te geven, zou de hervorming in **2026 van start gaan, met een doorlooptijd van 10 jaar in twee periodes van vijf jaar met tussentijdse evaluatie**.

10.3.1 Indeling op basis van bereikbaarheid en zorgaanbod

Het model deelt ziekenhuizen in op basis van twee assen:

- Een as die het zorgaanbod van een ziekenhuis weergeeft, op basis van o.a. aantal verantwoorde bedden, totaal aantal bedden en aantal bevallingen;
- Een as die de tijd weergeeft die de patiënten nodig hebben om het zorgaanbod te bereiken.

Voor het **zorgaanbod** gaan de experts uit van dat van een Regionaal Algemeen Ziekenhuis, zoals in sectie 7.1 en hieronder beschreven. Ziekenhuizen (sites) die niet aan de voorwaarden van een RAZ voldoen, kunnen zich omvormen tot Lokaal Medisch Centrum (LMC) of Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ), of een combinatie van beide. De **bereikbaarheid** voor de patiënt wordt gemeten in gemiddelde verplaatsingstijd per auto tussen de woonplaats van de patiënt en de site van het ziekenhuis, rekening houdend met verkeersdrukke zoals op een maandagmorgen om 8u.

10.3.2 Zorgaanbod: indeling in drie groepen, op basis van 3 cumulatieve normen per site

De normen voor zorgaanbod zijn cumulatief van toepassing **op een site**. Het doel is dat alle RAZ na de transitieperiode aan deze norm voldoen.

Norm 1: Minimaal 150 verantwoorde acute bedden te behalen in 2026, 180 verantwoorde acute bedden te behalen tegen 2031

- De norm van 150 verantwoorde acute bedden is een absoluut minimum. Sites die deze niet halen, dienen **tegen 2029 samen te smelten tot één enkele site of zich omgevormd te hebben tot LMC (al dan niet in combinatie met ZIZ)**.

Voor de berekening van deze norm wordt gebruikgemaakt van het aantal verantwoorde acute bedden – berekend door de FOD Volksgezondheid in het kader van de financiering van de acute ziekenhuizen – van de laatste drie jaar. In de simulaties werden de verantwoorde bedden uit het BFM van juli 2025 (op basis van MZG-gegevens 2023) verder uitgesplitst per site, op basis van de verantwoorde activiteit in elke site. Omdat deze gegevens momenteel niet beschikbaar zijn voor andere jaren, werd in de simulatie enkel het jaar 2025 opgenomen. Dit biedt echter reeds een indicatieve benadering van de situatie. **De beslissing wordt genomen op basis van het gemiddeld aantal verantwoorde acute bedden in 2024, 2025 en**

2026, berekend op grond van de MZG-gegevens van respectievelijk 2022, 2023 en 2024. In de toekomst wordt dezelfde methode toegepast op basis van de voortschrijdende gemiddelden.

Norm 2: Minimaal 240 bedden in totaliteit, te behalen tegen 2031

- Voor het totale aantal bedden worden zowel de verantwoorde acute bedden als de erkende intermediaire zorgbedden (Sp-bedden) en de A- en K-bedden meegeteld.

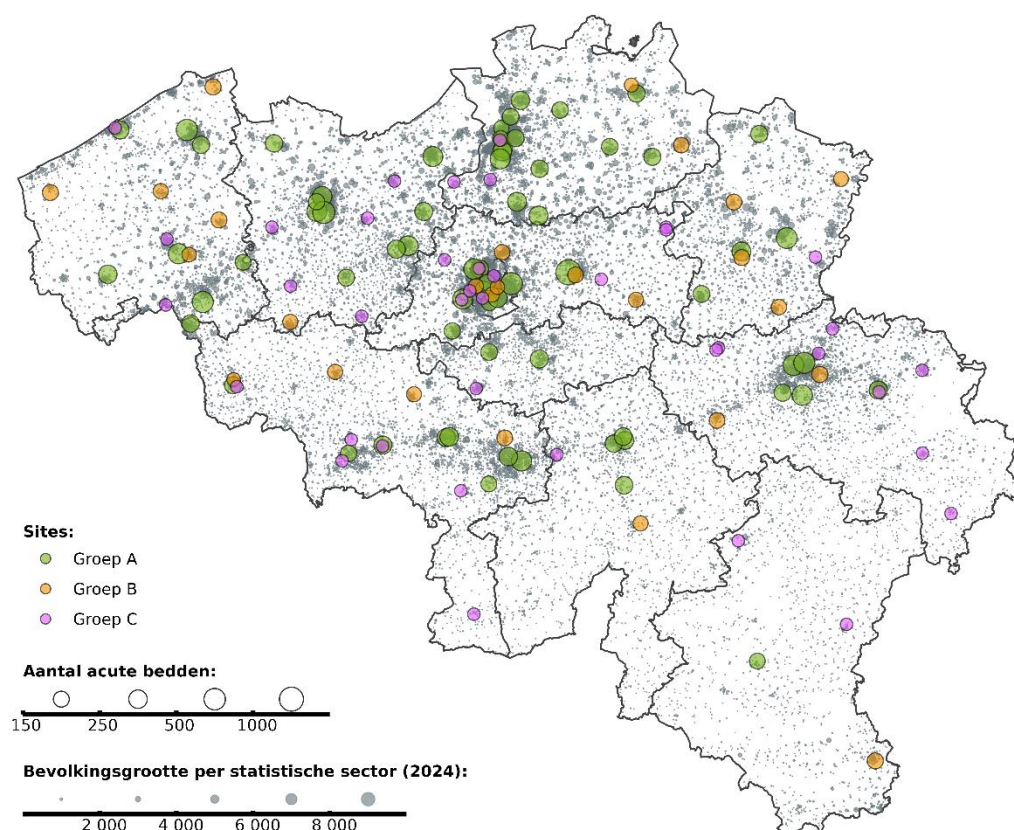
Norm 3: Minimaal 600 bevallingen per jaar, te behalen tegen 2031

- Iedere site met een materniteit dient een voldoende schaalgrootte te hebben. Een reeds bestaande taakverdeling tussen lokale ziekenhuizen, of in de toekomst tussen sites van eenzelfde institutionele eenheid, waarbij een site nul bevallingen telt, kan blijven bestaan.

Op basis van deze 3 normen, kon het KCE de **huidige 132 acute sites** opdelen in **drie groepen** (zie Figuur 5):

- Groep A: de groep die de 3 cumulatieve normen van 2031 nu al behaalt (67 sites);
- Groep B: de tussengroep die een weg moet afleggen om de eindcriteria te behalen tegen 2031 (26 sites);
- Groep C: de groep die de norm van 150 verantwoorde acute bedden niet behaalt en zich moet omvormen tegen 2029 (39 sites).

FIGUUR 5: INDELING ACUTE SITES IN 3 GROEPEN

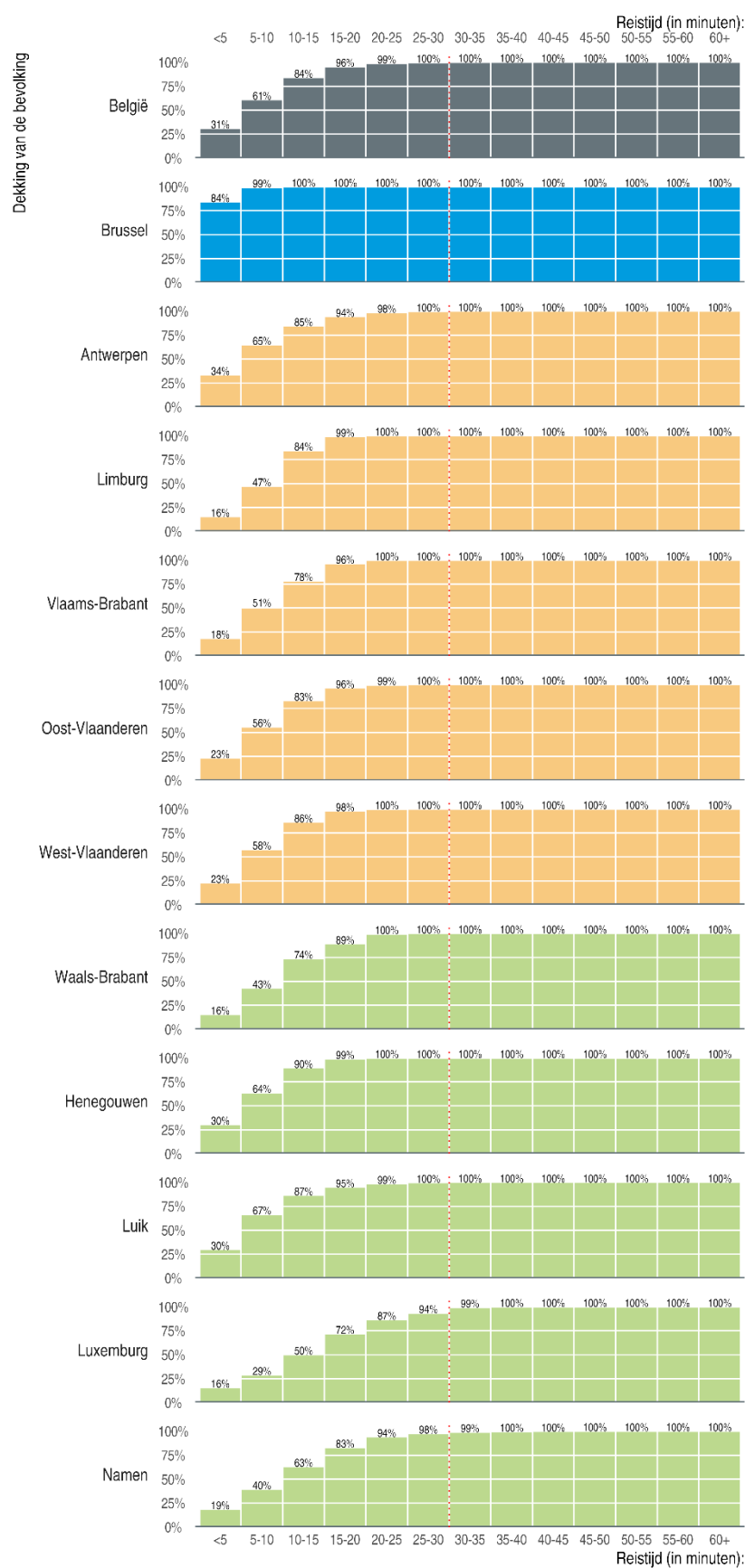


10.3.3 Bereikbaarheid

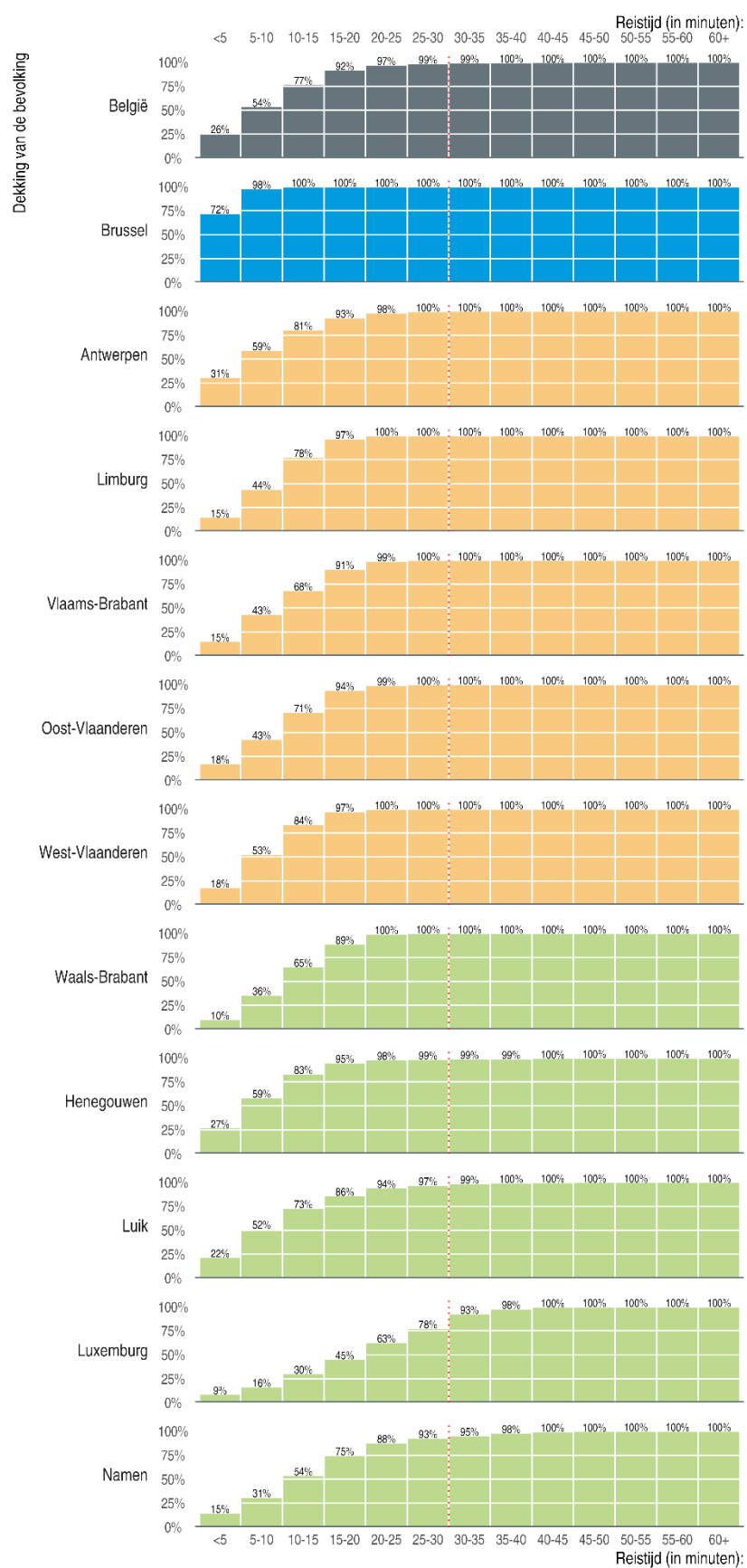
De bereikbaarheid wordt weergegeven als het **percentage van de bevolking dat binnen een bepaalde reistijd een RAZ kan bereiken**. Er wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijk percentage. Figuur 6 illustreert de huidige situatie voor België en de verschillende provincies, zonder onderscheid te maken tussen de groepen A, B of C. Op de verticale as staat het percentage van de bevolking weergegeven dat binnen de reistijd (in minuten) op de horizontale as, toegang heeft tot een acute site (in totaal 132 sites). Figuur 7 geeft dezelfde informatie, maar enkel voor sites die tot groep A of groep B behoren.

Wanneer de maximale reistijd wordt vastgelegd op bv. 30 minuten, behoudt in de meeste provincies de volledige bevolking toegang tot een RAZ. In enkele provincies daalt de bereikbaarheid echter: in Henegouwen van 100% naar 99%, in Luik van 100% naar 97%, in Namen van 98% naar 93% en in Luxemburg van 94% naar 78%. Wanneer de maximale reistijd wordt opgetrokken tot 40 minuten, stijgt de bereikbaarheid opnieuw tot respectievelijk 99% in Henegouwen, 100% in Luik, 98% in Namen en 98% in Luxemburg.

FIGUUR 6: BEREIKBAARHEID ACUTE SITES, HUIDIGE SITUATIE



FIGUUR 7: BEREIKBAARHEID ACUTE SITES IN GROEP A EN GROEP B



10.3.4 Tussentijdse evaluatie na vijf jaar

Door de verplichte en vrij snelle transformatie van groep C kunnen de RAZ in de groepen A en B een bijkomende instroom van patiënten verwachten. Een aantal RAZ in groep B zal daardoor gemakkelijker de eindnormen behalen. Deze evolutie wordt best opgevolgd, met een tussentijdse evaluatie na 5 jaar (dus in 2031).

Op dat moment kan ook beter ingeschat worden:

- of het minimale aantal verantwoorde acute bedden kan opgetrokken worden, van 180 naar bv. 210;
- wat het effect op het terrein is van de invoering van een uniforme inschaling en financiering van de Sp- bedden;
- wat de overflow is naar groep A en B van het aantal bevallingen uit de sites van groep C;
- wat de snelheid is waarmee de financiële stimuli voor de transitie kunnen worden verstrekt, en noodzakelijke aanpassingen kunnen worden uitgevoerd.

10.3.5 Tussentijdse evaluatie en maatregelen

Voor de **intermediaire Sp-bedden** dient een **moratorium** te worden ingevoerd totdat de éénvormige inschaling en nieuwe financiering toepasselijk zijn. De programmatie zou immers toelaten bijkomende erkenningen te verlenen en op die manier de voorgestelde herorganisatie te ontwijken. Binnen de institutionele eenheid van een RAZ-LMC-ZIZ kan het zorgaanbod worden geoptimaliseerd, en kunnen bedden worden geheralloceerd. Zodra de uniforme inschaling en de nieuwe financiering zijn ingevoerd, kan de programmatie van de Sp-bedden worden geschrapt, zoals uitgelegd in sectie 7.4.4.

De experts stellen vast dat de **groep zorgvoorzieningen die niet in de 132 acute sites begrepen zijn (57 sites)**, heel divers is. Sommige horen thuis in de sector psychiatrie, andere eerder in revalidatie of palliatieve zorg, maar allemaal worden ze gefinancierd door het BFM.

De experts stellen voor om deze 57 sites in te passen in de voorgestelde modellen. Ze zouden dan meestal fungeren als een LMC of ZIZ. Anderen kunnen een rol opnemen bij psychiatrische ziekenhuizen. Een minimale norm van 90 erkende bedden (voor een ZIZ) zou dan verantwoord zijn, met uitzondering van de palliatieve zorg.

In Figuur 8 wordt de voorgestelde hervorming weergegeven op een tijdlijn.

FIGUUR 8: TIJDLIJN VAN DE VOORGESTELDE HERVORMING



11 BEREIKBARE ZORG VOOR DE PATIËNT

De voorgestelde hervormingen zijn erop gericht om patiënten te helpen in de zorgsetting die het best aansluit bij hun noden.

Bij **dringende zorgvragen** zorgen alvast de dispatchingsystemen via 1733 of 112 (na de door de experts voorgestelde hervorming) ervoor dat patiënten meteen terechtkomen in het ziekenhuis met de gepaste diagnostische en therapeutische infrastructuur.

Bereikbaarheid, kwaliteit en 24/7 permanentie moeten samen worden gelezen. Dankzij de indeling in 4 types zal het helder zijn welk zorgaanbod bereikbaar is, en voor welke aandoening. In de toekomst zal élk Regionaal Algemeen Ziekenhuis dag en nacht beschikbaar zijn met een volwaardig, multidisciplinair aanbod.

Met de voorgestelde structuur zal de patiënt vaker dan voorheen geholpen kunnen worden in het meest nabijgelegen RAZ/UZ door het volwaardige, multidisciplinaire aanbod. De kans op doorverwijzing naar een andere zorgvoorziening zal uitzonderlijker zijn.

Omwille van de voorwaarden die de experts aanbevelen voor een RAZ, zal blijken dat een aantal ziekenhuizen hieraan niet voldoet. Lokale Medische Centra kunnen een nieuwe, belangrijke plaats innemen. Hoewel het aanbod van een LMC beperkt is tot planbare zorg, en tot ingrepen en behandelingen in een dagformule (of eventueel *short stay*), is een brede waaier van medisch aanbod mogelijk en kunnen veel patiënten perfect geholpen worden. Sommige patiënten – en hun naasten – zullen zich evenwel voor sommige onderzoeken, ingrepen of behandelingen die in een RAZ moeten gebeuren, verder moeten verplaatsen. Maar daartegenover staat **dat het RAZ alles in huis heeft om de patiënt te stabiliseren, diagnosticeren en behandelen**.

Dankzij de tool die door het KCE werd ontwikkeld, kan worden gesimuleerd of in bepaalde regio's de tijdsduur voor verplaatsing naar het dichtstbijzijnde RAZ niet té lang wordt.

De experts herbevestigen dat voor een RAZ de norm van 150 verantwoorde bedden een **absoluut minimum** is, en pleiten ervoor hiervan niet af te wijken. De verplichte afbouw vanaf 2026 van sites die op vandaag minder dan 150 verantwoorde acute bedden hebben, kan enkel uitgesteld worden tot einde 2028, en mits:

- het ziekenhuis geëngageerd is in een lopend fusieproces, met een geloofwaardig plan tot rationalisatie;
- in deze fusie andere sites betrokken zijn die sluiten of omvormen naar LMC;
- de normen behaald worden tegen einde 2028.

Voor het Duitstalig landsgedeelte stellen de experts vast dat de 2 bestaande ziekenhuizen (Eupen en Sankt Vith) de norm van 150 bedden niet halen. Ook hier pleiten de experts niet voor het afwijken van de norm. Binnen de voorgestelde modellen zijn oplossingen mogelijk, zowel voor de acute diensten als voor de (in die regio belangrijke) intermediaire zorg. Daarnaast worden er garanties gegeven dat Duitstalige patiënten die ver van dat ziekenhuis en op of net over de taalgrens wonen in het Duits zullen worden geholpen (bv. in het ziekenhuis van Verviers).

Bij **intersitetransport** zal het betrokken ziekenhuis, zoals vandaag, instaan voor het vervoer. Voor interhospitaaltransport is er sinds 2024 een forfaitaire financiering voorzien in het BFM.

12 AANMOEDIGEN VAN FUSIES EN SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN

Om de indeling in de 4 types zorgvoorzieningen te kunnen verwezenlijken, worden ziekenhuizen **aangemoedigd hun samenwerking te verankeren**. Na fusie is er één rechtspersoon, die instaat voor de strategie, het beheer, **erkenning (met één enkel erkenningsnummer)**, **financiering en budget**, wat eenvoudiger en krachtiger is dan veel huidige samenwerkingsvormen. De huidige ziekenhuisnetwerken bijvoorbeeld zijn vaak te complex en bieden geen economische solidariteit.

- **Privé en openbare ziekenhuizen** moeten makkelijker kunnen fuseren, mits de nieuwe structuur de volledige juridische verantwoordelijkheid op zich neemt (zoals in Vlaanderen met de 'ziekenhuisvereniging').
- Het samenvoegen van sites gebeurt **op één locatie**. Als twee kleine sites elk niet aan de nieuwe normen voldoen, kunnen ze fuseren en zich samen op één site vestigen, of ze kunnen zich omvormen tot LMC. De experts zijn zich ervan bewust dat er momenteel bouw- en verbouwingsplannen worden gemaakt en dat deze zullen moeten worden aangepast bij de uitvoering van de hervormingen. De deelstaten die de infrastructuur financieren gaan hier best soepel mee om.
- Een belangrijk obstakel is het **verlies van BMF-budget**, omdat de financiering vaak verbonden is met het erkenningsnummer en niet enkel met het type en aantal patiënten. Zo wordt bijvoorbeeld het B4-budget deels per ziekenhuis verdeeld en deels op basis van het aantal bedden. Een **overgangsperiode** van maximaal vijf jaar, waarin het huidige samengevoegde budget behouden blijft na fusie, kan dit probleem opvangen. Gelijkaardige maatregelen kunnen ook worden voorzien bij de invoering van een nieuwe financiering.
- Bij fusies is ook een **aanpassing van infrastructuur** nodig. Daarvoor zijn financiële middelen nodig die o.a. door de Gemeenschappen en Gewesten kunnen worden verstrekt. Zie hierover méér in hoofdstuk Financiering. Daarnaast zijn er wettelijke versoepelingen nodig om **samenwerking tussen ziekenhuizen** te vergemakkelijken. De experts pleiten voor:
 - Het **herzien van de erkenningsnormen** zodat ondersteunende diensten zoals apotheek, laboratorium en medische beeldvorming op meerdere erkende locaties kunnen functioneren. Ook organisatorische verplichtingen, zoals het oprichten van commissies, moeten eenvoudiger.
 - Samenwerking binnen eenzelfde groep moet **zonder BTW-verplichting** kunnen verlopen, zeker voor ondersteunende functies zoals ICT, apotheek, keuken of boekhouding.
 - Het mogelijk maken van de **personeelsuitwisseling** buiten uitzendarbeid, om mobiliteit te bevorderen.
 - Het **verlichten van de planlast**. Een voorbeeld hiervan zijn de verplichtingen voor het verkrijgen van infrastructuurtoelagen.

13 ONDERSTEUNEN VAN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING EN TRANSMURALE ZORG

Zoals eerder vermeld in de SWOT-analyse (zie Hoofdstuk 4) kampt België met een **tekort aan zorgverleners, vooral verpleegkundigen**. Dit probleem kan niet enkel worden opgelost door meer artsen en verpleegkundigen op te leiden. Er is ook nood aan een **grondige herziening van de samenwerkingsvormen binnen het zorgsysteem**, want de huidige ziekenhuisgerichte WUG-piramide⁷ is te rigide en inefficiënt.

De experts bevelen daarom aan om in te zetten op **interdisciplinaire zorgteams** die over de grenzen van de zorglijnen heen – dus transmuraal – samenwerken. Deze teams worden rond de patiënt opgebouwd met een betere integratie tussen ziekenhuis, eerstelijnszorg en residentiële structuren.

Complexe en chronische aandoeningen kunnen leiden tot een opeenstapeling van medische, financiële en sociale problemen. Daarnaast wordt de zorgcontinuïteit vaak verstoord door **onduidelijke verantwoordelijkheden tussen zorgniveaus**, wat leidt tot overlapping van taken, onduidelijkheid over de continuïteit van de opvolging en versnipperde zorgtrajecten.

In dat geval kan een ‘**case manager**’ aangewezen zijn. Deze spilfiguur staat in voor de zorgcoördinatie en de algemene opvolging van de patiënt. Hij verbindt de verschillende zorgverleners met elkaar en waarborgt de samenhang tussen de interventies. **Digitale tools** worden best verbeterd en beter geïntegreerd.

De focus moet ook liggen op **competenties en verantwoordelijkheden**, eerder dan louter op diploma's. Dit is vooral belangrijk in onderbediende regio's. Talrijke studies tonen aan dat bepaalde medische taken veilig gedelegeerd kunnen worden aan andere zorgverleners, zoals apothekers (bv. bij vaccinatie en de opvolging van het medicatiegebruik), vroedvrouwen, verpleegkundigen en paramedici.⁴⁶⁻⁴⁹

Ook de financieringsmodellen moeten eenvoudiger worden en samenwerking en preventie belonen, deze laatste met forfaitaire betalingen (bv. voor gezamenlijke opvolging van patiënten met COPD of diabetes door artsen, apothekers en verpleegkundigen).

Daarnaast is het cruciaal dat teamwerk en interdisciplinaire samenwerking structureel ingebouwd worden in **zorgopleidingen**. Alleen op deze manier blijft het beroep van zorgverlener aantrekkelijk en kunnen kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg gegarandeerd worden.

⁷ Het WUG-model verwijst naar de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen. Die wet legt vast wie welke handelingen in de gezondheidszorg mag uitvoeren, en is dus de basis van de hiërarchische zorgstructuur. Traditioneel wijst de WUG vele zorgverantwoordelijkheden toe aan artsen, terwijl andere beroepsgroepen zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, apothekers en paramedici vaak enkel ondersteunende of uitvoerende taken toegewezen krijgen.

14 DIGITALE TRANSFORMATIE

Zorg moet **populatiegericht** zijn, met de nadruk op het verbeteren van de gezondheid van een **specifieke groep mensen** (een populatie), in plaats van enkel te reageren op individuele zorgvragen. Het doel is om **preventie, efficiëntie en samenwerking** te bevorderen.

Nieuwe, slimme technologieën bieden hiertoe vele mogelijkheden, met **dataverwerking** die de analyse van gezondheidsgegevens per (sub) regio mogelijk maakt. Een **volledige digitalisering van patiëntgegevens** is daarbij essentieel.

14.1 EEN NATIONAAL UNIEK ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER (EPD)

Een **volledige digitalisering van patiëntgegevens biedt grote kansen voor geïntegreerde zorg**. Ze maakt samenwerking tussen huisartsen, thuisverpleegkundigen en ziekenhuisteamen eenvoudiger, verbetert de communicatie met patiënten, voorkomt dubbel onderzoek en versterkt zorgplanning en -coördinatie. Dit leidt tot een kwalitatiever en efficiënter zorgproces, op voorwaarde dat de privacy strikt gewaarborgd blijft.

Een **verplicht, uniform, toegankelijk en uniek elektronisch patiëntendossier (EPD)** is daarbij essentieel. Het moet niet alleen medische informatie bevatten, maar ook ondersteuning bieden voor zorgplanning,

Vandaag gebruiken verschillende zorgverleners echter nog uiteenlopende EPD-systemen, wat samenwerking bemoeilijkt. Daarom dringt een uniformisatie zich op.

Daarom is een **nationaal, interoperabel EPD-platform** nodig, dat alle zorgverleners verbindt. De wetgeving moet duidelijk vastleggen **wie toegang heeft tot welke gegevens**, met behoud van inzage door patiënten en, als de patiënten dit wensen, door mantelzorgers.

14.2 DIGITALE INTEGRATIE VAN SLIMME TECHNOLOGIEËN

Slimme **ICT- en AI-oplossingen moeten naadloos geïntegreerd** worden in zorgprocessen en administratie, met oog voor interoperabiliteit en automatische feed. Dat vraagt om een koppeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD) en administratieve databanken met externe netwerken zoals e-Health, het RIZIV, mutualiteiten, PACSonWeb⁸, ziekenhuisnetwerken en het globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts.

Ook de **fysieke infrastructuur** van ziekenhuizen moet aangepast worden aan deze digitale evolutie, net als de **ziekenhuisfinanciering**, zodat de nodige investeringen mogelijk worden.

⁸ PACSonWeb is een online platform waarmee medische beelden veilig kunnen worden bekeken en gedeeld. Het wordt gebruikt door ziekenhuizen, artsen en soms ook door patiënten zelf.

15 OPVOLGEN EN METEN VAN DE ZORGKwaliteit

15.1 HUIDIGE INITIATIEVEN

Bij de zesde staatshervorming werden een aantal bevoegdheden m.b.t. gezondheidszorg aan de deelstaten overgeheveld. Zo werden ze bevoegd voor het **opvolgen van de zorgkwaliteit in de zorginstellingen**. De deelstaten controleren of ziekenhuizen, woonzorgcentra, enz. goed functioneren op gebied van organisatie, infrastructuur en personeel. Aan de andere kant bleef het federale niveau **bevoegd voor het bewaken van de kwaliteit van de medische en paramedische activiteiten**, dus voor de kwaliteit van de zorg zelf: hoe voeren artsen, verpleegkundigen, kinesisten enz. hun werk uit, handelen ze op een professionele manier, enz.

Aansluitend werden belangrijke stappen gezet om kwaliteit **meetbaar te maken en om de resultaten van deze metingen structureel aan te wenden voor het gezondheidsbeleid**.

Op **Vlaams niveau** werd het **Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)** opgericht. Het werkt samen met verschillende zorgsectoren, zoals de algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en de eerste lijn. Samen ontwikkelen ze betrouwbare kwaliteitsindicatoren. Het doel is enerzijds om binnen zorginstellingen een cultuur van voortdurende verbetering te stimuleren, en anderzijds om transparantie te bieden aan het publiek. Hierdoor kunnen burgers bewust kiezen tussen zorginstellingen, met gebruik van de website Zorgkwaliteit.be.

In **Wallonië en Brussel** werd het ***Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des Soins et de la Sécurité des Patients (PAQS)*** opgericht. In tegenstelling tot het VIKZ legt PAQS de nadruk op het uitvoeren van enquêtes, het bevorderen van een veiligheidscultuur, het aanbieden van opleidingen en het begeleiden van zorginstellingen. De focus ligt hier dus meer op interne ondersteuning en procesverbetering dan op publieke rapportering.

Op **federaal niveau** werd het ***Pay for Performance-programma (P4P)*** ingevoerd. Het moedigt ziekenhuizen aan om een performant kwaliteitssysteem te implementeren door middel van financiële incentives. Daarnaast worden bij nieuwe overeenkomsten tussen overheid en zorginstellingen ook kwaliteitsindicatoren en quota ingebouwd. Zo wordt kwaliteit niet alleen gemeten, maar ook actief aangemoedigd via beloningsmechanismen.

Uit de SWOT-analyse blijkt echter dat er bij die kwaliteitsinitiatieven nog **veel ruimte voor verbetering** is.

15.2 KWALITEIT ALS ESSENTIEEL ONDERDEEL VAN DE HERVORMING

Het is duidelijk dat het meten van de zorgkwaliteit een belangrijk onderdeel moet zijn van de hervorming van het ziekenhuislandschap. Het maakt een ziekenhuislandschap meer duurzaam en het maakt samenwerking, specialisatie en erkenning transparanter en doelgerichter.

15.2.1 Kwaliteitsbeleid afstemmen tussen beleidsniveaus

Zoals hierboven vermeld, zijn er zijn heel wat initiatieven rond zorgkwaliteit op Vlaams, Waals en federaal niveau. Deze werken echter vaak naast elkaar, terwijl samenwerking en afstemming net cruciaal zijn. De oprichting van het **Interfederaal Kwaliteitsplatform** is een goede eerste stap om expertise en aanpak beter op elkaar af te stemmen.

15.2.2 Data toegankelijk maken

Zowel de federale overheid (FOD Volksgezondheid, RIZIV, Sciensano) als bepaalde nationale instituten (Kankerregister) en de deelstaten beschikken over een enorme hoeveelheid aan waardevolle **gezondheidsdata**. Een geïntegreerde aanpak met behulp van een derde partij (*Trusted Third Party*) is nodig om al deze bronnen veilig en efficiënt te ontsluiten en gebruiken. Daarbij is het ook belangrijk om systematisch te kunnen beschikken over zo recent mogelijke gegevens.

15.2.3 Kwaliteit koppelen aan beleid

Om kwaliteitswerking echt te verankeren, moet ze verbonden zijn met **erkenningen, financiering en beleidsbeslissingen**. Denk aan concrete toepassingen zoals de normering van borstklinieken. Zonder opvolging blijft kwaliteitsbeleid te vrijblijvend. Centra die niet meer aan de normen beantwoorden, moeten hun erkenning verliezen.

15.2.4 Betrouwbare indicatoren en transparantie

Burgers moeten kunnen zien waar ze kwalitatieve zorg kunnen krijgen. Daarom is het belangrijk dat er betrouwbare kwaliteitsindicatoren **toegankelijk zijn**. De website [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) is een goed voorbeeld van hoe transparantie patiënten kan helpen bij het maken van een geïnformeerde keuze. De voor- en nadelen van het openbaar maken van kwaliteits- en performantiegegevens (*public reporting*) van ziekenhuizen zijn het onderwerp van een geplande studie van het KCE.

16 ONDERSTEUNENDE FINANCIERING

16.1 OPRICHTING VAN EEN TRANSITIEFONDS

Ziekenhuizen die, als gevolg van de hervormingen, hun zorgaanbod aanpassen, krijgen te maken met **transitiekosten**. Hun artsen en medewerkers worden ingeschakeld in nieuwe werkomgevingen, terwijl patiënten hun weg moeten vinden binnen een gewijzigde aanbodstructuur. Wanneer een ziekenhuis wordt omgevormd tot een Lokaal Medisch Centrum (LMC), zullen sommige patiënten voortaan elders terecht moeten kunnen, bv. bij een Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ). Wanneer een materniteit sluit, zullen de patiënten zich wenden tot de materniteit van een ander ziekenhuis. Ook gebouwen en apparatuur dienen te worden aangepast.

Daarom pleiten de experts voor de oprichting van een **transitiefonds**, voor zorgvoorzieningen die zich moeten aanpassen aan de hervormingen. Het biedt tijdelijke financiële ondersteuning voor zowel lopende uitgaven (zoals personeelskosten of tijdelijke dubbele werking) als investeringen (zoals infrastructuraanpassingen of nieuwe apparatuur). Het transitiefonds fungeert dus als een **brug tussen het oude en het nieuwe systeem**, en zorgt ervoor dat de continuïteit en kwaliteit van zorg tijdens de transitie behouden blijven. De financiering door het fonds vormt een **aanvulling** op de nieuwe financiering van artsenhonoraria en ziekenhuizen die de regering aan het voorbereiden is.

Daarnaast pleiten de experts voor een **aangepaste financiering van de LMC's**. Vandaag worden de vaste kosten van dagkliniekactiviteiten binnen een algemeen ziekenhuis gespreid over de hele organisatie. In het huidige hervormingsvoorstel worden LMC's in dunbevolkte gebieden op **aparte locaties** aanbevolen, wat de nabijheid voor patiënten ten goede komt. Maar dit brengt in verhouding ook **hogere vaste kosten** met zich mee, waarmee de financiering rekening moet houden. Zonder aangepaste, bijkomende financiering dreigt het model van de LMC's financieel niet haalbaar te zijn, ondanks de voordelen voor de patiënt.

16.2 MIDDELEN VOOR HET TRANSITIEFONDS

Het huidige Budget Financiële Middelen (BFM) bevat een aantal **uitgavenposten met historische componenten die vandaag nog moeilijk te verantwoorden zijn**.

In de nieuwe financiering van de ziekenhuizen worden de financiële middelen toegekend op basis van de objectief ingeschaalde zorgzwaarte van de patiënten. Zoals hoger vermeld, zal werk dienen gemaakt te worden van een objectieve en transparante **financiering voor revaliderende patiënten** (Sp-bedden). Ook de **financiering van de universitaire bedden buiten de universitaire ziekenhuizen die niet voldoen aan de wettelijke criteria** kan tegen het licht worden gehouden, net als **historische financieringscomponenten** (bv. recyclagepremies). Deze kunnen worden herbestemd om de transitie te ondersteunen. Met een overgangperiode van bv. 5 jaar, kan hierdoor jaarlijks **ongeveer € 130 miljoen** worden vrijgemaakt.

Tot slot zal de financiële duurzaamheid ook verzekerd worden door de **efficiënte werking van de Lokale Medische Centra** (LMC's), waarbij de beperktere openingsuren – zonder nacht- en weekenddiensten – bijdragen tot een meer doelmatige inzet van middelen. In elk geval moeten de gerationaliseerde middelen integraal worden ingezet voor de omvangrijke, maar noodzakelijke transitie.

17 BIJLAGEN

Bijlage 1

LEDEN VAN DE EXPERTGROEP

De experts beschikken over een ruime en diverse ervaring binnen verschillende domeinen van de ziekenhuisorganisatie, opgebouwd vanuit uiteenlopende professionele perspectieven. Het gaat om de volgende personen:

Peter Degadt (Voorzitter)

Was gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro, de koepel die niet alleen alle algemene en universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen omvat, maar ook voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. Van daaruit heeft hij een duidelijk helikopterzicht op het ziekenhuislandschap. Hij was ook 12 jaar lang voorzitter van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Jean Bernard Gillet (Voorzitter, opgevolgd door Guy Durant)

Is urgentiearts op rust en erevoorzitter van de Nationale Raad voor Dringende Medische Hulpverlening. Hij was ook diensthoofd spoedgevallen UZ Leuven en medisch directeur van verschillende ziekenhuizen in Brussel en Wallonië. Hij heeft aldus een overzicht van de specificiteiten van de verschillende gewesten.

Guy Durant (Voorzitter, opvolger van Jean Bernard Gillet)

Is ingenieur in management, licentiaat in ziekenhuisbeheer en doctor in de volksgezondheid. Hoogleraar op rust aan de “Ecole de Santé Publique (UCL)” en een eminence grise van de ziekenhuissector.

Johan Albrecht

Professor economie aan de Universiteit Gent en stichtend lid van de denktank Itinera, heeft gepubliceerd over gezondheidszorg met focus op preventie (chronische levensstijlaandoeningen) en geestelijke gezondheid.

Alda Greoli

Is verbonden geweest aan de Landsbond van Christelijke Mutualiteiten en was er nationaal secretaris van in de periode 2006 tot 2014. Ze is ook in 2005 als raadgever verbonden geweest aan het kabinet van minister Laurette Onkelinx. Ze was Waals Minister van Volksgezondheid van 2017 tot 2019.

Jean-Marie Kohnen

Is jurist en criminoloog. Hij stond jarenlang aan het hoofd van INAGO, een intercommunale die residentiële zorgcentra beheert in het oosten van België, in nauwe samenwerking met de Duitstalige Gemeenschap. Hij heeft ook ervaring met palliatieve zorgstructuren.

Hans Nijman

Hoogleraar gynaecologie-oncologie aan het UMC van Groningen. Hij heeft onder meer in opdracht van het Zorginstituut Nederland en minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ernst Kuipers, in 2023 het Plan van Aanpak “Passende zorg in oncologieregio’s: plan van aanpak netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker” geschreven.

Bram Spinnewijn

Is als geëngageerd huisarts in het Antwerpse vertrouwd met de grootstedelijke problematiek. Brengt expertise mee rond patiëntenstromen en koppelingen met de eerste lijn.

Benjamin Van Camp

Is klinisch hematoloog van vorming, was van 2000 tot 2008 rector van de Vrije Universiteit Brussel. Was in een verleden onder meer voorzitter van Revalidatieziekenhuis Inkendaal. Brengt expertise mee over universitaire ziekenhuizen, revalidatieziekenhuizen en de Brusselse regio.

Carine Van de Voorde

Is gezondheidseconoom en senior expert bij het KCE. Ze is auteur van meerdere KCE-rapporten over ziekenhuisorganisatie en -financiering. Is ook gastdocent aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid.

Thérèse Van Durme

Is verpleegkundige, onderzoekster bij UCL, met expertise op vlak van de eerste lijn en ouderen (frailty). Zij is vanuit haar achtergrond als verpleegkundige ook goed geplaatst om het aspect van de tekorten aan zorgpersoneel in de reflectie mee te nemen.

Jean-Paul Van Vooren

Internist, opgeleid aan de ULB. Voormalig medisch directeur en vervolgens algemeen directeur van het Erasmus Universitair Ziekenhuis. Docent aan UMONS. Expertise in infectiologie, palliatieve zorg en de overgang van ziekenhuis naar thuis.

VOOR HUN WAARDEVOLLE BIJDRAGE DANKEN WIJ:

De **FOD Volksgezondheid**, en meer bepaald de medewerkers van het DG Gezondheidszorg voor hun belangrijke bijdrage aan het verzamelen, analyseren, valideren en het in kaart brengen van de gegevens. Een speciale vermelding gaat uit naar de Dienst Organisatie en Financiering van Ziekenhuizen, de Dienst Strategische Gegevens en Informatie en de Dienst Juridische Ondersteuning (Bijlage 2).

Het **Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)**, en meer bepaald: Carine Van de Voorde, Nicolas Bouckaert, Helena van Deynse (wetenschappelijke ondersteuning), Gudrun Briat (redactie), Emily Van Coolput (vertaling) en Ine Verhulst (lay-out).

Bijlage 2

ADVIES DOOR DE DGGS LEGAL MANAGEMENT VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID: JURIDISCHE ONDERBOUW VAN DE HERVORMINGEN

De inhoud van deze nota vormt een eerste analyse op basis van de uitgangspunten zoals mondeling toegelicht door de covoorzitters van de IMC expertgroep ziekenhuishervorming aan de DGGS dienst Legal Management op 1 oktober 2025 en overgemaakt in een PowerPoint presentatie van de expertgroep.⁹

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 1: 5 TYPES VERPLEGINGSINRICHTINGEN

Actueel luidt de **definitie van een ziekenhuis** in artikel 2 van de Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtungen (hierna: Ziekenhuiswet)¹⁰.

‘Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet **worden als ziekenhuizen beschouwd**, de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.’

Momenteel kent de ziekenhuiswet reeds algemene (artikelen 42, 62/1, 105) en psychiatrische ziekenhuizen (gedefinieerd in artikel 3). Daarnaast bestaan universitaire (gedefinieerd in artikel 4) als onderdeel van de algemene ziekenhuizen, maar ook ‘kleine ziekenhuizen’ (artikel 7).

De verdere onderverdeling van het ziekenhuislandschap in meerdere types verplegingsinrichtungen/verzorgingsinrichtungen, is mogelijk op basis van de **organieke regelgeving** en kan geïntegreerd worden in de huidige of een nieuwe ziekenhuiswet.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- De deelstaten zijn, behoudens de uitzonderingen opgenomen in de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, zoals gewijzigd bij de bijzondere wet van 1 juli 2014 (de

⁹ De impact op de ziekenhuisfinanciering valt buiten scope van deze nota. Deze nota is onder voorbehoud van de finale uitgangspunten zoals ze opgenomen worden in de nota van de expertgroep die aan de IMC Volksgezondheid gepresenteerd wordt. DGGS Legal Management kan op basis van de finale nota of IMC beslissing een uitgebreide juridische analyse uitvoeren.

¹⁰ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2008/07/10/2008A24327/justel

Zesde Staatshervorming) **bevoegd voor het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen**, met name voor alle erkenningsnormen die niet behoren tot de organieke erkenningsnormen; de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten; en de aanvullende programmatieregels.

- De **revalidatie instellingen** behoren ook voor hun organieke regelgeving tot de volledige bevoegdheid van de deelstaten, ingevolge de Zesde Staatshervorming (artikel 5, I, 4° van de Bijzondere wet van 8 augustus 1980). Een andere werkgroep in de schoot van de IMC Volksgezondheid buigt zich actueel over de hervorming van het revalidatielandschap.

De door de expertgroep voorziene types ziekenhuizen zullen echter niet allemaal nog voldoen aan de hierboven geciteerde definitie van een ziekenhuis. Onder meer zal moeten bekeken worden om de mogelijkheid tot overnachten optioneel te maken in de definitie. Daarnaast moeten aanpassingen gebeuren aan de erkenningsnormen die voor ziekenhuizen gelden, zoals opgenomen in:

- Het **koninklijk besluit van 23 oktober 1964** tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;¹¹
- Het **koninklijk besluit van 30 januari 1989** houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen¹².

In het bijzonder wat betreft de functies ‘niet-chirurgische daghospitalisatie’ en de functie ‘chirurgische daghospitalisatie’ zijn de normen opgenomen in volgende besluiten:

- Het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan **de functie ‘chirurgische daghospitalisatie’** moet voldoen om te worden erkend¹³;
- Het koninklijk besluit van 10 februari 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de **functie ‘niet-chirurgische daghospitalisatie’** moet voldoen om te worden erkend¹⁴.

Hierin staat o.m. bepaald dat:

- De functie chirurgische daghospitalisatie (behoudens uitzonderingen) organisatorisch en architecturaal deel uit moet van een algemeen ziekenhuis en zich moet bevinden op dezelfde vestigingsplaats; De functie ‘niet-chirurgische daghospitalisatie’ organisatorisch en functioneel deel dient uit te maken van een algemeen ziekenhuis en zich moet bevinden op dezelfde vestigingsplaats;
- Deze functies uitgebaat moeten worden door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats ze zich bevindt.

Elk ziekenhuis maakt op basis van artikel 2, §1, derde lid van de Ziekenhuiswet, behoudens de daarin opgenomen uitzonderingen, verplicht deel uit van één **locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk**.

¹¹ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1964/10/23/1964102306/justel

¹² Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1989/01/30/1989025040/justel

¹³ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1997/11/25/1997022869/justel

¹⁴ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2008/02/10/2008024080/justel

Indien niet alle ziekenhuizen die deel uitmaken van de huidige locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zijn, tot hetzelfde type ziekenhuis behoren, moet onderzocht worden:

- In welke mate de principes aan de basis van het uitvoeringsbesluit van 23 november 2022 tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken¹⁵ behouden blijven, met name de verplichting t.a.v. de ziekenhuizen om de zorgopdrachten die als 'locoregionaal' gekwalificeerd werden, derwijze aan te bieden dat **een aanrijtijd van maximum 30 minuten voor 90% van de inwoners binnen het geografisch gebied** dat door het bedoeld ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, gegarandeerd is, behoudens afwijkingen die in het besluit werden opgenomen. Momenteel voorziet bedoeld KB o.a. in een afwijking indien de garantie 'subsidieerbare investeringen in onroerende infrastructuur vereist op een nieuw in te richten vestigingsplaats';
- Wat passende **termijnen en overgangsmaatregelen** zijn voor de huidige ziekenhuizen om zich in het hervormde ziekenhuislandschap in te passen. De concentratie van zorgopdrachten in ziekenhuizen die de rol van 'regionaal algemeen ziekenhuis' opnemen, zal een impact hebben op reeds **voltooide en lopende investeringen** en op - al dan niet vanuit de regionale overheden goedgekeurde- plannen inzake zorgorganisatie of toegezegde subsidiëring;
- Welke **bijkomende beleidshefbomen** vereist zijn om als overheid aan effectieve kwaliteitshandhaving te kunnen doen en de financiële toegankelijkheid voor de patiënt te kunnen garanderen.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 2: DWINGENDE WETTELIJKE BEPALING OVER DE BENAMING

Het lijkt mogelijk om in het kader van de erkenningsnormen te vereisen dat elk type ziekenhuis transparant via de naam communiceert aan patiënten tot welk type ziekenhuis en tot welk samenwerkingsverband ze behoren. In het Wetboek van 23 maart 2019 van vennootschappen en verenigingen (hierna: **Wetboek Vennootschappen**) wordt bijvoorbeeld reeds vereist in **artikel 2:20** dat alle akten, facturen, aankondigingen, bekendmakingen, brieven, orders, websites en andere stukken, al dan niet in elektronische vorm, uitgaande van een rechtspersoon de naam, rechtsvorm, de nauwkeurige aanduiding van de zetel, etc. dienen te vermelden. Artikel 2:3, §1, derde lid van het Wetboek Vennootschappen bepaalt bovendien dat een rechtspersoon in zijn naam of op enige andere wijze geen andere rechtsvorm kan gebruiken dan diegene die hij geldig heeft aangenomen. Er kan aldus onderzocht worden om de ziekenhuizen en desgevallend ziekenhuisfuncties, zorgprogramma's e.d. eveneens te verplichten tot een welbepaalde naamgeving en het gebruik van andere niet-toepasselijke namen te verbieden. Voor de ziekenhuizen kan dit in het kader van de hervorming interessant zijn om het type ziekenhuis, en dus het aanbod aan ziekenhuiszorg dat men levert, en het samenwerkingsverband waartoe ze behoren transparant aan te geven. Ook voor **genormeerde**

¹⁵

Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2022/11/23/2022033610/justel

ziekenhuisonderdelen kan verder onderzocht worden om via naamsbescherming de transparantie over de erkenning te verbeteren.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 3: ERKENNING OP NIVEAU VAN DE VESTIGINGSPLAATS

In artikel 69 van de Ziekenhuiswet wordt voorzien dat ieder ziekenhuis erkend moet worden en wat de vereisten zijn om erkend te worden. Er werd echter geen inwerkingtreding vastgelegd voor deze bepaling (cfr. artikel 168, eerste lid, 2° van de Ziekenhuiswet). Met andere woorden, ziekenhuizen en vestigingsplaatsen worden momenteel niet erkend. Wel voorziet artikel 66 van de Ziekenhuiswet dat de **ziekenhuizen verplicht zijn de ziekenhuisnormering na te leven**. Er is wel een **erkenningplicht voor de in het ziekenhuis opgerichte diensten** (artikel 72 van de Ziekenhuiswet). Deze bepaling kan op basis van artikel 12 en artikel 79 van de Ziekenhuiswet worden uitgebreid tot respectievelijk zorgprogramma's¹⁶ enerzijds en **ziekenhuisafdelingen en ziekenhuisfuncties** anderzijds.

Nu reeds wordt in het kader van de erkenningsnormen van bepaalde zorgopdrachten ingeschreven dat er aan **bepaalde normen voldaan moet worden op één vestigingsplaats** (cfr. o.a. het KB van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's cardiale pathologie moeten voldoen om erkend te worden¹⁷; supra genoemde KB's m.b.t. de functie (niet)—chirurgische daghospitalisatie). Artikel 67 van de Ziekenhuiswet voorziet de mogelijkheid om **bijzondere normen vast te leggen voor de vestigingsplaatsen van de ziekenhuizen**, maar werd nog niet uitgevoerd. Artikel 82 van de Ziekenhuiswet voorziet dat een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, zorgprogramma, een zwaar medisch apparaat of een medische of medisch-technische dienst mag – rekening houdende met de vastgelegde voorwaarden – uitgebaat worden op meerdere vestigingsplaatsen, behoudens bij KB bepaalde uitzonderingen. Er bestaat nog **geen bepaling die een (geldende/nog in werking te treden) verplichting inhoudt om over een erkenning voor iedere vestigingsplaats te beschikken**.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 4: WAARBORGEN TEGEN COMMERCIALISERING VAN ZIEKENHUISZORG

Artikel 1 van de Ziekenhuiswet voorziet dat deze wet van toepassing is op alle ziekenhuizen, ongeacht of zij beheerd worden door **publiek- of privaatrechtelijke rechtspersonen**, met uitzondering van het Ministerie van Landsverdediging. Artikel 2, §1, tweede lid bepaalt dat de ziekenhuizen die onder de Ziekenhuiswet vallen een **opdracht van algemeen belang** vervullen. Overeenkomstig artikel 15, §2 van de Ziekenhuiswet wordt een ziekenhuis uitgebaat door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen als statutair doel heeft. Dit moet echter gebeuren overeenkomstig voorwaarden bepaald bij een in

¹⁶ Zo is artikel 72 van de Ziekenhuiswet op meerdere zorgprogramma's van toepassing verklaard in het Koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en tot aanduiding van de artikelen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die op hen van toepassing zijn. Dit besluit is beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1999/02/15/1999022166/justel

¹⁷ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2004/07/15/2004022658/justel

Ministerraad overleg Koninklijk Besluit, die niet werden vastgelegd. Artikel 15, §3 van de Ziekenhuiswet voorziet daarnaast ook de mogelijkheid om bij in Ministerraad overlegd besluit, **de categorieën van rechtspersonen te bepalen die een ziekenhuis of een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen uitbaten**. Ook deze bepaling is echter nog niet uitgevoerd. In artikel 4 het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen wordt bepaald dat het **oogmerk van het samenwerkingsverband** moet bestaan 'in de gemeenschappelijke exploitatie door twee of meer ziekenhuizen van het voorwerp van de associatie met als doel het waarborgen van de optimale aanwending van de beschikbare middelen, door overlappingen in het aanbod van diensten te vermijden en het waarborgen van de kwaliteit van de verzorging en het optimaliseren van de werking en de infrastructuur van de deelnemende ziekenhuizen'¹⁸.

De Ziekenhuiswet legt aldus geen specifieke rechtsvorm op aan de ziekenhuizen en verbiedt niet dat ze winst mogen nastreven. Zoals reeds werd toegelicht in het kader van de KCE studie 277 Governance van samenwerking tussen ziekenhuizen, zijn de mogelijkheden op vlak van rechtsvorm beperkt ten gevolge van de regelgeving inzake **infrastructuursubsidies** (cfr. artikel 63 van de Ziekenhuiswet m.b.t. A1 toelagen 'Voor zover de aanzoekende opdrachtgever van het werk een lager bestuur is, een vereniging zonder winstoogmerk, een instelling van openbaar nut of een universiteit')¹⁹.

Een regeling m.b.t. het beperken van commercialisering van (ziekenhuis)zorg moet verenigbaar zijn met beginselen zoals het **recht van vestiging, de vrije dienstverrichting, en de vrijheid van ondernemen** en de voorwaarden die in Europees- en internrechtelijke teksten daaraan gekoppeld worden. ²⁰Het is dus belangrijk na te gaan wat het precieze doel is en of de vooropgestelde maatregelen **evenredig zijn met dit doel**²¹. De doelstellingen lijken voornamelijk de financiële

¹⁸ Beschikbaar op: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1997/04/25/1997022330/justel>

¹⁹ Beschikbaar op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_277A_Governancemodellen_ziekenhuizen_Synthese_0.pdf

²⁰ Zie in dit kader het advies van de afdeling Wetgeving van de Raad van State bij het Vlaams ontwerp decreet rond het 'verbod van winst op zorg': Beschikbaar op : <https://themis.vlaanderen.be/files/65d4772d9a5e28000d000260/download?name=VR%202024%20302%20DOC.0210-5%20Mozaiekdecreet%20II%20-%20advies.pdf&content-disposition=inline>. De Raad van State verwijst hierbij wat het recht van vestiging betreft naar de artikelen 49 e.v. van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), wat de vrije dienstverrichting betreft naar de artikelen 56 e.v. VWEU, of, wat de vrijheid van handel en nijverheid betreft naar artikel 6, § 1, VI, derde lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen'. Wat de rechtspraak betreft, merkt de Raad in een voetnoot op: 'bijv. de vrijheid van ondernemen niet als een absolute vrijheid worden opgevat en belet deze niet dat de bevoegde wetgever de economische bedrijvigheid van personen en ondernemingen regelt. Deze zou pas onredelijk optreden indien hij de vrijheid van ondernemen zou beperken zonder dat daartoe enige noodzaak bestaat of indien die beperking onevenredig zou zijn met het nagestreefde doel (GwH 22 juni 2023, nr. 101/2023, B.8.3).

²¹ Cfr. in dit verband ook het advies van 22 december 2023 van de Vlaamse Raad WVG over het over het voorontwerp van decreet houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin waaronder het verbod op winst op zorg' staat opgenomen 'De raad is van mening dat initiatiefnemers in de woonzorg winst moeten kunnen maken, en voor de raad is dit een aanwijzing van goed bestuur. Het is voor de raad wel een probleem als deze initiatiefnemers opereren vanuit een drijfveer om de winst op zorg en zorggerelateerde dienstverlening te maximaliseren én te laten wegvloeien uit de zorg. Het is voor de raad belangrijk dat initiatiefnemers dit rendement in de

toegankelijkheid (cfr. prijsregulering), duurzaamheid van publieke investeringen (cfr. regulering van aanwending van publieke middelen) en kwaliteit van zorg (cfr. normering) te zijn.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 5: EEN GEMEENSCHAPPELIJKE JURIDISCHE STRUCTUUR

De Ziekenhuiswet voorziet reeds de mogelijkheid om **juridische geformaliseerde samenwerkingsverbanden met rechtspersoonlijkheid** aan te gaan tussen ziekenhuizen (verplicht voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk op basis van artikel 14/1, eerste lid, 1° van de Ziekenhuiswet en op basis van artikel 67, tweede lid van de Ziekenhuiswet slechts desgewenst voor associaties).

Zoals supra reeds toegelicht, worden actueel de ziekenhuizen reeds verplicht om deel uit te maken van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Wat andere samenwerkingsverbanden betreft, is er geen verplichting om deze aan te gaan, maar zijn er wel prikkels die de ziekenhuizen hiertoe bewegen (efficiëntiewinsten/shared savings e.d.).

Samenwerkingsverbanden tussen ondernemingen, zo ook ziekenhuizen, hebben implicaties op de vrije mededinging. Het KCE stelde in haar rapport 277 (cfr. supra) voor om een toezichthoudende mededingingsautoriteit inzake gezondheidszorg op te richten gelet op de risico's inzake monopolievorming. De oprichting van een locoregionale klinische ziekenhuisnetwerke, de wijziging van de samenstelling ervan en de concentraties tussen de ziekenhuizen zoals erkend in de Ziekenhuiswet, zijn aan de hand van een wettelijke uitzondering vrijgesteld van het voorafgaande toezicht door de Belgische Mededingingsautoriteit zoals bedoeld in boek IV, titel 1, hoofdstuk 2, van het Wetboek van economisch recht (BMA), tenzij ze de voorziene drempelwaarde inzake omzet overschrijden (bij omzet van meer dan 900 miljoen euro).²²

De BMA blijft evenwel bevoegd voor onderzoek van misbruik van dominante marktpositie, afspraken tussen ziekenhuizen die niet tot hetzelfde netwerk behoren of concentraties tussen ziekenhuizen van verschillende netwerken. Naargelang er gekozen wordt voor een hervorming waarin de locoregionale netwerken wel of niet nog een rol spelen, moet onderzocht worden in welke mate de verplichting om deel uit te maken van locoregionaal klinisch netwerk en de uitzondering op

eerste plaats opnieuw investeren om hun maatschappelijke doelen te bereiken, waaronder het aanbieden van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning.' Beschikbaar op: <https://themis.vlaanderen.be/files/65d4772d9a5e28000d000264/download?name=VR%202024%20302%20DOC.0210-4%20Mozaiekdecreet%20II%20-%20advies.pdf&content-disposition=inline>

De Nederlandse Raad van State vernietigde een bepaling in een Nederlandse wet die stelde dat er geen winstoogmerk mocht zijn bij zorgorganisatie omdat dit in strijd zou zijn met artikel 49 VWEU. De beperking moet volgens de Raad evenredig zijn met het nagestreefde doel. Beschikbaar op: <https://www.raadvanstate.nl/uitspraken/@154279/202200235-1-a2/>

²² De BMA oordeelde immers in de publicatie van haar positie op 22 juli 2020 dat de wettelijke plicht om toe te treden tot een netwerk geen afbreuk deed aan haar beoordelingsbevoegdheid, aangezien haar bevoegdheid op dat moment niet expliciet was uitgesloten en er nog een zekere autonome beslissingsruimte overbleef voor de ziekenhuizen rond de partners van het netwerk. De publicatie is beschikbaar op: www.bma-abc.be/sites/default/files/content/download/files/positie_ziekenhuisnetwerken.pdf

het voorafgaande toezicht, aangepast of overgezet moet worden naar de nieuwe samenwerkingsvorm.

Het voorafgaand toezicht door de BMA beoogt verschillende maatschappelijke doelstellingen die ook cruciaal zijn in het gezondheidsbeleid²³, doch zijn er ook belangrijke argumenten geformuleerd tegen een dergelijk voorafgaand toezicht die minstens een aangepaste procedure verantwoorden.²⁴

Naast mededinging, vormen ook andere aspecten van het samenwerkingsverband aandachtspunten, waaronder de relatie tussen de types ziekenhuizen binnen het samenwerkingsverband t.o.v. het samenwerkingsverband, de samenwerking tussen publieke en private entiteiten, de ziekenhuisfinanciering, het medisch beheer en de medische raad, de regelingen m.b.t. zorgverleners en ziekenhuismedewerkers (op vlak van de inzet, mobiliteit, aanstellingen e.d.), de fiscale aspecten (o.a. de BTW-regelgeving), interhospitaalvervoer, de rol(her)verdeling ingeval van een pandemie/crisissituatie, het beheer van patiëntendossiers en privacy.²⁵

Gezien de ervaringen met de locoregionale ziekenhuisnetwerken en de veel gehoorde kritiek dat de netwerken wel intensere samenwerkingen beogen maar geen financiële verantwoordelijkheid hebben (die blijft bij de individuele ziekenhuizen), lijkt het aan te raden dat in de nieuwe samenwerkingsvorm wel sprake is van een gezamenlijke financiële verantwoordelijkheid.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 6: TERRITORIALE VERBONDENHEID

De vereiste van een territoriale verbondenheid in het kader van een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen kent reeds precedents:

- Artikel 14/1 van de Ziekenhuiswet bepaalt dat de partners van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zich **‘binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden’**.
- Het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, kent een zogenaamde **‘associatie zorggebied’**, voor ziekenhuizen die zich in een welbepaald omschreven gebied, oftewel **‘zorggebied’** bevinden. Artikel 16ter van hetzelfde besluit bepaalt dat het grondgebied waarop het voorwerp van de ‘associatie zorggebied’ betrekking heeft, bepaald wordt per administratief arrondissement of samengevoegde geografisch aangrenzende arrondissementen met tenminste 150 000 inwoners.
- In het kader van andere samenwerkingsverbanden werden **maximale afstanden** bepaald, bijvoorbeeld:

²³ Zo dwong de BMA in het kader van de zaak nr. Mede-CC-23/0037 verschillende verbintenissen af, zoals o.a. de bevestiging van het maximaal plafond ereloon-supplementen en de verhoging van kamersupplementen te beperken op basis van overeengekomen parameters. Beschikbaar op: www.abc-bma.be/sites/default/files/content/download/files/BMA-2024-CC-24%20PUB.pdf

²⁴ Zie in deze de adviezen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 16 november 2023 (587-2) en 11 november 2023 (597-2) beschikbaar op: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/raden/federale-raad-voor-ziekenhuisvoorzieningen>

²⁵ Meerdere van deze aspecten zijn reeds uitgebreid onderzocht in het KCE rapport 277 (cfr. supra).

- De ziekenhuizen van de fusie mogen niet meer dan 35 km van elkaar verwijderd zijn. De ziekenhuizen van de fusie kunnen evenwel verder van elkaar verwijderd zijn wanneer er zich geen twee acute ziekenhuizen binnen die cirkel bevinden.²⁶
- De ziekenhuizen van een ziekenhuisgroepering mogen niet meer dan 25 km van elkaar verwijderd zijn.²⁷

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 7: HERVORMING MEDISCHE DISPATCHING

De hervorming van het ziekenhuislandschap zal belangrijke aanpassingen brengen m.b.t. de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening (triage, programmatie DGH-hulpmiddelen, ...) én op de eerstelijnszorg (voldoende aanbod, wachtregeling,...). Momenteel zijn er reeds projecten voor de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening en de versterking van de eerstelijnszorg lopende. In het kader van de implementatie van de ziekenhuishervorming zal moeten onderzocht worden of de huidige werven in deze domeinen voldoende de impact van de ziekenhuishervorming kunnen opvangen. Minstens zal de medische regulatie een update moeten krijgen om rekening te houden met de nieuwe types ziekenhuizen waarvan sommigen enkel planbare zorg zullen aanbieden.

UITGANGSPUNT EXPERTGROEP 8: REALISATIE HERVORMING

Er zijn verschillende hefboomen om deze hervorming door te voeren, waaronder:

- Programmatie/moratorium;
- Erkenning;
- Financiering.

Gelet op de grote omschakeling en de impact op investeringen en rechtszekerheid, wordt idealiter rekening houdende met de beginselen van goed bestuur een tijdslijn met een gefaseerde doorvoering van de hervorming opgesteld.

²⁶ Artikel 3, eerste lid, 3° en de uitzondering daarop opgenomen in het koninklijk besluit 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1989/05/31/1989025172/justel

²⁷ Artikel 9, eerste lid, 1° van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1989/01/30/1989025040/justel

Programmatie en moratorium

Op basis van de federale programmatiebevoegdheid (zie o.a. artikel 36, 37 en 80 van de Ziekenhuiswet) kan er gebruik gemaakt worden van moratoria om te vermijden dat het ziekenhuislandschap zich aanpast in strijd met de vooropgestelde plannen. Zo werden er in 2016 'bewarende maatregelen in het kader van de ziekenhuishervorming' genomen in titel 2, hoofdstuk 1, afdeling 9 van de Programmawet van 25 december 2016²⁸,²⁰, namelijk:

- Een verbod om het aantal bestaande, erkende en in gebruik genomen bedden in diensten van algemene en psychiatrische ziekenhuizen te verhogen, per soort van dienst en per ziekenhuis (artikel 61/1 van de Ziekenhuiswet);
- Een verbod om het aantal erkende ziekenhuisfuncties, ziekenhuisafdelingen, ziekenhuisdiensten, medische diensten, medisch-technische diensten, zorgprogramma's evenals het aantal in gebruik genomen of uitgebate zware medische apparaten te verhogen, zowel op het niveau van het Rijk als op niveau van het ziekenhuis (in artikel 62/1 van de Ziekenhuiswet).

Deze maatregelen komen bovenop het bestaande moratorium op het aantal bedden, zoals uitgewerkt in de artikelen 42, 43 en 44 van de Ziekenhuiswet. In het kader van de hervorming dient ook geanalyseerd te worden welke aanpassingen nodig zijn m.b.t.:

- Het koninklijk besluit van 21 maart 1977 tot vaststelling van de criteria die van toepassing zijn voor de programmatie van verschillende soorten ziekenhuisdiensten;²⁹
- Het koninklijk besluit van 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken.³⁰

Erkenning

De expertenwerkgroep wenst de ziekenhuissector een 'bottom-up' fase te geven om zelf met een voorstel te komen hoe ze zich zullen inpassen in het hervormingsplan. Om bovengenoemde blokkering zo kort mogelijk te houden, moet aldus zo snel mogelijk een helder verwachtingskader voorzien worden voor de sector.

Opzet zou zijn om een interfederaal orgaan de plannen vanuit de sector te laten goedkeuren. Aangezien het orgaan een al dan niet bindend advies zou geven t.a.v. de erkennende overheden op

²⁸ Dit moet bij wet, zoals blijkt uit de vernietiging van het Koninklijk besluit van 18 januari 1996 tot vaststelling van nadere regelen, bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot bedden in diensten van algemene ziekenhuizen www.raadvst-consetat.be/Arresten/79000/100/79190-vert.pdf#xml=http://www.raadvst-consetat.be/apps/dtsearch/getpdf.asp?DocId=57567&Index=c%3a%5csoftware%5cdtsearch%5cindex%5scarrets%5f%5c&HitCount=48&hits=15d+15e+15f+160+161+162+163+164+996+997+998+999+99a+99b+99c+99d+a63+a64+a65+a66+a67+a68+a69+a6a+ba8+ba9+baa+bab+bac+bad+bae+baf+ce7+ce8+ce9+cea+ceb+cec+ced+cee+ea5+ea6+ea7+ea8+ea9+eaa+eab+eac+&010363220252311

²⁹ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1977/03/21/1977032104/justel

³⁰ Beschikbaar op: www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1999/06/16/1999022822/justel

basis waarvan zij toekomstige erkenningen zouden toekennen en de hervorming betrekking heeft op de bevoegdheid van meerdere overheden, lijkt een **samenwerkingsakkoord** voor de oprichting van een dergelijk orgaan aangewezen. De verplichting van een advies door dit orgaan alvorens erkenning of de verplichting een goedgekeurd plan te hebben als erkenningsnorm, moet juridisch worden verankerd. Na deze bottom-up fase zou er een meer 'top-down' fase volgen voor de ziekenhuizen zonder goedgekeurd plan. De precieze modaliteiten voor het opstellen en doorvoeren van een dergelijk top-down plan, de rol van het interfederaal orgaan en de verschillende overheden dient in dat geval uitgewerkt te worden.

Financiering

Zoals supra aangegeven, valt de impact op de ziekenhuisfinanciering buiten de scope van deze nota. Vanuit de DGGS Legal Management wijzen we alvast op volgende bestaande bepalingen in de Ziekenhuiswet:

- De mogelijkheid om een **budget aan een samenwerkingsverband** toe te kennen staat reeds verankerd voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in artikel 96/1 van de Ziekenhuiswet.;
- De mogelijkheid om een bij het Budget van Financiële Middelen rekening te houden met 'verschillen naargelang het soort van ziekenhuis of gedeelten van een ziekenhuis' staat reeds opgenomen in artikel 105, §1, derde lid van de Ziekenhuiswet;
- Artikel 95/1 van de Ziekenhuiswet bepaalt dat er een apart budget vastgesteld wordt 'om de kosten te dekken die verband houden met het tot stand brengen van **innovatie op vlak van de ziekenhuiswerking of de zorgorganisatie**, alsmede hun federale coördinatie' en artikel 109 van de Ziekenhuiswet voorziet de mogelijkheid om in een bijzonder bedrag te voorzien in het BFM van een ziekenhuis '**om de werking van het ziekenhuis te verbeteren** wanneer dit gepaard gaat met een beslissing van de beheerder die aanleiding geeft tot een reële vermindering van het budget, en dit als gevolg van een herstructurering van de inrichting of van een fusie, associatie, groepering of samenwerking met één of meerdere ziekenhuizen';
- Artikel 65 van de Ziekenhuiswet voorziet in de mogelijkheid voor de Staat om een **schadeloosstelling** toe te kennen voor de kosten die gepaard gaan met de sluiting of het niet in gebruik nemen van een ziekenhuis of ziekenhuisdienst of met het niet in gebruik nemen of het beëindigen van het gebruik van zware medische apparatuur. Een voorwaarde voor de toekenning van middelen kan bijvoorbeeld een door het bovengenoemd IMC orgaan goedgekeurd plan zijn.

De hervorming zal onvermijdelijk gepaard gaan met transitiekosten. Zonder financiering van deze kosten zal het heel moeilijk zijn om draagvlak te creëren bij de ziekenhuizen die zich moeten omvormen. In een budgetneutrale oefening zal het budget voor de financiering van die transitiekosten volgens ons bij voorkeur moeten gevonden in zogenaamde 'historische' budgetlijnen die geen directe link meer hebben met de werkelijk activiteit van de ziekenhuizen.

Tot slot zal het heel belangrijk zijn om de verschillende types ziekenhuizen een correcte plaats te geven binnen de ziekenhuisfinanciering. Als een bepaald type ziekenhuis veel rendabeler blijkt dan een ander type, zullen er weinig tot geen kandidaten zijn om het minst rendabele type te exploiteren.

18 BIBLIOGRAFIE

1. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: <https://doi.org/10.57598/R229C>
2. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 29/03/2016. KCE Reports 263 Available from: <https://doi.org/10.57598/R263C>
3. Bouckaert N, Lefèvre M, Van den Heede K, Detollenaere J, Castanares-Zapatero D, Van de Voorde C. Organisation and financing of intensive care services in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2025 04/07/2025. KCE Reports 404 Available from: <https://doi.org/10.57598/R404C>
4. Lefèvre M, Bouckaert N, Camberlin C, Devriese S, Pincé H, de Meester C, et al. Organisation of maternity services in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 323 Available from: <https://doi.org/10.57598/R323C>
5. Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, Vlerick Business School. Hospital of the future: the future of hospitals. 2019. Available from: <https://www.kuleuven.be/samenwerking/ligb/Home/Images/eindversie-groenboek-hospital-of-the-future.pdf>
6. Sinek S. Start with Why: How Great Leaders Inspire Everyone to Take Action. New York: Penguin; 2011.
7. Romein J. De dialectiek van de vooruitgang. Forum. Maandschrift voor Letteren en Kunst. 1935;4:841.
8. Huber M, Jung H, van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
9. RIZIV. De voorwaarden om een zorgtraject diabetes type 2 te volgen [Web page]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/diabetes-terugbetaling-van-verschillende-begeleidingen/de-voorwaarden-om-een-zorgtraject-diabetes-type-2-te-volgen>
10. RIZIV. De voorwaarden om een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie te volgen [Web page]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/nierziekten/de-voorwaarden-om-een-zorgtraject-chronische-nierinsufficiëntie-te-volgen>
11. Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. 2015. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf
12. WeCare. Eindrapport WeCare. Programma "Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg". 2023. Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_eindrapport.pdf

13. Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken [Web page]. Available from: <https://www.psy107.be/index.php/nl/>
14. RIZIV. Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid [Web page]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>
15. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022;327(6):521-2.
16. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Gezondheidsinstellingen [Web page]. Available from: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>
17. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: 2025. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
18. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Cel Aanbod en Planning. Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. Rapport van de PlanKad gegevenskoppeling voor de beroepsgroep verpleegkundigen. Oktober 2025. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/verpleegkundig_en_op_de_arbeidsmarkt_2023_-_final.pdf
19. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 325 Available from: <https://doi.org/10.57598/R325V>
20. Planningscommissie Medisch aanbod. Formeel advies 2024-01 van de Planningscommissie Medisch aanbod. 2024. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/avis_formel_inf_irmiers_2024-01_formeel_advies_verpleegkundigen_-_pleniere_04_06_21.pdf
21. InterMutualistisch Agentschap. Spoeddiensten: gebruik in België. Available from: <https://www.ima-aim.be/Spoeddiensten-gebruik-in-Belgie?lang=nl>
22. Leroy R, De Gendt C, Bourgeois J, Verbeeck J, Savoye I, Silversmit G, et al. Survival and Quality of care offered in Belgian hospitals with and without recognition for breast cancer. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023 03/2023. KCE Reports 365 (365C) Available from: <https://doi.org/10.57598/R365C>
23. Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 10/02/2014. KCE Reports 219 (D/2014/10.273/21) Available from: <https://doi.org/10.57598/R219C>
24. Leroy R, De Gendt C, Stordeur S, Silversmit G, Verleye L, Schillemans V, et al. Quality indicators for the management of head and neck squamous cell carcinoma. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2019. KCE Reports 305 Available from: <https://doi.org/10.57598/R305C>
25. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. 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 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://doi.org/10.57598/R289C>
26. Lefèvre M, Bouckaert N, Detollenaere J, Vlayen J, García Fernández L, Van den Heede K, et al. Organisation of paediatric hospital care in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 09/2022. KCE Reports 358 Available from: <http://doi.org/10.57598/R358C>
 27. Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, B.S. 28/03/2019.
 28. Koninklijk besluit van 23 november 2022 tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, B.S. 01/12/2022.
 29. De Swaef D, Voets J, Eeckloo K, Vandewoude K, Raus K. Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen: een geslaagde samenwerkingsformule? Universiteit Gent, Faculteit Economie en Bedrijfskunde (vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management) en Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg en Vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie); 2024. Available from: <https://www.uzgent.be/sites/default/files/2024-09/Locoregionale%20klinische%20ziekenhuisnetwerken-%20een%20geslaagde%20samenwerkingsformule.pdf>
 30. InterMutualistisch Agentschap. Onze databanken [Web page]. Available from: <https://www.ima-aim.be/-Onze-databanken-?lang=nl>
 31. Van der heyden J, Charafeddine R, Drieskens S. Chronische ziekten en aandoeningen. Gezondheidsenquête 2023-2024. Brussel: Sciensano; April 2025. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ma_report_nl_his2023.pdf
 32. FOD Beleid en Ondersteuning. Monitoringcomité. Actualisatie 2025-2030. 2025. Available from: <https://bosa.belgium.be/sites/default/files/content/documents/250922%20Rapport%20Comit%C3%A9%20de%20monitoring.pdf>
 33. RIZIV. Dienst Geneeskundige Verzorging. Algemene Raad. Gezondheidszorgbegroting 2026. Nota ARGV 2025/069. Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/RIZIV_ARGV_2025.pdf
 34. Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. 2025. Available from: https://hogeraadvanfinancien.be/sites/default/files/publications/hrf_vergrijzing_2025_07.pdf
 35. Albrecht J. Het zorginfarct in België. Vergrijzing en multimorbiditeit zetten zorgsysteem onder grote druk. ITINERA; 2024. Available from: https://www.itinera.team/sites/default/files/content-documents/Kan%20het%20preventiebeleid%20een%20zorginfarct%20voorkomen_0.pdf
 36. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 10/2022. KCE Reports 359 Available from: <http://doi.org/10.57598/R359C>

37. RIZIV. Dienst Geneeskundige Verzorging. Verzekeringscomité. Visienota betreffende de herziening van de werking, organisatie en financiering van de daghospitalisatie. Nota CGV 2019/345. 2019.
38. Cornelis J, Dauvrin M, Desomer A, Gerkens S, Primus-de Jong C, Christiaens W. Organisation of medical care in CBRNE incidents – a guidance. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023 11/2023. KCE Reports 374 (374C) Available from: <https://DOI.org/10.57598/R374C>
39. Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, B.S. 7/11/2008.
40. Koninklijk besluit van 7 juni 2004 tot vaststelling van de voorwaarden om te worden aangewezen als universitair ziekenhuis, B.S. 10/8/2004.
41. Koninklijk besluit van 17 november 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 juni 2004 tot vaststelling van de voorwaarden om te worden aangewezen als universitair ziekenhuis, universitaire ziekenhuisdienst, universitaire ziekenhuisfunctie of universitair zorgprogramma, B.S. 8/12/2006.
42. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care. McGraw-Hill; 2009.
43. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies FRZV m.b.t. programmatie en aanbod aan revalidatiezorg – Sp-bedden (deel 1). FRZV/D/581-2. 2023. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/frzv_d_581-2_-_advies_sp-bedden.pdf
44. Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten. Brussel: 2013. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/belgisch_plan_voor_zeldzame_ziekten.pdf
45. Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen. Koning Boudewijnstichting. Aanbevelingen en voorstellen tot maatregelen voor een Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten. Eindrapport. 2011. Available from: <https://www.radiorg.be/wp-content/uploads/2020/04/PUB-3009-BelgischPlanVoorZeldzameZiekten2011-DEF.pdf>
46. Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U, et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. Hum Resour Health. 2024;22(1):74.
47. Bomholt KB, Nebsbjerg MA, Burau V, Mygind A, Christensen MB, Huibers L. Task shifting from general practitioners to other health professionals in out-of-hours primary care - a systematic literature review on content and quality of task shifting. Eur J Gen Pract. 2024;30(1):2351807.
48. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6(2):e010003.
49. Bourne RS, Jennings JK, Panagioti M, Hodgkinson A, Sutton A, Ashcroft DM. Medication-related interventions to improve medication safety and patient outcomes on transition from adult intensive care settings: a systematic review and meta-analysis. BMJ Qual Saf. 2022;31(8):609-22.