

Aan Mevrouw Margot Cloet
Voorzitter FRZV

Brussel, 27.04.2026

Betreft: Minderheidsnota van BVAS betreffende het ontwerpadvies van de FRZV (nota FRZV D 634-1) *“Aanbevelingen voor de hervorming van het ziekenhuislandschap. Veranderen om te behouden (2026-2036).”*

Geachte Voorzitter,

Eerst en vooral danken wij de werkgroep voor de visie op de expertennota. Beide gaan uit van een institutioneel perspectief. Vanuit BVAS voegen we een medisch-professioneel perspectief toe vanuit de inhoudelijke evolutie van de geneeskunde en de continuïteit van zorg hierin.

Onze fundamentele bekommernis is dat de wijziging van het ziekenhuislandschap lineair wordt doorgetrokken op basis van de geneeskunde van vandaag. Een termijn van 10-15 jaar is erg lang in de geneeskunde. De geneeskunde van 2035-2040 zal er fundamenteel anders uitzien. AI-ondersteunde diagnostiek, liquid biopsies, genomische profilering van tumoren, digitale therapeutica en wearables, ambulante chirurgie met robotica, 3D printing, navigatie zullen allicht dagklinisch kunnen - sommige zelfs in een loutere poliklinische omgeving - maar technologisch en investeringsgewijs de mogelijkheden van één ziekenhuis overstijgen. Telediagnostiek en remote monitoring zullen allicht een deel van de ziekenhuisfunctie naar de thuisomgeving verplaatsen.

Lokaal Medisch Centrum (LMC) als flexibel zorgplatform

In de expertennota wordt het Lokaal Medisch Centrum terecht gepositioneerd als een dagziekenhuis- en polikliniekmodel dat nabije zorg moet bieden zonder permanenties, zonder 24/7-acute functies, en dat een belangrijke rol kan spelen in de evolutie naar meer ambulante zorg. In het ontwerpadvies van de FRZV wordt dit model verder uitgewerkt, met onder meer de mogelijkheid voor focused clinics, een bepaalde dagactiviteit en institutionele samenhang met RAZ/UZ. In beide teksten wordt het LMC echter in essentie gezien als een satelliet van één ziekenhuis, onder één inrichtende macht en binnen een strikt ziekenhuisrechtelijk kader.

In de huidige visie wordt het LMC daarmee te veel “gebetonneerd” als onderdeel van één ziekenhuis, terwijl het vanuit zorginhoudelijk en toekomstgericht oogpunt zinvoller zou zijn om het LMC te conceptualiseren als een flexibel regionaal zorgplatform.

Dat platform zou:

- samenwerkingsmogelijkheden moeten bieden aan meerdere ziekenhuizen binnen een logisch zorggebied of een logisch ziekenhuisnetwerk: met name het feit dat alle specialismen op één plek zijn ondergebracht, verbetert de nabijheid van het aanbod van zorg, wat minder gegarandeerd is in ziekenhuizen en medische centra die anders verspreid over het grondgebied liggen.
- structureel ingebed moeten worden in een hechte samenwerking met de eerste lijn en de huisartsenwachtpost, zonder infrastructurele inbedding van deze laatste in een LMC of RAZ.
- open staan voor samenwerking met medische maatschappen en artsgroepen die ziekenhuisoverstijgend georganiseerd zijn,
- en ruimte bieden voor verschillende LMC-vormen: hoogtechnologisch maar uitsluitend dagklinisch, minder hoogtechnologisch eveneens uitsluitend dagklinisch, settings met beperkte verpleegkundige zorgnoden naast centra met een hooggespecialiseerde verpleegkundige omkadering (bv focused clinic).
- uitsluitend dagklinisch moeten zijn want short-stay creëert opnieuw een opname-structuur met overnachting en de daarmee gepaarde problemen die al moeilijk op te lossen zijn in een RAZ.
- niet beperkend mogen zijn voor alle mogelijke dagfuncties met inbegrip van kleine spoedgevallen, oncologisch dagcentrum, goed uitgebouwde medisch-technische infrastructuur (volledige medische beeldvorming met CT-scan) en – diensten, een basis labo, magazijn en apotheek.

Wij stellen daarom voor om het LMC niet exclusief en juridisch rigide te koppelen aan één RAZ/UZ, maar het te erkennen als een organisatievorm waarin:

- meerdere ziekenhuizen en huisartsen via duidelijke governance-afspraken kunnen participeren;
- subspecialistische maatschappen over ziekenhuismuren heen kunnen werken, met heldere afspraken over verantwoordelijkheid, triage en terugverwijzing; medische maatschappen die ziekenhuisoverstijgend zijn worden noodzakelijk om de trend naar subspecialisatie te kunnen volgen en aantrekkelijk te blijven voor jonge talentvolle stafleden.
- transmurale zorg – inclusief telemonitoring, revalidatieprogramma’s, chronische zorgprogramma’s en preventie-initiatieven – kan worden georganiseerd, in nauwe afstemming met de eerste lijn en ZIZ.
- de wachtdiensten en permanenties in UZ en RAZ mee ingevuld worden door artsen werkzaam in een LMC voor zover hun competenties hiervoor toereikend zijn.

Op die manier wordt het LMC een hefboom voor kwaliteit en schaalvoordelen (voldoende volume per activiteit, concentratie van expertise) én voor nabijheid en continuïteit van zorg, in plaats van een louter “lokale” uitloper van één ziekenhuis.

Tegelijkertijd neemt BVAS een helder standpunt in inzake de novo LMC structuren: we wensen géén oprichting van niet-medische commerciële bedrijven zoals we ze soms zien in tandartspraktijken, praktijken klinische biologie, praktijken veearts en praktijken kinesitherapie.

Extramurale praktijken: gelijk speelveld zonder polarisatie

In het ontwerpadvies van de FRZV klinkt een duidelijke bezorgdheid tegenover extramurale praktijken, onder meer omwille van het risico op cherrypicking, zorg aan twee snelheden en een ongelijk kwaliteits- en financieringskader. Een reflex om extramurale zorg in sterke mate te onderwerpen aan ziekenhuisevenwaardige normen zonder evenwaardige financiering is begrijpelijk vanuit een institutioneel perspectief, maar ondermijnt de nodige synergie tussen intra- en extramurale zorg.

Als artsorganisatie erkennen wij de noodzaak van:

- duidelijke veiligheids- en kwaliteitsnormen voor extramurale centra die hoogtechnologische of hoogrisico-procedures uitvoeren;
- transparante afspraken over casemix, indicatiestelling en complicatie-opvolging;
- en een eerlijk speelveld waarin dezelfde zorg onder vergelijkbare omstandigheden niet structureel anders wordt vergoed.

Daarom pleiten we voor een gelaagd normeringskader voor extramurale praktijken, in functie van toenemende hygiëne- en steriliteitsvereisten, patiëntveiligheid, anesthesievereisten, apotheek, infrastructuur, gegevensbescherming. Hieraan moeten ook aangepaste financieringsmodaliteiten verbonden zijn.

Het dossier oftalmologie illustreert hoe eenzijdige “blokkades” in de financiering hervormings- en samenwerkingsbewegingen hebben afgeremd.

Synergie kan niet ontstaan vanuit polarisatie. Een hervormd ziekenhuislandschap dat inzet op integratie en continuïteit van zorg, moet extramurale zorg niet in een hoek drummen, maar betrekken in een coherent kader waarin rechten, plichten, kwaliteit en financiering in balans zijn.

Ziekenhuisnetwerken

We hebben de indruk dat ziekenhuisnetwerken te snel worden opgegeven. BVAS is van oordeel dat de netwerklogica wel degelijk in ziekenhuisnetwerken kan geactiveerd worden mits de ziekenhuisfinancieringslogica het netwerk respecteert, de medische raad over netwerkbevoegdheden beschikt zoals gedefinieerd in de ziekenhuiswet (art 143/1- art 143/4), en de wettelijke obstakels opgeheven worden die samenwerking tussen ziekenhuizen in een netwerk bemoeilijken of verhinderen. Mochten de ziekenhuisnetwerken alsnog verdwijnen, dienen de

bevoegdheden van de netwerk medische raad te gelden voor alle medische raden in ieder ziekenhuis (UZ,RAZ,LMC,ZIS).

Financiering, verantwoorde bedden en data-gedreven zorg

De evolutie van verantwoorde ligduur en verantwoorde bedden naar een APR DRG-financiering is een terechte omslag omdat ligduur niet langer de relevantste financieringsparameter dient te blijven. Dit houdt dezelfde verblijfskosten in voor UZ en RAZ. In APR DRG-financiering gaat het om de gemiddelde directe en indirecte kosten per DRG. De notie verantwoord bet heeft geen bestaansrecht meer als financieringsparameter.

Willen we aansluiten bij de geneeskunde van morgen, dan zal transparantie over gezondheidsuitkomsten een veel prominentere plaats moeten krijgen. Data-gedreven zorg zal toelaten om een groter deel van het gezondheidszorgbudget te koppelen aan gezondheidsuitkomsten. Volume blijft relevant, maar volume alleen is geen garantie voor kwaliteit. Cruciaal is dat een dergelijk financieringsmodel geen nieuwe blokkades creëert, maar net bestaande blokkades afbouwt. Voorbeelden van dergelijke blokkades: historisch verankerde budgetlijnen die fusies en samenwerking bemoeilijken, institutionele grenzen die regionaal functionele hertekening tegenhouden, en financieringsmechanismen die netwerkvorming en transmurale zorg ontmoedigen. Het ziekenhuislandschap snakt terecht naar stabiliteit, maar stabiliteit mag geen synoniem worden van immobilisme. Heldere regels, voldoende investeringsrust en voorspelbaarheid zijn nodig, maar moeten ingebouwd worden in een kader dat verandering mogelijk maakt waar de zorgrealiteit dat vraagt.

Data-gedreven zorg zal daarbij essentieel zijn. Wij ondersteunen de oproepen in expertenrapport en FRZV-advies om outcome-indicatoren en kwaliteitsparameters uit te werken en te gebruiken in evaluaties. Dat veronderstelt:

- toegankelijkheid van betrouwbare primaire en secundaire data voor zorgverleners en instellingen, niet alleen voor ziekenfondsen, FOD en RIZIV.
- uniforme definities en indicatorensets over de beleidsniveaus heen;
- en een monitoring die niet uitsluitend sanctionerend werkt, maar verbetering stimuleert.

Huisarts als regisseur en transmurale samenwerking

Zowel het expertenrapport als het FRZV-ontwerpadvies benadrukken het belang van de eerste lijn, de huisartsenwachtposten en een betere triage voor acute, niet-planbare zorg. Als artsensyndicaat willen we expliciet bevestigen dat de huisarts een cruciale rol vervult als regisseur van de zorg, zeker bij chronische aandoeningen, multimorbiditeit en in het coördineren van transmurale trajecten.

Wij zijn voorstander van:

- een model waarin huisarts, ziekenhuis (RAZ/UZ/LMC/ZIZ) en extramurale praktijken heldere afspraken maken over triage, terugverwijzing en verantwoordelijkheden;

- geïntegreerde structuren voor dringende zorg, waarin de huisartsenwachtpost en de spoeddienst nauw samenwerken en waarbij triage-protocollen medisch gevalideerd zijn en periodiek geëvalueerd worden op kwaliteit en toegankelijkheid;
- en een governance waarin de vertegenwoordiging van huisartsen én specialisten verzekerd is bij de uitwerking en opvolging van deze triagestructuren.
- de locatie van huisartsenwachtposten aan de eerste lijn over te laten volgens de lokale behoeften en het hun inzicht.

Het voornemen van de FRZV om de samenwerking met de eerste lijn (liaison, outreach, telemonitoring, educatie...) als “essentiële ziekenhuisactiviteit” te erkennen en mee te nemen in de financiering, ondermijnt de regierol van de huisarts en van extramurale initiatieven: dit moeten verhoudingen zijn tussen gelijke partners. Dit is een éézijdige inbeslagname: wij pleiten voor een model waarin dergelijke activiteiten gezamenlijk worden ontworpen en gefinancierd, met respect voor de autonomie en centrale rol van de eerste lijn, en waarin ziekenhuizen een ondersteunende en complementaire rol opnemen in plaats van een uitsluitend aansturende rol.

Besluit

Onze bezorgdheid richt zich niet tegen de doelstellingen van de hervorming, maar tegen bepaalde institutionele keuzes die te weinig rekening houden met:

- de snelheid en richting van de medische en digitale evoluties;
- de nood aan flexibiliteit in organisatievormen (LMC's, extramurale centra, ziekenhuisoverstijgende maatschappen);
- en de cruciale rol van de artsen – huisartsen en specialisten – in het vormgeven én uitvoeren van de zorgmodellen van morgen.

We pleiten voor een hervorming die obstakels wegneemt in plaats van er nieuwe te creëren, die samenwerking beloont in plaats van segmentering te bestendigen, en de kwaliteit van zorg centraal stelt in plaats van de structuren op zich.

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Patrick Emonts
Voorzitter ABSyM-BVAS



Dr. Peter Heirman,
Lid ABSyM Wallonie en lid FRZV