

FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 23/04/2026

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D634-2 (\*)

**Advies van de FRZV omtrent de nota van de expertengroep “Aanbevelingen voor de hervorming van het ziekenhuislandschap. Veranderen om te behouden (2026-2036).”**

Namens de voorzitter van de FRZV,  
Margot Cloet,

Sabine Stordeur  
Directrice-generaal

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 23/04/2026 en door het Bureau op 28/04 geratificeerd.

## 1. Inleiding

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (hierna: IMC Volksgezondheid) stelde begin 2025 een commissie van onafhankelijke experts aan om een rapport uit te brengen omtrent een hervorming van het ziekenhuislandschap. Op 17 december 2025 stelde deze commissie haar aanbevelingen voor aan de IMC Volksgezondheid.

Daaropvolgend stelde de minister van Volksgezondheid de vraag aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen - ook andere adviesorganen worden via de leden van de IMC bevestigd - om een advies uit te brengen over:

- de noodzakelijke transitieperiode;
- de vooropgestelde criteria waaraan de vier niveaus moeten voldoen;
- de afstemming met de zorgbehoeftes van de bevolking;
- de noodzakelijke flankerende maatregelen rekening houdend met de budgettaire context en de schaarste aan zorgpersoneel.

Daarnaast wordt specifiek ook gevraagd aan de FRZV om concreet in te gaan op volgende elementen:

- Het KCE heeft in haar rapport 289A een inschatting gemaakt van de benodigde capaciteit aan erkende ziekenhuisbedden tegen 2030. De experts bevelen in hun rapport aan om in een eerste fase alle sites met minder dan 150 verantwoorde acute bedden, 39 in totaal, te reconverteren naar LMC of in een fusie te laten opgaan met een andere site. Het lijkt aangewezen dat bij deze reconversie de capaciteit aan resterende bedden wordt afgetoetst ten opzichte van het benodigde aantal bedden zoals ingeschat door het KCE, zodat een voldoende opnamecapaciteit gegarandeerd blijft. De vraag stelt zich dan ook in hoeverre deze reconversie van sites uitsluitend kan overgelaten worden aan het initiatief van de ziekenhuizen zelf, dan wel een toezichthoudende rol van de overheid hierin dient voorzien te worden.
- In de omschrijving van het lokaal medisch centrum (LMC), wordt aanbevolen dat voor sommige ingrepen toch één of enkele overnachtingen aangewezen kunnen zijn (short stay). De vraag stelt zich in hoeverre dit past in het ganse concept met een duidelijke omschrijving van een RAZ als acuut ziekenhuis en een LMC als exclusief dagcentrum.
- De aanbevelingen met betrekking tot de minimale grootte van een regionaal algemeen ziekenhuis (RAZ) zijn in eerste instantie gebaseerd op het aantal verantwoorde acute bedden. Gezien in de voorziene hervorming van de ziekenhuisfinanciering afgestapt zal worden van het concept verantwoorde bedden en dit vervangen zal worden door een all-in forfait per pathologie per opname, had de minister graag de inzichten van de FRZV over dit gebruikte criterium gekregen.

## 2. Algemene bedenkingen

De FRZV wil allereerst haar appreciatie uitspreken voor het grondig werk dat geleverd werd door de commissie van experts. De commissie heeft een uitgebreid rapport met aanbevelingen afgeleverd dat al een belangrijk vertrekpunt vormt voor de uiteindelijke en noodzakelijke hervorming.

De Raad is van oordeel dat een diepgaande hervorming van het ziekenhuislandschap niet alleen gerechtvaardigd is, maar intussen ook onontbeerlijk is geworden. Een evolutie van het ziekenhuislandschap is noodzakelijk om de duurzaamheid te waarborgen van een efficiënt en voor iedereen toegankelijk zorgsysteem.

De ziekenhuissector wacht op een **snelle verduidelijking van het wettelijk kader** waarbinnen het ziekenhuislandschap zich zal ontwikkelen. In dat verband acht de Raad het onontbeerlijk om op korte termijn te beschikken over een **duidelijke politieke visie van de IMC**, die het volgende omvat:

- de te bereiken criteria (per type site) op het einde van de implementatie van de hervorming;
- een sterke politieke verbintenis om de hervorming en de transitie van de sector te ondersteunen, zowel op organisatorisch als op financieel vlak.

De hervorming moet gebaseerd zijn op de reële noden van de bevolking, zowel huidige als toekomstige, met inachtneming van demografische, epidemiologische, sociologische, economische en territoriale ontwikkelingen. Het is eveneens essentieel dat de globale visie wordt gedragen door de IMC Volksgezondheid, zodat de krijtlijnen van de hervorming op een uniforme wijze worden vastgelegd. De concrete toepassing van deze criteria op het grondgebied van elke regio behoort tot de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten.

Hierbij dient er ten allen tijde over gewaakt dat het evenwicht tussen bereikbaarheid van zorg, kwaliteit van zorg en efficiëntie in de organisatie van zorg optimaal wordt vormgegeven.

Afwijkingen op de voorgestelde principes en pijlers van de hervorming moeten restrictief benaderd worden en gemotiveerd worden op basis van voormelde optimale verhouding. Hierbij is voor een aantal leden de bereikbaarheid van zorg, en zeker voor acute ongeplande zorg van primordiaal belang, waarbij geografische, taalkundige en sociale dimensies mee in overweging worden genomen.

Een algemene bedenking van de FRZV, is dat er nood is aan inzage in de gebruikte data(modellen), onder meer wat betreft de KCE-tool die werd gebruikt voor het bepalen van de afstanden en aanrijtijden, inclusief aantal bedden per vestigingsplaats. Dit kan de sector ook meer duidelijkheid en inzicht geven om beslissingen te nemen en perspectief te bieden voor de diverse sites, afgestemd op de locoregionale (geografische) realiteit vanuit patiëntenperspectief. Een aantal leden uit hierbij hun bezorgdheid over de potentieel lagere toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg in een aantal regio's (waaronder de provincie Namen en Luxemburg, Chimay en in de Oostkantons). Een paar leden wijzen op de relativiteit hiervan in vergelijking met andere landen.

Daarnaast wil de FRZV benadrukken dat de hervorming van het ziekenhuislandschap ook dient aan te sluiten op de lopende hervormingen van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Het is belangrijk dat al deze werven iteratief worden uitgewerkt teneinde onnodige vertraging te vermijden. Dit binnen een gelijklopende timing. Daarenboven dienen de verschillende hervormingen ook consistent te zijn. Zonder een gestabiliseerde visie op het toekomstige economische en organisatorische model beschikken de ziekenhuizen en de overheden niet over de noodzakelijke randvoorwaarden om zware investeringen aan te gaan, de vereiste transformaties te plannen en de aanzienlijke onderliggende digitale uitdagingen aan te gaan.

De FRZV heeft gepoogd om de aanbevelingen van de expertencommissie zo ruim mogelijk te bespreken en te commentariëren en hierbij in het bijzonder in te gaan op de concrete aandachtspunten zoals naar voren geschoven door de minister van Volksgezondheid.

Voor het advies wordt in grote mate de structuur van de expertennota gevolgd.

Het advies is verder als volgt opgebouwd:

**Naar vier types zorgvoorzieningen**

- a. RAZ
- b. UZ
- c. LMC
- d. ZIZ
- e. Institutionele samenhang

**Hervorming dringende geneeskundige hulpverlening**

**Transitiemodel en financiering van de ziekenhuizen**

**Overige punten**

- a. Zorgbehoeften populatie, logische zorggebieden en netwerken
- b. Aandacht voor transversale en geïntegreerde zorg
- c. Kwaliteit van zorg
- d. Rol van de overheid
- e. Zorgpersoneel
- f. Artsen
- g. Extramurale praktijken

**Conclusie en antwoord op de elementen van de adviesvraag van de minister**

### 3. Naar vier types van zorgvoorzieningen

De FRZV kan zich vinden in de vier voorgestelde types van zorgvoorzieningen. Elk van deze vier types moet een duidelijke definitie hebben, en in de Ziekenhuiswet als ziekenhuis verankerd worden.

De FRZV begrijpt dat de experts vertrokken zijn van de as-is-situatie van de algemene en universitaire ziekenhuizen en dat een aantal andere zorgstructuren niet aan bod gekomen zijn. Toch vragen we aandacht voor twee andere types ziekenhuizen die meegenomen dienen te worden in de hervorming, met name de psychiatrische ziekenhuizen en de Vlaamse revalidatieziekenhuizen. Er wordt later in dit advies hier nog verder op ingegaan.

De door de experts voorgestelde hervorming is gebaseerd op het begrip *site*. De Raad wenst dat er een wettelijke verduidelijking van dit begrip wordt voorzien. De site moet worden gedefinieerd op basis van geografische, functionele, organisatorische en institutionele samenhang en moet als dusdanig het voorwerp uitmaken van een eigen erkenning, waarbij duidelijk gedefinieerd is welke zorgactiviteiten op de site moeten en kunnen gerealiseerd worden. Een herziening van de erkenningsnummers, met een onderscheid tussen sites, ziekenhuizen en beherende juridische entiteiten (rechtspersonen), zou zeer nuttig zijn om duidelijker af te bakenen over welk type entiteit men spreekt wanneer men het over een ziekenhuis heeft.

De FRZV acht het eveneens potentieel zinvol om 2 bijeenliggende ziekenhuizen als één entiteit te beschouwen zo deze geïntegreerd, onder 1 overkoepelende entiteit, zullen samenwerken. Bij wijze van voorbeeld: twee ziekenhuizen die geografisch op dezelfde site of binnen dezelfde campus zijn gelegen en die vanuit organisatorisch oogpunt geïntegreerd functioneren, dienen voor de toepassing van de criteria inzake kritische massa als één entiteit (één site) te worden beschouwd, en de site dient dan ook als zodanig te worden erkend. Evenzo mogen twee ziekenhuislocaties die onder hetzelfde (huidige) erkenningsnummer ressorteren niet op dezelfde manier worden beschouwd als een identiek zorgaanbod dat op één en dezelfde site is geconcentreerd (wat het project wel voorziet, maar wat de huidige principes van nummering van erkenningen niet toelaten te onderscheiden).

Een overgangsfase is hier alleszins aangewezen teneinde bovenstaande elementen voldoende te kunnen analyseren op nut en haalbaarheid. De definitie van een vestigingsplaats en de organisatie van de erkenningsnummers vereist namelijk een grondiger discussie. De FRZV is bereid hierover een vervolgadvisie te formuleren.

De Federale Raad schat in dat de voorgestelde hervorming een significante impact kan hebben op interziekenhuistransport, en vraagt om de effecten van de voorziene hervorming op zowel het dringend als niet-dringend zittend en liggend ziekenvervoer tussen de verschillende sites in kaart te brengen. De betaalbaarheid en beschikbaarheid van vervoersoplossingen voor de burger en de ziekenhuizen naar en tussen zorgactoren, dient hierbij maximaal te worden gegarandeerd binnen een menselijk, efficiënt en (ook geografisch) logisch georganiseerd systeem waarin gepaste zorg en ondersteuning gegarandeerd is.

In gebieden waar zorg minder nabij is, of in situaties waar de RAZ, ZIZ en LMC zich op andere locaties bevinden, moeten de overheid/ziekenhuizen zorgen voor een oplossing. Dat kan bijvoorbeeld bestaan uit een vervoersnetwerk, een goed georganiseerde shuttle tussen sites, alternatieve residentiële zorgvormen of samenwerking met ziekenhuizen over de landsgrenzen waar deze beschikbaar zijn.

Van in vroege fase van de hervorming dient voldoende aandacht te gaan naar vervoersoplossingen en tussenkomsten in vervoer en/of begeleiding, in het bijzonder voor personen met vervoersarmoede en voor personen zonder uitgebreid netwerk van mantelzorgers of familie om zich heen.

## **a. RAZ**

In een eerste fase kan de FRZV akkoord gaan met de vooropgestelde minimumnormen voor een RAZ op basis van het aantal (erkende en verantwoorde) bedden.

Op basis van het wettelijk kader, dat ook de minimumnormen voor de RAZ/UZ inhoudt, zoals uiteengezet in de Ziekenhuiswet en aanvullende normen (o.a. het koninklijk besluit van 30 januari 1989), zullen de deelstaten moeten overgaan tot verdere uitwerking van de concrete erkenningsnormen. Dit moet leiden tot een voldoende robuust en toegankelijk toekomstig landschap.

De meerderheid van de leden pleit voor het includeren van de bedden van het chirurgisch dagziekenhuis in de vooropgestelde minimumnormen.

De vraag of activiteit van andere types dagziekenhuis meegeteld zouden moeten worden werd uitgebreid besproken, doch niet weerhouden. De Raad wenst er wel op te wijzen dat er dient over gewaakt te worden dat dit geen omgekeerde verschuiving kan genereren van dagziekenhuis naar klassieke opname.

Specifiek wat betreft de minimumnorm van 600 bevallingen op jaarbasis voor de materniteit, kan de FRZV zich vinden in de keuze voor deze norm. We verwijzen hierbij naar de conclusies van het KCE rapport 323A (2019) en het advies van de FRZV (557).

Enkele leden stellen wel de vraag of hier strengere drempelwaarden moeten worden voorzien om een herijking in de nabije toekomst te vermijden, doch dit zit in een spanningsveld met de KCE studie alsook het FRZV (557) advies dat wijst op het belang van de bereikbaarheid van zorg.

Dezelfde leden pleiten voor de verdere concentratie, gelet op de - wettelijke of de facto - verplichtingen en hiermee gepaard gaande potentiële medicolegale risico's.

Gelet op de standpunten acht de FRZV het zinvol om het advies omtrent de materniteiten te analyseren op nood tot actualisatie.

Ook ziekenhuizen die niet over een materniteit beschikken (en bijhorend eventueel ook niet over een dienst neonatologie en/of pediatrie), zouden bij voldoende activiteit als RAZ erkend moeten kunnen worden. Dit indien de zorgvraag opgevangen kan worden via doorverwijzing naar een andere RAZ met deze functie.

De Federale Raad verwijst ook naar haar eerder advies FRZV/D/621-2 wat betreft de noodzakelijke koppeling tussen een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een functie intensieve zorgen, waarbij rekening wordt gehouden met bereikbaarheid, kwaliteit en efficiëntie. Ze vraagt dat het KCE haar onderzoek hieromtrent verderzet.

De experts stellen een evaluatie voor in 2031. De FRZV ondersteunt het inbouwen van een dergelijk evaluatiemoment en maakt hierbij volgende bedenkingen:

- De evaluatie dient methodologisch nog uitgewerkt te worden, zodat het voor de ziekenhuizen duidelijk is op welke wijze de evolutie van de hervorming zal geëvalueerd worden, alsook of deze de juiste richting uitgaat. In die zin is 2031 minimaal een reflectiemoment waar de sector actief in betrokken moet worden.

- Het gebruik van verantwoorde bedden als normdeterminant zal in de voorgestelde tijdslijn ogenschijnlijk niet representatief blijven. Immers zal een verschuiving van activiteit door reconversie van vestigingsplaatsen, in de ontvangende ziekenhuizen met vertraging een impact hebben op de verantwoorde activiteit.
  - o Bovendien moet erover gewaakt worden dat de meest actuele en representatieve data gebruikt worden. De FRZV is van mening dat de data van 2022 nog teveel beïnvloed zijn door de COVID-19-pandemie.
- Op de vraag van de minister welk criterium zou kunnen gebruikt worden na een hervorming van de ziekenhuisfinanciering met forfaits per APR-DRG is de raad van mening dat ook bij een dergelijke financiering deze gebaseerd zal blijven op ligduren, zodat het concept van 'verantwoorde' ligduur kan blijven bestaan.
  - o Aanvullend stelt de raad wel dat er binnen logische zorggebieden moet voldaan worden aan de zorgnoden van de populatie, en dat hiervoor voldoende (minimum) capaciteit binnen de programmatie moeten voorzien worden.
  - o Eveneens adviseert de FRZV om kwaliteits- en outcome parameters uit te werken en mee te gebruiken als parameter.
- De tijdslijn zelf mag ambitieus voorgesteld worden, doch bij de uitvoering en evaluatie dient correct ingeschat te worden of de nodige infrastructurele, logistieke (waaronder ICT), logistieke (erkennings)normen) en andere zorggerelateerde aanpassingen wel voorafgaand uitgewerkt kunnen worden. Gezien de bevoegdheidsverdeling, zal over deze materie een akkoord gevonden moeten worden binnen de IMC.
- Evenzeer dient in de evaluatie de impact van de evolutie van de geneeskunde en de technologische mogelijkheden ingeschat worden.
- De raad vraagt wel dat een hervorming leidt naar een stabiel toekomstig ziekenhuislandschap.

De evolutie van het acute ziekenhuislandschap zal leiden tot een vermindering van het aantal erkende acute bedden. De Raad vestigt dan ook de aandacht van de overheden op een aantal onontbeerlijke randvoorwaarden voor het welslagen van de hervorming:

- de noodzaak om gelijktijdig het ziekenhuis- en buitenshuis aanbod in chronische en post-acute zorg te versterken;
- de noodzakelijke anticipatie op toekomstige zorgnoden en de tijdige aanpassing van de capaciteit;
- voldoende investeringen in crisisvoorbereiding, inclusief opleiding, capaciteitsplanning, opschaling en nationale coördinatie, om een robuust crisisbeheersingsplan op schaal van het land te waarborgen. Het expertenrapport benadrukt eveneens het belang van voldoende robuuste en flexibele zorgstructuren die bestand zijn tegen pandemieën, rampen en andere majeure maatschappelijke en milieucrisissen.

#### ***b. UZ***

De Raad ondersteunt het voorstel van de experts om meer transparantie en een betere leesbaarheid van het universitair label te realiseren door de concentratie van universitaire activiteiten.

De FRZV verwijst hierbij in eerste instantie naar de wetgeving en de opdrachten voor de universitaire ziekenhuizen terzake.

De FRZV is van mening dat een diagnosestelling en (opstart)behandeling van een zeldzame ziekte gebeurt in een erkend centrum, waar men beschikt over gespecialiseerde expertise om een multidisciplinaire en kwaliteitsvolle behandeling van zeldzame ziekten aan te bieden. Dit zal in de

praktijk meestal binnen de universitaire ziekenhuizen zijn. Bepaalde (opvolg)behandelingen kunnen ook meer in de nabijheid van een patiënt (in een RAZ of LMC) gerealiseerd worden, in samenspraak met het team in het erkende centrum. De FRZV verwijst hiervoor naar het recente [Belgische plan Zeldzame ziekten 2026-2030](#).

Aanvullend hierbij zullen er voor zeldzame aandoeningen onderlinge afspraken gemaakt moeten worden tussen de UZ, gezien de soms zeer vergaande expertise die wordt vereist, waardoor niet elk UZ voor elke zeldzame aandoening een expertisecentrum kan uitbaten.

De behandeling van hoogcomplexe aandoeningen zou zowel in UZ en RAZ met de nodige expertise en specialisatie moeten kunnen plaatsvinden. Voor deze aandoeningen dient er met minimumvolumes en duidelijke kwaliteitsindicatoren (cf. het voorbeeld van de conventies voor complexe slokdarm- en pancreaschirurgie) te worden gewerkt, alsook participatie aan wetenschappelijk onderzoek en opleiding. Inclusieparameters en indicatoren worden hierbij bepaald obv. EBM guidelines, en het aantal benodigde centra wordt beslist ifv. de zorgnood in de populatie.

Daarnaast dient er ook aandacht te zijn voor patiënten met een complexe pathologie die zich aanmelden voor andere – minder complexe – problemen. Deze patiënten vereisen namelijk ook een bijzondere expertise die niet door elk ziekenhuis geboden kan worden.

Het aspect van de afschaffing van het universitaire karakter van bedden in de algemene ziekenhuizen werd ook besproken in de FRZV. Ook voor dit punt is er een vraag naar inzage in de data en het effect van het voorstel.

Tijdens de bespreking gaven sommige leden aan dat deze bedden met universitair karakter in de RAZ nog steeds een belangrijke meerwaarde betekenen, waarbij wel voldaan moet zijn aan de bijhorende erkenningsvoorwaarden.

De FRZV concludeert dat er nood is aan een grondige analyse van het aantal benodigde bedden, functies en universitaire diensten per faculteit geneeskunde en de optimale locatie daarvan, voor zowel de pathologie in deze bedden van RAZ én UZ, in overleg met de betrokken (universitaire) ziekenhuizen, alvorens beslissingen te nemen over de universitaire bedden.

### **c. LMC**

Voor de FRZV is het belangrijk dat de vier voorgestelde types, dus ook het LMC, als ziekenhuizen worden erkend en als dusdanig worden gedefinieerd in de Ziekenhuiswet. Zoals aanbevolen in de expertennota, dient hierbij ook de institutionele samenhang van de LMC met een RAZ/UZ en het social profit karakter te worden gewaarborgd.

Wat betreft de voorgestelde activiteit van het LMC:

- Binnen de FRZV is er discussie over de mogelijkheid van een *focused clinic* met *short stay in een LMC*. Sommige leden zijn hier tegen, aangezien hiervoor permanentie gedurende de nacht nodig zal zijn en dit dus geen efficiëntieverbetering geeft. Andere leden zijn dan weer van mening dat *short stay* wel mogelijk zou moeten zijn, onder voorwaarde van echte *focused clinic* met hoog volume en hoge expertise activiteit bij patiënten met een laagrisico profiel. Dit zou dan zelfs niet moeten beperkt worden tot orthopedie. Ze wijzen er bijkomend op dat tijdens de evaluatie dergelijke activiteit mee moet beoordeeld worden en gemotiveerd verder moet kunnen georganiseerd worden. De raad is ook van mening dat het sociaal ondernemerschap

bij de ziekenhuizen hierbij de nodige flexibiliteit moet kennen, om in te spelen op de zorgnoden in hun logisch zorggebied, en dit voor de locoregionale zorgopdrachten.

- De FRZV geeft ook aan dat medisch-technische diensten (bijv. CT-scan, MRI) mogelijk moeten zijn binnen een LMC. Tot slot, vraagt de FRZV dat de dagactiviteit binnen een LMC niet enkel wordt beperkt tot chirurgisch en internistisch dagziekenhuis, maar dat bijv. ook revalidatiedagziekenhuis, psychiatrisch of geriatrisch dagziekenhuis mogelijk is binnen een LMC.

Op vandaag is het onduidelijk hoeveel sites, geëxploiteerd door ziekenhuizen, er al zijn zonder residentieel zorgaanbod, waar deze ingeplant zijn en welke types zorg en/of diensten deze exact aanbieden (qua ziekenhuiszorg (dagkliniekactiviteiten, ambulante zorg, ...; medisch-technische diensten, ...) maar eventueel ook qua eerstelijnszorg). Het is belangrijk om dit in beeld te krijgen, als onderdeel van de analyse en hertekening van het ziekenhuislandschap.

Dit totaalbeeld is noodzakelijk om onnodige en/of ongewenste versnippering of multiplicatie van kapitaalsintensieve investeringen op (zeer nabij gelegen) sites te vermijden.

#### **d. ZIZ**

In de expertennota wordt een minimumnorm van 90 bedden vooropgesteld voor een ZIZ die niet op dezelfde site als een RAZ/UZ is gelegen. De werkgroep stelt de vraag op welke basis deze berekening is gemaakt, en verwijst naar de onderliggende motivering van efficiënte inzet van nachtverpleegkundigen. De FRZV vraagt om deze minimumnorm te herbekijken rekening houdend met de erkenningsnormen van de meeste Sp diensten, alsook obv. efficiëntieberekeningen.

Daarnaast dient ook hier de nodige flexibiliteit en ruimte voor sociaal ondernemerschap gelaten worden bij de organisatie van een ZIZ.

Een minimumgrootte is zeker aangewezen ifv. efficiënte organisatie van de revalidatiezorg, doch de FRZV acht het raadzaam om de nodige flexibiliteit in te bouwen om bestaande infrastructuur economisch optimaal te gebruiken.

De expertennota stelt voor om ook de ZIZ te verbinden aan een RAZ/UZ.

Binnen de werkgroep drukte een aantal leden hun bezorgdheid uit over de samenwerkingen die vandaag plaatsvinden tussen revalidatiediensten en meerdere acute ziekenhuizen. Het voorgesteld model van samenwerking tussen een RAZ/UZ en ZIZ zou deze mogelijkheden tot samenwerkingen kunnen limiteren. De raad bevestigt de noodzaak tot samenwerking met meerdere RAZ/UZ voor correcte doorverwijzing van revalidatiepatiënten naar de geschikte revalidatiesetting. Dat dergelijke samenwerkingen met meerdere ziekenhuizen ook mogelijk zijn als de ZIZ onder een institutionele eenheid met een RAZ/UZ valt, wordt door andere leden gesteld.

Over het voorstel van de experts dat een ZIZ mee onder een institutionele eenheid dient te vallen is er een verdeeld advies.

Een deel van de leden pleit hiertegen. Wat de situatie betreft van niet-acute ziekenhuizen die zowel geïsoleerde Sp- en/of G-bedden als psychiatrische bedden exploiteren, wijzen sommige leden op het belang van het behoud van de mogelijkheid om ZIZ institutioneel autonoom te laten functioneren ten opzichte van RAZ/UZ. Zij verzetten zich dan ook tegen de verplichte integratie van ZIZ binnen één

rechtspersoon RAZ/UZ, aangezien een dergelijke fusie het risico inhoudt dat de specialisatie wordt verzwakt en de organisatorische flexibiliteit wordt verminderd, zonder dat dit noodzakelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Formele samenwerkingsmechanismen volstaan om de beoogde institutionele coherentie te waarborgen.

Een ander deel van de leden pleit wel om de ZIZ te koppelen onder een institutionele eenheid omwille van efficiëntie tgv. schaalvergroting.

Ondanks de verdeeldheid over de institutionele eenheid tussen een ZIZ en een RAZ/UZ zijn alle leden van de werkgroep het er wel over eens dat een intense samenwerking tussen een ZIZ en één of meerdere RAZ/UZ noodzakelijk is, zowel op vlak van patiëntenzorg, als voor ondersteunende diensten.

Wat zeker ook niet mag ontbreken in de discussie omtrent de ZIZ, is de plaats van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen die heel wat gelijkaardige activiteiten zoals vooropgesteld voor de ZIZ uitoefenen. Er wordt gevraagd om een samenwerkingsakkoord tussen Vlaanderen en de federale overheid uit te werken. Patiënten met eenzelfde pathologie moeten namelijk overal op dezelfde kwaliteitsvolle behandeling kunnen rekenen, ongeacht of ze in een bed van een Vlaams revalidatieziekenhuis of van een ZIZ worden opgenomen. Dit betekent dan ook dat er met eenzelfde inschalinginstrument dient te worden gewerkt, maar ook met een gelijke financiering per type patiënt.

De expertennota spreekt enkel over Sp-bedden, met inbegrip van A- of K-bedden, en impliceert de mogelijkheid van G bedden. De FRZV vraagt hierbij aandacht voor de sterk stijgende noden van de vergrijzende bevolking, doch met het nodige debat in hoeverre deze patiënten thuishoren in een ZIZ. Hiervoor vraagt de FRZV verdere uitklaring van de omschrijving van subacute geriatricie.

Ook voor de revalidatie is het inschatten van de zorgnood voor de populatie binnen een logische zorggebied noodzakelijk, om zo de benodigde capaciteit en dus programmering op een onderbouwde manier vast te leggen.

#### ***e. Institutionele samenhang***

De FRZV sluit zich aan bij het principe van de institutionele eenheid maar pleit ervoor om voldoende ruimte te laten voor sociaal ondernemerschap binnen het kader dat door de overheid wordt ter beschikking gesteld. Ze onderlijnt wel de meerwaarde van een eenheid van visie, vermogen en aansturing.

Het is essentieel dat de rechtspersonen een publiek of privaat social profit karakter behouden met oog op het tegengaan van een verdere commercialisering van de zorg.

De raad vraagt hierbij dat de overheid voldoende snel de nodige beslissingen neemt omtrent dit kader. Aansluitend moeten de ziekenhuizen voldoende ruimte krijgen om de zorg te organiseren, in het logisch zorggebied waar ze samen met andere actoren deel van uitmaken en passend bij de zorgnoden van de betrokken populatie.

De leden van de werkgroep waren verdeeld over de benodigde tijd die ziekenhuizen hierin dienden te krijgen, doch meerdere leden benadrukten de noodzaak en dringendheid van de hervorming, en dat dit niet vertragend mag werken.

Een aantal leden drukten hun bezorgdheid uit rond de organisatie van de ZIZ structuren omwille van de onder punt d vermelde redenen.

Een belangrijk aandachtspunt tot slot, betreft de toezichhoudende rol van de Belgische Mededingingsautoriteit (BMA) en de impact die dit kan hebben op samenwerkingsvormen. Momenteel is er enkel een uitzondering voorzien voor ziekenhuisnetwerken wat betreft het voorafgaand toezicht door de BMA (cf. artikel 2, § 3 Ziekenhuiswet). De Federale Raad adviseert dan ook dat dit aspect zeker meegenomen wordt in de hervormingsoefening en de vraag naar een overkoepelende structuur die de RAZ/UZ, LMC en/of ZIZ aanstuurt.

#### 4. Hervorming van de dringende medische hulpverlening

De FRZV ondersteunt de hervorming van de dringende medische hulpverlening. Hierbij dient opnieuw het evenwicht gezocht te worden tussen bereikbaarheid van zorg, noodzakelijke expertise om die zorg kwaliteitsvol te leveren, en de efficiëntie.

De evolutie van het acute ziekenhuislandschap moet een voldoende en aangepaste zorgverlening voor niet-planbare zorg garanderen, evenals een adequate dekking van de dringende medische hulp (112 en spoeddiensten) over het volledige grondgebied.

De raad roept op dat elke zorgverstrekker binnen de niet-planbare zorg (zowel eerste als tweede lijn) daarbij de verantwoordelijkheid opneemt wat beschikbaarheid betreft. Het spreekt voor zich dat hierbij ook rekening moet gehouden worden met de noodzakelijke expertise terzake.

Bij acute ongeplande zorgnood is toegankelijkheid belangrijk. In de expertennota wordt de door het KCE ontwikkelde tool vermeld waarbij de experts wel een algemene aanrijtijd van 30 minuten vermelden, doch zonder zich uit te spreken over drempelwaarden.

De leden van de werkgroep herhalen de vraag om de gebruikte tool beschikbaar te maken, doch wijzen er tevens op dat ifv. de specifieke zorgvraag, de aanvaardbare drempelwaarden voor aanrijtijden kunnen verschillen.

Een aantal leden wijst er bovendien op dat er voor acute ongeplande pathologie ook moet gekeken worden naar de aanrijtijden van de DGH hulpmiddelen, en dat de mogelijkheid moet behouden blijven om een PIT buiten een RAZ/UZ te stationeren, als dit in belangrijke mate bijdraagt om de delay tot eerste zorgcontact zo kort mogelijk te houden. Zo zou een PIT bijvoorbeeld ook moeten kunnen uitrijden vanuit een LMC (en dus gekoppeld aan een RAZ/UZ), weze het in een objectief gemotiveerde uitzondering (gelet op de impact op efficiëntie).

De FRZV wijst verder op de noodzaak om de bereikbaarheid van zorg voor het hele Belgische grondgebied, zowel voor geplande als voor ongeplande zorg verder te kwantificeren, en hierbij rekening houdend met geografische, taalkundige en sociale dimensies.

De link van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg met een RAZ of UZ blijft voor de FRZV wel belangrijk, aangezien er voldoende volumes, gespecialiseerde expertise en een functie Intensieve Zorg, operatiekwartier en andere ondersteunende diensten aanwezig moet zijn om de kwaliteit te kunnen garanderen. Hier zien we opnieuw de soms moeilijke evenwichtsoefening tussen enerzijds toegankelijkheid en anderzijds kwaliteit en efficiëntie van zorg.

Niettemin wijst een aantal leden op de noodzaak tot analyse van de noodzakelijke bereikbaarheid en het, zo bewezen, voorzien van een beperkt aantal geografische uitzonderingen.

Voor minder ernstige acute ongeplande zorgnood ligt er bovendien zowel bij de LMC, en zeker ook bij de eerste lijn een belangrijke rol, eerder dan bij de meer gespecialiseerde spoeddiensten van een RAZ of UZ. Zo moet het ook mogelijk zijn dat een LMC overdag een EHBO functie kan vervullen door vlot dringende 2de lijns consultaties mogelijk te maken.

Naar verwachting zullen een aantal functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg verdwijnen, doch de bestaande zorgvragen moeten (deels) opgevangen worden door andere spoeddiensten die wel behouden blijven. Zij zullen dan ook de nodige capaciteit (infrastructuur en personeelsgewijs) beschikbaar moeten hebben om deze zorgvragen te kunnen beantwoorden. De eventuele sluiting van functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg moet dus qua timing passen in de eventuele uitbreiding van de bestaande functies.

De FRZV steunt de aanbeveling van de expertencommissie wat betreft een nauwere samenwerking tussen de spoeddiensten en huisartsenwachtposten met bindende triage voor de patiënt. Wat verstaan wordt onder bindende triage moet nog verder uitgewerkt worden.

De meerderheid van de leden ziet de meerwaarde van de integratie van een huisartsenwachtpost binnen de spoed of op dezelfde site. Een mogelijke uitzondering die binnen de werkgroep werd besproken is de mogelijkheid om de HAWP binnen een LMC te integreren omwille van redenen van geografische toegankelijkheid.

Een lid stelt deze fysieke integratie in vraag, generiek, doch ook exemplarisch bv. als het ziekenhuis ingeplant is op een grote toegangsweg aan de rand van de stad, in welk geval een wachtpost in de stad een betere toegankelijkheid garanderen.

De FRZV vraagt bijkomend om de hervorming van de dringende medische hulpverlening verder te bespreken met de FRDGH en de betrokken actoren.

## 5. Transitie­model en financie­ring van de zie­ken­huizen

Er dient voldoende budgettaire stabiliteit en zekerheid te worden gegarandeerd gedurende de transitie naar het nieuw ziekenhuislandschap.

Een aantal leden verwijst naar het advies omtrent de fusie van ziekenhuizen (FRZV/D/624-2), waarbij voor het BFM een compensatiemechanisme wordt voorgesteld. Evenwel moet de impact bij een sectorbrede hervormingsinschatting verder te worden bestudeerd.

Aanvullend dient wel de nodige financie­ring te worden voorzien voor bijkomende capaciteit en activiteiten die sommige ziekenhuizen zullen moeten voorzien. Eventueel dient ook financie­ring te worden gecorrigeerd bij verschuiving van specifieke activiteit zoals bv. materniteit. En de afsplitsing van het kostendekkend gedeelte van de honoraria voor de gehospitaliseerde patiënt dient hier desgevallend ook aan worden toegevoegd.

De FRZV herhaalt hier dan ook nog eens haar pleidooi om de hervorming van het ziekenhuislandschap te koppelen aan de lopende hervormingen van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering.

Zodra de IMC Gezondheid het kader van de hervorming heeft vastgelegd, moeten de overheden, in overleg met de sector, de concreet verwachte evoluties op het terrein bepalen (welke sites sluiten of zich heroriënteren, welke sites hun capaciteit verhogen, enz.). Deze concrete evolutie van het zorglandschap moet door elke bevoegde entiteit uiterlijk binnen 15 maanden na de beslissing van de IMC worden vastgelegd.

Vervolgens zal het noodzakelijk zijn om voldoende tijd te laten om deze concrete evolutie van het landschap te organiseren door de implementatietermijnen af te stemmen op de uitvoeringscapaciteit van bouwkalenders, de overdracht van zorgcapaciteit tussen instellingen, de hervorming van de eerste lijn, enz.

Een evaluatie van de hervorming in 2031 mag zoals eerder gesteld ambitieus voorgesteld worden, doch hierbij dient correct ingeschat te worden of de nodige infrastructurele, logistieke (waaronder ICT), legistieke ((erkennings)normen) en andere zorggerelateerde aanpassingen wel degelijk zullen en kunnen gerealiseerd worden. Deze inschatting dient bekrachtigd te worden op de IMC, en zo nodig leiden tot de noodzakelijke bijsturing van de timing.

De raad wijst erop dat op infrastructureel vlak de nodige investeringen moeten gedaan worden. We vertrekken immers niet vanaf een wit blad, maar vanuit bestaande infrastructuur. Het is dan ook essentieel dat eerst deze bestaande infrastructuur grondig in beeld wordt gebracht om te kunnen inschatten wat de mogelijke (financiële) impact zal zijn van de voorziene verschuiving van activiteiten en sites binnen logische zorggebieden met een populatiegerichte aanpak. Gezien de gemeenschappen exclusief bevoegd zijn geworden voor de infrastructuur sinds de zesde staatshervorming, zal ook hier de afstemming tussen de verschillende beleidsorganen cruciaal zijn. De FRZV wijst hier op de steeds dalende financie­ring – en intussen structurele onderfinanciering - van de ziekenhuisinfrastructuur. Een correcte financie­ring is een *conditio sine qua non* voor een hervorming van het landschap.

Eenmaal de hervormingen doorgevoerd, moet er zekerheid en rust zijn voor de sector waarbij zij op lange termijn binnen het bestaand kader kunnen werken.

De Raad wijst op de noodzaak van noodzakelijke bijkomende financie­ring gezien ze ervan overtuigd is dat deze infrastructurele investeringen niet budgetneutraal kunnen uitgevoerd worden.

De Raad ondersteunt het voorstel van de experts om een **federaal transitiefonds** op te richten. Dit is onontbeerlijk om het welslagen van de hervorming mogelijk te maken. De middelen van de

gefedereerde entiteiten zullen niet volstaan om de implementatie van de hervorming mogelijk te maken. De oprichting van dit federaal fonds zal het voorwerp moeten uitmaken van een goedkeuring binnen de IMC Volksgezondheid. De oprichting van dit federaal fonds moet toelaten om aan twee doelstellingen te beantwoorden:

1. ondersteuning van de financiering van infrastructurele transformaties;
2. dekking van de kosten, met inbegrip van personeelskosten, die verbonden zijn aan sluitingen, overdrachten of reconversies van activiteiten.

Het federaal fonds dient voldoende omvangrijk te zijn om te kunnen beantwoorden aan de noden van de sector en moet lopen over een voldoende lange periode. De door de experts geïdentificeerde 130 miljoen euro zal zeker niet volstaan. Wat de oorsprong van de middelen betreft, is de Raad van oordeel dat de historische lijnen binnen het BFM niet kunnen worden gemobiliseerd voor de transitie. De huidige middelen dekken immers de noodzakelijke omkadering binnen de instellingen. Ondanks de moeilijke budgettaire context mag de ziekenhuissector de transitie niet zelf financieren.

De raad vraagt tevens om de normering te herwerken met vereenvoudiging en flexibilisering, zodat geen investeringen dienen te gebeuren die op zich weinig bijdragen aan de kwaliteit van de zorg.

Het spreekt ook voor zich dat er binnen de sector de nodige (verdere) aandacht dient te zijn voor kostenefficiënte werking.

De raad adviseert eveneens om vanuit de overheid een instrument van strakke opvolging van de kosten te verzekeren gezien één van de bedoelde effecten van de hervorming net een efficiëntieverhoging is. Bewezen efficiëntiewinsten dienen bij de sector van de ziekenhuizen (inclusief (tussenkomen in) vervoer wanneer zorg minder nabij kan georganiseerd worden) te blijven.

## 6. Overige punten

### *a. Zorgbehoeften populatie, logische zorggebieden, en netwerken*

Het moge duidelijk zijn dat de ziekenhuisnetwerken zoals voorzien door de wet van 28 februari 2019<sup>1</sup> niet – of toch niet overal – hun beoogde doel hebben bereikt of, minstens, voorbijgestreefd zijn. Er zijn verschillende ziekenhuisnetwerken die vandaag weinig logisch geografisch geconcentreerd zijn. De FRZV adviseert dan ook om af te stappen van de verplichte ziekenhuisnetwerken en de aanpassingen in de Ziekenhuiswet gedaan in 2019 af te schaffen, voor zover dit geen negatieve impact heeft op ziekenhuizen die momenteel in netwerkverband samenwerken en deze samenwerking wensen voort te zetten.

Dit betekent immers niet dat we de goede voorbeelden van samenwerking die door de ziekenhuisnetwerken zijn ontstaan, of bepaalde principes bijv. i.v.m. bereikbaarheid van locoregionale zorg, zomaar moeten weggooiden. Deze vormen van samenwerking zouden moeten kunnen blijven voortbestaan en geïntegreerd worden binnen het nieuw kader van het ziekenhuislandschap. Ook de doelstellingen die beoogd werden met de introductie van de ziekenhuisnetwerken, waaronder het in onderlinge samenwerking beantwoorden aan de lokale populatienoden, dienen behouden te blijven.

Er moet namelijk een zekere coherentie zijn tussen eerdere hervormingsoefeningen en de nieuwe hervorming van het ziekenhuislandschap. Een gebrek aan coherentie heeft een negatieve impact op de haalbaarheid en gedragenheid van de nieuwe hervorming. Samenwerking wordt evenwel voorzien in het kader dmv. een institutionele samenhang.

Het moet de bedoeling zijn van deze hervorming van het ziekenhuislandschap om samenwerking verder te stimuleren, mogelijks via incentives, waarbij onderlinge competitie op nieuwe schaal wordt vermeden.

Ter vervanging van de ziekenhuisnetwerken dient er eerder te worden gewerkt met logische zorggebieden, zoals ook voorgesteld in de expertennota. Er dient een duidelijke definitie te worden uitgewerkt van wat verstaan moet worden onder de logische zorggebieden, waarbij vertrokken wordt vanuit de zorgbehoeften van de populatie, die bediend wordt door het ziekenhuisaanbod in het zorggebied, rekening houdend met de patiëntenstromen. De programmatie binnen de ziekenhuizen moet ook op deze zorgbehoeften worden afgestemd.

Voor deze logische zorggebieden dient niet enkel te worden gekeken naar het ziekenhuislandschap, maar ook bijvoorbeeld naar de eerstelijnszones, de netwerken GGZ of de regionale zorgzones (Vlaanderen).

### *b. Aandacht voor transversale en geïntegreerde zorg*

Naast de vier voorgestelde types van zorgvoorzieningen dient er ook aandacht te zijn voor een aantal andere actoren binnen de gezondheidszorg, zoals de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de Vlaamse revalidatieziekenhuizen, de centra voor revaliderend herstelverblijf, de ouderenzorg, de palliatieve netwerken en de eerstelijnszorg. Dit met oog op een goede afstemming en samenwerking binnen de logische zorggebieden en een focus op meer geïntegreerde zorgverlening voor de patiënt.

---

<sup>1</sup> 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

Specifiek wat betreft de samenwerking met de **geestelijke gezondheidszorg**, zou er minstens sprake moeten zijn van een functionele binding tussen de ziekenhuizen en de netwerken GGZ, met deelname aan het beleid van het netwerk GGZ waar ze gevestigd zijn. Daarnaast dient er binnen de gestandaardiseerde triage van spoed en huisartsenwachtposten ook meer aandacht te zijn voor GGZ en acute psychiatrische problematieken.

Samenwerking tussen ziekenhuizen en de verschillende vormen van aanbod in de geestelijke gezondheidszorg is onontbeerlijk. Sowieso is en blijft een aanbod geestelijke gezondheidszorg binnen de algemene ziekenhuizen noodzakelijk: op spoed, liaisonpsychiatrie, PAAZ-bedden en stoelen (A en K) en Sp-psychogeriatrie.

Zoals reeds gesteld heeft de expertenwerkgroep het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg (binnen en buiten de ziekenhuizen) niet meegenomen in de uitwerking van haar voorstellen.

Er is evenwel nood aan een verdere uitwerking van het aanbod geestelijke gezondheidszorg, zowel in de vier types van ziekenhuizen als in het psychiatrisch ziekenhuis. Omwille van zijn specificiteit behoudt het psychiatrisch ziekenhuis een aparte plaats in de ziekenhuiswet naast de door de expertenwerkgroep voorgestelde vier types van ziekenhuizen.

Aan de IMC vragen we een expertenwerkgroep te belasten met de opmaak van een rapport over het toekomstig landschap voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit omvat het aanbod van de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen en het door de deelstaten georganiseerd aanbod geestelijke gezondheidszorg.

Voor wat de **specifieke situatie van Vlaamse revalidatieziekenhuizen** betreft verwijzen we naar punt 3d ZIZ.

De hervorming van het ziekenhuislandschap kan dan ook niet worden overwogen zonder een structurele versterking van **de eerste lijn** en van de samenwerking tussen de eerste lijn en het hervormde ziekenhuislandschap. Daarnaast zullen ook de zorgstructuren vóór en na het ziekenhuis moeten worden versterkt om het hoofd te kunnen bieden aan de vermindering van de ziekenhuiscapaciteit.

Bij een hervorming van het ziekenhuislandschap is de FRZV ervan overtuigd dat zeker de LMC's ikv. vrijgekomen ruimte na reconversie een opportuniteit kunnen bieden voor samenwerkingsinitiatieven. Ze kunnen dienst doen als laagdrempelig decentraal medisch aanbod waardoor de patiënt zich minder ver moet verplaatsen. Tegelijk zal een afweging gemaakt moeten worden of de (huidige en toekomstige) inplanting en aanbod optimaal geregeld is in bepaalde geografische zones zoals ook beschreven in punt 3c LMC.

De FRZV beveelt aan om de samenwerking met de eerstelijns (liaison, outreach, telemonitoring, educatie, ....) als essentiële ziekenhuisactiviteit te erkennen, en mee te nemen in de financiering.

De raad verwijst naar de noodzakelijke samenwerking ikv. de acute ongeplande zorgnood zoals beschreven onder punt 4.

Essentieel in alle vormen van samenwerking is een (digitale) uitwisselbaarheid van gegevens. Deze staat vandaag nog onvoldoende op punt.

Ook is er nood aan heldere definities op het terrein. In de nota van de expertencommissie is er o.m. ook sprake van een "case manager", terwijl dit een andere definitie betreft dan de "casemanager" in het Interfederaal Plan Geïntegreerde zorg. De FRZV onderschrijft de nood aan een goede en nauwe

opvolging van de patiënt zeer sterk en pleit gelijktijdig om verwarring in taken/rollen/termen zo maximaal mogelijk te vermijden.

### ***c. Kwaliteit van zorg***

De kwaliteit van de zorg – en de optimalisatie ervan – is een essentiële drijfveer van de hervorming van het ziekenhuislandschap.

Zoals eerder gesteld dient er een evenwicht gezocht te worden tussen bereikbaarheid van zorg, efficiëntie van zorg en kwaliteit van de geleverde zorg.

De hervorming moet dan ook een opportuniteit betekenen om de kwaliteitsregelgeving grondig te herbekijken. Sommige normen bieden vandaag namelijk niet veel meer meerwaarde en zorgen juist voor onnodige administratieve belasting. Bovendien dient er betere afstemming plaats te vinden tussen de verschillende betrokken overheden om tot één coherent geheel te komen en waarbij het “only once principe” voor registraties een leidraad kan vormen.

De FRZV pleit ervoor om meer in te zetten op outcome- en procesindicatoren om de kwaliteit binnen de ziekenhuizen te meten en daarnaast ook de stem van de patiënt meer ruimte te bieden in het kwaliteitsverhaal via de inclusie van PREMs en PROMs.

Zoals eerder gesteld pleit de FRZV er eveneens voor om bij de evaluatie in 2031 naast minimum activiteiten ook kwaliteitsparameters mee te gebruiken. Deze laatste moeten dan ook tijdig ontwikkeld en gevalideerd worden.

### ***d. Rol van de overheid***

De FRZV vraagt van de betrokken overheden een duidelijk kader, duidelijke definities en een helder transitiedoel met beslissingen op korte termijn zodat het voor de sector duidelijk is wat het toekomstig ziekenhuislandschap zal omvatten. We verwijzen hiervoor naar punt 5 over timing en transitiefonds.

Een goede afstemming tussen de federale overheid (bevoegd voor de organieke ziekenhuisnormen) en de gemeenschappen (bevoegd voor de erkenningsnormen voor en infrastructuur van ziekenhuizen) zal hier ook cruciaal zijn.

De Federale Raad vraagt ook aan de overheid om de wettelijke obstakels voor verdere samenwerking tussen ziekenhuizen weg te nemen. De Raad verwijst in deze zin naar haar eerdere adviezen betreffende erkenningen in cascade (FRZV/D/619-4) en fusies tussen ziekenhuizen (FRZV/D/624-2).

In dit verband benadrukt de Raad dat de **fusie van erkenningen die onder verschillende bevoegde overheden** ressorteren, een prioritair aandachtspunt moet vormen voor de bevoegde autoriteiten. De Raad ondersteunt de verschillende maatregelen die door de experts als essentieel werden aangemerkt (terbeschikkingstelling van personeel, btw, interhospitaal vervoer, datadeling, ...).

Het is eveneens essentieel dat de samenwerkingsvoorwaarden tussen ziekenhuizen die voortvloeien uit zorgprogramma's (polycentrische dialysecentra, borstklinieken, cardiale programma's, enz.) worden herzien om ze in overeenstemming te brengen met het kader van het Nieuw Ziekenhuislandschap (NZL). Deze aanpassingen moeten wettelijk worden vastgelegd vanaf de uitvoering van het NZL, met overgangsp periodes bij de toepassing ervan, zodat de ziekenhuizen zich kunnen aanpassen in functie van de door het project voorziene timing.

Heldere en laagdrempelige communicatie, zowel naar de zorgsector maar zeker ook naar de bevolking toe zal ontzettend belangrijk zijn voor de slaagkansen van de hervorming. Er moet duidelijk worden gemaakt dat het niet om een besparingsoefening gaat, maar om een efficiëntie- en kwaliteitsoptimalisatie.

#### ***e. Zorgpersoneel***

De zorgsector wordt geconfronteerd met een schaarste aan zorgpersoneel – volgens verschillende projecties zal deze problematiek de komende jaren à decennia er niet op verbeteren. Naast het blijvend inzetten op een attractiviteitsplan voor de sector om nieuwe mensen aan te trekken, moet er geïnvesteerd worden in retentiebeleid om zodoende het actief zorgpersoneel voldoende te motiveren om mee te stappen in deze hervorming. Voor velen zal dit namelijk grote consequenties met zich meebrengen, onder andere naar mobiliteit, opleiding en/of veranderende functie-inhoud.

Ook naar het zorgpersoneel binnen de ziekenhuizen is een helder communicatieplan dan ook cruciaal voor de slaagkansen van de hervorming. Naast de hierboven vermelde realiteit van schaarste, lopen er momenteel ook verschillende veranderingsprocessen (onder andere de hervorming van de verpleegkundige leerladder), wat tot een zekere onrust kan zorgen. Tijdig en helder de juiste informatie bieden kan hier de nodige rust brengen. Hier is dan ook een belangrijke rol weggelegd voor het lokaal sociaal overleg dat kan inspelen op de lokale bezorgdheden en behoeften.

#### ***f. Artsen***

Ook wat (een aantal) artsen(disCIPLINES) betreft, dreigt er een tekort in de ziekenhuizen. Er wordt vastgesteld dat het steeds moeilijker wordt voor ziekenhuizen om bepaalde specialisaties intramuraal te behouden. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de organisatie van de wachtdiensten en adviezen aan bed voor gehospitaliseerde patiënten.

Daarenboven zal de hervorming ook op de ziekenhuisartsen een niet te onderschatten impact hebben, onder andere door de verwachtingen naar verschuivingen in zorgaanbod tussen sites. Bovendien zijn er momenteel nog een aantal hervormingen lopende (ziekenhuisfinanciering en nomenclatuur) die aanvullend heel wat teweegbrengen voor de artsen.

De FRZV adviseert dan ook te werken aan het voldoende aantrekkelijk houden van het ziekenhuis als werkomgeving voor de arts-specialist.

Hierbij kan overwogen worden te voorzien in voldoende autonomie. Een hervorming van de governancestructuur van het ziekenhuis kan hier een hefboom bieden, als een onderdeel van het gehele hervormingspakket.

Om de penurie aan te pakken en de permanentie binnen de ziekenhuizen te garanderen bevestigen de uiteenlopende standpunten de noodzaak om in overleg te gaan met de betrokken partijen, teneinde de zorg voor de patiënt op termijn maximaal te garanderen. De FRZV stelt dan ook voor dit via een gericht apart overleg te organiseren.

Tot slot vestigt de raad ook hier de aandacht op het belang van een correcte en tijdige informering naar de artsen toe.

### ***g. Extramurale praktijken***

Aangezien er verschillende keren door de expertencommissie werd ingegaan op het onderwerp van de extramurale praktijken, vond de FRZV het ook nuttig om dit punt te bespreken in de werkgroep. Hieronder worden enkele reflecties van deze discussie weergegeven, zonder specifiek advies, gelet op de intrinsiek verschillende standpunten onder de leden.

Om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen én in de extramurale praktijken, is er meer transparantie, opvolging en toezicht nodig.

Vandaag vallen de extramurale praktijken onder bijzonder weinig wetgeving, terwijl de ziekenhuizen wel moeten voldoen aan een hele resem aan normen en vereisten. Zo zouden er ook specifieke kwaliteits- en veiligheidsnormen, inspecties etc. voor de extramurale praktijken moeten worden voorzien. Zo kan worden gegarandeerd dat de patiënt in elke omgeving kwaliteitsvolle en veilige zorg kan genieten.

Hierbij wordt niet uitsluitend verwezen naar de Kwaliteitswet. Er bestaan zeer talrijke normen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Dezezelfde normen dienen ook van toepassing te zijn op de ambulante praktijk, om een gelijkwaardig kwaliteitsniveau van zorg te waarborgen. Daarbij denken wij onder meer aan normen inzake hygiëne, sterilisatie, infrastructuur en brandveiligheid, maar ook aan regels zoals de naleving van de AVG (GDPR), cyberveiligheid, de AI-verordening, de wetgeving inzake overheidsopdrachten, evenals het respecteren van de collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO) wat betreft arbeids- en loonvoorwaarden van het personeel, enz.

Tevens rijst de vraag naar de opleiding van artsen: indien in ziekenhuizen alle basis- en/of meer technische ingrepen worden geschrapt, zal dit een negatieve impact hebben op de opleiding van artsen. Indien al deze regels en normen zouden moeten worden nageleefd, zou dit er uiteindelijk op neerkomen dat private dagziekenhuizen worden gecreëerd — waartegen de FRZV zich resoluut verzet — die enkel toegankelijk zijn voor patiënten met voldoende financiële middelen. De facto zou dit leiden tot een tweesporengeneeskunde.

Er moet een duidelijk onderscheid worden gedefinieerd tussen extramurale praktijken en LMC's, waarbij deze laatste sowieso wel georganiseerd dienen te worden als ziekenhuis.

Ook bij het onderwerp van de extramurale praktijken wijzen de tegenstellingen op de noodzaak tot overleg tussen de betrokken partijen, in het belang van de patiënt.

## 7. Conclusie en antwoord op de elementen uit de adviesvraag van de minister

De FRZV uit haar appreciatie voor het belangrijk werk dat werd geleverd met de nota van de expertencommissie. Deze nota levert een belangrijk vertrekpunt voor de verdere stappen in een noodzakelijke hervorming van het ziekenhuislandschap.

De FRZV onderschrijft de noodzaak van een grondige hervorming van het ziekenhuislandschap om het optimale evenwicht in duurzaamheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen.

De hervorming moet gebaseerd zijn op de reële noden van de bevolking, zowel huidige als toekomstige, met inachtneming van demografische, epidemiologische, sociologische, economische en territoriale evoluties. Het is daarbij eveneens onontbeerlijk dat de globale visie wordt gedragen door de IMC Volksgezondheid, om de krijtlijnen van de hervorming op een uniforme manier vast te leggen. Afwijkingen van de voorgestelde principes en pijlers van de hervorming moeten restrictief worden benaderd en gemotiveerd op basis van voornoemd optimaal evenwicht. Voor een aantal leden is de bereikbaarheid van zorg — en zeker van acute niet-planbare zorg — van primordiaal belang, waarbij ook geografische, taalkundige en sociale dimensies in aanmerking moeten worden genomen.

De Raad kan zich in grote lijnen vinden in de **voorgestelde visie met vier types zorgvoorzieningen (RAZ, UZ, LMC en ZIZ)**, de **concentratie van hoogcomplex en zeldzame zorg en de hervorming van de dringende medische hulpverlening**. De FRZV begrijpt de as-is situatie als vertrekpunt voor de experten, doch vraagt aandacht voor psychiatrische ziekenhuizen alsook de Vlaamse revalidatieziekenhuizen die geëxcludeerd werden, doch onderdeel zijn van het ziekenhuislandschap.

De FRZV benadrukt dat duidelijke definities, transparantie in gebruikte data en een sterk beleidsmatig kader cruciaal zijn.

De FRZV herhaalt hier ook haar steun voor het behoud van het social profit karakter van de voorgestelde institutionele eenheid en ziekenhuistypes. Ook dit is noodzakelijk om de kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuissector voor de patiënt duurzaam te kunnen waarborgen.

Wat de **transitieperiode** betreft, acht de FRZV het in eerste instantie noodzakelijk om vanuit de overheid snel een duidelijk afgelijnd kader met een uniforme visie op lange termijn te voorzien, en hierover met de sector in dialoog te gaan. De FRZV steunt hierbij een ambitieuze tijdslijn voor implementatie, doch wijst op de noodzaak van grondige tussentijdse evaluatie, gelet op de vermelde uitdagingen.

Wat de **criteria voor de RAZ/UZ** betreft, kan in een eerste fase gewerkt worden met de voorgestelde minimumnormen op basis van (erkende en verantwoorde) bedden. De FRZV benadrukt echter de nood tot tijdige reflectie over de effecten hiervan op het aanbod en de Volksgezondheid.

De FRZV is er van mening dat bij de **hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een DRG-financiering**, er blijvend rekening zal dienen gehouden te worden met een **‘verantwoorde ligduur’**. Daardoor lijkt het dat minimale grootte toch als een criterium kan behouden blijven.

Evenwel pleit de FRZV er voor een om ook gevalideerde, relevante **kwaliteitsindicatoren** uit te werken als bijkomende criteria.

Wat de **bedden met een universitair karakter** betreft concludeert de FRZV dat er nood is aan een grondige analyse van het aantal benodigde bedden, functies en universitaire diensten per faculteit geneeskunde en de optimale locatie daarvan, voor zowel de pathologie in deze bedden van RAZ én UZ, in overleg met de betrokken (universitaire) ziekenhuizen, alvorens beslissingen te nemen.

Over de mogelijkheid van een *focused clinic met short stay in een LMC* is er een verdeeld advies. Sommige leden zijn hier tegen, ikv. onnodige permanentieverplichtingen en efficiëntie. Andere leden waren dan weer van mening dat *short stay* wel mogelijk zou moeten zijn, onder voorwaarde van echte focused hoog volume en hoge expertise activiteit bij laag risico patiëntprofielen. De raad is ook van mening dat het sociaal ondernemerschap bij de ziekenhuizen hierbij de nodige flexibiliteit moet kennen, om in te spelen op de zorgnoden in hun logisch zorggebied, en dit voor de locoregionale zorgopdrachten.

Wat de **criteria voor de ZIZ** betreft vraagt de FRZV om obv. efficiëntieberekeningen een minimum grootte te herbekijken. Hierbij stelt de raad ook voor om de nodige flexibiliteit toe te laten teneinde bestaande infrastructuur economisch maximaal te laten renderen.

De FRZV vraagt aandacht voor de sterk stijgende noden van de vergrijzende bevolking, doch stelt de vraag in hoever deze patiënten thuishoren in een ZIZ. Hiervoor vraagt de FRZV verdere uitklaring van de omschrijving van subacute geriatricie.

De FRZV ondersteunt het principe van de **institutionele eenheid** en onderlijnt de meerwaarde van eenheid van visie, vermogen en aansturing. Het is essentieel dat de rechtspersonen een publiek of privaat social profit karakter behouden met oog op het tegengaan van een verdere commercialisering van de zorg.

Wat de institutionele eenheid betreft is er enkel bij de ZIZ een verdeeld advies.

De FRZV vestigt de aandacht op de toezichthoudende rol van de Belgische Mededingingsautoriteit (BMA) en de impact die dit kan hebben op samenwerkingsvormen.

De hervorming moet afgestemd zijn op de **zorgbehoeften van de bevolking binnen logisch afgebakende zorggebieden**. Deze begrippen en zorgnoden dienen evenwel nog verder te worden gedefinieerd. Hiertoe is inzage in de gebruikte data en gebruikte modellen noodzakelijk.

Hierbij dient er ook aandacht te zijn voor de transmurale aspecten in zorg. Dit vereist een goede afstemming en samenwerking binnen de logische zorggebieden en een focus op meer geïntegreerde zorgverlening voor de patiënt met en tussen een aantal andere actoren binnen de gezondheidszorg, zoals de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de Vlaamse revalidatieziekenhuizen, de centra voor revaliderend herstelverblijf, de ouderenzorg, de palliatieve netwerken en de eerstelijnszorg.

De FRZV benadrukt het belang van **flankerende maatregelen** in een context van budgettaire druk en personeelsschaarste. Budgettaire stabiliteit tijdens de transitie is essentieel. De Raad ondersteunt de oprichting van een federaal transitiefonds voor kosten verbonden aan sluitingen, reconversies en overdrachten, maar benadrukt dat de sector deze transitie niet zelf kan financieren.

De raad wijst erop te waken dat de patiënt niet zonder meer opdraait voor de kost van de hervorming. Het optimale evenwicht tussen kwaliteit, bereikbaarheid en efficiëntie (waaronder betaalbaarheid) van zorg dient continu nagestreefd worden.

De FRZV vraagt van de **betrokken overheden** een duidelijk kader, duidelijke definities en een helder transitiedoel met beslissingen op korte termijn zodat het voor de sector duidelijk is wat het toekomstig ziekenhuislandschap zal omvatten. Een goede afstemming tussen de federale overheid en de gemeenschappen is cruciaal. De Federale Raad vraagt ook aan de overheid om de wettelijke obstakels voor verdere samenwerking tussen ziekenhuizen weg te nemen.

Tot slot dient de overheid te waken over een heldere en laagdrempelige communicatie, zowel naar de zorgsector (inclusief artsen) maar zeker ook naar de bevolking toe.

De FRZV besluit dat deze hervorming enkel kan slagen binnen een coherent, voorspelbaar en tijdig gecommuniceerd beleidskader, gekoppeld aan de hervormingen van de ziekenhuisfinanciering en nomenclatuur, met als doel kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor elke patiënt te blijven garanderen.