

Advies betreffende de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap: *veranderen om te behouden* (2026-2036)*

Hervorming van het ziekenhuislandschap: de uitdaging

Stijgende zorgnoden, demografische en epidemiologische verschuivingen, een krimpende arbeidsmarkt en een groeiende budgettaire druk vormen een explosieve mix waarvoor bijsturing noodzakelijk is. Een groep onafhankelijke experts heeft in opdracht van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een hervormingsproject voor het ziekenhuislandschap uitgewerkt met als doel kwaliteitszorg te garanderen en het zorgpersoneel en de beschikbare financiële middelen op de beste manier in te zetten[†].

Het rapport biedt een grondige reflectie over het huidige ziekenhuislandschap: een efficiënte toewijzing van middelen, een betere samenwerking, inclusief de samenwerking over de zorglijnen en sectoren heen. Het rapport voorziet voor de toekomst vier types van voorzieningen: het Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ), het Universitair Ziekenhuis (UZ), het Lokaal Medisch Centrum (LMC) en het Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ). De hervorming zou in 2026 van start gaan, met een doorlooptijd van 10 jaar in twee periodes van vijf jaar met voorziene tussentijdse evaluatie.

Impact van de hervorming op de organisatie en structuur van de gezondheidszorg

Het rapport behandelt een aantal zaken niet (en is hierover expliciet), zoals de organisatie van de psychiatrische ziekenhuizen en andere geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, de ouderenzorg, de revalidatieziekenhuizen die overgedragen zijn naar de deelstaten, andere lopende hervormingen, zoals hervormingen in de ziekenhuisfinanciering en in de nomenclatuur van de artsenhonoraria, de eerste lijn, preventie. De concrete afbakening siert het rapport. Tegelijkertijd evolueren we naar een geïntegreerd zorgmodel waarbij de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende sectoren een basiskenmerk is. Wanneer je raakt aan één van de elementen, raak je immers per definitie aan het geheel. Het isoleren van de ziekenhuisfunctie is derhalve niet mogelijk en ook niet meer wenselijk gezien de evoluties binnen de gezondheidszorg, zeker in het licht van de grote problemen in de acute psychiatrische zorg.

De geplande hervormingen zullen een grote impact hebben op de huidige zorgmodellen, de rol en taakverdeling binnen en tussen de huidige sectoren, zorgorganisaties, zorgverleners, burgers/patiënten. Bovendien zal de hervorming flankerende maatregelen vragen op het vlak van wet- en regelgeving en financiering. Dit vereist op zijn beurt nieuwe competenties voor medewerkers, met opleiding, navormingen bijscholing om deze nieuwe rollen en functies te vervullen. We zijn verheugd dat in extra toetsing met verschillende stakeholders, zoals patiëntvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van zorgorganisaties en zorgverleners is voorzien om de hervorming te toetsen op zijn haalbaarheid en wenselijkheid. Dit zal de gedragenheid van de geplande hervormingen enkel vergroten.

Vanuit de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) willen we hiertoe bijdragen, met dit advies als een eerste aanzet.

* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie organisatie en structuur van de gezondheidszorg, samengesteld uit Peter Bols (algemeen secretaris KAGB), Stefaan Callens*, Wim Ceelen (secretaris), Mark De Ridder, Nadine Ectors, Guy Hans* (ondervoorzitter), Marie-Christine Herregods, Bernard Himpens, Greet Ieven, Barbara Janssens, Stan Politis*, Walter Sermeus* (voorzitter), Marie-José Tassignon, Ben Van Camp, Bart Van der Schueren*, Dominique Van de Velde, Dirk Van Raemdonck (voorzitter KAGB), Paul Van Royen*, Thierry Vansweevelt en Patrick Wouters. (* = auteur kerngroep).

Omtrent belangenconflicten, vermelden wij dat Stefaan Callens advies verleent aan zorgaanbieders en zorgverleners. Guy Hans is afgevaardigd bestuurder van een universitair ziekenhuis. Stan Politis is voorzitter van de Federatie van Medisch Specialisten (FMS). Walter Sermeus is voorzitter van een loco-regionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De academieleden en commissieleden Ben Van Camp (lid van de expertengroep) en Johan Kips (adviseur van het Kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid) hebben zich onthouden bij de formulering van het advies.

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België keurde het advies goed op 25 april 2026.

[†] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/2025-12/nl_imczh_advies.pdf

Elementen die opgenomen zijn in het advies:

- Aanbevelingen in het licht van het Europese subsidiebeleid
- Positie en rol van de privéklinieken versus LMC's en bekommernis over een gezondheidszorg met twee snelheden
- Samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerste lijn, de spoeddiensten, permanentie van huisartsenpraktijken
- De rol van de universitaire ziekenhuizen

Kernpunten en aanbevelingen:

- Zorg dient steeds als een continuüm georganiseerd te worden en de hervormingen dienen daartoe bij te dragen;
- Hervorming van het ziekenhuislandschap dient gekoppeld te zijn aan een hervorming van het algemene zorglandschap met aandacht voor integratie met de eerste lijn en ondersteuning van de geïntegreerde chronische zorg;
- Hervorming van de ziekenhuizen dient zoveel mogelijk parallel doorgevoerd te worden met de andere hervormingsinitiatieven binnen de zorg (zoals hervorming en herijking van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering) om te grote collaterale effecten te vermijden;
- Speciale functies van universitaire ziekenhuizen dienen bevestigd en structureel ondersteund te worden;
- Inzake de LMC's dient hun rol binnen het algemene zorglandschap toch kritisch bekeken te worden, ook in relatie tot de extramurale specialistische praktijken en om excessen te voorkomen.

Betekenis van de hervorming van het ziekenhuislandschap in het licht van geïntegreerde zorg en samenwerking met de eerste lijn.

In het kader van geïntegreerde en transmurale zorg zal de hervorming van het ziekenhuislandschap belangrijke implicaties hebben voor de organisatie en werking van de eerstelijnszorg. De hervorming zal ertoe leiden dat verschillende regionale ziekenhuizen evolueren naar lokale medische centra (LMC's) zonder overnachtingscapaciteit en met een focus op consultaties en daghospitalisatie. Hoewel deze LMC's verbonden blijven met regionale ziekenhuizen (onder het erkenningsnummer van een ziekenhuis) wordt het onderscheid met privéklinieken en -praktijken minder duidelijk. Voor huisartsen en hun samenwerkingsverbanden kan deze onduidelijkheid leiden tot verwarring, met als risico dat meer patiënten via doorverwijzingen vaker terecht zullen komen in privéstructuren. Het dient echter duidelijk te worden gesteld dat dergelijke privéklinieken verschillen van extramurale specialistische praktijken, die wel een rol spelen in het zorglandschap. Gezien de LMC's taken zullen opnemen die verder gaan dan deze die strikt in een ziekenhuis moeten gebeuren, lijkt flexibiliteit inzake de juridische structuur aangewezen. In de nota van de experts vormt een LMC onderdeel van een RAZ/UZ (dezelfde beheerder, dezelfde Medische Raad) maar dat hoeft niet zo te blijven. Waarschijnlijk zullen er tal van fenotypes ontstaan van LMC's, afhankelijk van hun inbedding in het regionale zorglandschap. Zonder juridische flexibiliteit dreigt er een zekere starheid te ontstaan.

Dit alles onderstreept de noodzaak aan:

- Een duidelijk regelgevend kader dat vanuit een realistische inschatting van zorgbehoeftes de groei van privéklinieken en -praktijken beheerst.
- Deze organisatie dient ook op *flexibele* wijze vanuit een regionaal zorgperspectief georganiseerd te worden, zo maximaal mogelijk afgestemd op de regionale zorgbehoeften.
- Transparante en duurzame communicatie naar zowel de bevolking als alle betrokken zorgverleners.

Afbakening en complementariteit van het zorgaanbod

De LMC's zullen naast consultatie en dagchirurgie ook een rol opnemen in de opvolging van chronische aandoeningen en mogelijk ook in gezondheidseducatie, preventieprogramma's en vaccinaties. Het is echter essentieel dat deze uitbreiding van het aanbod gebeurt in nauw overleg met de eerste lijn (eerstelijnszones, zorggraden en huisartsenkringen). Het aanbod van LMC's moet complementair zijn aan dat van de eerstelijnszorg en mag geen overlapping creëren die bestaande structuren verzwakt. Prioriteit voor complementariteit ligt eerder in geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, laagcomplexiteit niet-planbare en dringende zorg, dan in het dupliceren van preventie- en vaccinatieactiviteiten die al stevig verankerd zijn in de eerste lijn.

Toegankelijkheid van spoed- en niet-planbare zorg

In het voorgestelde model verdwijnt de spoedeisende zorg uit de LMC's en wordt deze geconcentreerd in regionale ziekenhuizen. Deze centralisatie kan echter mogelijk leiden tot verminderde toegankelijkheid, vooral voor dringende, niet-planbare specialistische zorg. Hierdoor bestaat het risico dat patiënten vaker een beroep zullen doen op de eerstelijnszorg voor acute problemen, waardoor de druk op huisartsenpraktijken verder toeneemt. Een doordachte spreiding en organisatie van spoedzorg blijft daarom cruciaal om toegankelijkheid te garanderen.

Samenhang met huisartsenwachtposten en permanentie

Huisartsenwachtposten worden steeds vaker gelokaliseerd dichtbij spoeddiensten. De ziekenhuishervormingen en de keuzes rond regionale ziekenhuizen moeten deze evolutie ondersteunen. Een delocatie van huisartsenwachtposten, los van of op afstand van regionale ziekenhuizen, kan leiden tot een verhoogde druk op de eerstelijnszorg buiten de kantooruren en minder efficiënte samenwerking tussen eerste en tweede lijn (zowel overdag als tijdens de nacht en het weekend). Niet-planbare en spoedeisende zorg moeten over de zorglijnen heen geïntegreerd en gecoördineerd worden. De toekomstige hervorming van het ziekenhuislandschap moet deze integratie ondersteunen en niet omgekeerd.

Effect van de voorgestelde hervorming op chronische zorg

De ziekenhuishervorming heeft belangrijke gevolgen voor de behandeling van chronische ziekten. Ze zorgt voor een verschuiving van een ziekenhuisgericht systeem naar een meer geïntegreerde en patiëntgerichte aanpak. Chronische zorg wordt minder versnipperd en beter gecoördineerd, waarbij de huisarts (en de zorgpartners in de eerste lijn) een centrale rol toebedeeld krijgen. Daarnaast wordt er meer ingezet op zorg buiten het ziekenhuis, zoals ambulante zorg en thuisbehandeling (tot zelfs thuishospitalisatie waar meer op ingezet moet worden in de

komende jaren). Hierdoor moeten patiënten minder vaak opgenomen worden, maar neemt de druk op de eerstelijnszorg wel mogelijk toe. Tegelijk wordt de samenwerking tussen verschillende zorgverleners versterkt, wat leidt tot een meer *holistische aanpak* van de patiënt.

De hervorming legt ook meer nadruk op *preventie en vroegtijdige opsporing*, waardoor complicaties van chronische ziekten op lange termijn kunnen verminderen. Bovendien verandert de financiering met meer focus op kwaliteit en samenwerking in plaats van het aantal prestaties. Deze hervorming van de nomenclatuur dient toch ook de nodige aandacht te besteden aan het honoreren van geïntegreerde zorgpaden, doorheen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg. Hierbij zijn de verbetering van de *levenskwaliteit* van patiënten en maatregelen om het *zelfmanagement* te vergroten van essentieel belang.

Samengevat leidt de hervorming tot meer continue, geïntegreerde en preventiegerichte zorg voor chronisch zieke patiënten. Maar er bestaan ook risico's en aandachtspunten.

De hervorming brengt immers ook uitdagingen met zich mee:

- Tekort aan zorgverleners → kan continuïteit bedreigen
- Eerste lijn moet sterk genoeg zijn/worden (is nu nog te versnipperd)
- Digitale systemen zijn nog onvoldoende geïntegreerd waardoor uitwisseling van informatie onderbroken is
- Kans op ongelijkheid tussen patiënten/burgers ontstaat als de hervorming niet goed wordt uitgevoerd

De hervorming betekent samengevat voor chronische ziek(t)en:

- Van fragmentatie → geïntegreerde zorg
- Van ziekenhuis → thuis en eerste lijn
- Van acute zorg → continue opvolging, flexibel ingesteld op zorgnoden
- Van focus op behandeling → preventie en levenskwaliteit
- Van monodisciplinariteit → multidisciplinariteit (inclusief op de eerste lijn)

De rol van de universitaire ziekenhuizen

De universitaire ziekenhuizen (UZ's) vervullen in België al jarenlang een sleutelrol in het bieden van hoogcomplexiteit zorg. Het gaat onder meer om zeldzame aandoeningen, ernstige hoogbesmettelijke ziekten (zoals ebola of andere virale hemorrhagische koorts), complexe chirurgische ingrepen (vaak bij patiënten met multicomorbiditeiten), transplantatiegeneeskunde, pediatrie oncologie en hematologie, innovatieve radiotherapie (zoals protontherapie), nucleaire geneeskunde (zoals radioligandtherapie), forensische geneeskunde, gepersonaliseerde immunotheapie (zoals CAR-T), evenals stamcel- en genterapie. Al deze activiteiten hebben een uitgesproken supraregionaal karakter. Ze worden bovendien gekenmerkt door een hoge mate van complexiteit en daarbij behorende zorgzwaarte, wat zich onderscheidt van de zorg in niet-universitaire ziekenhuizen. Daarnaast vervullen de UZ's een essentiële *last-resort* functie. Patiënten met complexe, multimorbide en/of levensbedreigende aandoeningen, evenals casussen met complicaties of de noodzaak van revisiechirurgie, worden regelmatig naar hen doorverwezen. Deze rol vereist niet alleen hooggespecialiseerde multidisciplinaire teams, maar ook geavanceerde infrastructuur, een uitgebreide 24/7-permanentie door alle medische disciplines en een sterke verankering in onderzoek en innovatie. Net als andere universitaire missies brengt deze functie specifieke klinische, organisatorische en financiële verantwoordelijkheden met zich mee.

Een essentieel element is ook dat de klinische zorg doorgaans nauw verweven is met sterke onderzoeksprogramma's en academische expertise. De UZ's onderscheiden zich dan ook van de RAZ's door een inherente structurele integratie van onderwijs, basisonderzoek en innovatieve interdisciplinaire bevindingen in de klinische praktijk. Naar de toekomst toe dient dergelijke hoogcomplexiteit zorg een versterkte universitaire inbedding te kennen, waarbij de UZ's een voortrekkersrol kunnen opnemen en hun referentieverantwoordelijkheid ten volle kunnen uitoefenen.

Bij verdere concentratie van de supraregionale zorg (of concentratie in grote zorgregio's, indien het concept van ziekenhuisnetwerken zou worden verlaten) dienen dan ook aangepaste programmatie- en erkenningscriteria gehanteerd te worden, met expliciete integratie van onderzoeks- en innovatiecomponenten. Daarbij is het essentieel dat er rekening wordt gehouden met een heldere omschrijving van complexe of multispecialistische zorg op basis van een composite score van duidelijke objectieveerbare parameters die niet enkel activiteitsdrempels bevatten, maar tevens ook risicogecorrigeerde kwaliteitsindicatoren en permanentievereisten includeren. Deze specifieke taak dient ook beter en meer structureel financieel ondersteund te worden. Hiertoe kan de huidige financiering van universitaire bedden in niet-universitaire ziekenhuizen structureel aan de UZ's toegewezen

worden, zodat dit geen bijkomende financiële investering vergt (herschikking van budgetten naar het onderdeel B7 A-B7 van het budget voor financiële middelen).

Aanbevelingen in het licht van het Europese subsidiebeleid

Indien een overheid een subsidie, zoals een Budget Financiële Middelen (BFM), aan een ziekenhuis toekent, dan moet dit gebeuren conform met het Besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011. In dit besluit worden de voorwaarden vastgesteld waaronder staatssteun die in de vorm van compensatie voor de openbare dienst wordt verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang (“DAEB”) belaste ondernemingen, verenigbaar is met de interne markt en geen verboden staatssteun is. Eén van de belangrijke voorwaarden is dat degene die de subsidie ontvangt een dienst van algemeen economisch belang verricht. Dit besluit is bv. van toepassing op een compensatie voor het verrichten van DAEB door ziekenhuizen die medische zorg bieden, daaronder begrepen, in voorkomend geval, spoedeisende hulp. Nagegaan moet worden of een LMC waar niet steeds een arts aanwezig is nog wel belast is met openbare dienstverplichtingen en bijgevolg overheidssubsidies kan krijgen. Indien een LMC alsnog in aanmerking komt voor een compensatie voor een openbare dienst, dan dient nagegaan te worden of die subsidies alleen beperkt zullen blijven tot LMC’s dan wel of ook extramurale praktijken die aan de normen van een functie chirurgisch dagziekenhuis beantwoorden, in aanmerking komen voor overheidssubsidies. Het is in elk geval belangrijk dat ziekenhuizen en LMC’s voldoende financiële middelen hebben om zonder lange wachttijden kwaliteitsvolle zorg aan alle patiënten, ongeacht hun financiële situatie en/of leeftijd, te kunnen (blijven) aanbieden. Hierbij dient de verbondenheid die sommige ziekenhuizen met woonzorgcentra hebben ook niet uit het oog te worden verloren.

Aandacht voor collaterale effecten

De realisatie van de voorgestelde grondige hervorming van de zorg zal echter ook collaterale gevolgen kennen, die momenteel mogelijk nog niet (of niet volledig) te voorzien zijn. Het is toch raadzaam om een aantal scenario’s op te stellen om de optredende collaterale effecten te voorzien, indien nodig bij te sturen en in elk geval een adequate en tijdige geïntegreerde opvolging te garanderen. Hierbij is het van essentieel belang om de verschillende hervormingen (met financiële implicaties) parallel te laten verlopen, gezien de intense verbondenheid binnen de financiering van de ziekenhuizen. Daarnaast dient toch wel gesteld te worden dat een hervorming van het ziekenhuislandschap moeilijk los gezien kan worden van een hervorming van het zorglandschap in zijn geheel. Tevens dient in voldoende financiële ondersteuning voorzien te worden voor innovatieve initiatieven, zoals extramurale zorg en bredere uitrol van thuishospitalisatie, waardoor ziekenhuispersoneel efficiënter kan worden ingezet en kwaliteitsvolle zorg tegen lagere kosten kan worden gerealiseerd. Ten slotte heeft de zorgsector nood aan een realistische planning van de verschillende hervormingsinitiatieven die getoetst wordt aan de haalbaarheid op het terrein, maar ook tijdig aan de sector gecommuniceerd wordt.