



EXPERTENRAPPORT “VOOR DE HERVORMING VAN HET BELGISCHE ZIEKENHUISLANDSCHAP”

Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel

W www.vlaamseraadwvg.be – T +32 2 209 01 11 – E info@vlaamseraadwvg.be

Adviesvraag	Expertenrapport “Voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap”	
Adviesvrager	Caroline Gennez - Vlaams minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen	
Ontvangst adviesvraag	19 januari 2026	
Decretale opdracht	adviesfunctie	
Goedkeuring	Sectorale kamer Gezondheid op 24 april 2026	
	Na schriftelijke stemming: 21 voor, 1 tegen en 1 onthouding	
Contactpersoon	Annick De Donder	addonder@serv.be
	Gunter Naets	gnaets@serv.be

Inhoud

Situering	5
Lexicon	6
Advies	7
1. Transitieperiode	7
1.1 Traject 1: Structurele hervorming van de ziekenhuizen	8
1.2 Traject 2: Geïntegreerde zorg en ondersteuning	10
2. Afstemming met de zorgbehoeften van de bevolking	11
2.1 Beslissingen op basis van zorgbehoefte en zorgaanbod	12
2.2 Instrumenten als populatiemanagement, zorgstrategische planning en regionale afstemming zijn richtinggevend	12
3. Hervorming naar vier types van ziekenhuizen	15
3.1 Het model en de criteria voor besluitvorming	15
3.2 De vier types van ziekenhuizen	18
3.3 Hervorming van de dringende medische hulpverlening	24
4. Impact op de eerstelijnszorg, ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg	27
4.1 Eerstelijnszorg	27
4.2 Ouderenzorg	31
4.3 Geestelijke gezondheidszorg	34
5. Plaats van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen	36
5.1 Identiteit van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen	36
5.2 Positionering in het zorgcontinuüm	37
5.3 Juridisch kader voor samenwerking en afstemming	37
5.4 Gelijke behandeling van gelijke revalidatiebehoefte	38
5.5 Alleen onderbouwde reconversie	38

6.	Noodzakelijke flankerende maatregelen	39
6.1	Versterken van preventie en van gezondheidsvaardigheden	40
6.2	Bevorderen en bewaken van de toegankelijkheid van zorg	41
6.3	Aandacht voor de professionals en opstart van het sociaal overleg	43
6.4	Digitalisering en gegevensuitwisseling	45
6.5	Samenwerking op mesoniveau	46
6.6	Ondersteunende financiering en investeringspad	48
6.7	Algemene communicatie	49

Situering

De vergrijzing van de bevolking, de toename van multimorbiditeit en complexiteit van zorgbehoeften, de veranderende verwachtingen van personen met zorgbehoefte, de veranderende maatschappelijke- en werkcontext waardoor mensen de rol van mantelzorger moeilijker kunnen opnemen en de voortdurende implementatie van nieuwe innovaties en technologieën hebben een grote impact op onze gezondheidszorg. Bovendien kampt het zorgsysteem met nijpende personeelstekorten en stijgende kosten, waardoor de efficiëntie, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het systeem steeds meer onder druk komen te staan. Ook het Belgische ziekenhuislandschap (met vandaag 103 acute ziekenhuizen, verspreid over 189 sites¹), staat voor deze grote uitdagingen. Een fundamentele hertekening dringt zich op.

Vanuit deze vaststelling gaf de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid aan een groep experts de opdracht om aanbevelingen te doen voor de toekomst van het Belgische ziekenhuislandschap.

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

In de nota met aanbevelingen door de expertgroep voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap (hierna: de expertennota) komen ook de experts tot de conclusie dat, om de zorg betaalbaar te houden zowel voor de persoon met zorgbehoefte als voor de sociale zekerheid en om de schaarse zorgverleners efficiënt in te zetten, de aanbodstructuur moet worden aangepast. Het principe ‘ nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig’ staat daarbij centraal.

De expertennota vormt nu de basis voor verdere discussie en advies zowel op federaal als Vlaams niveau. **De Vlaamse Raad WVG is gevraagd om zijn reflecties en aanbevelingen te formuleren bij deze nota, en dit met name over:**

1. de transitieperiode;
2. de afstemming met de zorgbehoeften van de bevolking;
3. de voorgestelde criteria waaraan de vier ziekenhuistypes moeten voldoen;
4. de impact van de aanbevelingen op de eerstelijnszorg, ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg;
5. de plaats van Vlaamse revalidatieziekenhuizen in de context van de hervorming;
6. de noodzakelijke flankerende maatregelen.

¹ Juni 2025

Lexicon

Zorg en ondersteuning	Zorg en ondersteuning staat voor alle vormen van (gezondheids-) zorgverlening én hulp- en dienstverlening in de sectoren die onder het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin vallen. We kiezen ervoor om de begrippen 'zorg en ondersteuning' te gebruiken en met elkaar te verbinden als een geheel.
Persoon met zorgbehoefte	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van de 'persoon met zorgbehoefte', bedoelen we de <u>'persoon (kind, jongere, volwassene, oudere) met een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte én zijn naaste omgeving'</u>. 'En zijn naaste omgeving' verwijst naar de verbinding van de persoon met zorgbehoefte met de omgeving waarin hij leeft, we denken dan in het bijzonder aan de mantelzorger of het gezin.
Professional in zorg en ondersteuning	We hanteren de term 'professionals in zorg en ondersteuning' om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten). De 'professional in zorg en ondersteuning' kan zowel in dienstverband werken (als medewerker, leidinggevende...) als in een zelfstandig statuut werken. <u>Specifiek in de context van het ziekenhuislandschap bedoelt de raad dus artsen, medisch, verpleegkundig, paramedisch, psychosociaal, ondersteunend en administratief personeel.</u>
Professionals	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van 'professionals' bedoelen we alle 'professionals in zorg en ondersteuning'.

Advies

1. Transitieperiode

De expertennota erkent op een duidelijke en onderbouwde manier de dringende nood aan hervormingen binnen het Belgische ziekenhuislandschap. De raad waardeert dat ze expliciet maakt wat vele actoren ervaren: de huidige structuur en organisatievormen zijn niet langer houdbaar en vragen om een fundamentele hertekening.

Verschillende ziekenhuizen zijn vandaag al aan het transformeren. Ze reorganiseren diensten en aanbod, ze kiezen voor specialisatie, concentratie, voor meer dagopnames, en zo meer. Het is evenwel nodig dat ze weten of deze beslissingen stroomlijnen met de verwachtingen van de overheid. Bovendien hebben transities een grote impact op organisaties en professionals², op infrastructuur en op personen met zorgbehoefte. Zonder duidelijke politieke kaders dreigen de huidige transformatieprocessen veel onnodige onzekerheid op te leveren voor de betrokkenen. Vandaag zijn die kaders echter ontoereikend.

De nota voorziet een transitieperiode van tien jaar *om het ziekenhuissysteem stapsgewijs te herstructureren en te versterken*. Volgens de experts kadert de hervorming van het ziekenhuislandschap in een traject naar een geïntegreerd zorgmodel, gebaseerd op de holistische benadering van de Quintuple Aim, waarin kwaliteit, betaalbaarheid, billijkheid en het welzijn van personen met zorgbehoefte en van professionals centraal staan.

De raad adviseert de overheid om de hervorming van het ziekenhuislandschap expliciet te benaderen als een element van een globale langetermijntransformatie van zorg en ondersteuning. De wijzigende demografie, de aanhoudende stijging van de gezondheidszorguitgaven, de toenemende druk op professionals, langere wachttijden voor personen met een zorgbehoefte, (gedeeltelijke) patiëntenstops en minder beschikbaarheid van bepaalde artsen en specialisten maken duidelijk dat het bestaande systeem structureel onhoudbaar is.

De raad onderschrijft de doelstelling van de expertennota om het ziekenhuislandschap in een transitieperiode van tien jaar grondig te hervormen, maar stelt tegelijkertijd vast dat de nota onvoldoende input levert om in die tien jaar ook te komen tot een globaal en geïntegreerd zorg- en ondersteuningsmodel waarin ziekenhuizen, naast anderen, een rol te spelen hebben.

² In het lexicon beschrijft de raad wat verstaan moet worden onder 'professionals'.

De raad adviseert daarom om de transitie te beschouwen als twee parallelle en onderling afhankelijke trajecten, die beleidsmatig expliciet op elkaar worden afgestemd en in onderlinge samenhang worden ontwikkeld en uitgevoerd:

- **Het eerste transitietraject betreft de structurele hervorming van de ziekenhuizen en sites,** zoals uitgewerkt in de expertennota, met aandacht voor schaalgrootte, kwaliteit, nabijheid en de positionering van ziekenhuissites binnen een hertekend ziekenhuislandschap en afgestemd op de zorgbehoeften van de bevolking (zie hoofdstuk 2). De raad benadrukt dat dit traject noodzakelijk is, maar op zichzelf onvoldoende om de beoogde hervorming van het zorgsysteem te realiseren.
- **Het tweede, even essentiële, transitietraject gaat over de geïntegreerde zorg en ondersteuning.** In dat traject spelen ziekenhuizen, naast andere zorg- en ondersteuningsactoren, een sleutelrol. Deze transitie veronderstelt een sterkere oriëntatie van hun werking en hun organisatie in functie van samenwerking over sectoren en zorglijnen heen, met het oog op doelgerichte, gecoördineerde en persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

1.1 Traject 1: Structurele hervorming van de ziekenhuizen

De raad is van oordeel dat de hertekening van het ziekenhuislandschap enkel kan slagen als zij wordt gedragen door een zorgvuldig uitgewerkte en realistisch gefaseerde transitieperiode én als zij wordt gedragen door het werkveld. De transitieperiode is nodig om de vereiste infrastructuurele aanpassingen te realiseren, duurzame samenwerkingsverbanden met andere zorgpartners uit te bouwen, professionals op een zorgvuldige en doordachte manier te begeleiden in veranderingsprocessen, hen net als de personen met zorgbehoefte te informeren en te betrekken en ruimte te creëren voor de ontwikkeling en implementatie van innovatieve en transmurale zorgmodellen.

De raad pleit voor heldere, strikte en realistische (tussentijdse) deadlines, net als een duidelijk kader voor de gevolgen indien deze uitrol niet wordt aangehouden. Deze fasering sluit aan bij de expertennota om na vijf jaar te evalueren of de beoogde schaalvergroting en concentratie van zorg effectief leiden tot kwaliteitswinst, een meer optimale inzet van professionals en een bijdrage aan de oplossing voor het personeelstekort, een betere ervaring van de persoon met zorgbehoefte en het behoud van de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Vooraf vastgelegde evaluatiemomenten moeten toelaten om op basis van objectieve criteria (zoals kwaliteit, toegankelijkheid, regionale spreiding, personeels- en financiële impact) tijdig bij te sturen zonder afbreuk te doen aan de globale hervormingsdoelstellingen.

De raad vindt de transitieperiode van tien jaar realistisch om te evolueren naar de vier voorgestelde types van ziekenhuizen onder één juridische entiteit (Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ), Universitair Ziekenhuis (UZ), Lokaal Medisch Centrum (LMC) en Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)). Hierbij pleit de raad voor:

- een transparant en helder transitieproces met van overheidswege een duidelijke timing voor terugkoppeling naar de ziekenhuizen en voor evaluatie.
- snelle maar doordachte en onderbouwde beslissingen (vanuit een zorgstrategisch plan) van een ziekenhuis om:

- hun huidige opdrachten verder te zetten wanneer deze passen binnen de criteria;
- te komen tot één juridische entiteit om aan de criteria van een RAZ of UZ te voldoen;
- te kiezen voor de omvorming van één of meerdere sites naar LMC of ZIZ;
- te kiezen voor stopzetting van bepaalde opdrachten/sluiting van bepaalde sites.
- snelle terugkoppeling van de overheid naar de ziekenhuizen over de haalbaarheid van hun beslissingen.
- een visie van elk ziekenhuis over hoe ze voorgaande beslissingen gaat omzetten in de praktijk (op basis van een eigen sterkte- en zwakteanalyse). Hun professionals moeten betrokken worden in het uitwerken van die visie. Een evaluatie na één of twee jaar kan hierbij zinvol zijn om de herstructurering binnen de tien jaar, en met de noodzakelijke flankerende maatregelen (financiering, aangepaste regelgeving, ...), te kunnen voltooien.

Tijdens de transitieperiode is een samenhangend en voorspelbaar beleidskader essentieel.

De raad adviseert de overheid om tijdens de transitieperiode te voorzien in duidelijke interbestuurlijke afspraken en een coherente afstemming tussen federale en Vlaamse bevoegdheden, met het oog op rechtszekerheid en consistente besluitvorming. Tegenstrijdige of overlappende beleidskaders dienen daarbij te worden vermeden, onder meer voor de bestaande Vlaamse revalidatieziekenhuizen, centra voor revaliderend herstelverblijf en ander residentieel zorgaanbod.

De raad benadrukt dat de hervorming van het ziekenhuislandschap ook alleen maar kan slagen als zij gelijktijdig wordt afgestemd op andere structurele hervormingen, waaronder de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en de supplementen op federaal niveau, evenals de herorganisatie van de eerste lijn (bijv. huisartsenwachtposten en triage) op federaal en deelstaatsniveau. De raad verwacht uitdrukkelijk dat deze hervormingen qua timing op elkaar worden afgestemd en binnen de transitieperiode worden gerealiseerd. Een gebrek aan samenhang houdt immers het risico in dat in bepaalde zorggebieden de toegang tot zorg in het gedrang komt.

De raad vraagt naast de interfederale afstemming dat de Vlaamse overheid op korte termijn een analyse maakt van de impact van de hertekening van het ziekenhuislandschap op de Vlaamse bevoegdheden:

- Wat is het (verwachte) effect van de huidige en toekomstige veranderende dienstverlening van ziekenhuizen op het Vlaamse zorg- en ondersteuningsaanbod (eerstelijnszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatiezorg, zorg voor personen met een handicap)?
- Wat is de (verwachte) impact op de Vlaamse erkenningsnormen en andere regelgeving (zoals o.a. programmatie van woonzorgcentra, kortverblijf, herstelverblijf, gezinszorg, ...)?

Naast interfederale afstemming zijn ook andere flankerende maatregelen absoluut noodzakelijk ter ondersteuning van de transitie: een sterker preventiebeleid, het bewaken van de toegankelijkheid van zorg, aandacht voor de professionals (met daarbij ook opleiding en vorming) en een snelle opstart van het sociaal overleg, een versterkte samenwerking op micro- en mesoniveau,

een digitale transformatie, ondersteunende financiering en communicatie naar het werkveld en de brede bevolking. De raad werkt dit uit in het zesde hoofdstuk van voorliggend advies.

1.2 Traject 2: Geïntegreerde zorg en ondersteuning

Het tweede transitietraject betreft de verdere implementatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Ziekenhuizen vervullen daarin, in samenhang met andere zorg- en ondersteuningsactoren, een essentiële rol. **Dit vergt een doorgedreven heroriëntatie van hun organisatie en werking, gericht op structurele samenwerking over sectoren en zorglijnen heen.**

De raad stelt vast dat de expertennota voor dit tweede transitietraject vandaag nog geen uitgewerkt beleidskader voorlegt. Dit is een gemiste kans voor een herorganisatie van het brede landschap in functie van meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. De raad beschouwt dit ook als een ernstig risico voor de slaagkansen van de ziekenhuistransitie. Structurele hervormingen van ziekenhuizen die niet gepaard gaan met gelijktijdige vooruitgang in geïntegreerde zorg en ondersteuning dreigen immers te leiden tot verdere fragmentatie van het globale zorgaanbod en tot suboptimale zorgverlening voor personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte.

De raad pleit in dit kader ook voor een doordachte organisatie van zorg en ondersteuning over de grenzen van zorgcontexten³ heen, waarbij samenwerking essentieel is, integratie mogelijk is en meer zorg buiten de ziekenhuismuren wordt georganiseerd waar dit aangewezen is. Dit laatste kan onder meer via preventie, digitalisering, slimme inzet van zorginfrastructuur en transmurale en ambulante zorg. Cruciaal is daarbij een onderbouwde inschatting van het zorgvolume en de zorgopdrachten die in de verschillende zorgcontexten worden opgenomen, evenals een bijhorende inzet van middelen die in lijn ligt met de opdrachten zodat de middelen terechtkomen waar de zorg effectief wordt georganiseerd. Bovendien moeten de middelen maar ook de beleidskaders (die te maken hebben met sturing, prioritering, opnemen van verantwoordelijkheid, ...) samenwerking en modellen van geïntegreerde zorg en ondersteuning in een zorggebied veel meer dan vandaag stimuleren en faciliteren. De zorg en ondersteuning meer samen én samenhangend organiseren over lijnen en sectoren heen komt de kwaliteit ervan maar ook de optimale inzet van professionals en de toegankelijkheid voor de persoon met zorgbehoefte ontegensprekelijk ten goede.

De raad adviseert de overheid nadrukkelijk om deze tweede transitie spoedig op te nemen, een duidelijk beleidskader uit te werken en beide transitietrajecten expliciet in samenhang te sturen. Alleen door deze geïntegreerde aanpak kan de beoogde hervorming van het zorg- en ziekenhuislandschap binnen de voorziene periode van tien jaar op een gedragen en duurzame manier worden gerealiseerd.

³ De raad gebruikt de term 'zorgcontexten' om te verwijzen naar de uiteenlopende omgevingen en situaties waarin zorg wordt verleend, variërend van de thuissituatie tot het residentiële aanbod.

Aanbevelingen:

- Benader de transitieperiode als een geïntegreerd langetermijnproject voor zorg en ondersteuning.
- Werk de transitie uit via duidelijke fasering, mijlpalen en periodieke evaluaties.
- Zorg gedurende de volledige transitie voor beleidscoherentie en interfederale afstemming.
- Zorg ervoor dat de transitie van de verschillende ziekenhuizen en ziekenhuissites wordt gecoördineerd en op elkaar afgestemd (o.a. via zorgstrategische planning).
- Voorzie in een transparant en helder transitieproces met een duidelijke timing voor terugkoppeling en voor evaluatie.
- Koppel steeds snel terug naar ziekenhuizen over de haalbaarheid van hun beslissingen om sites/activiteiten te behouden, heroriënteren of stop te zetten.
- Analyseer op korte termijn de impact van de hervorming op de Vlaams bevoegdheden inzake zorg en ondersteuning.
- Stimuleer en faciliteer samenwerking en gewenste modellen van integratie over de grenzen van zorgcontexten heen, met bedachtzame inzet van middelen.
- Voorzie de nodige flankerende maatregelen om de transitie te kunnen doen slagen (financiering, aandacht voor professionals en opstart van sociaal overleg, opleiding en vorming van de professionals, digitalisering, meer preventie, ...)

2. Afstemming met de zorgbehoeften van de bevolking

Voor de raad moet elke transitie in zorg en ondersteuning vertrekken vanuit vastgestelde behoeften in een populatie, met oog voor zowel huidige als toekomstige zorgbehoeften.

Modellen die in beeld brengen wat de behoeften aan preventieve, curatieve, geriatrische, revalidatie- en palliatieve zorg van de bevolking (zullen) zijn, vormen de basis om te bepalen welke zorg waar en hoe moet worden georganiseerd. Zij zijn voor de raad het kompas zowel in de hervorming van de ziekenhuizen en de sites als in de bredere transitie naar geïntegreerde zorg en ondersteuning.

In de expertennota mist de raad deze expliciete koppeling met de zorgbehoeften van de bevolking. De nota vertrekt te sterk vanuit historisch gegroeide structuren en beddenaantallen en wordt als erg aanbodgestuurd ervaren. Door zich te baseren op de huidige situatie in de ziekenhuissector biedt ze ook onvoldoende antwoord op de demografische uitdagingen, die op ons afkomen en al bezig zijn, zoals de vergrijzingsgolf en de toename van chronische en multiple aandoeningen. Deze uitdagingen worden in de nota wel benoemd maar niet actief meegenomen in de hertekening van het landschap. **De raad vraagt een globale oefening over hoe een antwoord kan worden geboden op dergelijke uitdagingen met zorg en ondersteuning binnen én buiten de ziekenhuizen, met aandacht voor de impact van preventie, geïntegreerde, ambulante en chronische zorg.**

2.1 Beslissingen op basis van zorgbehoefte en zorgaanbod

De expertennota maakt beslissingen over de toekomstige invulling van ziekenhuizen en van sites op basis van een 'Decision Making Support Model' met twee criteria, met name volume en bereikbaarheid van het zorgaanbod. De raad begrijpt dat een hervorming op basis van deze twee criteria kan leiden tot meer efficiëntie en kwaliteit in het ziekenhuislandschap. Maar deze aanpak biedt te weinig garanties dat mensen het aanbod en de zorg zullen krijgen die ze nodig hebben, zowel naar invulling als naar geografische spreiding toe.

Daarom adviseert de raad om de criteria (volumes en afstand) aan te vullen met populatiegegevens die rekening houden met demografische en epidemiologische evoluties en de sociaal-maatschappelijke context waarin mensen leven. Sociaal-economische status en/of kwetsbaarheden zoals een ontbrekend sociaal netwerk of beperkte gezondheidsvaardigheden bepalen immers mee de gezondheidstoestand maar ook de zorg- en ondersteuningsbehoeften van mensen.

Concreet pleit de raad ervoor om populatieparameters toe te voegen aan het 'Decision Making Support Model' zodat men veel meer rekening kan houden met de behoeften van de bevolking in de beslissing welk ziekenhuistype op welke site gekozen moet worden. Het gaat dan minstens om de volgende toevoegingen:

- leeftijd en geslacht;
- epidemiologische gegevens;
- sociaal-economische status;
- kwetsbaarheid.

Het zou goed zijn dat dit uitgebreide beslissingsmodel op termijn ook kan putten uit de gegevens van het toekomstige Vlaamse zorgprognosemodel (zie hieronder), en zo een brede populatiegerichte blik kan inbrengen in de keuze voor een bepaald type ziekenhuisvoorziening.

2.2 Instrumenten als populatiemanagement, zorgstrategische planning en regionale afstemming zijn richtinggevend

De opdracht 'vertrek vanuit populaties en behoeften, niet vanuit structuren' is voor de raad essentieel in dit advies. Ze moet in de praktijk worden gebracht via populatiemanagement, zorgstrategische plannen en programmatie, regionale afstemming en samenwerking. Verschillende van deze instrumenten worden in de expertennota vermeld maar niet uitgewerkt en er worden geen keuzes gemaakt. De raad vraagt dat dit in de verdere uitwerking wel gebeurt: dat er een visie op populatiemanagement komt, dat knopen rond regionale werkingen worden ontward en dat het duidelijk wordt of programmatie, normering en erkenning behouden blijven.

In de nota worden logische zorggebieden genoemd, maar de experts geven niet aan op welke manier ze gedefinieerd moeten worden. De raad meent dat deze fundamentele oefening bij aanvang van de hertekening van het ziekenhuislandschap aan bod moet komen. Ze moet mee richting geven aan beslissingen over herbestemming, omvorming of sluiting van

ziekenhuizen, sites en bedden en de daarbij horende investeringen, opdrachten en verantwoordelijkheden.

Voor de raad moet de heroriëntatie van ziekenhuizen en sites (alook trouwens de bredere transitie naar geïntegreerde zorg en ondersteuning) gebeuren met het oog op het 'afdekken' van de zorgbehoeften van een populatie binnen een bepaald zorggebied. Ziekenhuizen nemen dan samen met andere zorg- en ondersteuningsactoren deze expliciete verantwoordelijkheid naar de populatie op. Afbakening mag in elk geval de continuïteit van zorg en de nodige doorstroom niet in het gedrang brengen. Een geïntegreerde zorgstrategische planning en geactualiseerde programmatie – die beide steunen op zorgprognose – alook duurzame maar dynamische samenwerkingsverbanden en -afspraken zijn nodig om zo op een populatiegerichte manier te werken. In het laatste hoofdstuk van dit advies werkt de raad zijn visie op regionale afstemming en samenwerking verder uit (zie 6.5).

Zorgprognose, programmatie en zorgstrategische planning

Het is positief dat ziekenhuizen er nu reeds toe worden aangezet om in het kader van hun zorgstrategische plannen de behoeften van de populatie in hun zorggebied te detecteren. Het feit dat dit niet samen met andere partners in het zorggebied gebeurt, moet in de toekomst veranderen.

Nog steeds ontbreekt er in Vlaanderen een goede methodiek om op een continue en correcte wijze behoeften van een populatie te detecteren en prognoses voor alle sectoren te maken. De Vlaamse overheid werkt al jaren aan zo een model.

- **De ontwikkeling van een breed zorgprognosemodel moet versneld en prioritair worden opgenomen, best via een interfederale aanpak zodat naar een werkelijk intersectoraal model kan worden gewerkt.** Het zorgprognosemodel moet vervolgens gekoppeld worden aan het uitgebreide 'Decision Making Support Model' zodat de transformatie van ziekenhuizen en van sites effectief kan vertrekken van de behoeften van de bevolking en niet alleen van de uitdagingen voor het aanbod.
- **De raad is voorstander van een omslag naar een meer geïntegreerde zorgstrategische planning** als lijn- en sectoroverstijgend instrument om gezamenlijke doelstellingen en duidelijke taakverdelingen binnen een zorggebied af te spreken. Dit gaat verder dan de individuele, regionale en thematische zorgstrategische plannen van de ziekenhuizen (of de ziekenhuisnetwerken) die we vandaag kennen.

Het zorgprognosemodel moet vervolgens als basis dienen voor het programmatiebeleid. De expertennota doet geen uitspraken over het al dan niet verderzetten van de ziekenhuisprogrammatie. Voor de raad is het echter duidelijk: zonder programmatie ontbreekt momenteel richting in het beleid. Het blijft dus minstens tijdens de transitieperiode een zinvol instrument om de transitie op een onderbouwde wijze te kunnen realiseren. Programmatie en coördinatie moeten ziekenhuizen ondersteunen om populatiegericht te kunnen plannen, investeren en innoveren, maar ook om voldoende aanbod en nabijheid voor de bevolking te garanderen. De raad verwacht dat programmatiecijfers gerealiseerd worden, zodat de zorgbehoeften van de bevolking effectief opgenomen worden.

- **De raad wenst de ziekenhuisprogrammatie minstens tijdens de transitieperiode te behouden, maar vraagt om deze te actualiseren en te verfijnen.** Programmatie mag niet te rigide zijn maar moet up-to-date blijven, enerzijds met de reële zorgbehoeften (bv. stijgende nood aan (kinder)psychiatrische-, geriatrische- en revalidatiebedden) en anderzijds met evoluties in het zorgaanbod binnen en buiten de ziekenhuizen.
- **Een tweede vraag betreft het inschakelen van de programmatie in een breder model, over sectoren heen.** De raad is van mening dat ook de mobiliteit tussen de sectoren en deelstaten in aanmerking moet worden genomen.

Regionale afstemming en samenwerking

De raad leest in de expertennota dat de focus van de hervorming ligt op een vermindering van het aantal ziekenhuissites en een versterking van samenwerkingsverbanden. Dit is een goede ambitie, die terecht ook vertaald wordt naar de nood aan samenwerking tussen ziekenhuizen/sites maar ook tussen zorglijnen en sectoren.

Via effectieve afstemming en samenwerking tussen zorg- en ondersteuningsactoren in een zorggebied moet een gebiedsdekkend aanbod worden gerealiseerd en blinde vlekken worden vermeden. Ook een lappendeken aan overlegfora en netwerken zonder concrete opdrachten en duidelijke doelen maakt samenwerking complex en inefficiënt en moet worden vermeden. Er zijn op regionaal niveau dus goede samenwerkings- en rolafspraken nodig om samen met anderen alle zorgbehoeften van de bevolking in het zorggebied te kunnen beantwoorden. De raad gaat hierop verder in hoofdstuk 6 van dit advies (zie 6.5).

Aanbevelingen:

- Transformeer ziekenhuizen en ziekenhuissites vanuit de populatiebehoeften en niet louter vanuit het aanbod.
- Vul de voorgestelde criteria van het 'Decision Making Support Model' aan met populatieparameters.
- Maak instrumenten als populatiemanagement, zorgprognoses en zorgstrategische planning concreet en zet ze in om – samen met andere zorg- en ondersteuningsactoren zoals eerste-lijnspartners - te komen tot een betere afstemming met de behoeften van een populatie binnen een bepaald zorggebied.
- Gebruik een meer geïntegreerde zorgstrategische planning (lijn- en sectoroverstijgend).
- Ontwikkel een nieuw breed zorgprognosemodel, via een interfederale aanpak om het intersectorale karakter te borgen.
- Behoud minstens tijdens de transitiefase de ziekenhuisprogrammatie maar actualiseer en

verfijn ze, en integreer ze in een breder model over sectoren heen.

3. Hervorming naar vier types van ziekenhuizen

In dit derde hoofdstuk spreekt de raad zich alleen uit over de hervorming van het ziekenhuislandschap zoals beschreven in de expertennota, met name het voorstel om de ziekenhuizen die binnen de scope van de expertennota vallen in te delen in vier types van voorzieningen: Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ), Universitair Ziekenhuis, (UZ), Lokaal Medisch Centrum (LMC) en Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ) en een hervorming van de dringende medische hulpverlening. Wanneer de raad in dit advies spreekt over RAZ, bedoelt hij RAZ en UZ (een UZ voldoet aan dezelfde medisch-klinische voorwaarden als een RAZ). Alleen als het om specifieke, bijkomende opdrachten van het UZ gaat, vernoemt de raad dit type ook expliciet.

In globo kan de raad zich vinden in de typologie RAZ/UZ/LMC/ZIZ, al is het een belangrijke lacune dat de psychiatrische ziekenhuizen en Vlaamse revalidatieziekenhuizen niet zijn meegenomen in de oefening (zie verder, hoofdstukken 4 en 5). Het uitsluiten van de hervorming staat voor de raad haaks op het streven naar geïntegreerde en populatiegerichte zorg.

Voor de raad is de scope van de expertennota, met name de ‘Belgische ziekenhuizen’, dus te beperkt. Door niet alle federale en deelstatelijke ziekenhuiszorg en beddenscapaciteit mee te nemen, kan de hervorming mogelijk leiden tot breuken in de zorgcontinuïteit, met verdere fragmentatie, inefficiëntie en verlies van kwaliteit.

Aanbevelingen voor een meer logische en efficiëntere organisatie van het ziekenhuislandschap moeten rekening houden met het zorgaanbod dat nu al op het terrein bestaat. Waar zijn blinde vlekken in het zorggebied? Waar zijn overlappingen? In die zin vraagt de raad om de verdere analyse ruimer op te vatten, en onder meer ambulante sites zonder (dag)ziekenhuisbedden, georganiseerd vanuit de huidige ziekenhuizen, mee te nemen in de hervormingsoefening. Ook voor thuishospitalisatie doet de raad deze aanbeveling.

3.1 Het model en de criteria voor besluitvorming

De experts stellen een hervorming voor die gericht is op de efficiëntie, kwaliteit en doelmatigheid van de ziekenhuiswerking. Deze doelstellingen worden door de raad zeker gesteund. De overheid mag echter niet uit het oog verliezen dat elke hervorming van zorg en ondersteuning ook tegemoet dient te komen aan de doelstellingen van toegankelijkheid, relevantie en sociale rechtvaardigheid. Het model en de criteria voor besluitvorming nemen dit te weinig mee (of vullen dit te beperkt in, bijvoorbeeld door toegankelijkheid te verengen tot 30-minuten aanrijtijd met de wagen). Er is verruiming en flankerend beleid nodig om te komen tot een ziekenhuishervorming die aan al deze doelstellingen tegemoetkomt.

3.1.1 Algemene uitgangspunten

De raad mist in het voorgestelde beslissingsmodel afstemming met de behoeften van de populatie en het bredere zorglandschap alsook met de regionale context en structuren, zoals reeds eerder in dit advies beschreven (zie hoofdstukken 1 en 2). Hij meent dat beslissingen over de organisatie van de ziekenhuissector ook deze elementen moeten meenemen en niet louter aanbod- of structuurgedreven mogen zijn. De huidige criteria worden als te eenzijdig beschouwd en zouden best verruimd worden tot een breder matrixmodel.

Via het gebruik van goede beslissingscriteria alsook heldere evaluatiecriteria (zie hoofdstuk 1) moet worden vermeden dat de ziekenhuishervorming louter symbolisch blijft, waarbij sites en bedden een nieuwe naam krijgen zonder dat er functionele veranderingen of een weloverwogen heroriëntatie richting zorg die (beter) beantwoordt aan de populatiebehoeften plaatsvinden.

Tenslotte is het belangrijk dat de uiteindelijk gekozen criteria ook na deze legislatuur stabiel blijven. Uiteraard moet bijsturing na evaluatie mogelijk zijn, maar indien de kaders en normen voortdurend worden aangepast dan ontstaat een druk die het zorglandschap in onzekerheid houdt en die langetermijndenken en innovatie kan afremmen.

3.1.2 Complementariteit

De raad leest in de expertennota dat elk van de vier types een specifieke rol en verantwoordelijkheid toebedeeld krijgt. De raad steunt deze ambitie en vraagt om ze – opnieuw vanuit geïntegreerde en populatiegerichte zorg - te verbreden naar: **Elk van de ziekenhuistypes moet zijn rol spelen en samen met andere actoren in zorg en ondersteuning de verantwoordelijkheid opnemen binnen het ruime zorgcontinuüm van preventie tot palliatie en binnen het geheel van het zorggebied.**

De raad vraagt om daarbij te bekijken welke ruimte er is voor regionale differentiatie in het model. Regionale behoeften zijn immers verschillend en evolutief, evenals het aanwezige zorgaanbod van andere zorgpartners. Maar ook het gehanteerde criterium voor de nabijheid van zorg zal andere resultaten geven in stedelijk dan wel landelijk gebied.

Complementariteit is essentieel voor een efficiënt en duurzaam ziekenhuislandschap.

Daarbij is het belangrijk dat duplicaties worden vermeden, net als concurrentie die samenwerking ondermijnt en cherry picking van personen met zorgbehoefte, therapieën, ingrepen,... die de toegankelijkheid onder druk zet.

De wisselwerking en samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling maar ook met de wereld buiten het ziekenhuis moet nog veel meer ingebouwd en bewaakt worden, net als het solidaire systeem van ziekenhuiszorg. **Voor elk van de vier ziekenhuistypes is het belangrijk dat zij prioritair met de eerste lijn samenwerken en goed op elkaar zijn afgestemd.** Transmuraal samenwerken is een opdracht voor ieder ziekenhuistype. Aandacht voor samenwerking met

andere partners in zorg en ondersteuning (bv. voor personen met een handicap) is hierbij ook belangrijk.

3.1.3 Kwaliteit en toegankelijkheid

Uiteraard steunt de raad de intentie om kwaliteitsverbetering te realiseren door specialisatie van ziekenhuizen en concentratie van zorg. In die zin is bijvoorbeeld de concentratie van diagnostiek en behandeling van complexe en van zeldzame aandoeningen een goede zaak, alsook de schaalvergroting die wordt nagestreefd. Kritische massa en expertise zijn nu eenmaal noodzakelijk om kwaliteit te kunnen borgen.

Toch mogen beslissingen over de toekomstige zorgorganisatie niet louter een rekensom worden van volumes (bedden en activiteiten) maar moet het uitgangspunt voor een reorganisatie het streven naar kwaliteit en toegankelijkheid zijn. De raad is het eens met de experts die aangeven dat het meten en in kaart brengen van zorgkwaliteit een belangrijk onderdeel moet zijn van de hervorming van het ziekenhuislandschap. Dit vraagt verdere uitwerking, waarin er ook oog moet zijn voor hoe de persoon met zorgbehoefte de zorgkwaliteit ervaart.

De raad meent alvast dat de volumecriteria zoals ze nu voorzien zijn in de expertennota een belangrijk eerste stap zijn in het verzekeren en verhogen van de zorgkwaliteit. Ze zijn echter maar één aspect van een ruimer Vlaams en federaal kwaliteitsbeleid⁴. De raad vraagt de beide overheden om de verschillende initiatieven op elkaar af te stemmen en werk te maken van één coherent geheel, met respect voor ieders bevoegdheden en met een minimum aan administratieve belasting (het only-once principe indachtig).

Ook het menselijk kapitaal vormt een essentiële pijler van kwaliteit. Het zorgpersoneel en de artsen (hierna in het advies: professionals) hebben hierin een cruciale rol. Zij dragen dagelijks bij aan hoogwaardige zorg, ondanks het aanhoudende personeelstekort en de hoge werkdruk waarmee zij geconfronteerd worden. De expertise van de professionals moet ten volle gewaardeerd en verder versterkt worden. Dit kan bijvoorbeeld door de krachten te bundelen en door interdisciplinaire samenwerking. Initiatieven zoals het concentreren van expertise in een RAZ met als doel kwaliteitswinst en optimale inzet van professionals passen binnen deze benadering. Deze oefening moet echter van bij aanvang samengaan met gedegen sociaal overleg, met aandacht voor de arbeidsvoorwaarden en de werkomstandigheden van de professionals en met beleid om uitstroom tegen te gaan.

⁴ De verschillende zaken die hierbij in beeld komen zijn: P4P (federaal), het opleggen van voorwaarden in de Ziekenhuiswet en via specifieke conventies in het kader van de terugbetaling (federaal), het Vlaamse kwaliteitsbeleid bestaande uit het organisatiebrede toezicht, de (verplichte) kwaliteitsindicatoren, toezicht en handhaving via Zorginspectie en het departement Zorg, de normering en erkenning van diensten en zorgprogramma's en tot slot de mogelijkheden tot externe toetsing.

Aanbevelingen:

- Hanteer voor het bepalen van de criteria voor de ziekenhuistypes een ruimer matrixmodel, waarin naast volume en bereikbaarheid, ook de behoeften van de populatie, de complementariteit met het bredere zorgaanbod, de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg en de samenwerking tussen en buiten ziekenhuizen in ogenschouw worden genomen.
- Het meten, borgen en verhogen van zorgkwaliteit moet systematisch deel uitmaken van het hervormingsproces.
- Zorg dat elk ziekenhuistype goed samenwerkt met de eerste lijn en dat ze goed op elkaar zijn afgestemd.
- Maak werk van een coherent Vlaams en federaal kwaliteitsbeleid inzake ziekenhuiszorg.
- Structuurhervormingen moeten van bij de start ook prioritaire aandacht hebben voor de betrokken professionals en het sociaal overleg.

3.2 De vier types van ziekenhuizen

De experts stellen voor het ziekenhuislandschap op te delen in vier types van ziekenhuizen. Het is een opdeling die *moet samengaan met een betere samenwerking, duidelijke taakverdeling en een meer doelmatige inzet van middelen en expertise*. De raad bespreekt hieronder elk type.

3.2.1 Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)

De Regionale Algemene Ziekenhuizen bieden planbare en niet-planbare zorg voor courante gezondheidsproblemen en voorzien lokale nabijheid van medische en spoeddiensten. De raad vindt het goed dat zij eveneens erkend kunnen worden (blijven) als expertisecentrum voor complexe aandoeningen, waardoor ook complexe diagnostiek dicht bij de persoon met zorgbehoefte kan worden aangeboden en de regionale beschikbaarheid van expertise wordt geborgd. Toch is kwaliteit een belangrijkere maatstaf dan afstand. Personen met zorgbehoefte zijn veelal bereid zich te verplaatsen naar plekken waar meer kwaliteit geboden kan worden.

Globaal genomen lijken de normen qua bed- en volumecapaciteit die de experts voorstellen voor de raad haalbaar (zonder zich uit te spreken over exacte aantallen). Ze zorgen ervoor dat een RAZ de voordelen van schaalgrootte – onder meer zorgkwaliteit door volume en bundeling van expertise - combineert met regionale nabijheid en toegankelijkheid van zorg. De raad pleit ervoor om deze minimale volumes ook (op termijn) expliciet te koppelen aan kwaliteitsindicatoren. Zo wordt vermeden dat volumecriteria louter administratief worden toegepast zonder aantoonbare kwaliteitswinst (zie ook 3.1.3). Ideaal beoogt men een bredere kwaliteitsbenadering waarin ook uitkomsten en organisatievormen worden meegenomen.

Onduidelijkheid over ‘volledig medisch basisaanbod’

De capaciteitscriteria voor een RAZ worden in de expertennota aangevuld met de vereiste aanwezigheid van medische diensten om courante aandoeningen te diagnosticeren en behandelen, van volwaardige medisch-technische infrastructuur en van 24/7-zorg. De raad vraagt om duidelijk

te maken om welke medische diensten ('basisaanbod') het dan moet gaan: welke zorg moet elk RAZ aanbieden en is er ook zorg die kan worden 'verdeeld' over verschillende RAZ'en (en hun sites) door te komen tot één institutionele eenheid? In de expertennota leest de raad alleen dat *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.*

Om redenen van zorgconcentratie, zorgkwaliteit en optimale inzet van professionals en middelen kan voor de raad het 'basisaanbod' van een RAZ ook binnen de gehele institutionele eenheid gerealiseerd worden. De volledige medische dekking wordt dan voorzien samen met verschillende RAZ'en van eenzelfde institutionele eenheid of samen met verschillende ziekenhuistypes binnen één institutionele eenheid. Daarbij is in elk geval aandacht voor een goede gegevensdeling, voor doorverwijzing en voor patiëntverplaatsingen essentieel.

Eén van de wegen om te komen tot een institutionele eenheid is fusie. Fusies zijn voor de raad zeker zinvol, maar moeten wel uitgaan van een medische en maatschappelijke motivering en passen binnen een breed zorgstrategisch plan waar de raad in dit advies al enkele keren naar verwees. Bovendien zijn ook nog andere structurele samenwerkingsverbanden denkbaar.

Aanbevelingen:

- Koppel (op termijn) de criteria qua volume ook aan kwaliteitsindicatoren.
- Maak duidelijk welke medische diensten elke RAZ verplicht moet aanbieden. Daarnaast dient te worden uitgeklaard welke zorg, indien een institutionele eenheid uit meerdere RAZ'en zou bestaan, geconcentreerd kan worden in een bepaalde RAZ door hierover afspraken te maken binnen die institutionele eenheid.
- Stimuleer en faciliteer samenwerking tussen de ziekenhuizen/zorgvoorzieningen, onder meer via de vorming van een institutionele eenheid die uitgaat van een medische en maatschappelijke motivering en past binnen een breed zorgstrategisch plan waardoor ze aansluit bij het zorgaanbod dat in het zorggebied al aanwezig is.

3.2.2 Universitair ziekenhuis (UZ)

Universitaire ziekenhuizen voldoen aan dezelfde medisch-klinische voorwaarden als een RAZ en behouden daarnaast terecht hun specifieke opdrachten voor zeldzame ziekten, opleiding, innovatie en onderzoek.

Het is goed dat een diagnosestelling en (opstart)behandeling van een zeldzame ziekte gebeurt in een UZ, waar men beschikt over gespecialiseerde expertise om een multidisciplinaire en kwaliteitsvolle behandeling van zeldzame ziekten aan te bieden. De raad vindt het wel belangrijk dat er gedurende het hele zorgtraject bewust wordt nagegaan of en welke opvolging meer in de nabijheid van de persoon met zorgbehoefte georganiseerd kan worden, op voorwaarde dat de zorgkwaliteit gewaarborgd blijft (in een RAZ, LMC en/of op de eerste lijn en/of in de thuissituatie). De beslissing over de beste plek voor opvolging of voor bepaalde behandelingen ligt bij het team in het UZ, dat handelt met kennis van de ziekte, van de persoon met zorgbehoefte en van het

netwerk van zorgactoren dat in de nabijheid van de persoon aanwezig is en eveneens expertise heeft in het omgaan met de bepaalde ziekte. Dit alles vereist ook outreach en transmurale trajecten, kennis- en gegevensdeling tussen zorgactoren zodat paramedische ervaring van de betreffende zeldzame ziekte binnen bereik blijft. De raad verwijst hiervoor naar het recente [Belgische plan Zeldzame ziekten 2026-2030](#), waar wordt aanbevolen om geïntegreerde zorg op te zetten en zo een gecoördineerde, continue en persoonsgerichte aanpak te garanderen.

Voor de behandeling van zeldzame ziekten in de universitaire ziekenhuizen is nog verdere concentratie van expertise aangewezen ter bevordering van de efficiëntie en kwaliteit. Sommige ziekten zijn in België immers zo zeldzaam dat het niet zinvol is om de expertise hierover te verspreiden over meerdere universitaire ziekenhuizen. De expertennota bevat op dit vlak echter onvoldoende incentives tot samenwerking en uitwisseling met andere ziekenhuizen en Europese netwerken.

Aanbevelingen:

- Stem de hervormingsplannen af met het nieuwe Belgische plan voor zeldzame ziekten.
- Stimuleer een selectieve concentratie van expertise over zeldzame ziekten, met incentives voor samenwerking en uitwisseling in binnen- en buitenland.

3.2.3 Lokaal medisch centrum (LMC)

Verdere verschuiving naar dagopname

De raad onderschrijft principieel het uitgangspunt dat ziekenhuisinterventies waar mogelijk in dagopname plaatsvinden, voor zover dagopnames haalbaar, kwaliteitsvol en veilig zijn en rekening houden met de sociale context van de persoon met zorgbehoefte (bv. wat zijn de mogelijkheden voor nazorg thuis). De verwachte efficiëntiewinsten en het verhoogde comfort voor de persoon met zorgbehoefte vormen hiervoor overtuigende argumenten. Hij vraagt er wel over te waken dat de toename van het aanbod niet leidt tot meer dagopnames dan medisch of zorginhoudelijk verantwoord is, en dat dagopnames steeds gestoeld zijn op aantoonbare evidentie en een brede inschatting van de context van de persoon met zorgbehoefte.

LMC als brugfunctie met de eerste lijn

De raad ziet het LMC als een innovatief zorgconcept dat verder reikt dan een louter organisatorische herschikking. Een LMC mag volgens de raad niet worden herleid tot een afdeling van een ziekenhuis of tot een symbolische naamswijziging, maar moet vertrekken vanuit een bredere visie op zorg. Daarbij is er ruimte nodig voor preventie, samenwerking met welzijn en een geïntegreerde aanpak met diverse zorgverleners. Hoewel het hervormingsvoorstel hier gedeeltelijk aan tegemoetkomt, blijft het volgens de raad op cruciale punten ontoereikend.

Een essentieel kenmerk van een LMC is volgens de raad zijn brugfunctie met de eerste lijn en de ambulante zorg. De raad pleit ervoor dat LMC's actief verbinding maken met ambulante

zorg, eerstelijnszorg, preventie, ouderenzorg, psychiatrische dagzorg en revalidatiezorg. Dit veronderstelt dat ook het LMC expliciet de opdracht krijgt om bij te dragen aan geïntegreerde zorg en ondersteuning en dat het vertrekt vanuit een grondhouding van gelijkwaardige samenwerking met andere actoren, in het bijzonder op de eerste lijn.

De raad vraagt dat de (erkenning)criteria voor LMC's een structurele regionale verankering afdwingen. Concreet adviseert de raad dat LMC's verplicht samenwerken met de eerste lijnsactoren in de eerstelijnszones, GGZ-netwerken, huisartsenkringen en andere kringwerkingen van zelfstandige zorgverstrekkers die regionaal georganiseerd zijn, ... en hun aanbod afstemmen op de regionale populatiebehoeften. Hierbij houden ze ook rekening met andere welzijnspartners, zoals voor personen met een handicap, voor ouderen, ... in het zorggebied. Dit alles moet parallelle zorgcircuits vermijden en nabijheid realiseren waar dat klinisch en maatschappelijk zinvol is. Het biedt ook kansen voor synergiën tussen de lijnen en sectoren.

De raad leest in de expertennota dat ook gezondheidseducatie, preventieprogramma's en vaccinatieactiviteiten tot het LMC-aanbod kunnen behoren. Voor de raad zijn dit echter in de eerste plaats opdrachten van de eerste lijn, die dit aanbod dicht bij de burger organiseert. In bepaalde gevallen en steeds in afspraak met de eerste lijn kan het LMC voor deze opdrachten faciliterend werken. Zeker bij een gezondheids crisis is een dergelijke samenwerking heel belangrijk, onder andere voor vaccinatieactiviteiten.

Plaats voor niet-chirurgische dagactiviteiten

De raad plaatst kanttekeningen bij een te enge definitie van het LMC als louter chirurgisch dagziekenhuis. Hoewel de expertennota het LMC omschrijft als een voorziening voor planbare, ambulante specialistische zorg met een chirurgisch dagziekenhuis en diagnostisch platform, vraagt de raad dat ook niet-chirurgische dagziekenhuisactiviteiten zoals oncologische, psychiatrische, geriatrie en revalidatiezorg (zie ook hoofdstuk 4) binnen een LMC kunnen worden georganiseerd, vanuit een logica van nabijheid en toegankelijkheid.

De raad leest in de expertennota dat *bij sommige ingrepen in het LMC toch één of enkele overnachtingen aangewezen kunnen zijn (short stay) en dat het model van focused clinic in een LMC kan worden overwogen.* **Ook de raad ziet de meerwaarde van short stay en pleit ervoor om deze vorm van ziekenhuiszorg te verankeren in het toekomstige ziekenhuislandschap.** Volgens de raad hoort short stay echter thuis in een RAZ en niet in een LMC. Om organisatorische redenen en uitsluitend wanneer dit medisch noodzakelijk is, kan de raad akkoord gaan om short stay in een LMC uitzonderlijk nog toe te staan tijdens de overgangsperiode (tot aan de definitieve hervorming van het ziekenhuislandschap). Hij vraagt dat er zeer omzichtig wordt omgegaan met deze mogelijkheid tot short stay, en dat uiteindelijk de doelstelling die de experts koppelen aan het LMC (nl. geen nachtbestaffing meer) effectief wordt behaald.

Aanbevelingen:

- Positioneer het Lokaal Medisch Centrum expliciet als een innovatief en geïntegreerd zorgconcept, niet louter als een organisatorische herschikking.
- Veranker in de erkenningscriteria van LMC's een structurele samenwerking met de eerste lijn en andere relevante actoren in zorg en ondersteuning, afgestemd op regionale populatiebehoeften.
- Breid de mogelijkheden voor dagziekenhuis uit met niet-chirurgische dagziekenhuisactiviteiten.
- Behoud de mogelijkheid van short stay in het nieuwe ziekenhuislandschap in RAZ en in de overgangperiode uitzonderlijk ook in LMC.
- Behoud gezondheidseducatie, preventieprogramma's en vaccinatieactiviteiten in de eerste plaats als eerstelijnsopdrachten, waarbij een LMC in bepaalde gevallen en in afspraak met de eerste lijn ondersteunend kan optreden.

3.2.4 Ziekenhuis voor intermediaire zorg (ZIZ)

De expertennota omschrijft intermediaire zorg als een tijdelijke zorgfase na een ziekenhuisopname, gericht op het herstellen of versterken van de zelfredzaamheid van personen met zorgbehoefte. De raad onderschrijft deze definitie en beschouwt intermediaire zorg als een noodzakelijk en complementair onderdeel van een geïntegreerd zorgcontinuüm. De concrete operationalisering is echter nog onduidelijk.

De vraag naar revalidatiezorg neemt structureel toe als gevolg van demografische en epidemiologische evoluties (vergrijzing en toename van chronische aandoeningen). Tegelijk zorgt medische vooruitgang ervoor dat mensen ernstige ongevallen of aandoeningen overleven, maar vaker geconfronteerd worden met langdurige revalidatiebehoeften. Dit alles vertaalt zich in een stijgende behoefte aan acute, post-acute en langdurige revalidatietrajecten.

De revalidatiezorg kenmerkt zich door een sterk uiteenlopende zorgvraag, wat een door-dachte organisatie en programmatie vereist. Personen met een revalidatiebehoefte verschillen onderling aanzienlijk wat betreft zorgintensiteit, revalidatieduur en nood aan multidisciplinaire ondersteuning. De raad sluit zich aan bij de vaststelling van de experts dat het ontbreken van uniforme instrumenten voor het inschalen van die verschillende zorgbehoeften leidt tot variatie in zorgaanbod en tot ongelijkheid in toegang tot revalidatiezorg.

De raad beschouwt ZIZ als een mogelijk organisatorisch instrument om tegemoet te komen aan de hiervoor genoemde groeiende revalidatiebehoeften. De ZIZ-bedden zijn bedoeld voor personen met zorgbehoefte van alle leeftijden maar wel met een aantoonbare revalidatiebehoefte, revalideerbaarheid én nood aan ziekenhuisgebonden zorg. In de praktijk kunnen deze bedden worden georganiseerd als uitgebreide Sp- of revalidatie-eenheden, eventueel volgens het principe van een 'ziekenhuis in het ziekenhuis'. Of – bij voldoende schaalgrootte van minstens 90 bedden – als een afzonderlijke entiteit, weliswaar steeds onder de medische verantwoordelijkheid van een arts-specialist met erkenning inzake revalidatie.

Ongeacht de organisatorische invulling benadrukt de raad het belang van een duidelijke programmatie, normering, financiering en omkadering van de ZIZ-bedden en van objectieve inschalingscriteria voor personen met een revalidatiebehoefte. Dit moet voorkomen dat lichtere zorg bij deze populatie onnodig binnen de ziekenhuiscontext wordt georganiseerd en dat verblijven langer duren dan noodzakelijk is in functie van de zorg, de revalidatiebehoefte en de vooropgestelde revalidatiedoelstellingen. De raad pleit daarom voor een **zorgstrategisch kader**, gebaseerd op een brede inschaling van personen met een zorg- én revalidatiebehoefte waarin zowel medische als sociale behoeften worden meegenomen, en voor een betere afstemming met andere zorg- en verblijfsvormen.

Want revalidatiezorg mag niet worden herleid tot een loutere beddenlogica. De raad onderschrijft het standpunt van de experts dat revalidatie deel uitmaakt van een continu zorgtraject dat zich over meerdere zorgcontexten kan uitstrekken. Niet elke persoon met een revalidatiebehoefte heeft gedurende het volledige revalidatietraject nood aan een ziekenhuisbed. Beleidskeuzes over revalidatiecapaciteit dienen daarom te worden ingebed in een integrale visie op het zorgcontinuüm en op de samenhang en complementariteit tussen de verschillende zorgniveaus. Voor advies over de plaats en rol van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen en centra voor revaliderend herstelverblijf verwijst de raad naar hoofdstuk 5.

Om het zorgcontinuüm nog meer sluitend te maken voor de persoon met zorg- en revalidatiebehoefte, stelt de raad voor om in een ZIZ ook de mogelijkheid van revalidatie in dagopname te voorzien⁵. De experts stellen voor om dagopnames te organiseren in LMC's en RAZ. De raad denkt dat het goed zou zijn om voor revalidatiedaghospitalisatie een uitzondering te voorzien, en deze vorm binnen de ZIZ te organiseren.

Geriatrische zorg

Tot slot vereist geriatrische zorg een duidelijke positionering als acute ziekenhuiszorg met gespecialiseerde expertise. De raad is van oordeel dat geriatrische zorg niet mag worden omgevormd tot ZIZ-zorg en dat een eventuele afbouw van capaciteit enkel selectief en maatschappelijk verantwoord kan gebeuren.

De expertennota stelt dat geriatrische bedden wel binnen een ZIZ kunnen worden georganiseerd, op voorwaarde dat multidisciplinaire geriatrische zorg wordt gegarandeerd. Tegelijk wordt de specifieke zorgzwaarte en complexiteit van geriatrische personen met zorgbehoefte erkend. De raad benadrukt dat geriatrische zorg in de eerste plaats acute ziekenhuiszorg betreft, met hoge diagnostische en medische behoeften en gespecialiseerde teams. Hij stelt met bezorgdheid vast dat momenteel G-bedden worden afgebouwd (vooral omdat de bestaffing er niet is om deze bedden open te houden) terwijl de demografische evolutie wijst op een toenemende behoefte. Ook situaties waarbij nabijgelegen acute ziekenhuizen gelijktijdig tijdelijk diensten geriatrie

⁵ De raad stelt de vraag naar dagrevalidatie ook voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (zie hoofdstuk 5)

sluiten (bijvoorbeeld omwille van personeelstekorten tijdens vakantieperiodes) is problematisch en zou in de toekomst vermeden moeten worden.

Aanbevelingen:

- Ontwikkel een uniform en objectief inschalingsinstrument voor revalidatiezorg, dat richtinggevend is voor de toewijzing van personen met een zorg- en revalidatiebehoefte aan ZIZ en andere zorgvormen.
- Werk een zorgstrategisch kader uit voor revalidatie, waarin ZIZ een rol speelt naast andere revalidatiecontexten en waar:
 1. programmatie, normering, samenwerking en afstemming tussen de verschillende revalidatievormen duidelijk worden vastgelegd;
 2. de complementariteit tussen ziekenhuiszorg, intermediaire zorg en zorg buiten het ziekenhuis centraal staat;
 3. wordt vermeden dat ZIZ-bedden worden ingezet voor onterecht langdurig verblijf.
- Voeg revalidatie in dagopname toe aan de mogelijkheden van een ZIZ.
- Garandeer het behoud en de versterking van geriatrie acute zorgcapaciteit, en voorkom dat geriatrie zorg structureel wordt verschoven naar ZIZ zonder maatschappelijke en zorginhoudelijke verantwoording.

3.3 Hervorming van de dringende medische hulpverlening

De raad steunt het voorstel van de experts om als deel van de hervorming van het ziekenhuislandschap ook de dringende medische hulpverlening te hervormen. Hij deelt de vaststelling dat deze hulpverlening vandaag onder druk staat, dat er veel oneigenlijk gebruik is en dat mensen en middelen er niet altijd optimaal ingezet worden.

Vanuit deze bezorgdheden kan de raad zich vinden in de hervormingsvoorstellen van de expertennota: centralisatie van de spoeddiensten in RAZ, versterking van huisartsenwachtposten en een centrale triage via een geïntegreerde oproepstructuur.

Daarnaast vraagt de raad om ook de onderliggende oorzaken van het oneigenlijke gebruik van de spoeddiensten en huisartsenwachtposten aan te pakken: het niet of onvoldoende kennen van de eerstelijnszorg, geen of beperkte toegang tot huisartsenpraktijken op bepaalde momenten, het doorverwijzen naar spoed met het oog op snelle toegang tot onderzoek en opname, gebrek aan triage, Daarbij moeten de overheden (WVG, Volksgezondheid, onderwijs, ...) en de professionals in zorg en ondersteuning ook veel sterker inzetten op het verhogen van de gezondheidsvaardigheden van de bevolking⁶. De hervorming moet sowieso samengaan met sensibilisering en begrijpelijke informatie aan burgers over het correct gebruik van diverse

⁶ In zijn [Advies voor een paradigmawissel in het gezondheidsvaardighedenbeleid](#) formuleert de raad vele aanbevelingen voor het versterken van de gezondheidsvaardigheden van de bevolking (advies van 19 december 2025). Hij verwijst hier ook naar in hoofdstuk 6 van voorliggend advies.

zorgvormen. Tot slot moet rekening worden gehouden met het effect van financiële drempels op patiëntgedrag.

3.3.1 Centralisatie van spoeddiensten

Het is goed dat er kritisch wordt gekeken naar het aantal spoeddiensten en wordt geëvalueerd of elk bestaand spoedaanbod noodzakelijk is voor een goed functionerend zorgsysteem. Ook hier moet volgens de raad een meer expliciete link worden gelegd met populatiemanagement, zodat de evaluatie rekening houdt met de zorgbehoeften van de populatie alsook met het zorgaanbod in het zorggebied.

De raad steunt de voorgestelde verplichte koppeling van een spoeddienst aan een RAZ, omdat schaalgrootte de zorgkwaliteit verhoogt. Dit zal betekenen dat spoeddiensten van kleine ziekenhuizen/sites (die zich bijvoorbeeld omvormen tot LMC of ZIZ) zullen moeten sluiten en dat de behouden spoeddiensten zich voor de persoon met zorgbehoefte mogelijks op grotere afstand zullen bevinden. Het blijft uiteraard wel essentieel dat iedereen, ook de meest kwetsbaren (bv. mensen met mobiliteitsproblemen of bepaalde aandoeningen), binnen een aanvaardbare tijd tot bij het gepaste spoedaanbod geraakt en dat hiervoor flankerend beleid wordt uitgewerkt (zie 6.2.2).

3.3.2 Samenwerking en co-locatie van spoeddiensten en huisartsenwachtposten

Afstemming en samenwerking van spoeddiensten en huisartsenwachtposten is cruciaal voor het welslagen van de hervorming van de dringende medische hulpverlening en voor het behoud van de toegankelijkheid ervan voor de persoon met zorgbehoefte. Het grote aantal spoeddiensten in ons land zorgt momenteel voor een zeer hoge 24/7-toegankelijkheid van spoedeisende hulp. De toegankelijkheid mag ook na een centralisatie (vermindering) van de spoeddiensten niet verloren gaan. Dit kan door personen met een (niet-planbare) zorgvraag systematisch naar het meest aangewezen zorgniveau toe te leiden, door triage en een betere samenwerking en afstemming van spoeddiensten met huisartsenpraktijken en -wachtposten. Op die manier zal een verschuiving optreden waarbij zorgbehoeften die in de eerste lijn kunnen worden opgevangen, daar ook effectief vaker terechtkomen en worden opgenomen.

Bijkomend moet werk worden gemaakt van een vlotte gegevensdoorstroming naar de spoeddiensten, uiteraard met strikte inachtneming van alle principes inzake privacy en gegevensbescherming. Zeker in dringende situaties moet men snel over de juiste gegevens beschikken om beslissingen te kunnen maken.

Het is vervolgens belangrijk om ziekenhuizen en huisartsenwachtposten ook fysiek dichterbij elkaar te brengen. De raad vindt het goed dat de experts voorstellen dat huisartsenwachtposten best gevestigd zijn op de site van een RAZ of bij uitzondering een LMC (alleen als er een blinde vlek is in het zorggebied of als de afstand tot het RAZ te ver is). Deze locaties zijn bekend bij het grote publiek, het delen van infrastructuur is kostenefficiënt, de verplaatsing tussen de huisartsenwachtpost en spoeddienst is – indien nodig – zeer beperkt, ...

Tot slot zou het goed zijn om op termijn verder te gaan naar een nog meer geïntegreerd model van dringende medische hulpverlening. Daarin wordt ook de afstemming met de wachtdiensten van andere eerstelijnsactoren (tandartsen, apothekers, ...) opgenomen. Een eenvoudig systeem om al deze vormen van dringende medische hulp te kunnen oproepen, dat goed gekend is bij de bevolking, is daarbij aan te raden.

3.3.3 Centrale triage via een geïntegreerde oproepstructuur

De experts stellen triage via een geïntegreerde oproepstructuur voor waarin de nummers 112 en 1733 samenwerken en elke oproep centraal wordt beoordeeld op ernst en indien nodig wordt toegewezen aan een zorgverlener. Het is cruciaal dat er voldoende aandacht is voor een goede werking van deze oproepstructuur, over en binnen de verschillende bevoegdheidsniveaus, en dat hij ruim bekend is bij het grote publiek.

De raad vindt een doeltreffende centrale en uniforme triage een goed instrument om personen met een dringende medische zorgvraag naar de juiste zorgverlener toe te leiden, op het juiste moment. De triage moet zo georganiseerd worden dat ze personen met een zorgbehoefte ondersteunt om de weg naar de juiste zorgverlener te vinden, zonder drempels op te werpen die maken dat mensen te lang wachten om spoedeisende hulp in te roepen. Een mogelijke piste om dit te bereiken is om triage een meer bindend karakter te geven. Uiteraard moet er voor gezorgd worden dat de triage-medewerkers beschikken over de juiste opleiding en vorming om zorgsituaties van op afstand correct in te schatten.

Binnen de centrale triage moeten ook geestelijke gezondheidsproblemen een plaats krijgen. De raad werkt deze integrale benadering verder uit in hoofdstuk 4 van voorliggend advies (zie 4.3). Voor de raad moet de triage er in elk geval toe bijdragen dat mensen met een dringende somatische of psychische medische zorgnood op het juiste moment, door de juiste zorgverlener en op de juiste plaats worden gezien.

Aanbevelingen:

- Pak ook de onderliggende oorzaken van het oneigenlijke gebruik van de spoeddiensten aan.
- Sensibiliseer en informeer burgers over het correct gebruik van diverse zorgvormen.
- Bekijk de centralisatie van de spoeddiensten ook vanuit populatiemanagement, zodat ze rekening houdt met de zorgbehoeften van de populatie alsook met de regionale spreiding en bereikbaarheid.
- Realiseer een geïntegreerd model van dringende medische hulpverlening, minstens door samenwerking van spoeddiensten, huisartsenpraktijken en huisartsenwachtposten, maar liefst ook door bredere afstemming met de wachtdiensten van andere eerstelijnsactoren (tandartsen, apothekers, ...)
- Voorzie een goed werkende geïntegreerde 112/1733-oproepstructuur voor centrale triage, met triage-medewerkers die via opleiding en vorming zorgsituaties van op afstand correct

kunnen inschatten.

- In de centrale triage moet ook de geestelijke gezondheidszorg een plaats hebben.

4. Impact op de eerstelijnszorg, ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg

De voorgestelde ziekenhuishervorming zal (nog meer dan de bewegingen die vandaag al bezig zijn) leiden tot kortere ziekenhuisopnames, meer daghospitalisatie, meer ambulante zorg, een heroriëntatie en/of afbouw van bepaalde ziekenhuisbedden en dus: een gedeeltelijke verschuiving van zorg en ondersteuning van binnen naar buiten de ziekenhuismuren. Voor de raad is dit in globaal een gunstige evolutie die ook aansluit bij de wens van velen om zorg dicht bij de persoon met zorgbehoefte te organiseren, indien dit veilig en kwaliteitsvol kan en rekening houdt met de draagkracht van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn netwerk.

Echter als we het ziekenhuislandschap willen hervormen en zorg dicht bij de persoon met zorgbehoefte willen organiseren, dan kan dit alleen met een sterke inzet op preventie, een sterke eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg, woonzorg, zorg voor personen met een handicap en revalidatie. Ook gestructureerde linken en samenwerking tussen ziekenhuizen en voorgenoemde en andere actoren in zorg en ondersteuning zijn onmisbaar. En ook de inzet van informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligers) wordt nog belangrijker in de keten van zorg en ondersteuning. Zij moeten hierin erkend en ondersteund worden. Andere noodzakelijke voorwaarden beschrijft de raad in hoofdstukken 1 en 6 van voorliggend advies. Zonder al deze voorwaarden verschuift de zorgvraag niet naar 'in de buurt', maar naar spoedeisende hulp, naar vermijdbare (her)opnames, naar wachtlijsten en naar mensen die tussen de mazen van het net glippen.

Voor de raad moet een hervorming van de ziekenhuizen samengaan met het voorzien van ruimte bij alle zorg- en ondersteuningspartners om de zorgverschuiving kwaliteitsvol op te vangen en om de noodzakelijke afstemming en samenwerking in stand te houden. Immers, it takes two to tango. De ziekenhuishervorming mag voor de raad niet enkel benaderd worden vanuit de ziekenhuissector, maar moet de impact op andere actoren in zorg en ondersteuning expliciet meenemen. Duurzame zorg vereist een evenwichtige samenwerking tussen ziekenhuizen en de zorg en ondersteuning daarbuiten. Om te komen tot deze samenwerking zijn duidelijke rollen, gedeelde informatie en aangepaste financiering noodzakelijk.

4.1 Eerstelijnszorg

In de expertennota wordt verschillende keren gewezen op de nood aan afstemming en een versterkte samenwerking tussen alle types van ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. De raad deelt deze mening, in de eerste plaats in functie van het realiseren van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Afstemming en samenwerking is daarnaast ook noodzakelijk aangezien de hervorming

een toename van zorg op de eerste lijn en in de thuiscontext zal betekenen. Bij een dergelijke verschuiving benoemt de raad hieronder vier algemene randvoorwaarden die absoluut moeten worden ingevuld, willen we vermijden dat dit leidt tot een tekort aan zorg- en ondersteuningsmogelijkheden voor de persoon met zorgbehoefte en bijgevolg ook tot het risico op overbelasting van de eerstelijnsprofessionals en de mantelzorgers.

4.1.1 Opschaling van het aanbod binnen de eerstelijnszorg

De hervorming van het ziekenhuislandschap impliceert dat minstens de vervolgzorg na een klassieke hospitalisatie of na daghospitalisatie meer door eerstelijnsactoren zal moeten worden gerealiseerd (huisartsenpraktijken, thuisverpleging, gezinszorg, ...). Ook een goede triage kan tot mogelijks meer vraag op de eerste lijn leiden (zie 3.3). Er zullen op de eerste lijn dus extra taken en verantwoordelijkheden moeten worden opgenomen, die meer tijd van professionals zullen vragen waardoor een uitbreiding van het aanbod nodig zal zijn.

Deels kan de versterking van het eerstelijnsaanbod worden gerealiseerd door een efficiëntere zorgorganisatie, maar er zullen ook bijkomende budgetten en gerichte beleidsinspanningen nodig zijn om extra capaciteit te realiseren en te financieren. Een gedeeltelijke verplaatsing van zorg in het ziekenhuis naar daarbuiten vraagt immers **extra ambulante capaciteit** (voor o.a. post-acute nazorg, chronische zorg, medicatiebegeleiding) alsook organisatie en ondersteuning van de zorg thuis. De extra ambulante capaciteit moet structureel gefinancierd én ook gerealiseerd worden.

4.1.2 De juiste expertise voor meer complexe zorg in de eerste lijn

Een verschuiving van ziekenhuiszorg heeft ook effect op de verwachte en noodzakelijke competenties van eerstelijnsprofessionals (zie ook 6.3.2). Zij zullen worden ingezet voor meer complexe en technische handelingen, bijvoorbeeld na (dag)hospitalisatie of bij thuishospitalisatie. Een capaciteitsversterking van de eerste lijn houdt dus ook in dat, waar dit vandaag nog niet het geval is, mensen nodig zijn met de juiste profielen en bevoegdheden om klinisch veilige handelingen te doen. Opleiding en vorming zijn daarbij zeer belangrijk, om voort te bouwen op de reeds aanwezige expertise in de eerste lijn en deze waar nodig verder aan te vullen. Dit kan onder meer via ziekenhuizen die hun expertise en kennis ter beschikking kunnen stellen. Daarnaast is informatiedoorstroming noodzakelijk om eerstelijns- en ziekenhuiszorg beter op elkaar te laten aansluiten (bv. protocollen ter beschikking stellen of gericht aanbieden over specifieke handelingen of materialen).

Omgaan met toenemende complexiteit vergt eveneens een meer generalistische aanpak door alle professionals rond en met de persoon met zorgbehoefte. Vandaag de dag zit de complexiteit van zorgvragen immers ook in de context van personen met zorgbehoefte, in relaties (of het gebrek eraan), in woon- en leefsituaties en in het samenbrengen van informele en formele zorg. De raad schuift hier een algemene generalistische houding naar voor waarover volgens hem elke professional moet beschikken, en in opgeleid en bijgeschoold worden. Hij verwijst

naar het advies over 'de nieuwe professional in zorg en ondersteuning'⁷ waar de generalistische aanpak verder uitgewerkt is.

In een meer complexe zorgomgeving heerst ook de vraag wie welke zorg wettelijk mag uitvoeren. Daarbij is een duidelijk kader voor juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid nodig, zeker in functie van het versterken van multidisciplinaire samenwerking. Vandaag leiden onduidelijke juridische verantwoordelijkheden van professionals die samenwerken tot terughoudendheid op het terrein.

4.1.3 Transmurale zorg verankeren

De aandacht voor transmurale zorg in de expertennota is voor de raad zeer positief, aangezien daar belangrijke kansen liggen voor een betere continuïteit van zorg en een efficiëntere inzet van middelen. Er zijn vandaag ook al verschillende samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen en eerstelijnsactoren, die weliswaar voor verbetering vatbaar zijn.

Voor de raad moeten in het toekomstige ziekenhuislandschap transmurale zorgprocessen expliciet worden verankerd, zo veel mogelijk via zorgpaden. Dit met als doel een efficiëntere samenwerking tussen actoren, te bewerkstelligen in het belang van de persoon met zorgbehoefte. Een ziekenhuishervorming zonder gelijktijdige investering in transmurale zorg via zorgpaden of andere instrumenten (voor bepaalde pathologieën of situaties) kan leiden tot extra complexiteit, parallelle circuits en risico's in de thuissituatie.

Het is belangrijk dat er in het toekomstige ziekenhuislandschap aandacht gaat naar cruciale overgangsmomenten naar de thuissituatie, waar het risico op discontinuïteit het grootst is. Het zal duidelijk moeten zijn welke nazorg en opvolgtrajecten er nodig zijn, hoe deze op een verantwoorde en kwaliteitsvolle manier moeten worden georganiseerd en wat de juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van elke professional is.

Dergelijke overgangsmomenten vereisen een goede communicatie tussen het ziekenhuis en de persoon met zorgbehoefte zelf, zijn netwerk en alle betrokken eerstelijnsactoren, alsook een verplichte, tijdige en digitaal ondersteunde informatieoverdracht. Beslissingen over (de juiste plek en de juiste partner voor) nazorg en opvolging mogen bovendien niet louter benaderd worden vanuit medische parameters of gezondheidsaspecten maar moeten ook een paramedische inschatting⁸, sociale, cognitieve, psychische factoren, draagkracht en woonomstandigheden mee in rekening nemen. Ook de wens van de persoon met zorgbehoefte zelf moet hierin een plaats krijgen. Cruciaal is een zorgvuldig en helder ontslagbeleid waardoor eerstelijnsactoren snel op de hoogte zijn dat opvolging van een bepaalde persoon met zorgbehoefte nodig is. Daarvoor adviseert de raad digitale zorg- en overdrachtsinstrumenten waarbij interoperabiliteit verzekerd is en blijft.

⁷ SAR WGG (2015), [Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst](#)

⁸ Bv. is iemand kinesitherapeutisch klaar voor ontslag of ergotherapeutisch klaar voor ontslag?

Hier komt ook het belang van zorgcoördinatie naar voor⁹. Het valt de raad op dat er in de expertennota staat dat een zorgcoördinator meestal de huisarts zou zijn. Dit kan, maar hoeft niet zo te zijn. De raad verwacht dat hier de Vlaamse besluitvorming¹⁰ gevolgd wordt die stelt dat de persoon met zorgbehoefte zelf of zijn vertegenwoordiger in eerste instantie de zorgcoördinatie op zich kunnen nemen, maar dat zij ook iemand in het zorgteam kunnen aanstellen om dit te doen. Een goede samenwerking tussen de huisarts en de gekozen zorgcoördinator – indien dit dus niet de huisarts is – is wel zeer belangrijk.

Bovendien stelt de raad vast dat de termen casemanager en zorgcoördinator in de nota verward worden. Het is belangrijk om hier eenduidig in te zijn. De raad vraagt aan de Vlaamse minister om de actuele oefening rond de (re)organisatie van de eerste lijn, en in het bijzonder de opdracht van zorgcoördinatie en casemanagement daarin, optimaal te laten aansluiten bij de te verwachten impact van de ziekenhuishervorming (kortere ligduur, verhoogde zorgomkadering thuis, toenemend belang van zorgcoördinatie, casemanagement en ontslagmanagement, en zo meer).

4.1.4 Structurele samenwerking

Meer dan ooit is er nood aan een versterkte samenwerking tussen de ziekenhuizen en de eerste lijnsactoren, met respect voor ieders rol en met ‘de juiste zorg op de juiste plaats’. Niet enkel op het microniveau zal de samenwerking belangrijk zijn (zie hiervoor), maar ook op mesoniveau. De raad bespreekt de samenwerking op mesoniveau meer uitgebreid in hoofdstuk 6 van dit advies.

Als we samenwerking willen versterken, is een plaats voor de ziekenhuizen als verplichte partner op het mesoniveau aangewezen. Sowieso is het voor de gewenste transformatie naar geïntegreerde zorg en ondersteuning per definitie essentieel dat de relevante actoren op het juiste niveau betrokken zijn (zie 6.5.3).

⁹ Voor een uitgebreid inhoudelijk standpunt van de raad over zorgcoördinatie en casemanagement verwijst hij naar zijn [advies over de Conceptnota Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning](#) (2025)

¹⁰ Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (26/04/2019): Art. 6 § 3. **De zorgcoördinator** is het aanspreekpunt van het zorg- en ondersteuningsteam dat als lid van het zorg- en ondersteuningsteam de taak op zich neemt om het overzicht te behouden en ervoor te zorgen dat alle zorg en ondersteuning, vastgelegd op basis van de zorg- en ondersteuningsnood van de persoon, afgestemd, opgevolgd en geëvalueerd wordt. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger neemt bij voorkeur de taak van zorgcoördinator op. Voor die taak kan de persoon bijgestaan worden door een lid van het zorg- en ondersteuningsteam. Als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger dat niet wil of kan opnemen, of bij scharniermomenten, wijst de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in samenspraak en na beraadslaging met het zorg- en ondersteuningsteam een zorgaanbieder als zorgcoördinator aan.

Aanbevelingen:

- Realiseer een versterking voor de eerstelijnszorg: meer aanbod, meer professionals en met de juiste profielen en bevoegdheden om klinisch veilige handelingen te doen. Ook de extra ambulante capaciteit die nodig zal zijn, moet structureel gefinancierd worden.
- Ondersteun mantelzorgers en vrijwilligers die nog belangrijker zullen worden in het zorgcontinuüm.
- In het toekomstige ziekenhuislandschap moeten transmurale zorgprocessen expliciet worden verankerd, bij voorkeur via zorgpaden.
- Gebruik (en waar nodig: ontwikkel) interoperabele digitale zorgsystemen en overdrachtsinstrumenten, onder meer ter ondersteuning van een zorgvuldig ontslagbeleid.
- Zorg voor een duidelijk kader inzake juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van professionals die samenwerken.
- Neem de te verwachten impact van de ziekenhuishervorming mee in de actuele oefening van de Vlaamse WVG-minister rond de (re)organisatie van de eerste lijn.
- Neem ziekenhuizen op als verplichte partners op het mesoniveau.

4.2 Ouderenzorg

In de expertennota wordt kort verwezen naar een toename van de vraag naar G-bedden maar verder wordt er weinig ingegaan op de uitdagingen van de vergrijzing, zowel binnen de ziekenhuizen als binnen de zorg voor ouderen thuis en in een thuisvervangend milieu (hier samen: de ouderenzorg). Er wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de evolutie waarbij ouderen zo lang mogelijk thuisblijven, ook bij stijgende zorgnoden. Dit alles echter brengt grote uitdagingen met zich mee inzake de organisatie van geïntegreerde en kwaliteitsvolle ouderenzorg en van transmurale zorg voor kwetsbare ouderen.

De uitbouw van lokale medische centra en intermediaire zorg uit de expertennota bieden mogelijkheden, maar ook een versterking van de ouderenzorg is noodzakelijk. Daarnaast vraagt de raad het behoud en waar nodig de versterking van geriatrie acute zorgcapaciteit in RAZ, volgens de populatienoden. Geriatrie zorg mag niet structureel worden verschoven naar ZIZ zonder maatschappelijke en zorginhoudelijke verantwoording (zie ook 3.2.4).

4.2.1 Druk op de ouderenzorg

De zorg voor ouderen staat onder grote druk door de toenemende zorgvraag én zorgzwaarte. Algemeen is er een tekort aan gespecialiseerde profielen, zoals geriateren en verpleegkundigen met specifieke expertise. Het is cruciaal dat tekorten weggewerkt worden, onder meer door voldoende gespecialiseerde opleidingsprogramma's te organiseren, volgens de noden die zich in de bevolking stellen, en deelname aan dergelijke opleidingen te stimuleren (bijv. kinesitherapie voor ouderen, wondzorgverpleegkunde, geriatrie verpleegkunde...).

De inzet van multidisciplinaire teams rond de oudere persoon, zowel thuis als in voorzieningen, kan soelaas bieden. Ziekenhuizen moeten vanuit hun vernieuwd georganiseerd

zorgaanbod nog meer outreachend werken en een specifieke opdracht krijgen om voorzieningen en professionals hierin te ondersteunen en te versterken:

- Externe liaisonfuncties, waarin artsen of gespecialiseerde teams naar een woonzorgcentrum komen (fysiek of via telemedicine), zijn zeer zinvol. Deze aanpak geeft artsen zicht op hoe mensen leven en wonen en versterkt zorg op maat.
- Outreach met gespecialiseerde consulten (bv. inzake infecties, wondzorg, specialistische geriatrieconsulten, ...) kan onnodige ziekenhuisopnames en dagziekenhuiscontacten vermijden.
- RAZ'en kunnen via hun hoogtechnologische platformen woonzorgpartners ondersteunen (zoals ook tijdens covid gebeurde). En ook expertise van de LMC's en ZIZ'en kan worden ingezet voor de stijgende nood aan gespecialiseerde ambulante geriatrie zorg.

Het is essentieel om deze eventuele initiatieven te koppelen aan het zorgaanbod dat al aanwezig is. Zo mag in de woonzorgcentra een connectie met de coördinerend raadgevend arts (CRA) niet ontbreken.

De raad bepleit om uiteindelijk minder in disciplines te denken, maar schuift geïntegreerde samenwerking naar voren. Op die manier kunnen woonzorgcentra zowel de nodige basiszorg bieden als aanvullende specialistische zorg integreren en uitgroeien tot lokale zorgankerpunten die heropnames en zorgtransities vermijden dankzij preventieve zorgactiviteiten, lokale opvolging en samenwerking met huisartsenpraktijken, thuiszorg en ziekenhuizen.

4.2.2 Samenwerking rond geriatrie zorg binnen en buiten de ziekenhuizen

Ouderenzorg in de vier ziekenhuistypes en daarbuiten moet als één continuüm worden gezien en meegenomen in een geïntegreerde zorgstrategische planning. De raad pleit hierbij voor meer zorg dicht bij huis, minder transport en sterkere afstemming en samenwerking:

- Regionale afstemming tussen geriatrie ziekenhuiszorg, LMC's, ZIZ'en, thuiszorg, gezinszorg, woonzorg, centra voor dagverzorging, lokale dienstencentra, herstelverblijf, centra voor revaliderend herstelverblijf, revalidatieziekenhuizen en andere zorgvormen moet structureel verstrekt worden. Samenwerking moet afgestemd zijn op regionale noden en bestaande zorgvormen.
- De opmerkingen die de raad maakte bij de eerstelijnszorg (zie 4.1.3) zijn uiteraard ook hier van toepassing: ook in de zorg voor ouderen zijn transmurale zorgpaden en herstelgerichte trajecten nodig om zorgcontinuïteit te verbeteren.
- De functie van het geriatrie dagziekenhuis zou (gedeeltelijk) geïntegreerd kunnen worden in lokale medische centra zodat zorg dicht bij de oudere en zijn mantelzorger komt. Dit verhoogt de toegankelijkheid en vermindert het transport.
De raad beseft echter dat dit geen eenvoudige piste is (en dat ook nog niet duidelijk is wat de criteria voor dagziekenhuis in een LMC zijn – zie hoofdstuk 3). De voorwaarden voor de functie van het geriatrie dagziekenhuis moeten dan expliciet worden vastgelegd en gefinancierd, inclusief outreachprogramma's vanuit het LMC. Misschien kan hier geopteerd worden om diens opdrachten en functies te financieren en niet (in de eerste plaats) de

structuur. Bovendien kan ook de huidige organisatie van het geriatrisch dagziekenhuis (regelgeving, normering, financiering) kritisch bekeken en geoptimaliseerd worden.

4.2.3 Andere vormen van residentiële zorg

Centra voor revaliderend herstelverblijf, herstelverblijf, centra voor dagopvang en dagverzorgingscentra worden vandaag onderbenut. Bovendien zijn er specifiek voor kortverblijf momenteel wachtlijsten, die dringend een oplossing vragen.

Al deze vormen van tijdelijke residentiële zorg krijgen een nog belangrijkere rol wanneer het ziekenhuislandschap wijzigt, door onder meer bij te dragen aan 'zachtere' zorgtransities na een ziekenhuisopname en (tijdelijk) de druk te verlichten voor mantelzorgers. Het gebruik van dit type van zorgvormen wordt echter belemmerd omwille van rigiditeit in procedures (doorverwijzing en opname), betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte en zo meer. Aangezien het belangrijke schakels zijn in het zorgcontinuüm, vraagt de raad deze drempels weg te werken.

De raad doet hierbij ook het voorstel om in bepaalde infrastructuur flexibel te kunnen inspelen op verschillende erkenningsvormen naargelang de noden van specifieke personen met zorgbehoefte, van regio's of van momenten.

Transmurale zorg is niet alleen belangrijk tussen ziekenhuis en eerstelijnsactoren (zie 4.1.3.) maar ook tussen ziekenhuis en alle zorgvormen die zich bevinden in het zorgcontinuüm tussen ziekenhuis en thuis zoals de andere vormen van tijdelijke residentiële zorg. Zij dienen deel uit te maken van de zorgpaden. Want de zorgvrager doorloopt vandaag een complexer traject met verschillende overgangsfasen met een hoger risico op discontinuïteit van de zorg.

Aanbevelingen:

- Verbeter de zorgcontinuïteit voor ouderen, versterk de ouderenzorg en vermijd onnodige (her)opnames via intensieve samenwerking, transmurale zorgpaden, herstelgerichte trajecten, outreach vanuit de ziekenhuizen en een geïntegreerde samenwerking binnen de

woonzorgcentra. Geef ziekenhuizen de expliciete opdracht om de ouderenzorg in die complexe en specialistische zorg te ondersteunen en te versterken.

- Neem ouderenzorg binnen ziekenhuizen, thuiszorg, woonzorgcentra, en andere vormen van residentiële zorg op in een geïntegreerde zorgstrategische planning.
- Behoud een voldoende grote geriatrische afdeling in een RAZ om de acute noden bij deze populatie op te vangen.
- Integreer de functie van het geriatrich dagziekenhuis (gedeeltelijk) in LMC's (naast RAZ).
- Neem drempels weg voor het gebruik van centra voor revaliderend herstelverblijf, herstelverblijf, kortverblijf, centra voor dagopvang en dagverzorgingscentra.

4.3 Geestelijke gezondheidszorg

Binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen is er spoedeisende hulp bij psychiatrische crisissituaties, liaisonpsychiatrie, A- en K-bedden en stoelen en Sp-psychogeriatric. Daarnaast zijn er de psychiatrische ziekenhuizen. De psychiatrische ziekenhuisdiensten in algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen maken bovendien ook deel uit van de GGZ-netwerken, zowel voor de doelgroep kinderen en jongeren als voor de doelgroep volwassenen en ouderen. Ze dragen samen met de andere actoren in de GGZ bij tot de ontwikkeling en de uitvoering van de beleidsplannen van deze netwerken. Ook deze zorgvormen moeten een plaats krijgen in de hervorming. **Het is dan ook een grote lacune dat het psychiatrisch ziekenhuisaanbod in de algemene en universitaire ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen niet is meegenomen in de expertennota.** De impact van de voorstellen raakt immers wel aan de beschikbaarheid en de spreiding van de psychiatrische bedden. Ook in het kader van geïntegreerde zorg en ondersteuning en de veel aanwezige co-morbiditeit tussen somatische en psychische problematiek, is het nodig om dit aanbod mee te nemen in een denkoefening over het ziekenhuislandschap.

De raad vult de nota daarom aan met een vijfde type van ziekenhuis, namelijk het psychiatrisch ziekenhuis, waar intensieve en multidisciplinaire behandeling en ondersteuning wordt geboden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Omwille van zijn specificiteit behoudt het psychiatrisch ziekenhuis een aparte plaats in de ziekenhuiswet. Net zoals voor de andere types van ziekenhuizen, geldt voor het psychiatrisch ziekenhuis dat het zich moet organiseren vanuit vastgestelde behoeften in de populatie en afgestemd op het aanwezige bredere zorglandschap.

In de logica van de expertennota zou het goed zijn dat er verder wordt nagedacht over welke elementen van het psychiatrische ziekenhuisaanbod welke mate van concentratie vereisen en dus idealiter in welk type ziekenhuis beschikbaar moeten zijn.

Sowieso blijft voor de raad in de toekomst de psychiatrische ziekenhuiszorg noodzakelijk binnen het RAZ. Mensen met acute psychiatrische problematieken melden zich (meer en meer) aan bij de spoeddiensten, waardoor de aanwezigheid van deskundige psychiatrische teams in deze ziekenhuizen onmisbaar blijft voor triage, crisisinterventie, zorg en doorverwijzing. Eerder in dit advies merkte de raad op dat het niet duidelijk is wat verstaan wordt onder het

'basisaanbod' van een RAZ (zie 3.2.1). Hij wijst er alvast op dat psychiatrische ziekenhuiszorg deel moet blijven uitmaken van dit basispakket, volgens de noden van de populatie.

Er is ook nood aan een verdere uitwerking van het aanbod geestelijke gezondheidszorg (in het bijzonder voor kinderen, jongeren en adolescenten), zowel in de vier door de experts genoemde ziekenhuistypes als in het psychiatrisch ziekenhuis en buiten de muren van de ziekenhuizen. Vandaag is er een tekort aan acute opvang en gespecialiseerde bedden voor psychiatrische ziektebeelden, onder meer voor suïcideproblematiek, verslaving, eetstoornissen en psychogeriatrische zorg. Ook is er meer aandacht nodig voor personen met dubbeldiagnoses zoals een psychiatrische problematiek en handicap. Wachttijden zijn lang en de doorverwijzing verloopt moeizaam. Ambulante zorg en mobiele teams worden gezien als een belangrijk onderdeel van de oplossing, maar de huidige versnippering van protocollen en werkwijzen vormt een knelpunt. Er is voldoende capaciteit nodig, zowel ambulant als residentieel, maar ook meer samenhang en samenwerking tussen ziekenhuizen en de verschillende vormen van aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Om deze samenwerking mogelijk te maken moeten een aantal garanties worden geboden bij de hervorming van het ziekenhuislandschap:

- **Er moet een sterkere interactie zijn tussen de zorggebieden van de ziekenhuizen en de netwerken GGZ.** Alle ziekenhuizen (UZ/RAZ/ZIZ/LMC/Psychiatrisch ziekenhuis/Vlaamse revalidatieziekenhuizen) binnen een logisch zorggebied werken er dan structureel samen met de actoren van het netwerk GGZ om gezamenlijk de verantwoordelijkheid op te nemen voor de zorg voor personen met psychische zorgbehoeften in hun regio.
- **Binnen de triage van spoed en huisartsenwachtposten moeten ook GGZ-problematieken een plaats hebben.** Het beoordelen van deze GGZ-problematieken in een triage vergt specifieke expertise en opnieuw een nauwe interactie tussen ziekenhuizen en GGZ-netwerken waardoor ook responsmiddelen of vervolgzorgmogelijkheden uit de GGZ aangesproken kunnen worden wanneer een verblijf op spoed niet (langer) noodzakelijk is. Het vergt ook geschikte infrastructuur om personen in een crisissituatie op een kwaliteitsvolle manier op te vangen.

Tot slot vraagt de raad om in de verdere hertekening te bekijken of psychiatrische daghospitalisatie binnen een LMC gerealiseerd kan worden. Het is momenteel nog niet duidelijk wat de voorwaarden en criteria zullen zijn voor daghospitalisatie in een LMC maar mogelijks past de psychiatrische zorg hierbinnen, wat ook de nabijheid en toegankelijkheid voor de persoon met zorgbehoefte ten goede zou kunnen komen.

Aanbevelingen:

- Neem het psychiatrisch ziekenhuisaanbod in de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen mee in de verdere hertekening van het ziekenhuislandschap. Beschouw de psychiatrische ziekenhuizen daarbij als vijfde ziekenhuistype.
- Verken verder welke elementen van het psychiatrische ziekenhuisaanbod welke vorm van concentratie behoeven in welk ziekenhuistype.
- Verzeker het psychiatrische ziekenhuisaanbod in het 'basisaanbod' van een RAZ.
- Stimuleer afstemming en samenwerking binnen het geheel van de geestelijke gezondheidszorg, via een sterkere interactie tussen de zorggebieden van de ziekenhuizen en de netwerken GGZ en via aandacht voor GGZ-problematieken in de triage van spoed en huisartsen-wachtposten.
- Verken of psychiatrische daghospitalisatie ook binnen een LMC gewenst is.

5. Plaats van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen

De ambitie van de experts om met het voorstel elk van de vier ziekenhuistypes een specifieke rol en verantwoordelijkheid toe te bedelen, moet voor de raad ook gebeuren voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen. Zij bestaan reeds lang en hebben een duidelijke maatschappelijke meerwaarde maar worden momenteel volledig buiten het hervormingsvoorstel gehouden. Dit staat volgens de raad haaks op het doel van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Bovendien dreigt een hertekening van het ziekenhuislandschap vast te lopen op uitstroomproblemen zonder voldoende en gediversifieerde revalidatiecapaciteit en een heldere afstemming met alle actoren in de revalidatiezorg. De Vlaamse revalidatieziekenhuizen zijn daarbij erg belangrijk in substitutie en doorstroom naar andere sectoren.

5.1 Identiteit van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen

Duidelijkheid over de rol, identiteit en organisatie van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen is dringend nodig. Het is voor deze sector al meer dan tien jaar onduidelijk waar de Vlaamse overheid met deze ziekenhuizen naartoe wil. De raad vraagt met aandrang om hen mee te nemen in de verdere hertekening van het ziekenhuislandschap en om dit moment aan te grijpen om historische problemen op te lossen zodat revalidatiezorg ook als Vlaamse bevoegdheid kwaliteitsvol, toekomstgericht en juridisch correct verankerd blijft. Daarvoor vraagt de raad een Vlaams revalidatiedecreet waarin onder andere de taken en opdrachten van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen duidelijk worden.

De raad verwacht een effectieve uitvoering van het Vlaams Regeerakkoord, waar te lezen is dat de Vlaamse overheid duidelijkheid zal scheppen voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen, als onderdeel van een bredere hervorming van het revalidatielandschap. De raad vraagt daarbij ook

bijzondere aandacht voor de gespecialiseerde kinderrevalidatie, die zowel plaatsvindt in de universitaire ziekenhuizen als in het Revalidatieziekenhuis Inkendaal en gespecialiseerde centra zoals Revalidatiecentrum Pulderbos en het (federale) Zeepreventorium. Daarnaast vindt de raad het belangrijk dat in de toekomst ook de supra regionale rol en functies van sommige Vlaamse revalidatieziekenhuizen worden geborgd.

Dit alles moet uiteraard gebeuren in samenspraak met de sector, bijvoorbeeld via de Vlaamse stuurgroep fysieke revalidatie die momenteel aan de slag gaat met de concrete uitwerking van de voorstellen in het Regeerakkoord.

5.2 Positionering in het zorgcontinuüm

De positionering van de revalidatieziekenhuizen moet vertrekken vanuit de zorgnoden in de populatie (zie ook hoofdstuk 2). Door ook de revalidatieziekenhuizen in te bedden in een populatiegericht zorgmodel, waarin zij samen met federale ziekenhuizen, de eerste lijn en andere zorgactoren verantwoordelijkheid dragen voor de zorg voor een populatie in een regio, kan de beschikbare expertise, capaciteit en infrastructuur optimaal worden ingezet. Vanuit dit perspectief moet ook de positionering ten opzichte van de ouderenzorg, de thuiszorg, ambulante revalidatie, de zorg voor personen met een handicap, het oriënterend kortverblijf, de centra voor revaliderend herstelverblijf en de herstelverblijven bekeken worden. De revalidatie die in deze settings plaatsvindt, vormt een integraal en volwaardig onderdeel van het zorgcontinuüm.

Binnen het zorgcontinuüm mist de raad een plaats voor revalidatie in dagopname in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen. Voor bepaalde personen met een zorg- en revalidatiebehoefte is de stap tussen revalidatie met opname in een revalidatiebed en volledige ambulante revalidatie te groot, aangezien ze nog bepaalde medische/verpleegkundige zorg nodig hebben en nog niet in staat zijn om volledig zelfstandig thuis te functioneren. Voor hen zou een 'revalidatie dagziekenhuis' een goede oplossing zijn, zoals ook wordt voorgesteld door de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen¹¹. De raad vraagt dan ook om dagopname toe te voegen aan de mogelijkheden van een Vlaams revalidatieziekenhuis.

Ook voor de centra voor **revaliderend herstelverblijf** geldt de opmerking dat zij niet worden meegenomen in de expertennota. Maar om tot een meer logische en efficiëntere organisatie van de revalidatiezorg te komen, met de 'juiste' patiëntenprofielen op het goede moment in de best gepaste setting, moet het gehele aanbod in de hervormingsoefening betrokken worden.

5.3 Juridisch kader voor samenwerking en afstemming

De raad vraagt dat de Vlaamse en federale overheid samen werk maken van een eenvoudiger, transparanter en toekomstgericht wettelijk kader dat samenwerking actief faciliteert. Zorgprogramma's, revalidatiebedden, ZIZ-modellen en transmurale zorgpaden moeten kunnen

¹¹ Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2026), [Visienota Revalidatie Dagziekenhuis](#)

functioneren binnen één coherent juridisch kader dat organisatie-overschrijdende samenwerking niet belemmert maar veel meer dan vandaag ondersteunt.

Via een (asymmetrisch) samenwerkingsakkoord met de federale overheid moet een juridisch kader uitgewerkt worden dat de regels bepaalt voor samenwerking en afstemming tussen Vlaamse revalidatieziekenhuizen en RAZ. Dit moet het mogelijk maken voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen om ook aan te sluiten tot de institutionele eenheid en gebruik te maken van de in de Ziekenhuiswet ingeschreven rechtsfiguren.

De raad bepleit samenwerking die patiëntgericht en niet structuur gestuurd is. Structurele, maar niet-exclusieve samenwerkingsovereenkomsten tussen revalidatieziekenhuizen en meerdere RAZ'en zijn daarom aan te bevelen. Dit model bewaart de vrije keuze van de persoon met revalidatiebehoefte en creëert ruimte om expertise optimaal in te zetten over de zorggebieden heen.

5.4 Gelijke behandeling van gelijke revalidatiebehoefte

Voor de raad is het essentieel dat mensen met gelijke revalidatiebehoeften kunnen rekenen op een gelijke behandeling, ongeacht of men is opgenomen in een Vlaams revalidatieziekenhuis of in een federaal ziekenhuis (ZIZ, revalidatiebed in RAZ). Dit houdt in dat de zorg op dezelfde manier georganiseerd moet kunnen worden, dat men hetzelfde inschalingsinstrument gebruikt en dat dezelfde organisatie van het zorgaanbod in zorgprogramma's voorzien is. Ook een correcte en toekomstbestendige financiering die het mogelijk maakt om in elk Vlaams revalidatieziekenhuis of federaal ziekenhuis dezelfde kwaliteit van revalidatiezorg te geven – afgestemd op de noden van de specifieke patiëntenpopulatie – is cruciaal. De raad vraagt daarbij ook een gelijke behandeling van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen en de federale ziekenhuizen op vlak van toegang tot de nomenclatuur, pseudonomenclatuur en andere federale activiteiten.

Dit alles kan gebeuren door een juridisch kader te scheppen waar de Vlaamse revalidatieziekenhuizen als 'zelfstandige ZIZ' kunnen bestaan en opereren, zoals de solitaire ZIZ met federale bevoegdheid met minimaal 90 bedden. Dit weliswaar met een regionale financieringsbron. Hiervoor is een samenwerkingsakkoord nodig (zie 5.3).

Daarnaast moet de hele hervorming van het revalidatielandschap worden ondersteund door uniforme kwaliteitscriteria en transparante outcome indicatoren die gelden voor alle revalidatieaanbieders. Dit komt niet alleen de kwaliteit van de zorg ten goede maar ook de beleidsvorming: beslissingen worden zo gebaseerd op meetbare resultaten in plaats van op historisch gegroeide structuren.

5.5 Alleen onderbouwde reconversie

In de nota leest de raad dat, om in de ziekenhuizen acute bedden te kunnen omzetten in revalidatiebedden of G-bedden, de experts voorstellen om op termijn de programmatie van deze bedden af te schaffen. Het loslaten van de programmatie zal pas mogen/kunnen gelijktijdig met

de invoering van een nieuwe financiering, die gekoppeld moet zijn aan een uniforme inschaling en een getrappt zorgmodel met aandacht voor de verschillende doelgroepen.

Ook voor de raad is het loslaten van de programmatie en normering in deze fase van de hervorming niet aangewezen (zie ook 3.2.4). Er moet gelijktijdig een nieuwe financiering uitgerold worden maar er moet eerst ook een interfederaal samenwerkingsakkoord komen waarin onder meer afspraken inzake programmatie vastgelegd kunnen worden (zie hierboven, 5.3).

De reconversie van acute naar revalidatiebedden die in de expertennota genoemd wordt, kan voor de raad alleen vanuit een analyse van regionale zorgnoden, bezettingsgraden in het huidige aanbod, zorgzwaarte en toekomstprojecties. Ze moet passen in duidelijke regionale afspraken en binnen een zorgstrategisch plan en een programmatie die afgestemd zijn op de demografische realiteit. Anders ontstaat het risico op ongecoördineerde en mogelijks kostenverhogende reconversies.

Aanbevelingen:

- Maak in een Vlaams revalidatiedecreet de visie omtrent Vlaamse revalidatie en de rol, identiteit en organisatie van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen duidelijk.
- Neem de Vlaamse revalidatieziekenhuizen mee in de verdere ziekenhuishervorming.
- Link de ziekenhuishervorming ook actief aan de beddencapaciteit in de centra voor revaliderend herstelverblijf en de nood aan revalidatie in dagopname.
- Maak het principe ‘Gelijke behandeling van gelijke revalidatiebehoefte’ concreet door ervoor te zorgen dat revalidatiezorg in een Vlaams revalidatieziekenhuis en in een federaal ziekenhuis op dezelfde manier georganiseerd kan worden (inschaling, zorgprogramma’s, toegang tot nomenclatuur, ...)
- Zorg interfederaal voor één coherent juridisch kader dat organisatie-overschrijdende samenwerking stimuleert en faciliteert. Schep daarbij een juridisch kader waar de Vlaamse revalidatieziekenhuizen als ‘zelfstandige ZIZ’ kunnen bestaan en opereren, zoals de solitaire ZIZ met federale bevoegdheid met minimaal 90 bedden.
- Behoud op deze moment de programmatie en normering voor revalidatiezorg. Reconversie van acute- en G-bedden naar revalidatiebedden kan alleen wanneer ze gebaseerd is op populatienoden en binnen de programmatie past, alsook binnen regionale afspraken en een zorgstrategisch plan.

6. Noodzakelijke flankerende maatregelen

De expertennota benoemt flankerende maatregelen die nodig zijn ter ondersteuning van de ziekenhuishervorming: het aanmoedigen van fusies en samenwerking tussen ziekenhuizen, een versterking van samenwerkingsvormen met andere zorgactoren, een digitale transformatie en ondersteunende financiering. De raad beschrijft hieronder zeven noodzakelijke flankerende

maatregelen, deels dezelfde dan diegene die de experts benoemen, deels aanvullend om ook de impact op het brede zorgsysteem en op de persoon met zorgbehoefte beter te capteren. **Ze zijn voor de raad essentieel om een effectieve en gedragen hervorming van het ziekenhuis-landschap, binnen de brede omslag naar geïntegreerde zorg en ondersteuning, waar te maken.**

6.1 Versterken van preventie en van gezondheidsvaardigheden

De stijgende zorgvraag legt een steeds grotere druk op het zorgsysteem. Door de vergrijzing neemt het aantal personen met een zorgbehoefte toe, terwijl ook complexe zorgvragen en chronische zorg vaker voorkomen. De raad wijst er echter op dat een aanzienlijk deel van deze zorgvragen kan worden voorkomen via gezondheidsbevordering, ziektepreventie en het versterken van gezondheidsvaardigheden. Ziektes of aandoeningen voorkomen, vroegtijdig opsporen of vermijden dat ze verergeren, houdt niet alleen de bevolking gezond maar zal een absolute noodzaak zijn om de druk op de zorg te doen afnemen.

Dit vraagt om substantieel meer investeringen in preventiebeleid. De raad herhaalt hier zijn oproep uit eerdere adviezen¹² voor een sterk en doelgericht preventiebeleid met bijhorende financiering. Om de huidige onderfinanciering nog veel meer dan vandaag aan te pakken, verwacht de raad een groeitraject, verbonden met gezondheidsdoelstellingen, meetbare opvolging en waar nodig bijsturing van de geleverde inspanningen om de doelstellingen te bereiken.

De preventiemiddelen worden best ingezet op interventies die zorgvragen en hospitalisaties reduceren, met bijzondere aandacht voor chronische aandoeningen die samengaan met een vergrijzende bevolking. Binnen het kader van dit advies over de ziekenhuishervorming, concretiseert de raad dit onder meer in vaccinatie, screening, therapietrouw en medicatiebegeleiding en het vermijden van onnodige (her)hospitalisatie via proactieve opvolging en telemonitoring.

Het versterken van de gezondheidsvaardigheden verdient ook een veel prominentere plaats binnen het preventiebeleid. Gezondheidsvaardigheden beïnvloeden immers in belangrijke mate het gezondheidsgedrag van mensen en hun zorggebruik. Het zijn individuele competenties maar die mee worden bepaald door hoe het zorg- en ondersteuningssysteem georganiseerd is en hoe 'gezondheidsvaardighedenbewust' organisaties en professionals handelen. De overgang van intramurale naar extramurale zorg maakt het bovendien voor velen nog moeilijker om de weg te vinden in het zorglandschap. De raad vraagt meer bewustwording voor het feit dat een ingewikkeld zorg- en ondersteuningssysteem betekent dat mensen over (nog) meer vaardigheden moeten beschikken om er gebruik van te kunnen maken. Hij verwijst hiervoor naar zijn recente advies met aanbevelingen voor een Vlaams gezondheidsvaardighedenbeleid¹³.

¹² Zie onder meer het [advies over de Logo's](#) (2024) en het [advies over de gezondheidsdoelstelling vaccinatie](#) (2024)

¹³ Vlaamse Raad WVG (2025), [Advies op eigen initiatief over een paradigmawissel voor het gezondheidsvaardighedenbeleid](#).

Aanbevelingen:

- Investeer structureel meer in gezondheidsbevordering, ziektepreventie en het versterken van gezondheidsvaardigheden.
- Zet middelen in op interventies die zorgvragen en hospitalisaties reduceren.

6.2 Bevorderen en bewaken van de toegankelijkheid van zorg

6.2.1 Een helder en logisch gestructureerd landschap

Vandaag is het zorglandschap complex en versnipperd. Een meer samenhangend, helder en logisch gestructureerd landschap zal de toegankelijkheid voor de persoon met zorgbehoefte ten goede komen maar navigeert hem ook naar het 'correct' gebruik van de verschillende zorgvormen. Het is belangrijk om kwetsbare mensen daar ook proactief bij te helpen.

Om te komen tot een meer logisch gestructureerd landschap moet de hervorming de impact voor de persoon met zorgbehoefte en zijn mantelzorger/omgeving veel sterker meenemen. Dit gebeurt in de expertennota niet. Hoe zullen zij de voorstelde ziekenhuisorganisatie beleven, hoe ervaren zij een dagopname met de nodige nazorg thuis, wat komt er allemaal bij de persoon met zorgbehoefte en zijn mantelzorg/omgeving te liggen, ...? De raad geeft ook mee dat de hervorming niet voor elke doelgroep dezelfde impact zal hebben. Voor sommigen dreigt de afstand – zowel fysiek als relationeel – tussen ziekenhuizen en bijvoorbeeld (voorzieningen voor) personen met een handicap, kwetsbare ouderen, ... nog meer te vergroten. Het is belangrijk dat bestaande barrières niet worden versterkt, maar systematisch worden meegenomen en aangepakt in het toekomstige beleid.

6.2.2 Bereikbaarheid en vervoer

In de nota is bereikbare zorg die zorg die binnen een bepaalde aanrijtijd met de auto te bereiken is (er wordt gedacht aan 30 minuten). De raad wenst dit criterium op twee punten aan te vullen:

- Een onderscheid tussen planbare en niet-planbare zorg is aangewezen. Voor planbare zorg is – in het kader van kwaliteit – een aanrijtijd van 30 minuten of zelfs langer aanvaardbaar, terwijl dit voor sommige acute pathologieën te lang is.
- Niet elke persoon met een zorgbehoefte heeft toegang tot een auto of kan deze besturen. Het is dus nodig om ook de bereikbaarheid met het openbaar vervoer en het ziekenvervoer in rekening te brengen, met bijzondere aandacht voor mensen met mobiliteitsbeperkingen of specifieke behoeften. Aandacht moet er hierbij ook zijn voor de bereikbaarheid voor onder andere de mantelzorger.

Wanneer de voorgestelde concentratie van zorg over de onderscheiden types van ziekenhuizen verder wordt uitgewerkt, is gelijktijdig een beleid nodig dat voor alle personen met zorgbehoefte vervoer betaalbaar, beschikbaar en praktisch haalbaar houdt. Zij zullen zich

in sommige gevallen immers verder moeten verplaatsen om toegang te krijgen tot de juiste zorg en zich meer moeten bewegen tussen sites (bv. RAZ en LMC of ZIZ). De raad vraagt dat:

- Rekening wordt gehouden met andere vormen van vervoer dan alleen met de wagen, namelijk openbaar vervoer en ziekenvervoer. Zowel het dringend, niet-dringend en interhospitalvervoer, dat onder verschillende bevoegdheden valt, moet worden meegenomen. Dit ook om te vermijden dat (financiële) wijzigingen aan vervoer van de ene entiteit een negatieve impact op het vervoer van een andere entiteit met zich meebrengt.
- De betaalbaarheid en beschikbaarheid van het niet-dringend zittend en liggend ziekenvervoer voldoende bewaakt worden.
- Er goed georganiseerd, betaalbaar (shuttle)vervoer is in die situaties waar RAZ, ZIZ en LMC van dezelfde juridische entiteit zich op andere locaties bevinden.
- Er aandacht is voor het feit dat sommige personen met een zorgbehoefte begeleiding nodig hebben om zich te verplaatsen naar de juiste zorg (bv. om zich naar afdelingen te begeven in of tussen (grote) ziekenhuissites). Soms dient deze begeleiding ook voldoende vertrouwd te zijn met de problematiek van de persoon. Niet iedereen heeft mantelzorgers om zich heen om in die begeleiding te voorzien.

6.2.3 Betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte

Het is noodzakelijk dat de overheid de betaalbaarheid voor elke persoon met zorgbehoefte bewaakt. Een hervorming van de ziekenhuiszorg mag niet tot gevolg hebben dat de persoon met zorgbehoefte, die nu meer zorg thuis zal (moeten) organiseren, hier financieel de dupe van is. De kostprijs van zorg binnen het ziekenhuis of daarbuiten mag geen hinderpaal vormen voor een kwaliteitsvolle (na)zorg en opvolging. Sowieso is transparantie over de kostprijs zeer belangrijk.

Aanbevelingen:

- Evolveer naar een meer samenhangend, helder en logisch gestructureerd zorglandschap.
- Neem de impact van de ziekenhuishervorming voor de persoon met zorgbehoefte en zijn mantelzorger/omgeving expliciet mee in de verdere analyses en hertekening.
- Werk bestaande barrières in de toegang tot en het gebruik van zorg en ondersteuning weg in het toekomstige beleid.
- Verruim het bereikbaarheidscriterium met andere vormen van publiek vervoer en maak hierbij een onderscheid tussen planbare en niet-planbare zorg.
- Laat de bereikbaarheid van de ziekuistypes en het vervoer om medische redenen tussen ziekenhuizen, ziekenhuissites, van en naar andere zorgactoren zoals Vlaamse

revalidatieziekenhuizen, woonzorgcentra, voorzieningen voor personen met een handicap, ... van bij aanvang deel uitmaken van het hervormingsplan.

- Bewaak de betaalbaarheid van zorg en bewaak dat het thuis organiseren van (na)zorg en opvolging geen financieel nadeel voor de persoon met zorgbehoefte oplevert.

6.3 Aandacht voor de professionals en opstart van het sociaal overleg

De zorgsector is in essentie een mensgerichte sector, gedragen door een grote groep gekwalificeerde professionals. Tegelijk vormt net dit een belangrijk knelpunt want al jaren kampt zowat de gehele sector met structurele personeelstekorten. Dit gegeven ligt mee aan de basis van de noodzaak tot hervorming van het ziekenhuislandschap, met als één van de doelen een optimale inzet van de beschikbare professionals. Het is dan ook vreemd dat de expertennota in de uitwerking van haar hervormingsvoorstel relatief weinig aandacht besteedt aan deze professionals en aan het meer aantrekkelijk maken van werken binnen de zorg.

Om kwaliteit van zorg en ondersteuning te garanderen, is het een cruciale voorwaarde dat er in alle zorgsectoren toereikende personeelsnormen zijn, dat blijvende inspanningen gebeuren om te zorgen voor voldoende en gekwalificeerde professionals en dat het werken in de zorg en ondersteuning meer werkbaar wordt.

6.3.1 Druk op de professionals in ziekenhuizen

Medisch, verpleegkundig, paramedisch, psychosociaal, ondersteunend en administratief personeel (hierna: professionals) vormen de spil van het ziekenhuis. Zij worden dan ook rechtstreeks geconfronteerd met de voorgestelde hervormingen, zowel in hun functie-inhoud als in hun loopbaanperspectief. Voor het welslagen van de transitie en om te **vermijden dat deze professionals de ziekenhuissector verlaten** en kiezen voor andere domeinen binnen en buiten de zorg is het essentieel dat rekening wordt gehouden met impact zoals:

- De druk die heroriëntatie of sluiting van afdelingen en van ziekenhuissites zet op gekwalificeerde professionals.
- Een mogelijke tweedeling in professionals bij de opdeling tussen RAZ en LMC (bv. professionals in LMC's zullen geen aanspraak meer kunnen maken op vergoedingen voor onregelmatige prestaties, die voor sommigen nu een belangrijk onderdeel zijn van hun inkomen. Anderzijds zullen ze in LMC's wel meer binnen de gewone daguren kunnen werken).
- Mogelijks grotere woon-werkafstanden indien professionals van herbestemde sites de overstap willen maken naar een RAZ.

De raad benadrukt dat professionals gedurende de hele transitie correct begeleid moeten worden in de veranderingsprocessen met het oog op het vermijden van (verdere) onzekerheid en uitstroom.

De hervorming moet ook van bij aanvang gepaard gaan met een gedegen sociaal overleg.

Dit overleg moet leiden tot sluitende afspraken over jobzekerheid, loopbaantransities, loon- en arbeidsvoorwaarden en werkbaarheid voor professionals. De raad vraagt met aandring om het sociaal overleg nu op te starten, zeker aangezien ziekenhuizen vandaag al aan het hervormen zijn, echter zonder een helder en gedragen kader voor de professionals.

Tot slot maar niet in het minst verwijst de raad hier naar de belangrijke rol van artsen, wiens betrokkenheid nodig is om draagvlak te creëren om zorg te herorganiseren over UZ, RAZ, LMC en ZIZ heen en om mee te investeren in technologie en nieuwe zorgprocessen.

6.3.2 Druk op de professionals in zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis

De raad schreef het eerder in dit advies al (zie o.a. 4.1.2): een verandering in het ziekenhuisaanbod heeft ook een belangrijke impact op de professionals die werkzaam zijn in de zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis. De (vervolg)zorg die niet langer wordt opgenomen door het ziekenhuis, zal deels door hen moeten worden opgevangen. Zij zullen te maken krijgen met bijkomende taken en daarbij nieuwe taakinhouden en verantwoordelijkheden. Dit vereist:

- **Bijkomende capaciteit** om de verschuiving naar meer daghospitalisatie, meer thuishospitalisatie en meer ambulante zorg op een kwaliteitsvolle manier op te vangen;
- **Meer (gekwalficeerde) professionals**, wat dé uitdaging van vandaag en de toekomst zal zijn.
- **De juiste expertise** voor meer complexe en gespecialiseerde zorgvragen. Professionals moeten hiervoor kunnen rekenen op ondersteuning, via opleiding en vorming en de nodige tijd en ruimte om te leren.
- **Duidelijke processen en afbakening van verantwoordelijkheden.**

Aanbevelingen:

- Zorg voor toereikende personeelsnormen en blijvende beleidsinspanningen voor voldoende personeelscapaciteit en het tegengaan van uitstroom uit de zorg.
- Houd prioritair rekening met de impact van de voorgestelde hervorming op de loon- en arbeidsvoorwaarden en de werkomstandigheden in de verschillende ziekenhuistypes.
- Start zo snel als mogelijk het sociaal overleg op, met het oog op werkbaar werk binnen de ziekenhuizen.
- Begeleid professionals binnen de ziekenhuizen gedurende de hele transitie.
- Ondersteun de zorg buiten de ziekenhuizen die te maken zal krijgen met meer (complexe) taken en nieuwe verantwoordelijkheden, via een uitbreiding van het (gekwalficeerde)

personeelsbestand, via een opschaling van het aanbod en via vorming en opleiding van de professionals.

6.4 Digitalisering en gegevensuitwisseling

6.4.1 Digitalisering als motor voor samenwerking en continuïteit

Digitalisering vormt een essentiële hefboom om samenwerking tussen actoren in zorg en ondersteuning te versterken en om de continuïteit van zorg te verbeteren, schreef de raad in zijn advies over Geïntegreerde zorg en ondersteuning¹⁴. Digitale toepassingen, zorgondersteunende technologie en gegevenssystemen kunnen processen vereenvoudigen, administratieve lasten verminderen, zorgtransities begeleiden en samenwerking efficiënter maken, op voorwaarde dat ze interoperabel, toegankelijk en gebruiksvriendelijk zijn voor professionals, personen met zorgbehoefte en organisaties. Bestaande en nieuwe systemen moeten deze eigenschappen blijvend verzekeren. Gedegen onderhoud van de systemen is hierbij een noodzaak.

Dat de digitale transformatie grote kansen biedt voor blended dienstverlening met teleconsultatie, thuismonitoring, digitale zorgpaden en meer gepersonaliseerde zorg en ondersteuning staat niet ter discussie. Maar ze vormt tegelijk een uitdaging voor mensen met beperkte digitale vaardigheden. Daarom is het essentieel dat zowel burgers als professionals over voldoende digitale competenties beschikken en dat de overheid ondersteunende maatregelen neemt wanneer die competenties ontbreken. In ieder geval bepleit de raad **een hybride aanpak**, waarbij digitale toepassingen blijvend worden gecombineerd met persoonlijke contacten.

6.4.2 Een robuuste digitale en data-infrastructuur

Een goed uitgebouwde IT-infrastructuur is noodzakelijk om digitale communicatie, het elektronisch patiëntendossier (EPD), digitale opvolging en zorg op afstand mogelijk te maken. De raad wijst erop dat digitale investeringen niet versnipperd mogen plaatsvinden binnen afzonderlijke instellingen, maar moeten bijdragen aan een brede digitale ruggengraat van het zorgsysteem die continuïteit en transmurale zorg ondersteunt.

Technologie moet niet enkel administratieve efficiëntie ondersteunen, maar ook bijdragen aan autonomie en participatie van de persoon met zorgbehoefte. Zorgondersteunende technologie kan mensen helpen langer zelfstandig te leven en hun regie te behouden, mits ze betaalbaar, bevattelijk en betrouwbaar is.

Toch zijn er nog steeds belangrijke knelpunten: de grote variatie in softwarepakketten en het ontbreken van uniforme kwaliteits- en homologatiecriteria bemoeilijken sturing en innovatie. Vendor

¹⁴ Vlaamse Raad WVG (2025), [Advies over de conceptnota Geïntegreerde zorg en ondersteuning](#)

lock-in bij EPD-leveranciers vormt een bijkomende barrière, waardoor uitwisselbaarheid beperkt blijft ondanks grote investeringen in bestaande systemen.

6.4.3 Gegevensdeling als fundament van geïntegreerde zorg en ondersteuning

Gegevensdeling is een cruciale hefboom voor geïntegreerde zorg en ondersteuning. Ze moet juridisch sluitend, technisch haalbaar, betrouwbaar en operationeel eenvoudig zijn zodat actoren effectief kunnen samenwerken binnen en over 'lijnen' heen. De raad vraagt hiervoor een ambitieus databeleid gebaseerd op interoperabiliteit, standaardisatie, gebruiksgemak en een stevig juridisch kader. Het BIHR (Belgian Integrated Health Record) kan hierbij een sleutelrol vervullen.

Naast technische vereisten vraagt gegevensdeling om duidelijke afspraken over governance, verantwoordelijkheden en beveiliging. Transparantie en vertrouwen tussen overheid, voorzieningen en professionals zijn noodzakelijk. De raad benadrukt in het bijzonder de nood aan een helder en werkbaar kader voor het gedeeld beroepsgeheim. Vandaag ervaren veel beroepsgroepen dat regels onduidelijk zijn of samenwerking belemmeren, waardoor cruciale informatie niet altijd gedeeld wordt. Een geïntegreerde aanpak vereist een evenwicht tussen privacy-bescherming en continuïteit van zorg.

Ook cybersecurity is een noodzakelijke voorwaarde voor verdere digitalisering. Een veilige digitale omgeving is cruciaal om vertrouwen op te bouwen bij burgers, professionals en organisaties, en om de mogelijke risico's van de toenemende digitalisering te beheersen.

Aanbevelingen:

- Investeer in interoperabele, toegankelijke en gebruiksvriendelijke digitale systemen die samenwerking en continuïteit van zorg versterken.
- Ondersteun burgers en professionals wanneer zij niet over de nodige digitale competenties beschikken.
- Bouw een brede, gedeelde digitale infrastructuur uit die transmurale zorg duurzaam ondersteunt.
- Stimuleer de implementatie van betaalbare en begrijpelijke zorgondersteunende technologie die zowel autonomie als administratieve efficiëntie bevordert.
- Ontwikkel een juridisch, technisch en operationeel robuust kader dat veilige en vlot uitvoerbare gegevensdeling mogelijk maakt.

6.5 Samenwerking op mesoniveau

De raad leest duidelijk in de expertennota dat een belangrijke focus van de hervorming de versterking is van samenwerkingsverbanden. Dit is een zeer goede ambitie, die vertaald moet worden naar samenwerking tussen ziekenhuizen/sites maar ook met/tussen andere actoren in zorg en ondersteuning, zowel op micro- als mesoniveau. Voor de samenwerking op microniveau verwijst de raad eerder naar hoofdstuk 4 van dit advies. Zijn aanbevelingen voor samenwerking op het mesoniveau volgen hierna.

6.5.1 Zorgcontinuïteit staat centraal

De raad benadrukt dat een duurzame en toekomstgerichte hervorming van het zorglandschap slechts mogelijk is wanneer samenwerking tussen ziekenhuizen, andere (al dan niet tijdelijke) residentiële voorzieningen, welzijnsactoren en de eerstelijnszorg structureel wordt verankerd. De huidige versnippering in het zorgaanbod en in de bestuurlijke organisatie kan leiden tot inefficiënt gebruik van middelen, tot ongewenste verschillen tussen regio's en tot voor de persoon met zorgbehoefte minder kwaliteitsvolle zorg, mogelijke breuken in het zorgtraject, kans op complicaties en langer herstel. Een doelmatige hervorming vereist daarom een geïntegreerde benadering waarbij zorgcontinuïteit centraal staat.

Binnen die benadering moeten naast de gezondheidsactoren ook welzijnsactoren en lokale besturen een volwaardige plaats krijgen in zowel samenwerking als planning. Een geïntegreerd zorglandschap veronderstelt immers dat medische, sociale en woon- en zorgbehoeften gezamenlijk worden geanalyseerd, opgevolgd en georganiseerd en dat wordt uitgegaan van de persoon met zorgbehoefte en zijn levensdoelen. Ook de persoon met zorgbehoefte moet dus een plaats krijgen in een samenwerkingsverband.

6.5.2 Onduidelijkheid over de ziekenhuisnetwerken

De expertennota vernoemt de ziekenhuisnetwerken maar biedt onvoldoende duidelijkheid over hun toekomst, finaliteit en positionering. Door deze onduidelijkheid lijken ziekenhuizen opnieuw meer individueel (zij het in een grotere rechtspersoon) te opereren, ondanks eerdere investeringen in netwerkvorming en regionale planning. **Daarom vraagt de raad dat de overheid expliciet bepaalt welke rol de ziekenhuisnetwerken in de toekomst moeten opnemen en hoe deze zich verhouden tot andere regionale structuren** zoals eerstelijnszones, regionale zorgzones, GGZ-netwerken, huisartsenkringen en andere kringwerkingen van zelfstandige zorgverstrekkers die regionaal zijn georganiseerd. Enkel wanneer deze structuren op elkaar zijn afgestemd, kan samenwerking op het terrein efficiënt worden gerealiseerd.

6.5.3 Structurele samenwerking in logische gebieden en met de relevante actoren

De doelstelling van een hervorming van het ziekenhuis- én van het bredere zorg- en ondersteuningslandschap is om via structurele samenwerking te evolueren naar geïntegreerde zorg en ondersteuning. In zijn advies¹⁵ over de gepaste ondersteuningsstructuur in het kader van geïntegreerde zorg en ondersteuning schetste de raad een raamwerk dat samenwerking binnen logisch afgebakende zorggebieden moet ondersteunen. Volgens de raad moeten deze zorggebieden worden bepaald op basis van patiëntstromen en zorgbehoeften. De huidige versnippering van geografisch afgebakende zorgzones leidt tot complexiteit en belemmert doelgerichte

¹⁵ Vlaamse Raad WVG (2025), [Advies over de gepaste ondersteuningsstructuur in het kader van Geïntegreerde zorg en ondersteuning](#)

samenwerking. Het louter van bovenaf vastleggen van geografisch afgebakende zones biedt daarom geen duurzame oplossing: zowel de zorgbehoeften als het zorgaanbod evolueren continu en laten zich niet rigide vastpinnen.

Het zorglandschap moet volgens de raad kunnen uitgroeien tot een functioneel, gedragen en outcomegericht proces. Voor elke maatschappelijke opdracht en steeds met het oog op het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor de persoon met zorgbehoefte, moeten de relevante actoren worden betrokken. Met een kern van partners die legitimiteit en gedeeld eigenaarschap opnemen. De overheid heeft daarin de verantwoordelijkheid om te bepalen welke actoren minimaal moeten deelnemen en om hun engagement te faciliteren, zonder structuren te creëren die participatie onnodig verzwaren. De raad benadrukt ook dat het mesoniveau meerlagig is en dat opdrachten moeten worden georganiseerd op de schaal die inhoudelijk het meest aangewezen is. Door ruimte te laten voor maatschappelijk verantwoord ondernemerschap binnen duidelijke randvoorwaarden, kan samenwerking flexibel, efficiënt en kwaliteitsvol worden vormgegeven.

Aanbevelingen:

- Veranker structurele samenwerking tussen ziekenhuizen, andere (al dan niet tijdelijke) residentiële voorzieningen, welzijnsactoren en de eerstelijnszorg om versnippering te verminderen en zorgcontinuïteit te waarborgen.
- Voorzie ook voor welzijnsactoren en lokale besturen een volwaardige rol in regionale planning zodat medische, sociale en woon- en zorgbehoeften geïntegreerd kunnen worden aangepakt. Ook de persoon met zorgbehoefte moet een plaats krijgen in een samenwerkingsverband.
- Bepaal duidelijk de toekomstige rol en positionering van ziekenhuisnetwerken en stem deze af op andere regionale structuren om efficiënte samenwerking mogelijk te maken.
- Stem regio-indelingen af op patiëntstromen en zorgbehoeften om de huidige complexiteit en inefficiëntie door verschillend gedefinieerde grenzen te vermijden.
- Organiseer opdrachten op de meest inhoudelijk aangewezen schaal binnen het meerlagige mesolandschap.

6.6 Ondersteunende financiering en investeringspad

De expertennota geeft weinig zicht op de financiële impact tijdens de hervorming. Sowieso zullen ziekenhuizen te maken krijgen met transitiekosten voor de aanpassing van gebouwen en apparatuur, voor tijdelijke dubbele werking, waarvan de baten pas later zullen blijken. De experts doen het voorstel om voor deze kosten een transitiefonds te voorzien.

De hervorming beoogt een meer efficiënte en kwaliteitsvolle inzet van professionals, infrastructuur en financiële middelen in het ziekenhuislandschap. Om dat doel te bereiken, is er nood aan investeringen die de transitie faciliteren. De raad onderstreept dan ook dat de transitie zelf niet budgetneutraal kan worden gerealiseerd. Naast structurele financiering

zijn tijdelijke ondersteunende middelen vereist om overgangskosten en heroriëntaties op te vangen. Ondersteunende financiering zal noodzakelijk zijn voor:

- Een onderbouwde infrastructuurtransitie, met voldoende investeringsmiddelen en een strategische inzet van infrastructuurfinanciering. De infrastructuurtransitie betreft zowel de bouw als de verbouwing van geherstructureerde ziekenhuizen en ziekenhuissites zodat de hervorming ook feitelijk wordt gerealiseerd. Deze financiering is sinds de zesde staatshervorming expliciet volledige Vlaamse bevoegdheid.
- De (verdere) uitbouw van digitale ondersteuning.
- De (verdere) uitbouw van transmurale en ambulante zorgmodellen met bijhorende financiële modellen.
- Het duurzaam en kwaliteitsvol opvangen van zorgverschuivingen naar andere zorg- en ondersteuningsactoren zoals de eerste lijn.
- Een structurele versterking van het beleid voor preventie en gezondheidsbevordering om zorgvragen en hospitalisaties te helpen vermijden.

Een reorganisatie van het ziekenhuislandschap moet tot slot ook samengaan met een transparante hervorming van de ziekenhuisfinanciering en een herijking van de nomenclatuur. Dit laatste moet worden afgestemd op de beoogde doelstellingen van de hervorming van het ziekenhuislandschap, zoals geïntegreerde zorg en ondersteuning, het stimuleren van concentratie en samenwerking, en zo meer.

Aanbevelingen:

- Voorzie tijdelijke ondersteunende financiering om de transitie te faciliteren.
- Werk gelijktijdig aan de hervorming van het ziekenhuislandschap een transparante hervorming van de ziekenhuisfinanciering en een herijking van de nomenclatuur uit.

6.7 Algemene communicatie

De raad schreef het eerder in dit advies al (zie hoofdstuk 1): een volgehouden communicatiecampagne van de overheid naar het werkveld en naar de brede bevolking is een belangrijke randvoorwaarde om de transitie te doen slagen. Het is daarbij zeer belangrijk om de hervorming van het ziekenhuisaanbod te duiden als noodzakelijk voor het behouden en versterken van de kwaliteit en de toegankelijkheid van ons zorgsysteem, niet als een besparingsoperatie. Het gaat immers om een gevoelige systeemhervorming met grote maatschappelijke impact. Een consistente, heldere centrale boodschap is essentieel, met doelgroepgerichte accenten (bv. kwaliteitsvolle spoedzorg is niet noodzakelijk de dichtstbijzijnde spoed, veilig bevallen vraagt voldoende ervaring en volume, ...). Het is ook raadzaam om campagnes samen met de beoogde doelgroep te ontwikkelen, zodat de boodschap daadwerkelijk overkomt en de effectiviteit van de campagne toeneemt.

De raad vraagt dat de overheid organisaties en professionals in zorg en ondersteuning ook begeleidt in het voeren van hun eigen communicatie. In het bijzonder de communicatie van

de eerste lijn naar personen met zorgbehoefte en de communicatie van lokale besturen naar hun bevolking zijn erg belangrijk voor het creëren van begrip, het verminderen van ongerustheid, het krijgen van meer inzicht in het zorgaanbod en het behouden van vertrouwen erin.

Tot slot benadrukt de raad dat campagnes alleen niet zullen volstaan om personen met een zorgbehoefte tot ander gedrag en zorggebruik aan te zetten. **Structurele gezondheidseducatie** in-gebed in alle onderwijsomgevingen van kinderen en jongeren en in relevante vormen van volwassenenonderwijs (incl. het aanbod voor anderstalige nieuwkomers), is eveneens nodig¹⁶.

Aanbevelingen:

- Communiceer helder en consistent over de hervorming naar de verschillende stakeholders en naar de brede bevolking.
- Ondersteun organisaties en professionals in het vertalen van de algemene communicatie-campagne naar eigen, gerichte communicatie.
- Veranker gezondheidseducatie in de verschillende vormen van onderwijs.

¹⁶ Vlaamse Raad WVG (2025), [Advies op eigen initiatief over een paradigmawissel voor het gezondheidsvaardighedenbeleid](#).