AANBEVELINGEN DOOR DE EXPERTGROEP

EXECUTIVE SUMMARY

VOOR DE HERVORMING VAN HET BELGISCHE ZIEKENHUISLANDSCHAP

Veranderen om te behouden (2026-2036)

IN OPDRACHT VAN

de Interministeriële
Conferentie
Volksgezondheid

Datum: 17 12 2025

Deze Executive Summary vat het advies samen van de expertgroep voor de toekomstige hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap.

Dit advies werd op 17 december 2025 verleend op vraag van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

1 INLEIDING

In het kader van de **hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap en de financiering** ervan, besliste de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid op 19 maart 2025 om een **expertgroep** op te richten.

Deze groep, bestaande uit onafhankelijke experten met ruime en diverse ervaring in uiteenlopende aspecten van ziekenhuisorganisatie, kreeg de opdracht om **aanbevelingen te formuleren voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap.**

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

De expertgroep zoomt voor zijn advies in op **de huidige organisatie van de acute ziekenhuizen en sites in ons land en op de huidige aanbodstructuur, zoals ze historisch is gegroeid**.

Het rapport behandelt NIET:

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

2 WAAROM EEN HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP?

Ons zorgsysteem lijkt onderhevig aan de '**wet van de remmende voorsprong**': dankzij een hoge patiënttevredenheid en breed maatschappelijke inbedding van onze zorg, lijkt alles prima te verlopen.

Maar die positieve perceptie kan verhullen dat **actie noodzakelijk is om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ons zorgsysteem te behouden en duurzaam te maken.**

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

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

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

3 SWOT-ANALYSE VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN

Een **SWOT-analyse** bracht de expertgroep bij volgende Sterktes, Zwaktes, Opportuniteiten en Bedreigingen van het huidige Belgische ziekenhuislandschap.

STERKTES

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

ZWAKTES

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

OPPORTUNITEITEN

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

BEDREIGINGEN

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

4 NAAR EEN PASSEND AANBOD

De SWOT-analyse toont aan dat het Belgische zorgaanbod **versnipperd** is: er zijn te veel ziekenhuissites die '*alles willen blijven doen*', terwijl de zorg steeds complexer en meer gespecialiseerd wordt. Dit leidt tot **inefficiënt gebruik van personeel en middelen**, zeker voor diensten die 24/7 beschikbaar moeten zijn. Door de toegenomen superspecialisatie en het personeelstekort is een **voldoende schaalgrootte** nodig om kwaliteit en continuïteit van zorg te verzekeren en de werkbelasting draaglijk te houden.

Tegelijk moet zorg **nabij** blijven: patiënten moeten basiszorg en veelvoorkomende ingrepen zo dicht mogelijk bij huis kunnen krijgen. Het **dagziekenhuis** speelt hierbij een belangrijke rol, omdat steeds meer behandelingen ambulant kunnen gebeuren. Dagcentra kunnen toegankelijk, laagdrempelig en geïntegreerd met de eerste lijn werken, en tegelijk een alternatief bieden voor commerciële privé initiatieven.

De toekomstige zorgstructuur zal dus **schaalvergroting** combineren met **zorgnabijheid**. Dat betekent **minder, maar sterker uitgebouwde ziekenhuissites** met duidelijke **volume- en kwaliteitsnormen**, met daarnaast meer **lokale ambulante zorg**.

Is niet ingrijpen en hopen dat de situatie zich spontaan oplost, een mogelijkheid? De SWOT-analyse leert ons dat **niets doen geen optie is**. De middelen zullen niet toenemen, integendeel, en de arbeidsbevolking groeit onvoldoende om aan de stijgende zorgvraag van de verouderende bevolking te kunnen voldoen.

Een solidaire gezondheidszorg behouden vraagt duidelijke keuzes. We zullen dus moeten **veranderen** om te **behouden**. Ook zullen we die **veranderingen solidair** moeten doorvoeren: van alle actoren in het ziekenhuislandschap worden inspanningen gevraagd.

5 HOEKSTEEN VAN DE HERVORMING: VIER TYPES ZORGVOORZIENINGEN

Voor de experten is **een passend zorgaanbod** een combinatie van:

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

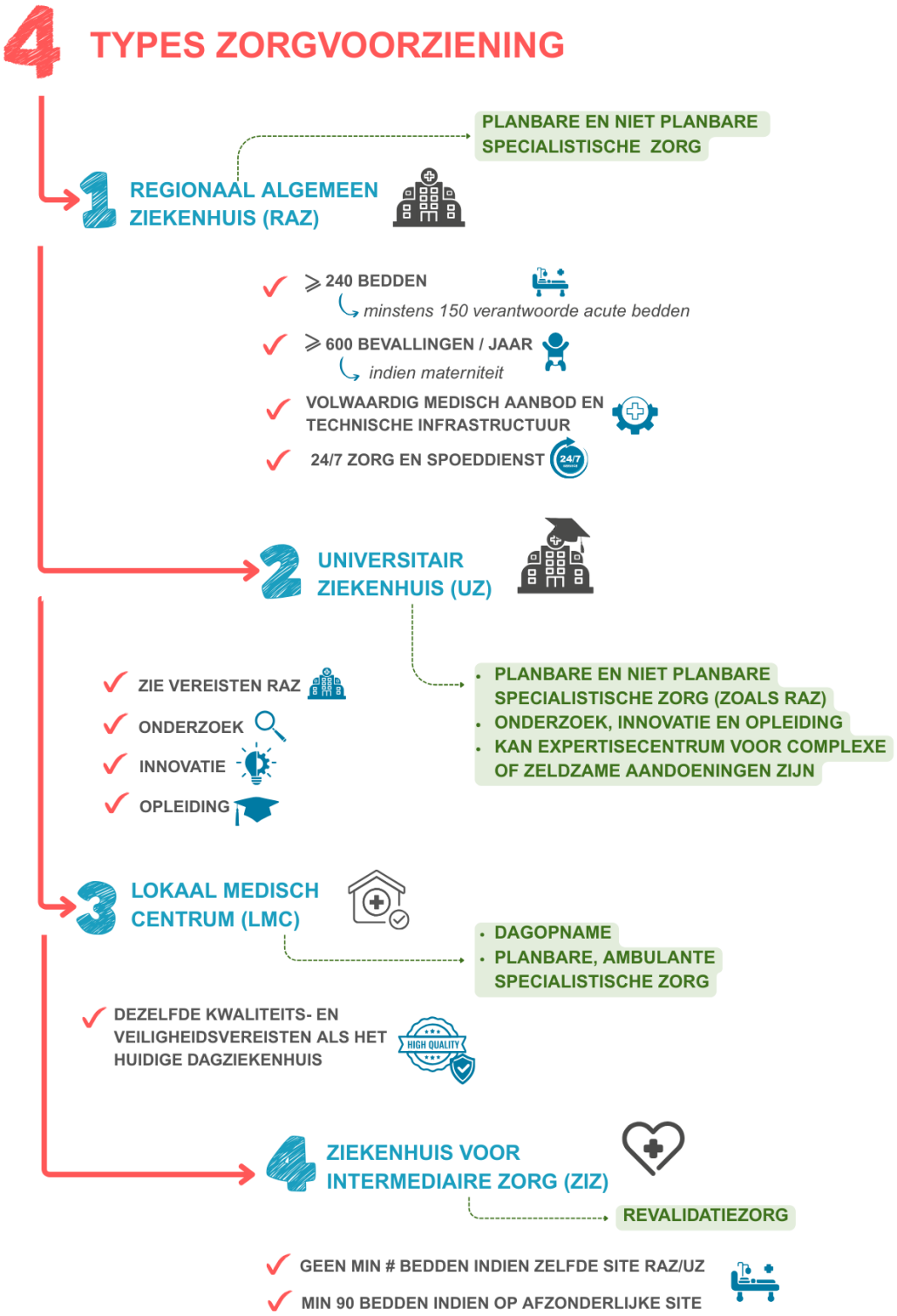
Volgens het principe '**nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig'**, stellen de experten voor het ziekenhuislandschap op te delen in **vier duidelijke types voorzieningen**, elk met een specifieke rol en verantwoordelijkheid. Deze indeling vormt de hoeksteen van de hervorming, omdat ze de basis legt voor een betere samenwerking, duidelijke taakverdeling en een meer doelmatige inzet van middelen en expertise (zie Figuur 1).

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

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

Om dit alles de nodige tijd te geven, zou de hervorming in **2026 van start gaan, met een doorlooptijd van 10 jaar in twee periodes van vijf jaar met tussentijdse evaluatie door de IMC**.

FIGUUR 1: SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE VOORGESTELDE HERVORMING



5.1 REGIONAAL ALGEMEEN ZIEKENHUIS (RAZ)

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

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

5.2 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS (UZ)

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

Een UZ voldoet aan **dezelfde medisch-klinische voorwaarden** als een RAZ. Een LMC of een ZIZ kan dus ook verbonden zijn aan een UZ, en ze moeten voldoen aan dezelfde vereisten als elk ander LMC of ZIZ. Tussen de UZ's en de andere zorgvoorzieningen, maar ook tussen de UZ's onderling is er **nood aan meer samenwerking**.

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

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

Buiten de UZ's is er ook een plethora aan **universitaire bedden in sommige algemene ziekenhuizen**, wat leidt tot onduidelijkheid. De experten bevelen aan deze kritisch tegen het licht te houden. De omkadering dient gebaseerd te zijn op de pathologie en zorgzwaarte van de patiënten, zoals in de andere ziekenhuizen.

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

5.3 LOKAAL MEDISCH CENTRUM (LMC)

De experten bevelen aan om ziekenhuisinterventies zoveel mogelijk in **dagopname** te laten uitvoeren. Een dagopname is over het algemeen comfortabeler en veiliger voor de patiënt, vangt deels het tekort aan personeel 's nachts en in het weekend op en is financieel interessanter voor het gezondheidszorgbudget. Dagopnames kunnen uiteraard verder in een RAZ of UZ worden georganiseerd, maar de experten bevelen aan om ook **Lokale Medische Centra (LMC)** op te richten, die instaan voor **planbare, ambulante specialistische zorg.**

Het zorgaanbod kan, naast **dagchirurgie,** ook **internistische interventies, poliklinische consultaties**, **low care dialyse** en **opvolging van chronische zorg**, zoals diabetesmonitoring (eventueel met telemonitoring) omvatten. Daarnaast kan een LMC **ambulante revalidatie** of **revalidatie in dagkliniek**

organiseren, na ziekenhuisontslag. Ook **gezondheidseducatie** (rugschool, cardiotraining), **preventieprogramma's** en **vaccinatiecentra** behoren tot de mogelijkheden. **Een dagziekenhuis kan ook als basis dienen voor thuishospitalisatie:** het organiseert en volgt zorg op, maar deze wordt uiteindelijk **bij de patiënt thuis** verleend. Als het RAZ verafgelegen ligt, kan een **huisartsenwachtpost** op dezelfde locatie als een LMC worden gevestigd.

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

5.4 ZIEKENHUIS VOOR INTERMEDIAIRE ZORG (ZIZ)

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

Het aantal **acute ziekenhuisbedden** in België daalt terwijl het aantal **daghospitalisaties en bedden voor chronische, geriatrische of revalidatiezorg** net toeneemt. Een **uniforme inschaling en passende financiering ontbreken echter**. De experten bevelen aan, conform het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (23 september 2023), hier prioritair werk van te maken.

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

5.5 INSTITUTIONELE SAMENHANG TUSSEN RAZ/UZ, LMC EN ZIZ

Zowel een LMC als een ZIZ zijn institutioneel verbonden aan **één Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ) of Universitair Ziekenhuis (UZ)** binnen eenzelfde zorgregio, ongeacht of ze zich op dezelfde site bevinden of op een aparte locatie. Eén (publieke of private non-profit) rechtspersoon bepaalt de strategie, beheert de geconsolideerde middelen en draagt de juridische verantwoordelijkheid voor alle entiteiten samen. De artsen en verpleegkundigen van de LMC's en ZIZ's maken integraal deel uit van het personeelsbestand van het RAZ/UZ.

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

Meer details over o.a. de vereiste normen voor deze 4 types zorgvoorzieningen vindt u in Hoofdstuk 7 van het advies.

6 HERVORMING VAN DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING

6.1 SPOEDDIENSTEN ONDER DRUK

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

6.2 CENTRALE TRIAGE MET VERWIJZING NAAR DE GEPASTE ZORGSETTING

Het bestaande oproepsysteem met **twee nummers (112 en 1733)** werkt onvoldoende doordat de nummers slecht op elkaar afgestemd zijn, en door elkaar worden gebruikt. Bovendien is het nummer 1733, via hetwelk de huisartsenwachtposten kunnen worden gecontacteerd, onvoldoende bekend bij het grote publiek en de wachtposten hebben momenteel geen rol in een 24/7 systeem voor dringende medische hulp.

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

6.3 EEN SPOEDDIENST ENKEL IN EEN RAZ OF UZ

Het grote aantal spoeddiensten in ons land leidt volgens KCE-rapport 263 (2016) tot een **versnippering van personeel en middelen**. Ook spoeddiensten van kleinere ziekenhuizen moeten de nodige medische permanentie organiseren en betalen, en dat is onhoudbaar. Spoeddiensten zouden daarom **enkel nog georganiseerd kunnen worden in een RAZ of UZ.**

6.4 GEBRUIK VAN HUISARTSENWACHTPOSTEN VERSTERKEN

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

7 PASSEND AANBOD VOOR HOOGCOMPLEXE EN/OF ZELDZAME AANDOENINGEN

7.1 HOOGCOMPLEXE KLINISCHE ZORG ENKEL IN CENTRA MET VOLDOENDE EXPERTISE

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

Onderzoek toont consequent aan dat **hogere volumes leiden tot betere uitkomsten**: hoe vaker een team een complexe ingreep uitvoert, hoe hoger de overleving.

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

- voldoende **volume** per team én per individueel teamlid;
- gespecialiseerde **infrastructuur**;
- een **multidisciplinair** team: aantoonbare samenwerking tussen ervaren arts-specialisten en andere zorgverleners. Elk van hen moet **voldoende actief** zijn in het ziekenhuis om **24/7 zorg** te kunnen garanderen;
- inbedding in een regionaal of nationaal **zorgnetwerk** met afspraken rond verwijzing, opvolging en nazorg.

Een **onafhankelijke commissie** beslist over de erkenningen, bewaakt de kwaliteit, en publiceert de resultaten. Erkenningen worden ingetrokken als ziekenhuizen niet meer aan de voorwaarden voldoen.

7.2 ZELDZAME AANDOENINGEN IN EXPERTISECENTRA

Zeldzame aandoeningen hebben een **prevalentie van minder dan 1 op 2.000** inwoners in de Europese Unie. Naar schatting bestaan er 6.000 tot 8.000 verschillende zeldzame ziekten. Door de grote diversiteit en vooral het zeldzame karakter van de aandoening kan maar een beperkt aantal zorgverleners voldoende expertise opbouwen.

In 2013 werd een Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten opgesteld, dat o.a. de oprichting voorziet van **expertisecentra** voor (groepen van) zeldzame ziekten. Deze centra moeten beschikken over gespecialiseerde multidisciplinaire teams en expertise over de aandoening(en) bundelen.

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

Daarbij pleiten ze voor **drie prioriteiten**:

- een **snellere diagnose**, o.m. door betere bewustwording bij de bevolking, de voorzieningen voor perinatale zorg en de zorgverleners, gebruik van AI in elektronische patiëntendossiers en vroegtijdige verwijzing.

- **geïntegreerde zorgtrajecten** met duidelijke taaktoewijzing aan de hooggespecialiseerde centra indien nodig, en dicht bij huis wanneer mogelijk.
- samenwerking en taakverdeling tussen de huidige **referentiecentra onderling en de genetische centra**. Deze taakverdeling communiceren ze duidelijk aan de verwijzers, zodat deze weten naar wie ze hun patiënten moeten verwijzen.

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

8.1 EEN TRANSITIEPLAN, ONDERSTEUND DOOR DE IMC

Een **transitieplan** is vereist, met een **stappenplan** en de nodige **flankerende maatregelen** die de gewenste transitie in de komende tien jaar mogelijk maken. Aangezien voor de voorgestelde hervorming zowel de federale overheid als de deelstaten bevoegd zijn, is het essentieel dat **de IMC** of een door haar aangeduid orgaan deze begeleidt en opvolgt.

8.2 MODEL TER ONDERSTEUNING VAN EEN OBJECTIEVE POLITIEKE BESLUITVORMING

8.2.1 Doel van de tool

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

Het doel was om zowel de **bereikbaarheid** als het **zorgaanbod van ziekenhuizen** in kaart te brengen, vandaag, en tijdens de transformatie van de ziekenhuizen naar één van de vier verplichte types. De hervorming zou in **2026 van start gaan, met een doorlooptijd van 10 jaar, in twee periodes van vijf jaar met tussentijdse evaluatie**.

8.2.2 Indeling op basis van bereikbaarheid en zorgaanbod

Het model deelt ziekenhuizen in op basis van **zorgaanbod** en **bereikbaarheid**.

De **bereikbaarheid voor de patiënt** wordt gemeten in gemiddelde verplaatsingstijd per auto tussen de woonplaats van de patiënt en de site van het ziekenhuis, rekening houdend met verkeersdrukte zoals op een maandagmorgen om 8u.

Het **zorgaanbod** wordt beoordeeld aan de hand van het aantal verantwoorde acute bedden, het totale aantal bedden en het aantal bevallingen.

8.2.3 Drie cumulatieve normen voor een RAZ

In grote lijnen worden de normen hieronder samengevat (zie ook Figuur 2). Voor de volledige tekst, zie sectie 10.3 van het advies.

Om als **RAZ** te kunnen functioneren, moet een site tegen 2031 voldoen aan drie **cumulatieve normen**:

1. Minstens 150 verantwoorde acute bedden in 2026, oplopend tot 180 tegen 2031.
2. Minstens 240 bedden tegen 2031. Hiervoor worden zowel de verantwoorde acute bedden als de erkende intermediaire zorgbedden (Sp-bedden) en de A- en K-bedden meegeteld.
3. Minstens 600 bevallingen per jaar tegen 2031 als er een materniteit aanwezig is.

Op basis hiervan kunnen de **132 acute sites** worden ingedeeld in **drie groepen**[1]:

- **Groep A (67 sites)**: voldoet nu al aan de normen
- **Groep B (26 sites)**: moet nog een weg afleggen om de normen in 2031 te behalen
- **Groep C (39 sites)**: haalt de norm van 150 verantwoorde acute bedden niet en moet tegen 2029 omgevormd worden.

Ziekenhuizen die de vereiste 150 verantwoorde acute bedden **niet behalen**, moeten dus vanaf 2026 afbouwen, tenzij:

- ze deelnemen aan een fusie met een geloofwaardig plan voor rationalisatie;
- in deze fusie andere sites sluiten of omvormen tot LMC;
- en ze tegen eind 2028 aan de norm voldoen.

8.2.4 Tussentijdse evaluatie en maatregelen

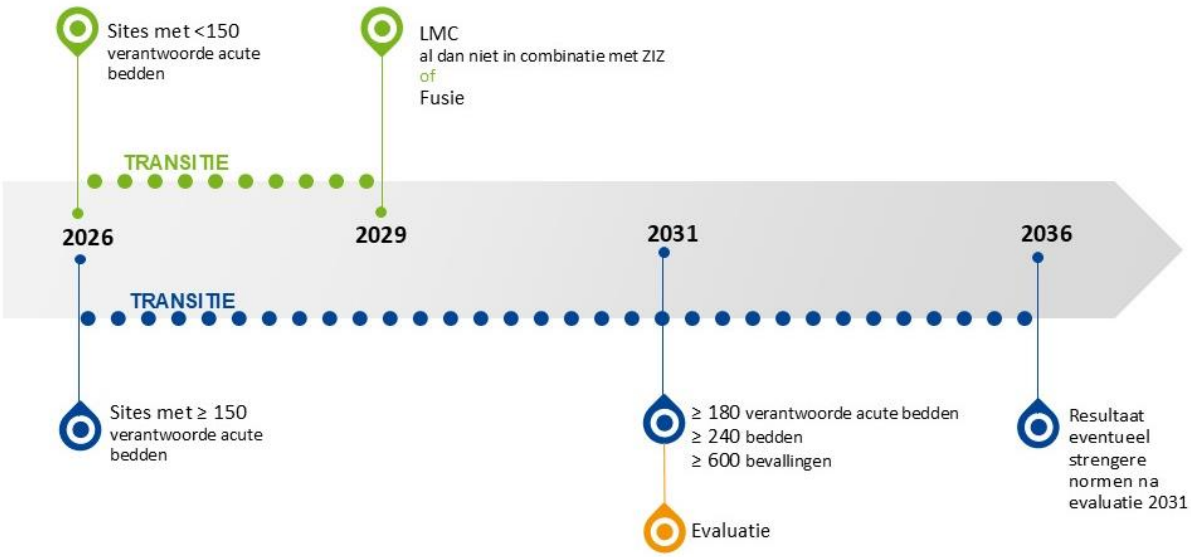
Door de verplichte omvorming van de ziekenhuissites van **groep C** zullen **RAZ-sites in groep A en B** meer patiënten opvangen. Voor sommige RAZ in groep B zal deze extra instroom helpen om de vereiste eindnormen tegen 2031 te halen.

Een **tussentijdse evaluatie na 5 jaar (in 2031)** is nodig om te beoordelen of:

- de norm voor verantwoorde acute bedden kan worden verhoogd (bijv. van 180 naar 210);
- de nieuwe uniforme financiering van intermediaire bedden het gewenste effect heeft;
- bevallingen uit groep C effectief verschuiven naar groepen A of B;
- en of de financiële ondersteuning voor de transitie voldoende en tijdig is.

[1] De berekening is gebaseerd op het aantal verantwoorde acute bedden in 2025 (MZG-gegevens 2023). De eindbeslissing wordt genomen op basis van het gemiddeld aantal verantwoorde acute bedden in 2024, 2025 en 2026 MZG-gegevens 2022, 2023 en 2024). In de toekomst wordt dezelfde methode toegepast op basis van de voortschrijdende gemiddelden.

FIGUUR 2: TIJDLIJN VAN DE VOORGESTELDE HERVORMING



9 ONDERSTEUNENDE MAATREGELEN

Om de hervorming van het ziekenhuislandschap te **ondersteunen**, formuleren de experten aanbevelingen in verband met:

- Het aanmoedigen van **fusies en samenwerking tussen ziekenhuizen**
- Populatiegericht werken om **onder- en overbehandeling aan te pakken** en wachtlijsten waar nodig te beperken
- Het ondersteunen van **interdisciplinaire samenwerking**
- **Digitale transformatie**
- Het meten en opvolgen van de **zorgkwaliteit**
- Een nieuw, duidelijk **juridisch kader**
- Ondersteunende financiering door de oprichting van een **transitiefonds**.

SAMENGEVAT: TWAALF AANBEVELINGEN VOOR DE HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

1. Herdefinieer het **ziekenhuisaanbod in vier duidelijke types**[2], met elk een eigen rol, en met de verplichting tot onderlinge samenwerking:
    - het Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)
    - het Universitair Ziekenhuis (UZ)
    - het Lokaal Medisch Centrum (LMC)
    - het Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)
2. Valoriseer de mogelijkheden van het **dagziekenhuis of Lokaal Medisch Centrum (LMC),** en bevorder de samenwerking met de **eerste lijn**
3. Duid onder de RAZ en UZ **expertisecentra** aan, die voldoen aan gestelde kwaliteits- en volume-eisen
4. Hervorm de **Dringende Medische Hulpverlening** door
    - Een **betere triage** van patiënten via de oproepnummers 112/1733
    - Het **concentreren van spoeddiensten** in RAZ en UZ
    - Toegankelijke **huisartswachtposten**, liefst op de site van een RAZ/UZ
5. Leg voldoende **strenge minimumnormen op en pas deze op het niveau van een site** toe voor de verschillende types zorgvoorzieningen
6. Hanteer het door KCE ontwikkeld model om de **bereikbaarheid voor de patiënt te objectiveren**
7. **Zorg voor de zorgenden**: de artsen, de verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers, onder meer door goede communicatie en begeleiding bij de hervormingen
8. Hanteer een duidelijk **stappenplan:** voorzie een voldoende lange (10 jaar) **transitieperiode**, en **evalueer tussentijds (5 jaar)**
9. Zorg voor voldoende **financiële stimuli** via werkings-en investeringsmiddelen en besteed ze op een faire manier
10. Creëer een **helder juridisch kader**
11. Bevorder de integratie van **patiëntendossiers** via **één digitaal (beveiligd) platform**
12. Stimuleer geobjectiveerde en internationaal gevalideerde **kwaliteitsinitiatieven**

[2] Wettelijk worden het dan in totaal 5 types, met inbegrip van de psychiatrische ziekenhuizen, die buiten deze opdracht vallen.