Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

PERSMEDEDELING van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

24 juni 2026

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft in consensus een principepsvoorstel bereikt over de hervorming van het ziekenhuislandschap voor de komende tien jaar. Dat doet ze rekening houdend met het rapport van de onafhankelijke expertencommissie en met de adviezen van de verschillende stakeholders. Dit principepsvoorstel vormt een gemeenschappelijke werkbasis. Het zal de ministers van Volksgezondheid in staat stellen de besprekingen met hun respectieve regeringen voort te zetten en bepaalde aspecten van de hervorming te verduidelijken voordat de definitieve besluiten, die in september worden verwacht, worden genomen. “We hebben een sterk gezondheidssysteem, maar we moeten veranderen om te behouden, zeiden ook de experts. We moeten ervoor zorgen dat patiënten de beste zorg krijgen en dat ons zorgpersoneel goed wordt ingezet”, aldus de ministers.

Het Belgische ziekenhuislandschap is onvoldoende aangepast aan de huidige zorgnoden. Zorgen worden complexer en het aantal patiënten met chronische aandoeningen stijgt. Het aantal klassieke ziekenhuisopnames daalt en het aantal dagopnames stijgt. We hebben teveel ziekenhuisbedden met acute zorg en een tekort aan zorgpersoneel, zeker wanneer het gaat over diensten die 24 op 7 beschikbaar moeten zijn.
Om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te garanderen en de werkbelasting zowel voor het zorgpersoneel als de ondersteunende medewerkers draaglijk te houden is een goede taakafbakening, en voldoende schaalgrootte nodig. Je wil niet op een spoed terecht komen, waar niet de juiste expertise aanwezig en beschikbaar is; en waar je bij problemen niet opgenomen kan worden. Deze hervorming beoogt betere inzet van personeel dat hard nodig is en waarover ook overleg zal gevoerd worden met het geheel van het personeel.
Het is belangrijk dat zo’n hervorming goed doordacht is en gedragen door zowel de federale overheid als de deelstaten. Daarom heeft de IMC Volksgezondheid op 19 maart 2025 de opdracht gegeven aan een onafhankelijke expertencommissie om tegen eind 2025 met een rapport te komen. Dit document “Voor de hervorming van het Belgisch ziekenhuislandschap – veranderen om te behouden (2026 -2036)” werd opgeleverd op 17 december 2025 (zie nl_imczh_advies.pdf). Het rapport gaat uit van vier types ziekenhuissites: een universitair ziekenhuis – een Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ) – een Lokaal Medisch Centrum (LMC), nu hernoemd door de Ministers als Ziekenhuissite voor Dagzorg (ZDZ) en een Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ). De experten stellen een hervorming in twee fasen voor over een periode van tien jaar.

De ministers van Volksgezondheid vroegen vervolgens adviezen aan de betrokken adviesorganen op de verschillende bevoegdheidsniveaus tegen eind april 2026. Deze adviezen werden grondig bekeken, en meegenomen in het geformuleerde principsvoorstel dat de ministers van Volksgezondheid overeenkomen voor de hervorming. De ministers gaan in op het expertenadvies om het ziekenhuislandschap te structureren volgens vier types ziekenhuissites, elk met hun eigen specificiteit en doelstelling. De ministers gaan eveneens uit van een grondige hervorming over tien jaar, onderverdeeld in twee belangrijke fasen, waartussen een evaluatie voorzien is. Ze verzachten een aantal criteria van de experts teneinde optimaal rekening te houden met nabijheid van zorg, ook in meer afgelegen en rurale gebieden. De ministers beklemtonen dat geen enkele ziekenhuissite zich zal gedwongen zien om te sluiten. Sommige sites die onvoldoende activiteit en bedden hebben, zullen zich moeten omvormen, bijvoorbeeld tot een Ziekenhuissite voor Dagzorg (ZDZ) – dat zich richt tot ambulante specialistische zorg en dagopnames - of een Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg –dat zich richt op revalidatiezorg met als doel patiënten hun zelfredzaamheid te laten terugwinnen of versterken na hun ziekenhuisverblijf.
De ministers van Volksgezondheid koppelen de principsbeslissing nu terug aan de respectievelijke regeringen. In september wordt de hervorming na overleg definitief afgeklopt.
De scope van het voorstel is een hervorming van het ziekenhuislandschap. Dit landschap is evenwel geen eiland. De hervorming zal impact hebben op de eerstelijnszorg, de mentale zorg, de dringende geneeskundige hulpverlening, en op andere belangrijke hervormingen die in de steigers staan, zoals de hervorming van de nomenclatuur, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering of de evolutie naar meer geïntegreerde zorg. Daar wordt de komende maanden en jaren verder op gewerkt. De ministers van Volksgezondheid spraken ook af dat een aantal elementen van de hervorming van het ziekenhuislandschap nog verdere invulling behoeven, zoals: Wat is de minimale zorginhoud die een RAZ moet bieden? Hoe gaan we om met niet-planbare zorg in ZDZ's? Wat verwachten we van ZIZ's en hoe staan die t.o.v de Vlaamse revalidatieziekenhuizen? Ook dat wordt de komende maanden uitgeklaard.

De volledige tekst van het principsvoorstel vindt u in bijlage

Dit persbericht is gezamenlijk opgesteld namens de ministers die deel uitmaken van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid :

- Yves Coppieters - Waalse Regering en Regering van de Franse Gemeenschap (voorzitter van de IMC)
- Caroline Gennez - Vlaamse Regering
- Frank Vandenbroucke - Federale Overheid
- Elisabeth Degryse, Franse Gemeenschap
- Valérie Lescrenier, - Franse Gemeenschap,
- Karine Lalieux - Franse Gemeenschapscommissie,
- Lydia Klinkenberg - Duitstalige Gemeenschap,
- Ahmed Laaouej Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Vlaamse Gemeenschapscommissie,
- Dirk Desmedt, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Vlaamse Gemeenschapscommissie

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid wordt georganiseerd en ondersteund door het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Principesvoorstel voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap (2026-2036)

Deze nota heeft als doel een gemeenschappelijke basis te bieden voor de ministers van de Interministeriële Conferentie over Volksgezondheid met betrekking tot de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap. Dit voorstel vormt een gemeenschappelijke basis voor verdere consultaties en verfijning van bepaalde elementen van de hervorming, met het oog op het nemen van definitieve besluiten in september 2026 na overleg met hun respectieve regeringen;

Beleidsbeslissingen op basis van de aanbevelingen in het expertenrapport 'Voor de hervorming van het Belgisch Ziekenhuislandschap Veranderen om te behouden (2026-2036)' in opdracht van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (verder IMC) en in de IMC van 17 december 2025 besproken, en rekening houdende met de daarna ingediende adviezen door de diverse betrokken deelstaten en adviesorganen.

In de IMC Volksgezondheid is er **consensus** over:

- De noodzaak tot hervorming van het ziekenhuislandschap om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ons zorgsysteem te behouden en duurzaam te maken.
- Vanuit twee basisprincipes:
    - Nabijheid van zorg waar mogelijk, concentratie waar nodig;
    - (Deels) een oplossing bieden voor de tekorten aan zorgpersoneel dat in ziekenhuisverband wil werken.

Deze hervorming maakt deel uit van een bredere transformatie van ons gezondheidszorgsysteem. Deze hervorming streeft ernaar een samenhangend en complementair geheel op te bouwen met de hervormingen van de eerste lijnszorg, spoedeisende medische hulp, de nomenclatuur van medische verstrekkingen en de ziekenhuisfinanciering, om zo een meer efficiënte, meer geïntegreerde en meer patiëntgerichte zorgorganisatie te garanderen.

1. De beoogde ziekenhuishervorming

De hervorming voorziet, naast de bestaande universitaire ziekenhuizen (UZ), in 3 types zorginstellingen die elk op het niveau van een vestigingsplaats aan specifieke normen dienen te beantwoorden:

- Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)
- Ziekenhuissite voor dagzorg (ZDZ)
- Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)

Vele van de Algemene Ziekenhuizen of hun verschillende vestigingsplaatsen zullen voldoen aan de criteria (cf. infra) voor het verkrijgen van de erkenning als Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ).

Voor vestigingsplaatsen die niet aan deze criteria voldoen, zijn er verschillende opties: ze kunnen ofwel hun activiteiten versterken en consolideren (namelijk door het activiteitenvolume en het aantal bedden te vergroten) om de vereiste drempels te bereiken, ofwel een fusieproces aangaan met een ander algemeen ziekenhuis om op termijn een RAZ op één vestigingsplaats te vormen, ofwel

converteren naar een ziekenhuissite voor dagzorg (ZDZ) en/of een ziekenhuis voor intermediaire zorg (ZIZ), ofwel, indien nodig, hun activiteiten te staken.

De transitie en bijhorende tijdslijn wordt verder besproken.

Elk van de types zorginstellingen en de criteria waaraan ze dienen te voldoen, wordt uitgewerkt in de federale Ziekenhuiswetgeving.

De gefedereerde entiteiten staan in voor de erkenning voor elke zorginstelling, altijd op het niveau van de vestigingsplaats.

Het totale aantal sites waar RAZ's, ZIZ's en ZDZ's gevestigd zijn, mag het huidige aantal erkende ziekenhuissites die worden beheerd door erkende ziekenhuizen niet overschrijden.

Er mogen geen nieuwe vestigingsplaatsen in gebruik worden genomen voor een ZDZ.

Twee ziekenhuizen op eenzelfde site met een structureel verband, worden aanzien als één ziekenhuis in de beoordeling of zij al dan niet voldoen aan de criteria in fase 1 en in fase 2.

Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ)

- In fase 1 (zie verder voor de tijdslijn) moeten algemene ziekenhuizen om een erkenning als RAZ te kunnen verwerven, beschikken over minimum 150 acute verantwoorde bedden en 200 erkende C/D/E/M/G/NIC bedden. Verantwoorde chirurgische dagziekenhuisbedden worden beschouwd als acute erkende bedden en dus toegevoegd in de berekening van het aantal acute erkende C/D/E/M/G/NIC bedden.
  Er wordt voorzien in een derogatie op deze criteria voor een site die zich op een afstand van minimum 25 km (over de weg) van een RAZ bevindt, of voor een site die zich op een afstand van minimum 50 km (over de weg) bevindt van de dichtsbijgelegen site behorend tot dezelfde Gemeenschap. Indien een site die aan de voorwaarden voldoet voor een dergelijke derogatie als RAZ, de erkenningsnormen voor een RAZ niet kan invullen en reconverteert naar ZDZ en/of ZIZ, kan zij voorzien in een structuur die in staat is om tijdens de werkuren, maximaal tussen 7.00 en 23.00 uur, ongeplande zorg te verlenen. Deze zorg kan zowel door huisartsen als door spoedartsen worden verleend. In dit kader kan dit ZDZ als uitvalsbasis dienen voor een PIT-team (24 uur per dag en 7 dagen per week). De erkennende overheid moet haar goedkeuring verlenen aan de organisatie van de ongeplande zorg in het ZDZ, met inbegrip van de noodzaak van een PIT binnen het ZDZ. Dit zal bekeken moeten worden vanuit zorgbehoefte en toegankelijkheid van zorg binnen de specifieke regio.
  Een derogatie wordt eveneens voorzien voor een site die binnen een door de deelstaat vastgelegde zorgregio als enige in aanmerking komt voor erkenning als RAZ.
- In fase 2 (zie verder voor de tijdslijn) zal na evaluatie worden overwogen om deze minima te verhogen naar 180 verantwoorde acute bedden en naar 240 erkende bedden.

Het bijkomend criterium van minimum 600 bevallingen wordt geschrapt.

- Het staat een RAZ uiteraard vrij om op dezelfde site zowel dagactiviteiten als intermediaire zorg aan te bieden.
- De verplichte minimale zorginhoud van een RAZ wordt verder uitgewerkt in de volgende maanden, met als basisprincipes:
    - Vastleggen van verplichte vormen van "nabije zorg". Omvat onder meer, zonder limitatief te zijn: gespecialiseerde spoedgevallen, IZ, pediatrie, materniteit, geriatrie.
    - Garanderen dat alle vormen van "nabije zorg" in voldoende mate worden aangeboden in een door de deelstaten te definiëren zorggebied.
    - Met de mogelijkheid om dit – mits goedkeuring door de erkennende overheid - te organiseren in een gestructureerde samenwerking tussen RAZ op een maximale afstand van elkaar in functie van het betrokken zorggebied.
    - Aldus wordt een vorm van integratie tussen ziekenhuizen beoogd, gericht op een efficiënt, coherent en op de patiënt gecentreerd geografisch toegankelijk zorgaanbod. Dit komt in de plaats van de huidige wet op de locoregionale ziekenhuisnetwerken.

Ziekenhuissite voor dagzorg (ZDZ)

- Een ZDZ is institutioneel verbonden aan één RAZ. Dit houdt in dat individuele autonome ziekenhuissites die reconverteren naar een ZDZ, dienen te fusioneren met het RAZ waaraan ze institutioneel verbonden zijn. De novo ZDZ's
    - ontstaan door reconversie van een erkend algemeen ziekenhuis of een vestiging ervan;
    - en blijven gevestigd op hun huidige locatie. Dit geldt ook voor de bestaande ZDZ's.
- Omvat poliklinische activiteit in combinatie met hetzij één of meerdere vormen van dagbehandeling (hetzij chirurgisch, internistisch, oncologisch, geriatrisch, psychiatrisch,…) en/of zware medische apparatuur.
- Mogelijkheid tot overnachting wordt niet voorzien.
- Er wordt met het RAZ een SLA afgesloten voor de continuïteit van de zorg.
- Aan een ZDZ kan geen gespecialiseerde spoeddienst verbonden zijn die per definitie 24/7 permanentie verzekert. Dit kan enkel binnen in een RAZ. Een ZDZ kan echter een medische hulppost organiseren gericht op de opvang van niet planbare zorg binnen een samen met de FRDGH te definiëren structuur en omkadering en in functie van de behoeften die door de gefedereerde entiteiten worden vastgelegd.

Ziekenhuis voor Intermediaire Zorg (ZIZ)

- Een ZIZ kan hetzij onderdeel zijn van een bestuursorgaan met een RAZ, hetzij een eigen bestuursorgaan hebben.

- In de volgende periode wordt het minimaal aantal erkende bedden, en de combinatie van beddenkenletters verder uitgewerkt. De voorgestelde ziekenhuishervorming kan niet los gezien worden van de hervorming van het zorgaanbod voor fysieke revalidatie in de regio's gelet op de onlosmakelijke verbondenheid van de beide zorgvormen. In Vlaanderen zal het zorgaanbod voor fysieke revalidatie worden voorzien zonder onderscheid tussen de ZIZ en de Vlaamse revalidatieinstellingen (RZH). De patiënt mag hierbij geen verschil ervaren, noch in kwaliteit, noch in dienstverlening. RZH en federale entiteiten (RAZ, ZIZ en ZDZ) moeten kunnen samenwerken, zowel op het vlak van ondersteuning (medisch-technische diensten, medische expertise, …), als op het vlak van taakverdeling (spreiding van het zorgaanbod aan revalidatie. De bestaande rechten en plichten voor de RZH blijven daarbij behouden. Er zal tevens onderzocht worden hoe een Vlaamse revalidatie instelling op hetzelfde niveau kan gezet worden als en ZIZ qua samenwerking met een RAZ.

2. Tijdslijn

- Op basis van de definitieve beleidslijnen, vastgelegd in een IMC in september 2026, en die zullen begeleid worden door een gedetailleerd communicatieplan, leggen de deelstaten, in een door hen te bepalen procedure, ten laatste op 1 januari 2028 vast wat de bestemming is van de vestigingsplaatsen die niet voldoen aan de criteria waar een RAZ in fase 1 moet aan voldoen. De mogelijkheden omvatten: versterking en consolidatie van de activiteiten (met name door het activiteitenvolume en het aantal bedden uit te breiden) om de vereiste drempels te halen, fusiedynamiek met een ander algemeen ziekenhuis om op termijn een RAZ te vormen, reconversie naar ZDZ en/of ZIZ of desaffectatie.
- Deze beslissingen moeten daadwerkelijk zijn geïmplementeerd tegen ten laatste januari 2031 voor sites waar de reconversie beperkte infrastructurele wijzigingen benodigt. Indien de reconversie substantiële infrastructuurvereisten inhoudt (ofwel op de site zelf, ofwel op een naburige site), dient de uitvoering ervan tegen januari 2031 duidelijke contouren te hebben aangenomen.
- In de loop van 2031 wordt een evaluatie uitgevoerd van het effect van de reconversies in het kader van fase 1. Dit omvat in het bijzonder het in kaart brengen van verschuivingen van patiëntenflows naar omliggende ziekenhuizen en een evaluatie van de kwaliteit van de zorgverlening in de door de reconversies betrokken zorggebieden, evenals een evaluatie van de respons op urgenties in het kader van de dringende medische hulpverlening. In functie hiervan kunnen de criteria zoals nu voorzien voor fase 2 desgevallend worden aangepast.
- Dit moet toelaten om tegen eind 2032 vast te leggen wat de functie is van de ziekenhuissites die nog geen definitieve eindbestemming hebben gekregen.

- De daadwerkelijke implementatie van fase 2 gebeurt in functie van de benodigde infrastructuurwerken en moet tegen ten laatste januari 2037 zijn gerealiseerd.

Flankerende maatregelen die in parellel dienen uitgewerkt te worden tegen 1 januari 2028

- Omvang en inhoud van een federaal transitiefonds voor niet-infrastructuurgebonden reorganisatiekosten
- Finalisatie van de regelgeving rond de PIT: o.a. programmatie, spreiding, functionele inbedding en financiering.
- Deze hervorming beoogt betere inzet van personeel dat hard nodig is en waarover ook overleg zal gevoerd worden met het geheel van het personeel.