

Hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap

Reflecties en aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen
bij het rapport van de expertgroep



COLOFON

Deze tekst is het resultaat van frequente reflectie- en uitwisselingsmomenten tussen de Vlaamse ziekenhuizen onder leiding van Zorgnet-Icuro.

Redactie: Margot Cloet

Eindredactie: Kelly Vervondel

Vormgeving: Eva de Wal

2026©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als:

*Hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap
Reflecties en aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen
bij het rapport van de expertgroep (2026).* Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



Hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap

Reflecties en aanbevelingen van de Vlaamse
ziekenhuizen bij het rapport van de expertgroep

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	5
2. ALGEMENE APPRECIATIE	6
3. REFLECTIES VANUIT DE VLAAMSE ZIEKENHUIZEN.....	6
3.1. Kwaliteit van zorg	6
3.2. Planning, spreiding en erkenning van het aanbod als antwoord op de zorgnood	7
3.3. Geïntegreerde en bereikbare zorg	10
3.4. Hervorming dringende medische hulpverlening	11
3.5. Plaats van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen in deze hervorming	12
3.6. Plaats van het Instituut voor Tropische Geneeskunde	13
3.7. Medewerkers	13
3.7.1. (Zorg)medewerkers.....	13
3.7.2. Artsen	14
3.8. De rol van de overheid.....	15
3.9. Essentiële voorwaarde: voldoende budgettaire stabiliteit en perspectief	16
3.10. Communicatie naar de bevolking.....	17

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. De experts presenteerden hun eindrapport op 17 december 2025.

De verschillende ministers in ons land bevoegd voor (Volks)gezondheid(szorg), leggen de nota ter advies voor aan diverse organen. Na deze adviseringsronde is het de bedoeling dat de IMC verder haar standpunt gaat bepalen.

Voor wat de advisering betreft, maakt Zorgnet-Icuro deel uit van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Vlaamse raad WVG. Daarnaast zullen we ons standpunt ook meedelen aan de minister en via diverse kanalen publiek maken.

Concreet vraagt de IMC om in de adviezen minstens in te gaan op de volgende zaken:

- de noodzakelijke transitieperiode;
- de voorgestelde criteria waaraan de vier niveaus moeten voldoen;
- de afstemming met de zorgbehoeften van de bevolking;
- de noodzakelijke flankerende maatregelen (rekening houdend met de budgettaire context en de schaarste aan zorgpersoneel);
- of de reconversie van sites kan overgelaten worden aan het initiatief van de ziekenhuizen, dan wel dat er een toezichhoudende rol van de overheid dient voorzien te worden;
- of de mogelijkheid voor *short stay* opnames in een LMC zoals vermeld in het expertenrapport past in het concept;
- advies over het gebruik van het aantal verantwoorde acute bedden gezien de hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een all-in forfait per pathologie per opname.

Deze nota gaat in op reflecties die tot stand kwamen op verschillende uitwisselingsmomenten met de Vlaamse ziekenhuizen en breder binnen Zorgnet-Icuro. De Vlaamse ziekenhuizen, inclusief de Vlaamse revalidatieziekenhuizen, engageren zich in elk geval om in de verdere uitwerking actief en constructief mee te werken aan deze noodzakelijke hervorming.

2. ALGEMENE APPRECIATIE

De Vlaamse ziekenhuizen appreciëren het werk van de expertgroep en volgen de aanbevelingen grotendeels. Ze kwamen de voorbije jaren tot dezelfde uitgangspunten als de experts: de stijgende zorgvraag omwille van de demografie, de dalende instroom op de (zorg)arbeidsmarkt en de budgettaire beperkingen vragen een grondige hervorming van het ziekenhuislandschap.

Die moet gepaard gaan met een hervorming van de ziekenhuisfinanciering en hervorming van de nomenclatuur. Daarnaast zal ook een aanpassing van de governance van de ziekenhuizen nodig zijn. Hierover formuleerden we samen met de Vereniging voor Vlaamse Hoofdartsen reeds een uitgebreid [standpunt](#).

In het Vlaams ziekenhuislandschap zien we ondertussen al een aantal jaren evoluties in de richting van meer consolidatie: er zijn verschillende fusies en (geformaliseerde) samenwerkingsverbanden die zich voltrekken met een reorganisatie van diensten en aanbod als gevolg. De voorstellen van de experts zorgen ervoor dat de hervorming op een gestructureerde manier kan gebeuren en geeft perspectief binnen de huidige context. In die zin volgen de Vlaamse ziekenhuizen de aanbevelingen over de vier types van ziekenhuizen, georganiseerd in een bovenliggende publieke of private social profit rechtsvorm. Dat biedt ook een garantie op kwaliteit, continuïteit en duurzame tewerkstelling van medewerkers.

Het uitgangspunt blijft de organisatie van een kwalitatief en voldoende toegankelijk, soms minder nabij, aanbod.

Omwille van het belang van de stabiliteit van het zorgsysteem zal de transitie in een financieel heldere en consequente omgeving moeten gebeuren. Vanzelfsprekend vraagt dit een goed onderbouwd uitgewerkt transitieplan met de nodige budgettaire en organisatorisch veilige maatregelen. Er zijn op diverse domeinen essentiële randvoorwaarden en flankerende maatregelen nodig om de voorgestelde hervorming te kunnen realiseren. Bovendien zal een grondig legistiek proces doorlopen moeten worden. Vanuit de Vlaamse ziekenhuizen werken we hier graag aan mee.

3. REFLECTIES VANUIT DE VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

3.1. Kwaliteit van zorg

Het uitgangspunt voor een reorganisatie van onze ziekenhuiszorg moet het intrinsieke streven naar kwaliteit zijn. We zijn het dan ook 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. Dat aspect vraagt verdere uitwerking, waarbij ook de zorgcontinuïteit een plaats moet krijgen.

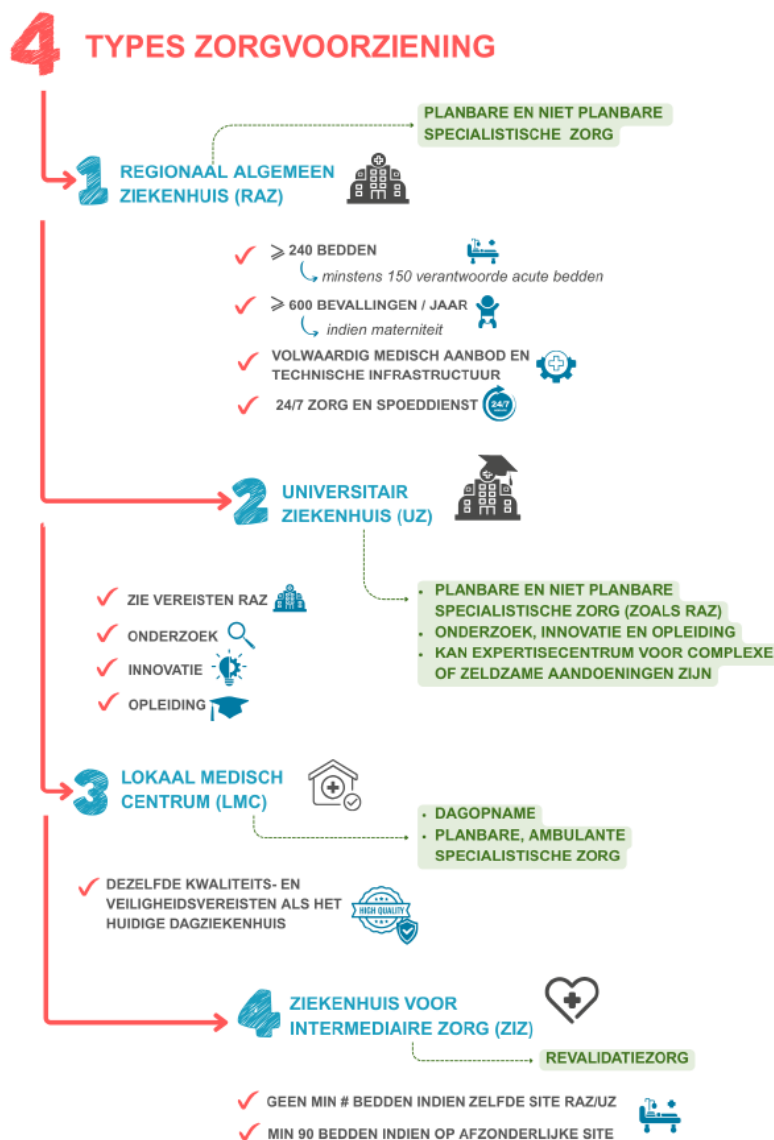
De Vlaamse ziekenhuizen vragen aan de bevoegde overheden – Vlaams en federaal – om de verschillende initiatieven op elkaar af te stemmen en werk te maken van één coherent geheel, met respect voor ieders bevoegdheden. Dit met een minimum aan administratieve belasting, het *only-once* principe indachtig.

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 organisatiebreed toezicht, de (verplichte) kwaliteitsindicatoren, toezicht en handhaving via Zorginspectie en het Departement Zorg (Vlaams), de normering en erkenning van diensten en zorgprogramma's;
- De mogelijkheden tot externe toetsing.

3.2. Planning, spreiding en erkenning van het aanbod als antwoord op de zorgnood

De experts maken een indeling van ziekenhuisvormen in vier soorten met daaraan gekoppelde criteria:



De Vlaamse ziekenhuizen kunnen zich vinden in deze vier voorgestelde types van zorgvoorzieningen waarbij het van belang is om ervoor te zorgen dat ze allemaal verankerd worden in de ziekenhuiswet en aldus vier types van ziekenhuis zijn.

Op basis van de indeling werden simulaties gemaakt met een door het KCE ontwikkelde tool. We vragen aan de overheid dat deze tool beschikbaar wordt gesteld aan de sector zodat we hiermee aan de slag kunnen, in functie van voorspelbaarheid, het nemen van actuele beslissingen en duidelijkheid over het perspectief van de diverse sites.

We geven een aantal aandachtspunten weer:

- Het is belangrijk om in de verdeling van zorgopdrachten en -programma's over de verschillende types van ziekenhuizen rekening te houden met aanrijtijden voor niet-planbare zorg. Dat heeft meteen ook zijn effect op de spreiding van spoeddiensten en daaraan gekoppelde noodzakelijke diensten. In het belang van de volksgezondheid zal er zorgvuldig moeten omgegaan worden met de inplanting van de RAZ voor wat tijdskritische aandoeningen betreft. In dit kader pleiten we voor een gelaagde en bindende vorm van triage.
- Op de campussen van de LMC's vragen we de mogelijkheid om ook dringende consultaties bij specialisten te kunnen organiseren (EHBO, laagvariabele zorg...). Dit in combinatie met een huisartsenwachtpost of -praktijk, die zelfs breder dan in het kader van *out-of-hours care* actief is (en aldus tijdens de openingsuren van een LMC). Mede om de gespecialiseerde spoeddiensten niet te belasten.
- Daar waar goed onderbouwd, moeten criteria als volume, infrastructuur, aanwezigheid van multidisciplinair team enz. de basis zijn voor de erkenning van zorgprogramma's. Hierbij moet wel gespecificeerd worden welke activiteiten geconcentreerd worden en welke gedecentraliseerd kunnen worden naar een LMC of een ZIZ. Dit mede in het belang van de patiënt en zijn omgeving en in functie van de haalbaarheid binnen de beschikbare capaciteit.
- Wat de mogelijkheid van *short stay* opnames in een LMC betreft zijn de Vlaamse ziekenhuizen van mening dat dit in de eerste fase van de transitie (5 jaar) mogelijk moet zijn. Alleen al om de infrastructuurtransitie te kunnen realiseren is dit aan de orde. Dergelijke *short stay* activiteit zou dan bijvoorbeeld kunnen kaderen in een specifieke *focused clinic* waar naast dagopname ook geplande laagvariabele zorg met korte opnamenood in hoog volume efficiënt kan georganiseerd worden. Bovendien maak je het zo ook mogelijk om voor ziekenhuizen die zelf stappen gezet hebben, of de eerstkomende jaren stappen zullen zetten, om te evolueren in de geest van het nieuwe voorgestelde concept, op een realistische wijze verder te gaan in de aangegeven richting. Na de eerste fase en mits evaluatie, minstens rekening houdend met de medische kwaliteit en infrastructurele mogelijkheden, zou deze mogelijkheid tot *short stay* structureel ingebed kunnen worden.
- Als er voldoende andere bedden/activiteit aanwezig zijn/is, hoeft een RAZ geen materniteit te bevatten, mits een samenwerkingsverband met een ander RAZ.
- Digitale communicatie tussen ziekenhuiscampussen onderling en, bij uitbreiding, tussen verschillende zorgactoren en met patiënten zal geoptimaliseerd moeten worden.

Eerder vroegen we vanuit de Vlaamse ziekenhuizen al om te evolueren naar één patiëntendossier, zelfs breder dan enkel de ziekenhuizen. We vragen aan de verschillende overheden om deze hervorming aan te grijpen om hier doortastende stappen in te zetten.

- Op vandaag bestaan in ziekenhuizen de concepten van verantwoorde en erkende bedden. Het is niet onlogisch dat de expertennota hiervan vertrekt. Misschien kan een nieuw concept van ziekenhuisactiviteit uitgewerkt worden, gebaseerd op effectieve verantwoorde ziekenhuisactiviteit. Dat kan dan ook mee de basis vormen voor het nieuw financieringsmodel.
- Wijzigingen in organisatie van zorgaanbod moeten in de transitieperiode voldoende gefaseerd verlopen, en geëvalueerd op negatieve neveneffecten.
- Een actualisatie van de KCE-studie over de bedbehoefte in België, en met een voldoende lange tijdshorizon, is hier aangewezen zodat de benodigde acute bedcapaciteit zo correct mogelijk wordt ingeschat. Hierbij dient ook de nodige aandacht besteed te worden aan de nood en toewijzing per regio van G-bedden en revalidatiebedden, gelet op de geprojecteerde toenemende behoefte.
- Het efficiënt inzetten van zorg over de onderscheiden types van ziekenhuizen kan tot gevolg hebben dat er meer ziekenvervoer tussen de verschillende campussen, en in het bijzonder tussen een LMC en een RAZ, nodig zal zijn. Ook de effecten op het niet-dringend liggend ziekenvervoer (Vlaamse bevoegdheid) zullen hierbij in kaart gebracht moeten worden. De betaalbaarheid en beschikbaarheid van het niet-dringend zittend en liggend ziekenvervoer moet hierbij voldoende bewaakt worden.
- We vragen om bij de beschrijving en verdeling van de zorgopdrachten en -programma's ook de conventies in te bedden in het geheel van planning, programmatie, erkenning en normering. Die maken deel uit van de totaliteit van het ziekenhuisaanbod.
- De experts spreken, net zoals dat het geval is in talrijke documenten, over logische zorggebieden. Hierbij definiëren ze echter niet wat een logisch zorggebied is. Dit vraagt verdere uitwerking waarbij:
 - a. We vragen om de verplichting tot het deel uitmaken van een ziekenhuisnetwerk geschrapt wordt bij de heroriëntatie naar de nieuwe juridische entiteit (hiermee verwijzen we naar de juridische entiteit waartoe de verschillende types ziekenhuizen zullen behoren);
 - b. De wisselwerking en samenwerking met bestaande netwerken en geografische afbakeningen moet hierbij vorm krijgen;
 - c. Op basis van zorgstrategie de nood in kaart gebracht wordt op basis van zo actueel mogelijke cijfers en met de nodige dynamiek.
- Nog een aandachtspunt bij de hervorming is de positie van de Belgische Mededingingsautoriteit en de evaluatie van het samengaan in juridische entiteiten door de BMA. Dat wordt best voorafgaandelijk met de BMA en de betrokken ministers bekeken, zodanig dat de hinderpalen uit de weg gewerkt worden.

3.3. Geïntegreerde en bereikbare zorg

Gezien bepaalde evoluties (stijging van opnames in dagziekenhuis, kortere ziekenhuisopnames, de druk op de niet-planbare zorg enz.) is een goede gestructureerde samenwerking met andere sectoren aan de orde.

De experts hebben zich in de nota exclusief gericht op de ziekenhuizen. Meer dan ooit is er echter nood aan een versterkte samenwerking met alle andere zorgactoren, wat heel wat opportuniteiten geeft. De hervorming van het ziekenhuislandschap zal impulsen geven voor de hervorming en herschikking van het totale zorglandschap.

Op het terrein ontwikkelen zich verschillende initiatieven tussen ziekenhuizen en eerstelijnsactoren. De Vlaamse ziekenhuizen bieden ook aan om hier versterkend in te werken. De kennis, expertise en knowhow waarover ze beschikken, bieden samenwerkingsopportuniteiten om mee de eerste lijn te versterken. We moeten af van een denken en organiseren in lijnen, maar evolueren naar zorgpaden en een veel efficiëntere samenwerking. Zo kunnen bijvoorbeeld de LMC een kans zijn voor een structurele samenwerking met de brede eerstelijnspraktijken, waarbij we het aanbod samen naar buiten brengen. Hierbij zorgen we ervoor dat we de krachten bundelen en een voor de burger helderder, meer nabij en beter georganiseerd zorgsysteem ontwikkelen. Daarbij hebben we vanzelfsprekend respect voor ieders rol en moet de juiste zorg op de juiste plaats gegeven worden.

We denken ook aan de nauwe samenwerking met gezinszorg en thuisverpleegkundigen, met gehandicaptenzorg, en met huisartsen in het kader van geplande zorg met onder andere de shift naar daghospitalisatie en de verdere uitwerking van de thuishospitalisatie.

Tot slot dient ook de uitbouw van preventieve zorgopdrachten in de nieuwe structuren en samenwerkingsmodellen opgenomen te worden.

Rekening houdend met de evoluties waarbij ouderen zo lang mogelijk thuisblijven, ook bij stijgende zorgnoden, zijn er grote uitdagingen inzake de organisatie van geïntegreerde ouderenzorg en transmurale zorg voor kwetsbare ouderen. De uitbouw van lokale medische centra en intermediaire zorg bieden hiervoor heel wat mogelijkheden. De zorgcontinuïteit kan via samenwerking met thuiszorg, centra voor dagverzorging, lokale dienstencentra, herstelverblijf en andere zorgvormen versterkt worden. Expertise van de lokale medische centra en ziekenhuizen voor intermediaire zorg bieden nieuwe mogelijkheden voor de stijgende nood aan gespecialiseerde ambulante geriatrische zorg.

Daarnaast zien we dat de verblijfsduur in de woonzorgcentra steeds korter wordt en er hoger gespecialiseerde zorg moet worden geboden. In de woonzorgcentra kan de nodige basiszorg geboden worden, maar er is almaar meer aanvullende specialistische zorg nodig. De hervorming van het ziekenhuislandschap kan hierop inspelen door vanuit hun vernieuwd georganiseerd zorgaanbod versterkt outreachend te werken.

Samenwerking tussen ziekenhuizen en de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg is onontbeerlijk. Sowieso is en blijft een aanbod geestelijke gezondheidszorg in de algemene ziekenhuizen noodzakelijk: op spoed, liaisonpsychiatrie, PAAZ-bedden en stoelen (A en K) en Sp-psychogeriatric. Er is nood aan een verdere uitwerking van het aanbod geestelijke gezondheidszorg, zowel in de vier types van ziekenhuizen als in het psychiatrisch

ziekenhuis. Omwille van zijn specificiteit behoudt het psychiatrisch ziekenhuis een aparte plaats in de ziekenhuiswet naast de door de expertenwerkgroep voorgestelde vier types van ziekenhuizen.

De psychiatrische ziekenhuisdiensten in algemene en psychiatrische ziekenhuizen maken ook deel uit van de GGZ-netwerken, zowel voor de doelgroep kinderen en jongeren als voor de doelgroep volwassenen en ouderen. Zij dragen samen met de andere actoren in de GGZ bij tot de ontwikkeling en de uitvoering van de beleidsplannen van die netwerken. De dynamiek binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg is minder gericht op concentratie van zorg en meer op transmurale zorgpaden en andere levensdomeinen dan zorg (zoals wonen, werk, welzijn, veiligheid...).

Om samenwerking mogelijk te maken moeten een aantal garanties geboden worden bij de hervorming van het ziekenhuislandschap:

- Er moet minstens een functionele binding zijn tussen de ziekenhuizen en de netwerken GGZ.
 - Alle ziekenhuizen werken structureel samen met de andere actoren van de netwerken geestelijke gezondheidszorg om samen de verantwoordelijkheid op te nemen voor de populatie in hun werkingsgebieden.
 - Als Vlaanderen netwerken geestelijke gezondheid erkent, zijn minstens de algemene en psychiatrische ziekenhuizen met erkende psychiatrische diensten (A/K/Sp-psy) partner in deze netwerken geestelijke gezondheid.
 - In de uitrol van zorgstrategische plannen voor zowel de ziekenhuizen als de netwerken geestelijke gezondheid hebben zowel de algemene en psychiatrische ziekenhuizen als de andere actoren uit het netwerk GGZ een verantwoordelijkheid voor de zorg voor patiënten met psychische zorgnoden.
- Binnen de uniforme en gestandaardiseerde triage van spoed en huisartsenposten moeten ook GGZ-problematieken een plaats hebben. In de uitwerking van triage krijgen responsmiddelen of vervolgzorgmogelijkheden uit de GGZ (onder andere de mobiele urgentie- en crisisteam GGZ, crisisconsultaties onder meer bij CGG en vervolgzorg, zorg bij de huisarts) een plaats wanneer een verblijf op spoed niet (langer) noodzakelijk is.
- De LMC bieden ook mogelijkheden om psychiatrische daghospitalisatie te realiseren.

De expertgroep heeft het aanbod geestelijke gezondheidszorg (binnen en buiten ziekenhuizen) niet meegenomen in de uitwerking van haar voorstellen. Aan de IMC vragen we een expertgroep te belasten met opmaak van een rapport over het toekomstig landschap voor de geestelijke gezondheidszorg. Dat omvat het aanbod van de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen en het door de deelstaten georganiseerd aanbod geestelijke gezondheidszorg.

3.4. Hervorming dringende medische hulpverlening

De Vlaamse ziekenhuizen volgen het voorstel waarbij er een geïntegreerde oproepstructuur zou komen. Daarnaast zijn we ons ervan bewust dat de reorganisatie van het landschap zal leiden tot een verminderd aantal acute ziekenhuizen en dus ook functies gespecialiseerde spoedevallenzorg.

We vragen dat de organisatie van acute ongeplande zorg in zijn geheel hervormd wordt. Aanrijtijden en de beschikbaarheid van de nodige disciplines zijn cruciale elementen bij die beweging. Daarnaast pleiten we voor een verregaande integratie van huisartsenwachtposten in spoedafdelingen van het acute ziekenhuis met een gelaagde en bindende triage voor de patiënt. Zorgnet-Icuro heeft hierover samen met Domus Medica, vzw Huisartsenwachtposten Vlaanderen en Besedim reeds heel wat conceptueel werk verricht: [Spoeddiensten en wachtposten: de juiste zorg op het juiste moment | Zorgnet-Icuro](#). We pleiten ervoor om de band tussen de huisartsgeneeskunde, huisartsenpraktijken en ziekenhuiszorg, zeker binnen de LMC, te versterken.

Tijdskritische hooggespecialiseerde zorg zal bovendien niet in ieder acuut ziekenhuis kunnen worden aangeboden. De protocollen voor de Dringende Geneeskundige Hulp zullen geüpdatet moeten worden. De Vlaamse ziekenhuizen verwijzen daarnaast naar de bevindingen van het KCE over de organisatie van intensieve zorgen, en vragen hier verder studiewerk rond.

3.5. Plaats van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen in deze hervorming

Wij vragen specifieke aandacht voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen, gezien hun unieke situatie. Zij bestaan immers enkel in Vlaanderen. Sinds de zesde Staatshervorming vallen deze geïsoleerde ziekenhuizen onder Vlaamse bevoegdheid. Aangezien zij activiteiten uitoefenen die sporen met de activiteiten van een ZIZ, is samenwerking tussen de Vlaamse en federale overheid essentieel.

Patiënten met dezelfde pathologie moeten kunnen rekenen op dezelfde kwaliteitsvolle behandeling, ongeacht of zij opgenomen zijn in een Vlaams revalidatieziekenhuis of een ZIZ. Dat houdt in dat de zorg moet kunnen worden georganiseerd met hetzelfde inschalingsinstrument, in zorgprogramma's en met een gelijke financiering voor hetzelfde type patiënt. De capaciteit moet afgestemd worden op de revalidatienood in de zorgregio waarbij erover gewaakt wordt dat er geen oneigenlijk gebruik van bedden is.

Er is dringend nood aan een juridisch kader. In eerste instantie pleiten we voor een Vlaams revalidatiedecreet waarin de taken en opdrachten van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen duidelijk worden. Daarnaast pleiten we voor een samenwerkingsakkoord met de federale overheid dat de regels bepaalt voor samenwerking en afstemming tussen de Vlaamse revalidatieziekenhuizen en algemene en universitaire ziekenhuizen. Dat moet mede een flexibele invulling van het Vlaamse revalidatielandschap van de ziekenhuizen (inclusief afspraken over programmatie) mogelijk maken. Zij moeten hierbij de kans krijgen om zich mee te verankeren in de nieuwe juridische rechtsvorm en door aan te sluiten in de in de ziekenhuiswet reeds ingeschreven rechtsfiguren. Gezien de supraregionale opdracht van bepaalde Vlaamse revalidatieziekenhuizen vragen we om de mogelijkheid te behouden om een samenwerkingsakkoord te sluiten met meerdere RAZ. Er moet minstens een functionele binding zijn tussen de zorggebieden van de RAZ of, waar van toepassing, meerdere ziekenhuizen en de revalidatieziekenhuizen. Die binding moet aantoonbaar zijn in de vorm van samenwerking binnen zorgprogramma's, afgestemde patiënttrajecten en gedeelde verantwoordelijkheden binnen hetzelfde zorggebied.

Daarnaast is het belangrijk dat we hun rol en positie goed definiëren ten opzichte van de ouderenzorg, de thuiszorg en ambulante revalidatie, de zorg voor personen met een handicap en de herstelverblijven. Ook de revalidatie die in deze settings plaatsvindt, vormt een integraal en volwaardig onderdeel van het continuüm van het revalidatieproces.

3.6. Plaats van het Instituut voor Tropische Geneeskunde

Tot slot willen we aandacht vragen voor overige unieke, erkende Belgische medische faciliteiten zoals het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde is erkend door de Belgische overheid als Stichting van Openbaar nut met een nationale opdracht in medische dienstverlening, die via RIZIV-convenanten worden gefinancierd. Het Instituut heeft een polikliniek en een klinisch referentielaboratorium met een specifieke rol in het Belgische zorglandschap gebaseerd op haar unieke, academische expertise over tropische en andere infectieuze aandoeningen. Zulke instellingen vallen echter buiten de vier types zorgvoorzieningen zoals gedefinieerd in het expertenrapport. Onze vraag is om bij de hervorming van het ziekenhuislandschap de kans te creëren om die instellingen binnen het secundaire/tertiaire zorglandschap beter te definiëren en hen zo een duidelijker juridisch kader te bieden.

3.7. Medewerkers

3.7.1. (Zorg)medewerkers

De voorgestelde hervorming zal een stroom aan personeelswijzigingen tot gevolg hebben. Die transitie moet met zorg en op een professionele manier uitgevoerd worden, om te vermijden dat we zorgpersoneel zouden verliezen. We formuleren hierbij belangrijke consequenties en aandachtspunten:

A. De hervorming zal deels kunnen bijdragen aan het oplossen van de personeelsschaarste door een efficiëntere inzet van personeel.

Dergelijke transitieprocessen vergen extra aandacht voor het personeel om eventuele uitval en verloop zoveel mogelijk te vermijden. Dat kan onder meer het gevolg zijn van medewerkers die niet bereid zijn om mee te gaan in veranderingen inzake functie-inhoud of plaats van tewerkstelling. Het is daarom aangewezen om in de hervorming voldoende tijd en middelen te investeren voor begeleiding en heroriëntering met het oog op interne mobiliteit.

Om personeel te begeleiden bij de loopbaanopties en -keuzes is een gerichte aanpak nodig. Niet voor elk personeelslid zal meteen een geschikte optie voorhanden zijn. De ziekenhuizen moeten hierbij over voldoende mankracht en middelen beschikken om die begeleiding centraal aan te bieden, te zorgen voor het nodige overzicht (in kaart brengen van de noden/opties) en loopbaanperspectieven aan te bieden aan deze groep van mensen, daarbij ook rekening houdend met praktische aspecten als mobiliteit en werkregime.

B. Het zal in sommige gevallen nodig zijn om mensen bij te scholen of om te scholen.

Die noden en mogelijkheden moeten in kaart worden gebracht en aan het personeel worden aangereikt, met het doel medewerkers extra kansen te bieden.

C. Voor het zorgpersoneel lopen momenteel verschillende hervormingen gelijktijdig, zoals de hervorming van het verpleegkundig beroep en de invoering van het gestructureerd zorgteam. De cumulatieve impact van deze hervormingen op het zorgpersoneel kan het risico op werkstress verhogen. Daarom is het **versterkt inzetten op retentie** geen overbodige luxe.

Een van de grote uitdagingen de volgende decennia is het tekort aan zorgpersoneel. De Vlaamse ziekenhuizen roepen hierbij op om voldoende flexibiliteit te voorzien in de inzet van zorgteams rond de patiënt, waarbij de delegatiemogelijkheden van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, voldoende ruim worden bepaald.

D. Gerichte communicatiestrategie

Net zoals bij andere veranderingsprocessen is ook bij deze hervorming een goede communicatie essentieel. Op dit moment komen veel (noodzakelijke) veranderingsprocessen samen, wat tot een onrust bij de medewerkers kan leiden. De juiste informatie geven aan het personeel, tijdig en helder, zal noodzakelijk zijn om die onrust te kanaliseren.

E. Specifieke aandachtsgebieden bij transities: mobiliteit en teamintegratie

Reorganisaties binnen ziekenhuizen gaan vaak gepaard met wijzigingen van de plaats van tewerkstelling (afdeling of campus). Ervaring leert dat personeelsmobiliteit niet altijd vanzelfsprekend is. Tijd en middelen (binnen de wettelijke regelingen) zullen moeten worden voorzien om praktische oplossingen en regelingen uit te werken voor mobiliteit. Zaken als het delen van medewerkers moet hierbij ook mogelijk gemaakt worden.

F. Focus op lokaal sociaal overleg

De hervorming vereist een toekomstgerichte houding van iedereen waarbij het behoud van bepaalde verworvenheden misschien moet worden herbekeken. Eventueel verwachte financiële incentives mogen niet tot een meerkost leiden, ze kunnen hoogstens binnen het bestaand wettelijke en financieel kader een ondersteunende rol spelen.

Ervaring leert dat sociaal overleg op lokaal niveau meer aangewezen is om hierover gesprekken te voeren. De concrete impact van beleidsmaatregelen is beter zichtbaar en oplossingen op maat kunnen beter uitgewerkt worden. Hierdoor kan onder meer een *'best of all worlds'*-personeelsstatuut, wat de kost zou verhogen, worden vermeden.

Hoogstens kunnen er op sectoraal niveau bepaalde richtlijnen of kaderafspraken vastgelegd worden.

3.7.2. Artsen

Ook voor sommige artsendisiplines dreigt een tekort in de ziekenhuizen. We moeten hierbij bijzondere aandacht hebben voor de wachtdiensten. Vandaar de noodzakelijkheid om het ziekenhuis aantrekkelijker te maken/houden voor artsen. Als deelaspecten hiervan, zonder exhaustief te zijn, vermelden we:

- Beleidsmatig: een geactualiseerd governance-model, met een cruciale plaats voor de dialoog en samenwerking met artsen (zie boven).
- De hervorming van de nomenclatuur moet de aantrekkelijkheid van ziekenhuizen (inclusief de Vlaamse revalidatieziekenhuizen) voor artsen garanderen. Dit in het bijzonder voor wat de permanentie en continuïteit van zorg betreft.

3.7.2.1. Extramurale praktijken

Vanuit de Vlaamse ziekenhuizen juichen we de keuze van de experts toe om de vier types van ziekenhuizen onder te brengen in een social-profit (publieke of private) rechtsfiguur. In het kader van de zorgcontinuïteit en toegankelijkheid is het belangrijk dat patiënten voor hun zorg garanties hebben op betaalbare, kwalitatieve en toegankelijke zorg.

Specifieke wetgeving om extramurale praktijken te normeren en *cherry-picking* te vermijden ontbreekt. In het kader van de hertekening van het ziekenhuislandschap, de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen en de herijking van de nomenclatuur, is het ook belangrijk om een aantal wettelijke garanties te ontwikkelen inzake de meld- en vergunningsplicht, erkenningsnormen, financieringsvoorwaarden, kwaliteitsstandaarden en handhaving en toezicht. Op die manier moeten alle zorglocaties, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, voor een bepaalde behandeling aan dezelfde voorwaarden voldoen.

De Vlaamse ziekenhuizen wensen met nadruk de focus te leggen op de maatschappelijke noodzaak van een geïntegreerd model waarin we, zoals reeds aangehaald, de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis als werkplek voor de artsen positief stimuleren.

In functie van de holistische benadering en de ondersteuning van kwetsbare mensen is het bovendien belangrijk om te vermelden dat ziekenhuizen beschikken over een bredere omkadering dan de zuiver medische en verpleegkundige. Ziekenhuizen hebben een sociale dienst, tolken, een ombudsdienst, levensbeschouwelijke medewerkers en vrijwilligers. Daarnaast zorgen ze ook voor duurzame tewerkstelling en continuïteit in omkadering.

3.8. De rol van de overheid

De organieke wetgeving van de ziekenhuizen behoort toe aan de federale overheid, terwijl (bijkomende) erkenningsnormen door Vlaanderen kunnen uitgewerkt worden. We stellen dan ook voor om een analyse te maken van de impact van de hertekening van het ziekenhuislandschap op die erkenningsnormen. Vanzelfsprekend zullen concrete aanpassingen aan de federale ziekenhuiswet hiervoor de basis vormen.

We wijzen op de noodzaak van een maximale interfederale afstemming. Daarbij vragen we nogmaals aandacht voor deregulering en de evolutie naar een systeem waarbij rekening gehouden wordt met de output en de invulling van kwaliteitsindicatoren, en met het *only-once* principe.

Vanuit de ervaring die we hebben met de ziekenhuisnetwerken, vragen we aan de overheden snelle duidelijkheid over de finaliteit van de hervorming en wensen we in gesprek te gaan over het ontwikkelen van evenwichtige sturingsmechanismen. Dat vereist een debat over de zogenaamde logische zorggebieden en penetratiegraad van de ziekenhuizen, georganiseerd in de nieuwe rechtspersoon, in de regio.

De ziekenhuizen vragen globaal een meer sturende rol van de overheid in de bepaling van het kader, maar wensen binnen de samenwerking in een logisch zorggebied ook het nodige sociaal ondernemerschap toe te laten.

3.9. Essentiële voorwaarde: voldoende budgettaire stabiliteit en perspectief

Voldoende budgettaire stabiliteit met perspectief voor de ziekenhuizen is essentieel in deze hervorming.

Voor de werkingsmiddelen is budgettaire stabiliteit tijdens de transitie essentieel. We zijn vragende partij voor een bevrozing van het BFM gedurende vijf jaar of minstens om niet te penaliseren. Dit zonder herberekening van de verantwoorde activiteit. Die bevrozing moet ziekenhuizen in eerste instantie de nodige zekerheid geven om zich aan te passen aan het nieuwe landschap. Vanzelfsprekend moet er bij de significante verschuiving van diensten en bijhorende capaciteit een verschuiving van middelen gebeuren.

Daarenboven moeten nieuwe, externe verplichtingen met een aantoonbare financiële impact wel gehonoreerd worden met extra middelen. Tegelijk moeten de bijkomende opdrachten die ziekenhuizen opnemen in het toekomstige zorglandschap – zoals samenwerking met de eerste lijn, outreach naar woonzorg en nieuwe organisatievormen van ongeplande zorg – structureel gefinancierd worden.

De ziekenhuizen zijn van mening dat een structurele hervorming van de ziekenhuisfinanciering aan de orde is. De hervorming van de nomenclatuur legt hier trouwens al een basis voor. Ze kunnen zich vinden in de evolutie naar een all-in forfait per pathologie per opname, maar vragen wel om de nodige hefboomen te voorzien voor lokale dynamieken en innovatie.

Naast de impact op de werkingskosten vergt de hervorming aanzienlijke investeringen in infrastructuur. Sinds de zesde staats hervorming is Vlaanderen exclusief bevoegd voor de investeringen in ziekenhuisinfrastructuur. De middelen die het hiervoor vrijmaakt, staan niet in verhouding tot de middelen die voorheen via het BFM naar de sector gingen en overgeheveld werden. Op die middelen werd ondertussen 502 miljoen euro bespaard door de Vlaamse regering. Daarenboven schiet het huidige financieringssysteem ernstig tekort wat de hoogte van de bedragen betreft. Zorgnet-Icuro berichtte hierover al vroeger: [Dalende subsidies doen zorginfrastructuur fors verouderen | Zorgnet-Icuro](#).

Om bestaande sites te laten aansluiten bij de nieuwe typologie zullen activiteiten verschuiven tussen sites. In een conservatief scenario berekenen we dat het gaat om de verschuiving van ongeveer 4.700 bedden, 100 OK-zalen en 50 verloskwartieren. Die verschuivingen maken bijkomende investeringen noodzakelijk op de ontvangende sites. Op basis van geactualiseerde bedragen wordt de benodigde overheidstussenkomst voor die te verschuiven infrastructuur grofweg geraamd op 2,8 miljard euro. Rekening houdend met een vergoeding voor interestlasten en een afschrijvingsperiode van twintig jaar komt dit neer op een totale overheidsinspanning van ongeveer 3,7 miljard euro, of 184 miljoen euro per jaar. Hierbij houden we nog geen rekening met neveneffecten van de hervorming.

Daarenboven moet nog rekening gehouden worden met vereisten van de Europese toegankelijkheidswet (2025) alsook de klimaatneutraliteit tegen 2050. Dat zal de kost nog verder verhogen.

Financiering van het benodigde bedrag via herverdeling van bestaande middelen binnen het BFM, zoals voorgesteld door de experts, zal leiden tot een structureel verlies aan werkingsmiddelen en tot herverdelingseffecten met netto-verliezers. De Vlaamse ziekenhuizen zijn het dan ook niet eens met het transitiefonds zoals voorgesteld door de experts.

De nodige investeringen moeten gefinancierd worden met nieuwe publieke middelen. Bij de totale hervorming van de ziekenhuisfinanciering vinden we het wel logisch dat alle middelen die in het BFM worden geïnvesteerd, worden meegenomen.

Onze analyse toont ook aan dat prefinanciering en autofinanciering door de ziekenhuizen zelf slechts in zeer beperkte mate haalbaar is. De combinatie van solvabiliteitsvereisten, vereiste eigen inbreng en lage operationele marges maakt dat slechts een beperkt aantal ziekenhuizen dergelijke investeringen zelfstandig kan dragen. Zonder bijkomende publieke middelen dreigt de hervorming dan ook te leiden tot een grotere financiële kwetsbaarheid binnen de sector, veeleer dan tot een duurzaam en toekomstgericht ziekenhuislandschap.

Tot slot vragen we een loskoppeling van de zorgstrategische plannen van de ziekenhuisnetwerken als voorwaarde voor het verkrijgen van VIPA-financiering en een heroriëntatie naar de toekomstige organisatie van het ziekenhuislandschap.

3.10. Communicatie naar de bevolking

Een belangrijke randvoorwaarde om de transitie te doen slagen is een volgehouden communicatiecampagne naar de verschillende stakeholders en de bredere bevolking. Cruciaal is om de hervorming van het ziekenhuisaanbod te duiden als noodzakelijk voor het behoud van de kwaliteit en de toegankelijkheid van ons zorgsysteem, niet als een besparingsoperatie. Het gaat immers om een gevoelige systeemhervorming met grote maatschappelijke impact. De communicatie moet in de eerste plaats inzetten op het creëren van begrip, het verminderen van ongerustheid en het behouden van vertrouwen. Een consistente centrale boodschap is essentieel, met doelgroepgerichte accenten (bijvoorbeeld kwaliteitsvolle spoedzorg is niet noodzakelijk de dichtstbijzijnde spoed, veilig bevallen vraagt voldoende ervaring en volume).

De overheid moet de krijtlijnen van het communicatieplan uitzetten, communiceren naar de verschillende stakeholders, en die ook begeleiden in het voeren van hun eigen communicatie. We benadrukken het belang van de communicatie van de eerste lijn naar de patiënten toe, en de sleutelrol van de lokale besturen die moeten loskomen van een enge lokale benadering en meestappen in het bredere verhaal van kwaliteitsvolle zorg.

