

FEDERALE ADVIESRAAD VAN OUDEREN

Advies 2026/004

De Federale Adviesraad voor ouderen (FAVO), opgericht bij de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een FAVO waarvan de leden worden benoemd bij koninklijk besluit van 7 juli 2017, heeft tot taak om op eigen initiatief of op verzoek van de Federale Regering of een Wetgevende Kamer, adviezen over aangelegenheden die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen op het gebied van pensioenen, gelijke kansen, sociale integratie en de bestrijding van ongelijkheid, toegankelijkheid van de gezondheidszorg en mobiliteit.

Overeenkomstig artikel 3 § 3, 1 ° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de FAVO het volgende advies uit:

ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN BETREFFENDE DE EXPERTENNOTA HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

DE EXPERTENNOTA HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP - ADVIES

Op 17 december 2025 heeft het comité van onafhankelijke deskundigen een advies geformuleerd over de toekomstige hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap. De commissie formuleerde dit advies, op verzoek van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De groep van deskundigen heeft zich gebogen over de organisatie van de algemene ziekenhuizen in ons land, over de structuur en over het aanbod zoals dat zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld.

Het voorstel van de deskundigengroep voorziet in een periode van tien jaar om het ziekenhuislandschap te herstructureren en te versterken naar een aanbod dat is afgestemd op vier soorten zorginstellingen, uitgaande van het principe van nabijheid waar mogelijk en geconcentreerde zorg waar nodig.

De deskundigengroep stelt ook voor om de spoedeisende medische hulp grondig te hervormen door middel van een gecentraliseerde triage met een passende doorverwijzing van de zorg, waarbij spoedeisende hulp uitsluitend naar de HGR's en de UZ's wordt geleid, en een versterking van het gebruik van wachtposten.

Ten slotte is de deskundigengroep van plan om expertisecentra op te richten die aan bepaalde eisen op het gebied van kwaliteit en volume voldoen.

De FAVO onderschrijft de noodzaak van de hertekening van het ziekenhuislandschap. We erkennen de basisvisie van de nota die vertrekt van een geïntegreerd zorgmodel waarbij ziekenhuiszorg niet langer centraal staat, maar één van de pijlers is van de gecoördineerde patiëntgerichte zorg, zorg die – waar mogelijk – ook rekening houdt met de rechten, keuzes, wensen en levensdoelen van de PERSOON die de patiënt is.

1. De patiënt centraal binnen geïntegreerde zorg?

Het voorstel voor een ingrijpende hervorming van het ziekenhuislandschap is gebaseerd op relevante doelstellingen en een SWOT-analyse.

De nota vertrekt van het Quintuple Aim-raamwerk dat de vijf essentiële doelstellingen combineert: kwaliteit van zorg, betaalbaarheid, welzijn van patiënten, welzijn van zorgverleners en billijkheid.

In een plan voor 10 jaar verdienen ook de milieuaspecten een plaats.

De FAVO vraagt om aan de quintuple aim toe te voegen: verbeteren van klimaat-en milieu-impact.

Het Quintuple- Aim raamwerk moet ervoor zorgen dat de patiënten niet langer terecht komen in versnipperde zorgprogramma's maar dat zorgverleners uit verschillende disciplines samenwerken binnen één afgestemd traject, gecoördineerd door een zorgcoördinator. De opvolging is niet langer alleen klinisch, ook welzijn, en mentale en sociale aspecten krijgen aandacht. De zorg verbindt de verschillende leefomgevingen (thuis, werk, maatschappij, ziekenhuis, revalidatiecentrum) en integreert alle dimensies van welzijn: fysiek, psychisch, sociaal en ecologisch.

Deze essentiële uitgangspunten worden echter niet verder uitgewerkt, en houden geen rekening met de moeilijkheden van geografische bereikbaarheid, met name in landelijke gebieden of gebieden met een lage bevolkingsdichtheid.

De nota die nu voorligt is sterk gebaseerd op de huidige situatie en vertrekt niet van een visie op lange termijn.

Het project is ontworpen vanuit het standpunt van de ziekenhuizen en de artsen, en houdt geenszins rekening met de mening, de ervaring van patiënten.

Een hervorming van het ziekenhuislandschap waarbij de andere sectoren moeten aanpakken is alvast geen goed uitgangspunt om geïntegreerde zorg uit te bouwen.

Geïntegreerde zorg kan alleen als ook thuiszorg, mantelzorg, psychologische ondersteuning...een volwaardige plaats krijgen in dit plan. Voor heel wat van deze ambulante zorgactoren zijn de gewesten en gemeenschappen bevoegd.

Het rapport van de deskundigen gaat evenmin in op de intramurale zorg voor patiënten met psychiatrische stoornissen. Ook de zorg voor ouderen in rusthuizen komt in hun nota niet aan bod. Deze laatste twee punten worden doorgeschoven naar de gefedereerde entiteiten. Een concrete en globale visie op de specifieke problemen en behoeften van de groter wordende groep ouderen, ontbreekt.

De FAVO is blij dat de interministeriële conferentie gezondheid de opdracht gaf om deze nota uit te werken. Zo bevestigen de verschillende ministers dat een geïntegreerd zorg enkel kan als de verschillende beleidsniveaus samenwerken.

De FAVO dringt er op aan om naast de hertekening van het ziekenhuis landschap, ook in kaart te brengen welke acties nodig zijn binnen de bevoegdheden van gewesten en gemeenschappen om een geïntegreerde zorg rond de patiënt echt mogelijk te maken.

De FAVO vraagt ook de actieve betrokkenheid van het Vlaams Patiëntenplatform, LUSS, CCFA-FAVO, CAS, VLORA bij de verdere uitwerking van dit plan.

2. Toegankelijke zorg betekent betaalbare zorg.

De FAVO evalueert deze nota vanuit de situatie van de oudere en kwetsbare personen. Welke invloed heeft deze hervorming op bereikbaarheid, kwaliteit, kosten en wachttijden?

Dit plan wil duidelijkheid creëren en een lange -termijnbeleid voor de ziekenhuizen uittekenen. Dit lange termijn -perspectief moet de ziekenhuizen en haar financiers ook de nodige handvaten bieden voor investeringen in nieuwe of bestaande infrastructuur. Dit kan echter niet los gezien worden van de basisfinanciering van de ziekenhuizen en het systeem van prestatiegeneeskunde.

Het huidige financieringssysteem, voornamelijk gebaseerd op vergoeding per prestatie, zet ziekenhuizen en artsen ertoe aan om meer ingrepen of consultaties uit te voeren, ook als die medisch niet altijd noodzakelijk zijn en dit vaak ten koste van de kwaliteit voor de patiënt.

Ziekenhuizen kampen met financiële druk en proberen elkaar te overtroeven met investeringen in technologie, infrastructuur, nieuw medisch aanbod, ongeacht of dat werkelijk nodig is.

Het huidige systeem moedigt ziekenhuizen dus niet aan om samen te werken of activiteiten te bundelen, Door het financieringssysteem zijn ziekenhuizen in de eerste plaats elkaars concurrenten, terwijl het voorliggende plan net uitgaat van samenwerking.

De patiënt van zijn kant wordt als gevolg van de manke basisfinanciering, steeds vaker geconfronteerd met supplementen bij ambulante consultaties en technische prestaties.

Vandaag is een belangrijke bron van inkomsten voor de ziekenhuizen de aangerekende supplementen in de éénpersoonskamer.

Een hertekening van het ziekenhuislandschap is het moment om komaf te maken met de discriminatie die minder begoede patiënten verplicht tot de keuze voor een meer persoonskamer.

We maken ons ook zorgen over de toenemende deconventionering ook in disciplines die tot de basiszorg behoren zoals tandzorg. Betaalbaarheid van zorg wordt steeds meer gebonden aan bijkomende verzekeringen voor hospitalisatie, tandzorg en deze zijn onbetaalbaar voor mensen met een laag inkomen.

Lucratieve medische disciplines organiseren zich ook steeds vaker buiten het ziekenhuis waar minder lange wachtlijsten gelden. Ook dit gaat gepaard met een toenemende deconventionering van artsen. Beter begoede patiënten krijgen een snellere toegang tot zorg door 'villageneeskunde'.

De FAVO vraagt dat de hervorming van het ziekenhuislandschap wordt gekoppeld aan de toekomstige financiering van de gezondheidszorg in het algemeen en de basisfinanciering van de ziekenhuizen in het bijzonder.

Dit financieringsvoorstel moet maatregelen bevatten om de toenemende deconventionering van artsen te stoppen en het verdere doorschuiven naar aanvullende verzekeringen een halt toe te roepen. Deze hervorming moet uitgaan van de gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen.

3. Kwaliteit en bereikbaarheid van geïntegreerde zorg in het hervormde ziekenhuislandschap.

3.1 Kwaliteit van zorg

De FAVO betreurt dat het rapport niet vertrekt vanuit de (huidige en te verwachten) noden van de patiënten binnen een bepaalde regio. Die regio's kunnen sterk verschillen; ruraal gebied, veel kansarmoede, veel oudere inwoners.... De experts baseren zich enkel op schaalgrootte, per site, en de daarmee verhoopte efficiëntiewinsten.

De FAVO pleit voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Bij gebrek aan doorstroommogelijkheden en een rationalisering van het aanbod kunnen deze basisprincipes onder druk komen.

Uit de SWOT-analyse die aan de grondslag van deze nota ligt, blijkt dat het Belgisch ziekenhuislandschap versnipperd is over te veel sites waar 'iedereen alles doet, en bovendien dag en nacht open is. Dit staat haaks op de evolutie in de acute geneeskunde, die steeds meer gespecialiseerde expertise vereist. Daarnaast zorgen minder invasieve technieken, betere beeldvorming en aangepaste anesthesie ervoor dat een toenemend aantal patiënten behandeld wordt in een dag -hospitaal. Deze evolutie zien we zowel voor chirurgische als internistische interventies.

Volgens het principe ' nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig', stellen de experts 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.

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

In praktijk betekent dit dat op een termijn van 10 jaar heel wat kleinere algemene ziekenhuizen verdwijnen of worden omgebouwd tot lokaal medisch centrum. Een LMC staat in voor planbare, ambulante

specialistische zorg en beschikt over een chirurgisch dagziekenhuis, met operatiekwartier, recovery en een volwaardig diagnostisch platform. LMC's hebben geen spoeddienst noch een spoed eerste opvang.

3.2 Geïntegreerde zorg?

Om een volledig beeld te krijgen moet ook de capaciteit van de revalidatieziekenhuizen worden meegenomen. De beddencapaciteit van de revaliderend herstelverblijven die ervoor zorgen dat patiënten sneller het klassieke ziekenhuisbed kunnen verlaten. Dat gaat over een voorlopige capaciteit in IMC afgesproken van 730 Vlaamse bedden, 130 Brusselse bedden en 384 Waalse bedden. Daarnaast zijn er de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (1087 bedden) die ook een plaats hebben in het aanbod binnen een bepaalde regio.

De FAVO vraagt meer duidelijkheid over het profiel van de patiënten die zullen worden opgenomen in het ZIZ en welke patiënten terecht komen in de revalidatiehuizen. Wij vragen om de toegang tot intermediaire zorg of revalidatie in het ziekenhuis te verbeteren, en er tegelijkertijd voor te zorgen dat de kwaliteit van de thuiszorg en -hulp wordt versterkt. Het voortdurend 'verhuizen' betekent voor heel wat ouderen desoriëntatie en een intens gevoel van onwelzijn.

Ook Ambulante sites zonder residentieel zorgaanbod die niet opgenomen zijn op de "adreslijst ziekenhuizen" worden niet vermeld. Het gaat om off-site poliklinieken, medical centers of satellieten georganiseerd vanuit de ziekenhuizen.

Het is onduidelijk over hoeveel sites het gaat, waar deze liggen, welke zorg of technische prestaties ze aanbieden. Het is belangrijk om ook de sites mee in beeld te brengen.

De FAVO vraagt om de ambulante sites die niet op de lijst van ziekenhuizen staan te betrekken in de analyse en de hertekening.

Tenslotte missen we ook de Psychiatrische zorg, andere geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, palliatieve zorg en ouderenzorg in de analyse. De zorg in kaart brengen en een plan uitwerken voor de komende 10 jaar kan niet voorbijgaan aan de psychiatrische zorg.

Je kan niet inzetten op geïntegreerde zorg zonder de psychiatrische zorg te betrekken. Er is immers een veel voorkomende comorbiditeit tussen somatische en psychische problematiek, Ook mag niet worden

voorbijgegaan aan de grote druk op de spoeddiensten als gevolg van de psychiatrische problematiek

De FAVO vraagt om ook de geestelijke gezondheidszorg mee op te nemen in de hervormingsvoorstellen.

Er wordt in het expertenrapport slechts heel kort ingegaan op de uitdagingen en de toenemende zorgvraag van ouderen. De 'Sp6'bedden bieden zorg voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen en 'Sp4' (palliatieve zorg) tonen raakvlakken met zorg op andere diensten. Desalniettemin komen ze amper aan bod in het rapport.

De FAVO vraagt extra aandacht voor de palliatieve zorg en verwijst naar de voorstellen in haar advies 'kwaliteit van levenseinde' van december 2025.

3.3 Toegankelijkheid van zorg

De meeste inwoners van het land zullen zich in de toekomst verder moeten verplaatsen om bij een regionaal algemeen ziekenhuis te komen. Vooral in minder bevolkte provincies met minder erkende bedden zal een verdere sanering op basis van het aantal erkende bedden grote gevolgen hebben en zullen minder ziekenhuizen overblijven.

In de nota wordt een correctie voorzien. Men gaat uit van de stelling dat iedereen een regionaal ziekenhuis moet kunnen bereiken na een autorit van 30 minuten.

Maar niet iedereen beschikt over een auto en ouderen mogen of willen niet langer zelf een voertuig besturen. Een dergelijke hervorming staat of valt met een goed uitgebouwd vervoerplan een goed openbaar vervoer naar de zorginstellingen aangevuld met extra medisch vervoer (niet dringend zittend vervoer).

Ook de bezoekers mogen hierbij niet uit het oog worden verloren. Het is essentieel voor de kwaliteit van zorg dat de patiënt opgenomen in het ziekenhuis, bezoek krijgt. Zeker voor oudere en kwetsbare mensen is dit erg belangrijk.

De FAVO vraagt dat de 30 minuten regel per auto als afstand naar het dichtst bij zijnde ziekenhuis, wordt herbekeken in functie van de bereikbaarheid voor mensen die geen wagen bezitten. Samen met de gewesten en gemeenschappen moet een sluitend plan gemaakt worden om het vervoer van patiënten en hun naasten te garanderen via ofwel het reguliere openbaar vervoer of via gespecialiseerd ziekenvervoer. De FAVO vraagt ook extra aandacht voor de minder bevolkte provincies, en de plattelandsgebieden in alle provincies.

In het plan wordt erop gerekend dat morgen heel wat zorg zal verleend worden in het Lokaal Medisch Centrum (LMC).

De nota gaat er van uit dat deze verschuiving richting daghospitalisatie en ambulante zorg de patiënt meer comfort biedt. Doordat patiënten 's nachts en in het weekend niet in het ziekenhuis verblijft, is er minder personeel nodig en kunnen zo ook middelen worden vrijgemaakt.

De nota gaat hierbij voorbij aan het feit dat een patiënt na een ambulante ingreep vaak hulp nodig heeft bij de activiteiten van het dagelijks leven (aankleden, wassen, koken...). In de reeks van ingrepen die in daghospitalisatie kunnen, nemen de orthopedische ingrepen een belangrijke plaats. Medisch gezien is er minder risico op complicatie maar de ingreep is vaak tijdelijk invaliderend. Patiënten kunnen de eerste dagen niet zonder hulp. Steeds meer mensen ook en vooral vele ouderen zijn alleenstaand en hebben geen inwonende mantelzorger om hen te helpen.

De FAVO vraagt dat de uitbreiding van zorg in het dag-hospitaal samengaat met een versterking van thuisverpleging en thuiszorg. Dit is in grote mate een bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten. Een besparing op medisch personeel (federaal) zal de kost voor de thuiszorg (regionaal) doen stijgen.

Als hierover geen afspraken worden gemaakt en bijhorende middelen worden vrijgemaakt, zal de zorg in het LMC minder in plaats van meer kwaliteit garanderen voor de patiënt. Ook de kosten van herstel worden dan afgewenteld op de patiënten.

Ziekenhuizen voor intermediaire zorg of revalidatie vormen een tussenstap die tot doel heeft patiënten in staat te stellen hun zelfstandigheid terug te winnen of te versterken na hun verblijf in het ziekenhuis, zodat zij kunnen terugkeren naar hun familie en de levenswijze van hun keuze (bijvoorbeeld

– na, indien nodig, een verblijf in de fase van 'kortdurende opname in een tehuis' – een serviceflat, een woongroep of in een MRS of een MR

De FAVO vraagt om de toegang tot intermediaire zorg of revalidatie in het ziekenhuis te verbeteren, en tegelijkertijd ook de kwaliteit van de thuiszorg en -hulp te versterken.

4. Recht op klacht.

De FAVO pleit voor betere voorlichting aan patiënten. Het recht op klacht over de kwaliteit van de zorg ontbreekt in de nota van de deskundigen. De onafhankelijkheid en doeltreffendheid van de bemiddelingsdiensten laten momenteel te wensen over. Het gebrek aan duidelijkheid over de rechten, de keuzemogelijkheden en klachtenprocedures voor de patiënt vormt een rem op de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De transparantie van de ziekenhuiskosten voor de patiënt zou explicieter en systematischer moeten zijn.

5. Medische spoedeisende hulp.

De invoering van één enkel triagesysteem dat 24 uur per dag en 7 dagen per week actief is, zal op termijn zorgen voor een betere verdeling van de medische hulp naar de juiste instanties. Afhankelijk van de urgentie en de pathologie wordt doorverwezen naar de huisarts, de huisartsen wachtpost, de ambulante spoedeisende hulp, de spoeddienst bij een RAZ of UZ.

De FAVO pleit voor de uitwerking van een duidelijk protocol voor triage en dispatching, maar ook voor een verduidelijking van het begrip medische noodsituatie waarbij patiënten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis moeten worden overgebracht.

De organisatie van spoedeisende hulp uitsluitend in de regionale en universitaire ziekenhuizen zal de responstijd verlengen terwijl sommige ziektebeelden net een snellere respons vereisen (cardiovasculaire aandoeningen beroertes, polytrauma's, enz.). De FAVO pleit voor de behandeling van levensbedreigende spoedgevallen binnen een responstijd van minder dan vijftien minuten. Dit vereist een grotere dekking van het netwerk voor snelle interventies (ambulance, helikopter, SMUR en PIT).

De FAVO vindt dat een centrale triage een vooruitgang kan zijn als die triage met zorg gebeurt en permanent geëvalueerd wordt. Een goede voorlichting gericht naar ouderen en kwetsbare mensen is een belangrijke voorwaarde.

6. Geïntegreerde zorg in de praktijk.

Doorheen heel dit advies wordt duidelijk dat dit plan staat of valt met een geïntegreerd beleid door de federale overheid enerzijds en de gemeenschappen en gewesten anderzijds. **De FAVO pleit voor een betere coördinatie van de zorg tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg.**

De ambitie om eindelijk een model voor geïntegreerde zorg in te voeren, begint bij de samenwerking tussen alle betrokkenen binnen een bepaalde regio: in dit model staat de ziekenhuiszorg niet langer centraal, maar vormt deze één van de pijlers van patiëntgerichte, gecoördineerde zorg en – behalve in levensbedreigende noodsituaties – zou deze in overleg met de patiënt moeten kunnen worden uitgewerkt.

De nota spreekt over de inbedding in een regionaal of nationaal zorgnetwerk met afspraken rond verwijzing, opvolging en nazorg. Ondertussen hebben de regio's hun eigen samenwerkingsverbanden tussen gezondheids- en welzijn-werkers gecreëerd.

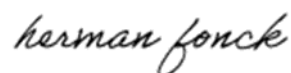
De FAVO vraagt dat federale, regionale en gemeenschappelijke gezondheids- en welzijnswerkers kunnen samenwerken binnen één door alle overheden erkend zorgnetwerk dat gebaseerd is op een logische geografische gebied waar alle zorgpartners, dus ook de ziekenhuizen, verantwoordelijkheid dragen. Alleen zo kan de patiënt centraal staan in de zorg en in vertrouwen en na informatie zijn toestemming en medewerking verlenen aan het zorgplan dat voor hem werd uitgetekend..

De FAVO onderschrijft het belang van de coördinator die de zorg rond en met de patiënt organiseert. Dit hoeft niet de huisarts te zijn, ook een andere zorgverlener kan deze rol invullen.

Goedgekeurd na schriftelijke consultatie van de leden van FAVO binnen de Raad.



De ondervoorzitter,
Daniel Van Daele



De voorzitter,
Herman Fonck