Potentieel van extramurale zorg

Beknopt verslag van de gesprekken met stakeholders

Versie oktober 2026

VISTA MINDS

Vooruitzien in de zorg. Ondernemen met impact.

Executive Summary 5
Résumé exécutif 10
1 Welke ingrepen kunnen er buiten het ziekenhuis worden uitgevoerd? 15
2 Vaak gestelde vragen. Domein-overstijgende antwoorden uit de gesprekken 18
2.1 Wat is het verschil tussen een extramuraal centrum en het dagziekenhuis? 18
2.2 Mag extramurale chirurgie wel? 19
2.3 Moet *alles* dan zomaar buiten het ziekenhuis kunnen? 20
2.4 Wat organiseren we best nog *binnen* de muren van het ziekenhuis? 21
2.5 Is extramurale zorg wel veilig? 22
2.6 Doet extramurale zorg aan *cherry picking*? 23
2.7 Kan extramurale zorg de kwaliteit verzekeren? 24
2.8 Kost extramurale zorg meer dan een klassieke opname? 25
2.9 Is extramurale zorg alleen voor de *happy few*? 27
2.10 Is extramurale zorg beter voor het zorgpersoneel? 28
2.11 Is extramurale zorg beter voor de samenleving? 29
2.12 Is er meer extramurale zorg in andere landen? 30
2.13 Wat vindt de patiënt ervan? 31
2.14 Wat is er zo gezond aan ondernemerschap in de zorgsector? 32
3 Domeinspecifieke bijdrages uit de gesprekken 35
3.1 Benaderende kosten/batenanalyse: methodologie 35
3.2 Plastische heelkunde 37
3.3 Dermatologie 38
3.4 Bloedvatenheelkunde 38
3.4.1 Chronische veneuze insufficiëntie en flebectomie 38
3.5 Gynecologie-verloskunde 40
3.6 Oftalmologie 41
3.6.1 Cataractoperaties 41
3.7 Orthopedie 42
3.7.1 Totale heupprotheses 42
3.7.2 Knieprotheses 46
3.7.3 Meniscectomieën en gekruiste knieligamenten 48
3.7.4 Schouderprothese 48
3.7.5 Rotatorenkapseloperatie (N300) 48
3.7.6 Voet- en enkelchirurgie 48
3.7.7 Handchirurgie: carpale tunnel, hokkende vinger, duimprotheses, De Quervain 49
3.8 Wervelkolomchirurgie 49

3.9	Kinesitherapie	50
3.10	Neurologie	50
3.11	Anesthesie	51
3.12	Urologie	51
3.13	Geestelijke gezondheidszorg	52
3.14	Medische beeldvorming: CT & MRI	52

Executive Summary

Vista Minds wil kwaliteitsvolle zorg dichter bij de patiënt brengen, letterlijk en figuurlijk. Zelfstandige extramurale centra zouden het zorglandschap verrijken. Ze zijn complementair aan de ziekenhuizen en verbinden de eerste en de tweede lijn. Extramurale zorg levert vier keer winst op. Het intramurale zorgstelsel wordt ontlast. Patiënten krijgen innovatieve zorgtrajecten aangeboden, die ook inzetten op preventie. Dat bespaart kosten in de gezondheidszorg zelf, en nog meer voor de maatschappij omdat de patiënt sneller opnieuw aan de samenleving deelneemt.

Hieronder lichten we toe wat we onder extramurale zorg verstaan, welk potentieel ze heeft en hoe een financieringsmodel eruit kan zien.

Het ziekenhuis is een complexe zorgomgeving, ontworpen voor acute, multidisciplinaire en risicovolle zorg. De sterke punten daarvan bewijzen zich elke dag in ons land. Maar de vele administratieve regels, overlegstructuren, financieringsmechanismen en organisatielagen remmen soms onbedoeld de ondernemingszin, de wendbaarheid, het vakmanschap en het eigenaarschap van artsen af. Die diagnose roept bij Vista Minds een fundamentele vraag op: moet alle zorg in diezelfde complexe en dure ziekenhuisstructuur plaatsvinden?

De beleidsmakers stellen zich ook die vraag. Het Nationaal Akkoord van december 2025 vraagt de verenigingen van artsen-specialisten aan te geven welke verstrekkingen buiten het (dag)ziekenhuis kunnen plaatsvinden – veilig, kwaliteitsvol en met aandacht voor de continuïteit van spoeddiensten en wachtdiensten. Tegelijk tekende een expertengroep een nieuw zorglandschap uit: een netwerk van ziekenhuissites voor dagzorg rond regionale polen.

Voor Vista Minds moet dat bredere landschap niet aan de muur van het ziekenhuis stoppen. Extramurale zorg kan een heel spectrum omvatten: van individuele specialisten met een praktijk aan huis tot volledig geprivatiseerde zorg naar Angelsaksisch model. Binnen dat spectrum pleit Vista Minds voor een belangrijke rol voor zelfstandige extramurale centra in een netwerk dat de ziekenhuismuren doorbreekt om transmurale zorgtrajecten mogelijk te maken. Het gaat om goed uitgeruste centra waar raadplegingen én chirurgie kunnen plaatsvinden. Van daaruit wordt een volledig, doorgaans multidisciplinair zorgtraject voor planbare, gestandaardiseerde verstrekkingen gecoördineerd.

Zoals in elke sector biedt specialisatie ook in de gezondheidszorg ruimte voor efficiëntiewinst, betere kwaliteit en innovatie. Een algemeen ziekenhuis huisvest vandaag uiteenlopende activiteiten. Moeten die allemaal binnen dezelfde muren plaatsvinden? Laagvariabele zorg neemt nu tijd en middelen in beslag die naar spoeddiensten, traumatologie en complexe chirurgie zouden moeten gaan. Dat zijn de activiteiten die thuishoren in een hoogtechnologische (en dure) omgeving als het ziekenhuis.

Als we planbare zorg weghalen uit het zware ziekenhuisapparaat, ontstaat ademruimte voor complexe zorg, waar het ziekenhuis wél een duidelijke meerwaarde heeft. Het ontwart patiëntenstromen van "zieke" patiënten die in een beschermde omgeving zorg moeten krijgen en bijvoorbeeld moeten kunnen overnachten onder toezicht, en "technische" patiënten waar een

technische ingreep voor nodig is die vaak diezelfde dag al zijn beslag krijgt maar wél deel uitmaakt van een multidisciplinair zorgtraject.

Ziekenhuizen hebben ook een zeker volume routinematige en planbare zorg nodig voor technische maturiteit, ervaring en opleiding, zeker in universitaire centra. Vista Minds ziet al die settings als complementair, in een gedifferentieerd zorgstelsel met gedeelde klinische regie, waarin expertise circuleert. Het debat gaat dus over een betere rolverdeling tussen zorginstellingen. En over hoe goed ontworpen zorgtrajecten, samen met een sterkere eerstelijnszorg, de patiënt een betere beleving bieden: dichtbij, kwaliteitsvol, veilig, toegankelijk, innovatief en kostenefficiënt.

In ons land blokkeert art. 15 §2 van de nomenclatuur verstrekkingen buiten het ziekenhuis. Behalve in de oftalmologie worden alle ingrepen met een waarde van K 120, N 200 of I 200 of meer enkel terugbetaald als ze in het (dag)ziekenhuis plaatsvinden. Vista Minds bevroeg tientallen artsen-specialisten, samen goed voor zowat alle Diagnosis Related Groups. Hun antwoord is duidelijk: voor heel wat ingrepen, ook complexere met hoge nomenclatuurnummers, is er geen medisch-technische reden om ze niét in extramurale centra uit te voeren. De percentages in de disciplines lopen uiteen maar zijn duidelijk niet nul – en ook geen honderd percent. Patiënten met moeilijk beheersbare co-morbiditeiten, ingrepen bij kinderen, revisiechirurgie enzovoort horen volgens de huidige stand van zaken in het ziekenhuis thuis. Een centrum heeft ook een minimale case-load nodig om ingrepen extramuraal met hoge kwaliteit uit te voeren. Die uitsluitingscriteria verschillen per domein en per ingreep. Maar grosso modo kan misschien 40% tot 90% of meer van de standaardingrepen veilig, kwaliteitsvol en kostenefficiënt in extramurale centra plaatsvinden.

Als die ingrepen ook buiten het ziekenhuis kunnen, kan het operatiekwartier van het ziekenhuis zich toespitsen op verstrekkingen die medisch-technisch de volledige ziekenhuisomkadering vereisen. Specialistische zorg is nu vaak té toegankelijk, waardoor artsen-experten echt acute en zorgintensieve interventies moeten combineren met zorg met weinig meerwaarde. Zo worden ook de wachtlijsten korter en worden capaciteitsproblemen in het ziekenhuis aangepakt. Last but not least krijgt de patiënt de zorg die hij of zij zoekt in een nabije, toegewijde en vertrouwde omgeving.

Vista Minds pleit niet voor een onbeperkte privatisering van de zorg. We pleiten evenmin voor een model waarin extramurale centra ziekenhuizen "verarmen" door cherry-picking, of hen "opzadelen met de moeilijke langliggers", zoals een gesprekspartner het zei. Extramurale centra engageren zich anderzijds om spoeddiensten, permanentie en traumatologie in de ziekenhuizen mee te blijven verzekeren.

De huidige nomenclatuur betaalt per prestatie. Artsen-specialisten krijgen zo weinig prikkels om een zo duurzaam mogelijke gezondheidsuitkomst te verzekeren voor de patiënt op lange termijn. De patiënt én de overheid kan zich een beter beeld van de kwaliteit vormen als ze niet naar één prestatie (de operatie) kijken, maar naar de uitkomsten van zorgtrajecten. Een patiënt "wil" geen heupprothese, zij wil terug de trap kunnen nemen of met enig comfort gaan wandelen.

Die zorgtrajecten omvatten een multidisciplinair aanbod, van preventie tot nazorg, voor acute zorg en voor chronische aandoeningen. De kern: elke stap vindt plaats in de meest geschikte

omgeving, waar de meerwaarde het grootst is, en de doorlooptijd van diagnose tot herstel zo kort mogelijk. De arts-specialist behoudt de regie over de inbreng van medische en paramedische specialisten, eerstelijns-zorgverstrekkers, thuiszorgers en mantelzorgers. Uit de gesprekken met artsen-specialisten blijkt dat zulke zorgtrajecten in heel wat domeinen passen: van hartoperaties en heupprotheses tot spataderverwijdering.

Vista Minds stelt de arts uitdrukkelijk centraal als bewaker van kwaliteit en veiligheid; daarop is ook zijn of haar reputatie gebouwd. Uiteindelijk is het de arts die verantwoordelijk en aansprakelijk is. Die autonomie en het sociaal ondernemerschap van artsen-specialisten wordt te vaak als risico gezien. Het is echter een hefboom voor kwaliteit en voor innovatie. Transparantie, formele kwaliteitsvereisten en auditprocessen moeten die rol onderbouwen, in extramurale centra én in ziekenhuizen.

De arts-specialist neemt het eigenaarschap op over de ingrepen in het extramurale centrum, maar ook over eventuele stappen in het ziekenhuis. Stappen in dat transmurale zorgtraject kunnen uiteraard ook in het ziekenhuis gebeuren, zoals een complexe operatie of de behandeling van complicaties. Maar de overhead, de kostenstructuur en de verkokering maken het haast onmogelijk om dergelijke zorgtrajecten integraal in het ziekenhuis te organiseren. Het extramurale centrum kan ook de omkadering met verpleegkundig personeel voorzien. Zo worden de continuïteit van zorg en de complementariteit tussen ziekenhuis en extramuraal centrum geborgd in een transmuraal netwerk.

Patiënten – en hun verzekeraars – kunnen dan vrij kiezen tussen het aanbod van verschillende zorgtrajecten die de centra voorstellen. Wie de financiering koppelt aan de uitkomsten van die zorgtrajecten, gaat herval, langdurige onbeschikbaarheid en nodeloze prestaties tegen. Zo wordt ook preventie geïntegreerd, van de aandoening zelf maar ook van invasieve ingrepen en complicaties, wat de zorgfactuur verlaagt. Die gezonde concurrentie op gezondheidsuitkomsten disciplineert zorgverstrekkers én moedigt hen aan te blijven innoveren.

Dat het huidige terugbetalingssysteem verkeerde incentives geeft, is pijnlijk duidelijk. De olifant in de kamer zijn de ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers zonder duidelijke medisch-technische meerwaarde. De perceptie leeft dat artsen-specialisten via de nomenclatuur al billijk vergoed worden, en daarbovenop nog een gratuite "bonus" aanrekenen. De werkelijkheid is veel complexer. Vaak geldt de logica van de bluts met de buil: goed vergoede prestaties maken het mogelijk om minder goed vergoede verstrekkingen toch uit te voeren. Supplementen dichten in veel gevallen gaten in een gebrekkige nomenclatuur en maken kwaliteitsvolle zorg en omkadering voor de patiënt mogelijk. Zonder die supplementen zouden heel wat noodzakelijke verstrekkingen niet worden aangeboden, of niet aan iedereen. Het systeem faalt dus twee keer. Een herijking dringt zich op.

In het bijhorende systeemrapport stelt Vista Minds een alternatief financieringsmodel voor dat de heilloze tweedeling nomenclatuur + supplementen overstijgt. De overheid dekt een aanzienlijk deel van de vaste kosten, zoals nu, maar de belastingbetaler deelt in de efficiëntiewinsten die extramurale zorg creëert. De patiënt (en/of diens verzekeraar) betaalt daarnaast een particuliere bijdrage in de kosten na efficiëntiewinsten. Maar het financieringsmodel omvat ook een derde aanvullende bijdrage die gezonde concurrentie mogelijk maakt, innovatie prikkelt en maatschappelijke baten oplevert door middel van die

geïntegreerde zorgtrajecten waarin het extramurale centrum zijn therapeutische vrijheid laat zien, samen met de gezondheidsuitkomsten die daaruit voortvloeien.

Toegankelijke gezondheidszorg betekent niet dat alle verstrekkingen zo goedkoop mogelijk worden (doorgaans ten nadele van de zorgverstrekker zelf). Een nivellering naar beneden – of erger: een race to the bottom – ondermijnt niet alleen de kwaliteit. Zonder een zekere willingness to pay verliezen de patiënt en de zorgverstrekker de mogelijkheid om het anders te kunnen of te mogen doen. In het model hierboven dragen alle belanghebbenden proportioneel bij. De overheid beloont kostenefficiëntie en moedigt innovatie aan. De patiënt of verzekeraar betaalt voor de kwaliteit zoals hij of zij die ervaart.

De tweesporengeneeskunde, die het uitgebreide stelsel van verhoogde tegemoetkoming nu in de hand werkt, verdwijnt. Het financieringsmodel van Vista Minds steunt op keuzevrijheid en kent geen supplementen meer. Wie recht heeft op een overheidstussenkomst, kan in dit model een voucher krijgen. Daarmee financiert hij of zij de eigen variabelekostenbijdrage, op basis van wat hij of zij belangrijk vindt, volgens het principe "what matters to you".

Landen als Denemarken lopen ver voor op wat hier ook moet kunnen: daar kan misschien de helft van alle ingrepen extramuraal plaatsvinden. Zelfs in landen waar de gezondheidszorg duidelijk tekortschiet, bestaan goede praktijken: in de Verenigde Staten tonen de ambulatory surgery centers wat mogelijk is.

Er zijn uiteraard ook tegenvoorbeelden. Het Verenigd Koninkrijk kent enerzijds een staatsgeneeskunde met extreem lange wachttijden en gebrekkige incentives, en anderzijds een volledig geprivatiseerd aanbod dat zijn excessen kent. Ook de managed care uit Nederland heeft uitwassen. Artsen-specialisten zijn er quasi in loondienst, zonder veel prikkels om de zorg toegankelijker te maken. En de bargaining power van een klein kransje zorgverzekeraars komt niet altijd de samenleving ten goede. Budgetplafonds beperken de zorg en belonen artsen die inspanningen leveren te weinig. De afweging tussen kostenefficiëntie en kwaliteit is verre van evident. Of dit model innovatie aanmoedigt, is zeer de vraag.

Een rijker landschap versnelt de broodnodige sanering van de financiering van de gezondheidszorg. Het verlaagt de druk op het systeem om het duurzamer te maken, en vooral op het zorgpersoneel zelf. En het wil bijdragen om maatschappelijke baten zoals toegankelijkheid (versus wachtlijsten) en snelle herintrede in de economie te faciliteren.

Uit de transitie kunnen we veel leren over hoe alle zorginstellingen uiteindelijk in een nieuw netwerk hun specifieke rol kunnen opnemen. De budgettaire realiteit is echter niet de hoofdreden voor deze ingreep. De hoofdreden is de bezorgdheid dat het aanbod van hoogkwalitatieve zorg voor alle patiënten snel verschraalt. Het frustreert artsen dat ze hun patiënten geen vernieuwende state-of-the-art topzorg kunnen bieden maar in tweede klasse moeten spelen, terwijl die kennis en technologie wel bestaan.

Alle artsen-experten met wie Vista Minds sprak, zijn bekommerd om duurzame gezondheidszorg en hebben een hart voor de patiënt. Ook deze specialisten willen kwaliteit, toegankelijkheid en gezonde financiering op één lijn brengen, in plaats van ze als tegenpolen te zien. Niet elke arts hoeft daarom vanaf nu ondernemer te zijn. Maar de hele samenleving heeft

baat bij de enkelingen die de bakens willen verzetten. Voor hen vraagt Vista Minds ruimte om te ondernemen.

Résumé exécutif

Vista Minds veut des soins de qualité plus proches du patient, au sens propre comme au figuré. Des centres extramuraux indépendants enrichiraient le paysage des soins. Complémentaires des hôpitaux, ils feraient le lien entre la première et la deuxième ligne. Les soins extramuraux offrent un quadruple bénéfice. Le système intramural est soulagé. Les patients se voient proposer des trajets de soins innovants, qui font aussi une place à la prévention. Les coûts diminuent au sein du système, et d'autant que le patient retrouve plus vite sa place dans la société.

Les pages qui suivent précisent ce que Vista Minds entend par soins extramuraux, quel est leur potentiel et à quoi pourrait ressembler leur modèle de financement.

L'hôpital est un environnement de soins complexe, conçu pour les soins aigus, multidisciplinaires et à risque. Ses atouts se vérifient chaque jour dans notre pays. Mais l'accumulation des règles administratives, des organes de concertation, des mécanismes de financement et des niveaux d'organisation finit parfois, sans que personne ne l'ait voulu, par brider l'esprit d'entreprise, l'agilité, le savoir-faire et le sens des responsabilités des médecins. Ce constat conduit Vista Minds à poser une question de fond : tous les soins doivent-ils être organisés dans une même structure hospitalière, complexe et coûteuse ?

Les décideurs se posent aussi cette question. L'Accord national de décembre 2025 invite les associations représentatives des médecins spécialistes à indiquer quelles prestations pourraient être réalisées hors de l'hôpital et de l'hôpital de jour, en toute sécurité, avec la qualité requise et sans compromettre la continuité des urgences et des gardes. Parallèlement, un groupe d'experts a dessiné un nouveau paysage de soins : un réseau de centres médicaux locaux organisé autour de pôles régionaux. Dans le prolongement de ces initiatives, Vista Minds entend mettre en lumière le potentiel des soins extramuraux au sein de ce paysage élargi.

Ce paysage ne devrait pas se limiter aux murs des hôpitaux. Les soins extramuraux recouvrent un large éventail, du spécialiste qui exerce à son domicile jusqu'aux soins entièrement privatisés sur le modèle anglo-saxon. Dans cet éventail, Vista Minds défend un rôle important pour les centres extramuraux indépendants, intégrés dans un réseau qui fait tomber les murs de l'hôpital. Ce sont des centres de consultation et de chirurgie bien équipés. On y réalise des interventions indépendamment de l'hôpital, et on y coordonne un trajet de soins complet, généralement multidisciplinaire, pour des prestations programmables et standardisées.

Dans les soins de santé comme ailleurs, la spécialisation ouvre la voie à des gains d'efficience, à une meilleure qualité et à l'innovation. Un hôpital général abrite aujourd'hui des activités très diverses. Doivent-elles toutes se dérouler entre les mêmes murs ? Les soins à faible variabilité mobilisent du temps et des moyens qui devraient revenir aux urgences, à la traumatologie et à la chirurgie complexe. Ce sont ces activités qui ont leur place dans un environnement de haute technologie, et coûteux, comme l'hôpital. Sortir les soins programmables de la lourde machine hospitalière libère de l'espace pour les soins complexes, là où l'hôpital apporte une réelle valeur ajoutée.

Les hôpitaux ont d'ailleurs besoin d'un certain volume de soins courants et programmables pour entretenir leur maîtrise technique, leur expérience et la formation, en particulier dans les centres universitaires. Vista Minds conçoit tous ces lieux comme complémentaires, au sein d'un système de soins différencié, à gestion clinique partagée, où l'expertise circule.

Le débat porte donc sur une meilleure répartition des rôles entre institutions de soins. Il porte aussi sur la manière dont des trajets de soins bien conçus, appuyés sur une première ligne renforcée, peuvent offrir au patient une meilleure expérience : des soins de proximité, de qualité, sûrs, accessibles, innovants et efficients.

En Belgique, l'article 15, § 2, de la nomenclature fait obstacle aux prestations hors de l'hôpital. Sauf en ophtalmologie, toute intervention d'une valeur égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200 n'est remboursée que si elle est réalisée à l'hôpital ou à l'hôpital de jour. Vista Minds a interrogé des dizaines de médecins spécialistes, couvrant à peu près tous les groupes de diagnostics (Diagnosis Related Groups). Leur réponse est claire : pour de nombreuses interventions, y compris plus complexes, aucune raison médico-technique ne s'oppose à leur réalisation en centre extramural. Dans des domaines aussi variés que la gynécologie, la chirurgie vasculaire, l'orthopédie, l'imagerie, la dermatologie ou la santé mentale, Vista Minds a examiné quelles interventions standard se prêtent aux soins extramuraux, et quelles raisons médico-techniques plaident au contraire pour maintenir certaines interventions à l'hôpital. En l'état actuel des connaissances, les patients présentant des comorbidités difficiles à maîtriser, les interventions pédiatriques ou les réinterventions, par exemple, relèvent de l'hôpital. Un centre a aussi besoin d'un volume minimal de patients (case-load) pour garantir des interventions extramurales de haute qualité. Ces critères d'exclusion varient selon le domaine et l'intervention. Mais globalement, peut-être 40 % à 90 % des interventions standard, voire davantage, peuvent se faire en centre extramural, en toute sécurité, avec la qualité requise et à un coût maîtrisé.

Si ces interventions peuvent aussi être réalisées hors de l'hôpital, le quartier opératoire hospitalier peut se concentrer sur les prestations qui exigent, sur le plan médico-technique, tout l'encadrement de l'hôpital. Les listes d'attente raccourcissent et les problèmes de capacité trouvent une réponse. Enfin et surtout, le patient reçoit les soins qu'il ou elle recherche dans un environnement proche, spécialisé et familier. Les centres extramuraux rendent ainsi les soins plus accessibles : ils rapprochent les soins spécialisés du patient et soulagent des services d'urgence aujourd'hui trop facilement sollicités.

Vista Minds ne plaide ni pour une privatisation sans limites des soins, ni pour un modèle où les centres extramuraux, en écrémant les cas les plus rentables, « appauvrissent » les hôpitaux ou leur « laissent les longs séjours difficiles », selon les mots d'un interlocuteur. Au contraire : les centres extramuraux s'engagent à continuer d'assurer les urgences, la permanence et la traumatologie à l'hôpital.

La nomenclature actuelle rémunère à la prestation. Les médecins spécialistes ont donc trop peu d'incitants à viser le résultat le plus durable possible. Pour Vista Minds, le patient comme les pouvoirs publics jugeraient mieux la qualité en regardant non pas une prestation isolée (l'opération), mais les résultats des trajets de soins. Le patient ne « veut » pas de prothèse, il veut regagner le confort de se promener ou prendre l'escalier.

Ces trajets englobent une offre multidisciplinaire, de la prévention au suivi. L'essentiel est que chaque étape ait lieu dans l'environnement le plus adapté, là où la valeur ajoutée est la plus grande, et que le délai entre diagnostic et guérison reste aussi court que possible. Le médecin spécialiste y garde la direction de l'ensemble des apports : spécialistes médicaux et paramédicaux, prestataires de première ligne, soignants à domicile et aidants proches. Les entretiens menés avec des médecins spécialistes montrent que ces trajets conviennent à de nombreux domaines, des opérations cardiaques aux prothèses de hanche, et jusqu'à l'ablation des varices.

Vista Minds croit à l'autonomie et à l'entrepreneuriat social des médecins spécialistes. En définitive, c'est le médecin qui est responsable, y compris sur le plan juridique. C'est pourquoi le médecin est explicitement placé au centre, comme garant de la qualité et de la sécurité. Sa réputation en dépend aussi. La transparence, des exigences formelles de qualité et des procédures d'audit doivent étayer ce rôle.

Le médecin spécialiste répond des interventions réalisées au centre extramural, mais aussi des éventuelles étapes hospitalières. Certaines étapes de ce trajet transmural peuvent évidemment se dérouler à l'hôpital, comme une opération complexe ou le traitement de complications. À l'hôpital, les coûts de structure, les frais de séjour et les silos rendent l'organisation de ces trajets au sein de l'institution quasi impossible. Ainsi, la continuité des soins et la complémentarité entre hôpital et centre extramural sont ainsi garanties au sein d'un réseau transmural.

Les patients, et leurs assureurs, peuvent alors choisir librement parmi l'offre des centres. Cette liberté et « concurrence saine » disciplinent les prestataires et les poussent à continuer d'innover. Lier le financement aux résultats de ces trajets permet de prévenir les complications, les rechutes, l'incapacité prolongée et les prestations invasives inutiles. La prévention y trouve aussi sa place, ce qui allège la facture des soins.

. Que le système actuel de remboursement crée de mauvais incitants est douloureusement évident. Reste l'éléphant dans la pièce : les suppléments d'honoraires, en particulier en chambre individuelle sans raison médico-technique. Beaucoup ont le sentiment que les médecins spécialistes sont déjà équitablement rémunérés par la nomenclature, et qu'ils facturent en plus un « bonus » sans contrepartie. La réalité est beaucoup plus complexe. Les gains compensent souvent les pertes : les prestations bien rémunérées permettent de continuer à assurer celles qui le sont moins. Les suppléments ne comblent que les lacunes d'une nomenclature défaillante et permettent d'offrir au patient des soins de qualité. Ils créent ainsi une forme de solidarité entre patients, et permettent au médecin de continuer à proposer des traitements variés, même lorsqu'ils sont sous-rémunérés. Mais en attendant, sans ces suppléments, de nombreuses prestations nécessaires ne seraient pas proposées, ou pas à tous. Le système échoue ainsi deux fois. Une révision s'impose donc.

Dans le rapport accompagnant, Vista Minds propose un modèle de financement alternatif qui essaie de transcender cette division stérile nomenclature + suppléments. Les pouvoirs publics interviennent dans le coût des soins extramuraux, mais à un tarif inférieur à cause des gains d'efficience dans l'extramural. Le patient et son assureur apportent une contribution complémentaire pour ce qu'ils considèrent comme une valeur ajoutée dans la manière de travailler d'un centre indépendant. Mais le modèle de financement crée une troisième

contribution qui facilite la concurrence saine, l'innovation et qui génère les avantages sociaux à cause des trajets de soin.

Des soins accessibles ne signifient pas que chaque prestation doive coûter le moins possible, le plus souvent au détriment du prestataire lui-même. Un nivellement par le bas, ou pire, une course au moins-disant, ne menace pas seulement la qualité. Sans une certaine disposition à payer, le patient et le prestataire risquent de perdre la possibilité de faire autrement, voire l'autorisation de le faire.

Dans ce modèle, toutes les parties prenantes contribuent de manière proportionnée. Les pouvoirs publics récompensent l'efficience et encouragent l'innovation. Le patient ou l'assureur paie pour la qualité telle qu'il la perçoit.

La médecine à deux vitesses, que favorise aujourd'hui le large régime de l'intervention majorée, disparaît. Ce modèle de financement repose sur le libre choix et ne comporte plus de suppléments. Les personnes qui ont droit à une intervention publique pourraient recevoir un chèque, avec lequel elles financeraient leur propre contribution aux coûts variables selon ce qui compte à leurs yeux, suivant le principe « what matters to you ».

L'expérience de nombreux pays montre que des soins extramuraux développés sont possibles et profitent à la société. Des pays comme le Danemark ont pris une nette avance : la moitié des interventions pourrait y être réalisée en extramural. On trouve de bonnes pratiques jusque dans des pays dont le système de santé laisse clairement à désirer. Aux États-Unis, les ambulatory surgery centers témoignent de ce qui est possible.

Il existe bien sûr aussi des contre-exemples. Le Royaume-Uni connaît, d'un côté, une médecine d'État aux délais d'attente extrêmement longs et aux incitants défaillants, de l'autre, une offre entièrement privatisée qui cède parfois à l'appât du gain. Le managed care néerlandais a lui aussi ses dérives. Les médecins spécialistes y sont quasiment salariés et n'ont guère d'incitant à rendre les soins plus accessibles. Le pouvoir de négociation d'un petit cercle d'assureurs ne profite pas toujours à la société. Les plafonds budgétaires limitent les soins et récompensent trop peu les médecins qui s'investissent. L'arbitrage entre efficience et qualité y est loin d'être évident, et il reste très incertain que ce modèle encourage l'innovation.

Un système ainsi enrichi accélère l'assainissement indispensable du financement des soins de santé. La transition apprendra beaucoup sur la manière dont toutes les institutions de soins pourront, à terme, trouver leur place dans un nouveau paysage. La réalité budgétaire n'est toutefois pas la première raison de cette prise de position. La première raison est l'inquiétude face à l'appauvrissement rapide de l'offre de soins de haute qualité pour tous les patients. Les médecins sont frustrés de ne pas pouvoir offrir à leurs patients des soins de pointe, innovants et conformes à l'état de l'art, et de devoir jouer en deuxième division. Alors même que les connaissances et la technologie existent.

Tous les médecins experts que Vista Minds a rencontrés se soucient de la durabilité des soins de santé et ont le patient à cœur. Ces spécialistes veulent, « eux aussi », concilier qualité, accessibilité et financement sain, au lieu de les opposer. Tous les médecins n'ont pas pour autant à devenir entrepreneurs du jour au lendemain. Mais la société tout entière gagne à ce

que certains veuillent faire bouger les lignes. Pour eux, Vista Minds demande un espace où entreprendre.

1 Welke ingrepen kunnen er buiten het ziekenhuis worden uitgevoerd?

Een reeks ontwikkelingen zet de deur open voor steeds meer extramurale zorg. Chirurgie wordt minder invasief. Anesthesie gebeurt gerichter en lokaler. Pijnbestrijding bevordert het herstel. De stap van ingreep naar een mobiele patiënt wordt zo kort mogelijk gehouden. En die patiënt wordt steeds autonomer.

België ontsnapt niet aan die evolutie, maar ze botst op de grenzen van het systeem. In andere landen vindt in sommige domeinen meer dan de helft van de chirurgische ingrepen buiten het ziekenhuis plaats. In ons land houdt artikel 15, § 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de deur op de knip:

> *§ 2. Behoudens in geval van overmacht moeten de ingrepen met een waarde gelijk aan of groter dan K 120 of N 200 of I 200 worden verricht in een verpleeginrichting welke door de bevoegde overheid is erkend en ten minste een dienst C of D omvat. […]*

Toch beweegt het ziekenhuislandschap. Het voorbije decennium werd stap voor stap gedebatteerd over welke zorg waar thuishoort. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht in 2017 al[1] : « Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid? » Het KCE bevroeg 141 chirurgen en 38 anesthesisten en onderzocht 486 chirurgische ingrepen in 11 disciplines. Het rapport pleitte voor "autonome dagziekenhuizen" – "autonoom wat betreft de organisatie van de zorgprocessen, maar wel binnen de structuur van een ziekenhuis of locoregionaal netwerk" – met eigen operatie- en recoveryruimtes en speciaal opgeleid personeel. Een verschuiving van prestaties naar die gespecialiseerde centra zou niet alleen de zorg verbeteren, maar ook de capaciteit van het hele systeem vergroten.

Wat is er nodig? (1) « Resoluut de stimuli op de juiste plaats leggen ». Het complexe en ondoorzichtige financieringssysteem moedigt de verruiming van het ziekenhuislandschap vandaag allerminst aan. Daarnaast, nog volgens het KCE: (2) kwaliteit en veiligheid garanderen, opvolgen en communiceren, zowel in het ziekenhuis als in de extramurale zorg, en (3) de opvangcapaciteit van de eerste lijn versterken. Die aanbevelingen gelden nog altijd.

In het verlengde daarvan herhaalden de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Overeenkomstencommissie van het RIZIV over de daghospitalisatie in 2019[2] hun pleidooi voor een sterkere verschuiving van klassieke opnames naar daghospitalisatie (weliswaar binnen een erkend ziekenhuis). De financiering van "decentrale" zorg bood immers te weinig prikkels voor die verschuiving. Daardoor bleef het potentieel onderbenut. De stelregel moet zijn: dezelfde

[1] Leroy Roos, Camberlin Cécile, Lefèvre Mélanie, Mistiaen Patriek, Van den Heede Koen, Van De Sande Stefaan, Van de Voorde Carine, Beguin Claire. *Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid?*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 282As.

[2] FRZV/D/499-1 - Gezamenlijk advies van de FRZV en de overeenkomstencommissie RIZIV m.b.t. de herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie.

prestaties tegen dezelfde prijs terugbetalen – toen kon een daghospitalisatie meer kosten dan een klassieke opname[3]. Dat leidde tot een conceptnota die de lijst uitbreidde van verstrekkingen die als "verantwoord" gelden voor daghospitalisatie (de A-lijst). Ze voegde ook een aantal ingrepen toe waarvoor een klassiek verblijf als oneigenlijk geldt (de B-lijst).

Op 18 december 2025 ten slotte riep het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2026-2027 het RIZIV op om de beroepsverenigingen te vragen welke geneeskundige verstrekkingen buiten het (dag)ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd[4].

Een dag eerder stelde de expertengroep zijn aanbevelingen voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap voor, onder de titel *Veranderen om te behouden (2026-2036)*. Het principe: *'nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig'*. Hoogcomplexe zorg heeft baat bij concentratie en focus: hoe meer hartoperaties bijvoorbeeld, hoe beter de gezondheidsuitkomst voor de patiënt. Maar ziekenhuizen houden vast aan een zo breed mogelijk aanbod, ook als ze het minimumvolume voor een minimale kwaliteit niet halen. (Materniteiten zijn het schoolvoorbeeld.) Hetzelfde geldt voor de bezettingsgraad van acute bedden. Er zijn gewoon te veel ziekenhuizen en sites, zeker in stedelijke gebieden.

Met de hertekening van het ziekenhuislandschap en de oproep van het Nationaal Akkoord staat het politieke *window of opportunity* open voor een debat over het potentieel van extramurale zorg.

De expertengroep voor de hertekening van het ziekenhuislandschap nam de lijst over van ingrepen die "veilig, verantwoord en terugbetaald" kunnen gebeuren in een "free standing ambulatory surgery unit", een lijst die de Belgian Association of Ambulatory Surgery had opgesteld voor de conceptnota over de hervorming van de daghospitalisatie, die we hierboven al bespraken.

In dit technische *white paper* doet Vista Minds beknopt verslag van de gesprekken die de denktank het voorbije jaar voerde met tientallen artsen-experten over het potentieel van extramurale zorg in hun domein. Vista Minds sprak ook met patiëntenvertegenwoordigers, gezondheidseconomen, ziekenhuisdirecties en beleidsmakers. Dit verslag laat de stem van het terrein horen, naast de officiële antwoorden van de syndicaten en beroepsverenigingen waartoe de artsen-experten behoren. Hun inzichten zijn anoniem en geaggregeerd verwerkt. Geen van

[3] Anderzijds stuurt de nomenclatuur ook nefaste prikkels uit om verstrekkingen die best in de spreekkamer kunnen plaatsvinden onder het relatief genereuzer terugbetalingsregime van de daghospitalisatie onder te brengen.

[4] In "5. Transparantiecodes" van het akkoord staat de volgende oproep:

Het RIZIV zal de experten van het terrein, de wetenschappelijke verenigingen en de ziekenhuisfederaties consulteren om na te gaan welke ingrepen er buiten het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd, zodat de T[echnische] G[eneeskundige] R[aad] tegen 31/03/2027 een voorstel kan formuleren betreffende een aanpassing van artikel 15, § 2 van de nomenclatuur, op voorwaarde dat de toegankelijkheid, de veiligheid en de kwaliteit van zorg voor de patiënt gegarandeerd blijft (Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg). Een aandachtspunt is dat de aanpassing van dit artikel moet gepaard gaan met de garantie aan deelname aan wachtdiensten in de ziekenhuizen.

hen is uiteraard verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport, laat staan voor onbedoeld verkeerde voorstellingen.

Dit rapport wil geen volledige lijst geven van alle verstrekkingen die extramuraal kunnen. De case studies tonen de verscheidenheid van verstrekkingen, en de uiteenlopende randvoorwaarden waaraan elk domein moet voldoen om geavanceerde zorg buiten het ziekenhuis te bieden – *als we enkel medisch-technische overwegingen in rekening brengen*. Vista Minds beseft goed dat nog heel wat andere grendels dat extramurale potentieel vandaag in de weg staan. Toch leerden de gesprekken dat héél veel mogelijk is, vér voorbij de grens van K 120 of N 200 uit de oproep.

Vista Minds dankt alle gesprekspartners uitdrukkelijk en hartelijk voor hun bijdrage aan dit maatschappelijke debat. Alle onbedoeld verkeerde voorstellingen zijn vanzelfsprekend voor rekening van Vista Minds.

2 Vaak gestelde vragen. Domein-overstijgende antwoorden uit de gesprekken

In dit hoofdstuk bespreken we een aantal vaak gehoorde argumenten voor en tegen extramurale zorg. We legden die argumenten ook voor aan onze gesprekspartners.

2.1 Wat is het verschil tussen een extramuraal centrum en het dagziekenhuis?

Extramurale centra zijn goed uitgeruste zorgomgevingen waar planbare, electieve zorg buiten de muren van een ziekenhuis aan de hoogste kwaliteits- en veiligheidseisen voldoet. Het extramurale centrum verzekert, in netwerk met de ziekenhuizen, de maatschappelijke opdrachten van de arts: spoeddiensten, intensieve zorg, trauma- en revisiechirurgie, permanentie en wachtdiensten.

Het extramurale centrum is een soort "anderhalvelijnszorg": met een goede verbinding en snelle toegang voor de eerste lijn, samenwerking met de tweede lijn en – vooral voor opleiding en vorming – met de derde lijn van de universitaire centra. Eerstelijnszorg zoals huisartsenwachtposten kan eventueel ook binnen een EMC een plaats krijgen.

De overheid wilde in 2019 al komaf maken met de dubbelzinnigheid tussen ziekenhuis en dagchirurgie: alle ingrepen die in daghospitalisatie kunnen, moeten daar ook plaatsvinden en niet langer in een klassiek ziekenhuisverblijf, voor zover dat in het belang van de patiënt is.

Vista Minds stelt eenvoudig dat die – terechte – evolutie niet moet stoppen bij de muren van het ziekenhuis of die van de ziekenhuissite voor dagzorg. Ook extramurale centra die aan dezelfde kwaliteitsvereisten voldoen, kunnen helpen om patiëntenstromen nog verder te ontwarren en met name planbare zorg efficiënter aan te bieden.

Het behoort tot de autonomie van de arts om te beslissen welke setting het meest geschikt is voor de patiënt. De nota uit 2019 stelde als voorwaarde voor daghospitalisatie dat er procedures worden vastgelegd "voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit van de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan een erkend ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg."

De conceptnota schuift vooral *focused factories* binnen erkende ziekenhuizen naar voren, "waar de proximiteit centraal staat." Ze haalt het voorbeeld aan van de heupprothese, "wat een zeer grondige selectie van patiënten vereist, een bijzondere expertise van het zorgteam en een heel strikt organisatiemodel."

Het pleidooi van Vista Minds voor extramurale zorg bouwt daarop verder.

Wie de gezondheidszorg succesvol wil hertekenen, moet – zo leert het onderzoek van Clayton Christensen[5] – drie veranderingen tegelijk doorvoeren:

- Het zorgmodel: de manier waarop je zorg verleent, met specifieke zorgpaden in het centrum en de werkwijze van zorgverstrekkers daaromheen georganiseerd;
- Het vergoedingsmodel: je kunt mensen en instellingen niet vragen hun gedrag of werkwijze te veranderen zonder de financiële prikkels aan te passen;
- De gegevensarchitectuur, zeg maar eGezondheid: welke data willen en kunnen we verzamelen (granulariteit en volledigheid zijn doorgaans omgekeerd evenredig met de kost), en hoe zetten we die in?

De diagnose is al lang bekend, maar de uitvoering laat al even lang op zich wachten. Meer nog: om het armlastige financieringsmodel met spuug en paktouw bij elkaar te houden, zien we steeds meer fusie- en consolidatiegolven in de ziekenhuissector. Daardoor sijpelen nog meer middelen weg naar niet-zorgactiviteiten, en neemt de administratieve en logistieke last voor verpleegkundigen en artsen-specialisten toe.

Een belangrijke *driver* om extramuraal te werken, is dan ook dat artsen-specialisten zich kunnen toeleggen op hun absolute voordeel, en op wat ze – niet ten onrechte – graag zelf in handen houden: diagnoses stellen, zorgpaden aansturen én opereren.

Extramurale – transmurale – zorg geeft de regie terug aan de arts. De arts draagt niet alleen de klinische verantwoordelijkheid. Hij of zij coördineert ook het zorgtraject, en bewaakt kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

De autonomie van de arts gaat dus samen met een stevige quid pro quo. Hij of zij moet inspanningen leveren om preventie mogelijk te maken: van aandoeningen, van invasieve ingrepen en van complicaties. De autonomie bestaat erin dat de prijs die daarvoor wordt aangerekend, van centrum tot centrum kan verschillen. Zo wordt gezonde concurrentie mogelijk. Die voorkomt onverantwoorde prijzen, en ook een tweedeling tussen "staats-geneeskunde" – één prijs, maar geen prikkels om te innoveren – en een race to the bottom waarin kwaliteit wordt opgeofferd aan overwinst. De arts moet de kwaliteit van de gezondheidsuitkomsten transparant rapporteren, want op basis van die uitkomsten verloopt de gezonde concurrentie. Het is aan de overheid, de patiënt, de verzekeraar en de derde betaler om op die basis te oordelen of er *value for money* werd geboden.

2.2 Mag extramurale chirurgie wel?

Voor alle duidelijkheid: artikel 15, §2 uit het eerste hoofdstuk laat tot nader order niet toe dat de complexere ingrepen uit de duizenden verstrekkingen in de Belgische nomenclatuur buiten een ziekenhuis worden uitgevoerd en terugbetaald. Enige uitzondering is de oftalmologie.

[5] Christensen, Clayton M., Jerome H. Grossman M.D., Jason Hwang M.D. The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care. McGraw-Hill, 2009.

2.3 Moet *alles* dan zomaar buiten het ziekenhuis kunnen?

Neen. In alle bevraagde disciplines zijn er verstrekkingen die de artsen-experten per se in het ziekenhuis willen uitvoeren. Soms omdat multidisciplinariteit dat vraagt, of omdat de nabijheid van een afdeling intensieve zorg cruciaal is. Vaak hangt het af van de toestand van de patiënt: zijn of haar gezondheid op het moment van de ingreep, maar ook bijvoorbeeld de mate waarin hij of zij na de operatie op thuiszorg kan rekenen.

Afgezien van erg complexe operaties – zoals gynaecologische ingrepen die een uitzonderlijk hoge steriliteit vragen, of revisiechirurgie in de orthopedie – is het K- of N-nummer niet altijd richtinggevend.

Over het hele spectrum van verstrekkingen zijn er zeker *quick wins* voor extramurale zorg, die ook de ziekenhuizen zouden ontlasten. Soms gaat het om kleine ingrepen, zoals het verwijderen van een iets dieper liggend lipoom (K 120), waarvan niemand goed weet waarom dat niet buiten het ziekenhuis kan. De verstrekking is op zich vrij goed vergoed; stel dat ze tegen dezelfde prijs ambulant of extramuraal kan, of net goedkoper omdat een gespecialiseerd team er heel efficiënt vele ingrepen per dag kan doen? Nu gebeurt ze in het dagziekenhuis, wat vaak nog een (terugbetaald) forfait van honderden euro's meebrengt, ook al komt de patiënt niet verder dan de lounge.

Soms om complexere operaties, zoals cataractoperaties, waarin een goed uitgerust extramuraal centrum zich kan specialiseren. Dat maakt in één klap tienduizenden uren operatiekwartiertijd in het ziekenhuis vrij voor andere chirurgie.

Ook plastische chirurgie voor esthetische doeleinden zou in zo'n extramuraal centrum een betere plaats krijgen dan nu in het ziekenhuis.

We beseffen dat de weerstand beperkt kan blijven voor verstrekkingen die sowieso niet in een ziekenhuis-OK hoeven, waar het ziekenhuis weinig baat bij heeft, die niet rechtstreeks met het ziekenhuis concurreren en die makkelijk extramuraal kunnen. De Belgische gezondheidszorg plukt dat laaghangende fruit best.

Maar nu de ziekenhuisorganisatie, de financiering van de gezondheidszorg, het verzekeringswezen en de nomenclatuur hervormd worden, is er een kans om een beslissende stap te zetten naar een ruimer en meer geïntegreerd zorglandschap. Een landschap waarin nog véél meer extramuraal kan dan het op het eerste gezicht lijkt.

Waarom zou een ziekenhuis "zijn" chirurgen dan bijvoorbeeld niet laten opereren in operatiekwartieren die het huurt in goed uitgeruste *focused factories* voor die ingrepen waar het centrum in gespecialiseerd is?

Of waarom zouden sommige extramurale settings geen spoeddienst kunnen aanbieden voor patiënten die het centrum "nog zelf kunnen binnenwandelen", zoals een gesprekspartner het zei? Misschien kan die nabijheid de mentaliteit van de patiënt doen kantelen. Nu geldt de spoedafdeling vaak als een té laagdrempelige toegang tot het ziekenhuis, ook al rekenen ziekenhuizen anderzijds vaak op de spoedafdeling om patiënten te "rekruteren".

Het extramurale potentieel dat we hier schetsen, kan niet zonder een versterkte eerstelijnszorg – bij huisartsen, paramedici, mantelzorgers… Maar de versterking werkt in twee richtingen. De eerstelijnszorg heeft immers haar handen meer dan vol en is steeds moeilijker bereikbaar. Goede richtlijnen en procedures in overleg met het extramurale centrum dat een zorgtraject coördineert kan in de eerste lijn de "triage" verbeteren, zodat de patiënt de juiste weg door het zorglandschap vindt en de huisarts en diens collega's worden ontlast.

Informatie – zowel voor als na een ingreep – is in een extramurale setting mogelijk nog crucialer dan in het ziekenhuis. De opvolging vraagt vaak specifieke medische en paramedische zorg (wondzorg, pijnbestrijding, opsporen van complicaties, aangepaste en tijdige kinesitherapie). Buiten het ziekenhuis moet die vaak uit de omgeving van de patiënt komen. Zonder een voldoende ontwikkelde zorgomgeving is dagchirurgie, zeker met de huidige mentaliteit van de Belgen, niet evident. De wet bepaalt zelfs dat ingrepen enkel in dagchirurgie kunnen bij patiënten die de eerste 24 uur na de operatie thuis op ondersteuning kunnen rekenen.

Eerstelijnszorgverstrekkers zoals huisartsen en/of thuisverpleegkundigen hebben vaak de tijd (en soms de expertise) niet om de nodige zorg te bieden. Terugvallen op een urgentiedienst is ook niet evident. Daarom is de verleiding groot om patiënten toch in het ziekenhuis te houden tot het grootste risico op complicaties voorbij is.

Een sprekend voorbeeld is borstvoeding. Moeders gaan nu vaak naar huis net wanneer de borstvoeding op gang komt, met heel wat mislukte borstvoedingstrajecten tot gevolg. (Tijdens corona lag de slaagkans bijvoorbeeld veel hoger, door veel minder bezoek in het ziekenhuis.) Een uitgebouwd systeem van postnatale opvolging zou de samenleving ten goede komen.

Het kwaliteitsdebat gaat ook over de opvolging. Ook hier werken de prikkels niet altijd goed. Een raadpleging achteraf wordt terugbetaald. Apps die kritieke indicatoren in real time opvolgen (Well@Home van BeWell, WIWE voor ECG's…) en met AI mogelijk voorspellend zijn, worden niet vergoed.

De evolutie naar extramurale zorg moet wel ondersteund worden door het juiste flankerende beleid. Doorgedreven sub- en superspecialisatie maakt geïntegreerde – zelfs holistische – zorg coördineren essentieel. Buiten het ziekenhuis kan efficiënte en kwaliteitsvolle dagchirurgie niet bestaan zonder goede opvolging door het eerstelijnsnetwerk. In (de buurt van) zulke centra kunnen huisartsenwachtposten worden geïntegreerd, om mee de nabijheid van zorg te verzekeren. Zo sluiten alle schakels in de zorgketen naadloos op elkaar aan, tussen de coördinerende arts-specialist en de eerstelijnsprofessionals.

2.4 Wat organiseren we best nog *binnen* de muren van het ziekenhuis?

Ruwweg kun je de huidige werking van het ziekenhuis opdelen in drie bouwstenen:

- Acute hulpdiensten (spoed, trauma)
- Planbare (electieve) chirurgie
- Chronische zorg

Het ziekenhuis biedt vandaag die drie diensten onder één dak aan. Economisch valt er een lans te breken voor een 'arbeidsverdeling' op het niveau van het systeem zelf, die niet noodzakelijk al die functies aan één instelling toewijst. Die redenering zie je enigszins terug in de tekening van het nieuwe ziekenhuislandschap. Maar waarom zou die arbeidsverdeling ophouden bij de muren van het ziekenhuis?

Wat willen we dan nog binnen die muren organiseren, buiten de acute hulpdiensten van hierboven, de afdelingen voor intensieve bewaking en in het algemeen alle ingrepen waar de dure ziekenhuisomkadering wél toegevoegde waarde heeft?

Je kunt niet alle laagvariabele, gestandaardiseerde planbare chirurgie uit het ziekenhuis halen zonder de financiering aan te passen.

Je kunt niet alle chirurgen voltijds extramurale *focused factories* laten *runnen*, zonder dat ze spoed-, trauma- of wachtdiensten in hun verzorgingsgebied opnemen. De maatschappelijke rol van de arts gaat immers verder dan de zorg voor de individuele patiënt. Extramurale centra zullen samen met de ziekenhuizen spoeddiensten, intensieve zorg, complexe chirurgie (in het ziekenhuis), permanentie en wachtdiensten moeten verzekeren.

Een bijkomende opdracht is de opleiding en vorming van beginnende artsen. Wie het volume aan repetitieve, planbare, laagvariabele zorg uit het (universitaire) ziekenhuis haalt, ontneemt dat ziekenhuis de basis om technische ervaring en maturiteit op te bouwen. De wisselwerking tussen extramurale settings, algemene ziekenhuizen en universitaire centra blijft essentieel voor een goed werkend ecosysteem. Elke instelling heeft haar eigen rol, en deelt kennis en informatie. Universitaire centra focussen op hoogcomplexe zorg, innovatie en opleiding. Extramurale of perifere settings organiseren gestandaardiseerde planbare zorg. Expertise, opleiding, trainees en kwaliteitsstandaarden circuleren tussen die settings. Opleiding blijft perfect mogelijk in extramurale settings, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit van zorg.

Als het zorgtraject als geheel goed verloopt, versterkt de reputatie van de ene schakel die van de andere. Niet alleen bij de patiënt, maar ook bij het zorgpersoneel. Extramurale zorg kan een extra hefboom zijn om de broodnodige handen aan het bed – of aan de operatietafel – te houden.

Het referentiekader dat we voorstellen, vertrekt niet van concurrentie maar van differentiëring van de zorg, met gedeelde klinische regie en circulatie van expertise. Het gaat dus niet om het "wegsluizen" van publieke middelen, maar om een breder en gedifferentieerder aanbod in een toegankelijke gezondheidszorg. Dat zijn geen argumenten tegen extramurale zorg; dat is gewoon gezond verstand.

2.5 Is extramurale zorg wel veilig?

Een vaak gehoord argument: zonder onmiddellijke toegang tot urgentiediensten of andere specialisaties bij nood is extramurale zorg minder veilig dan procedures in het ziekenhuis. Een hoeksteen van het verrijkte landschap dat hier geschetst wordt is de samenwerkingsovereenkomst tussen extramurale centra en nabijgelegen urgentiediensten bijvoorbeeld. Zo kunnen ze in de (zeldzame) gevallen van een complicatie alsnog een beroep doen op ziekenhuiszorg.

Voorstanders van een extramurale uitbreiding voegen daaraan toe dat er sowieso, ook in ziekenhuizen, meer aandacht nodig is voor een grondige individuele preoperatieve beoordeling, samen met de patiënt en diens omgeving. Artsen-experten benoemden in de gesprekken heel wat exclusiecriteria die extramurale interventies vrijwel uitsluiten. De complicaties verschillen van discipline tot discipline en zelfs van ingreep tot ingreep maar toch zijn er enkele domeinoverstijgde criteria te vermelden: patiënten met een ASA-score boven 2 komen bijvoorbeeld doorgaans nergens in aanmerking.

Extramurale zorg, precies omdat ze zich toelegt op planbare laagvariabele zorg, komt altijd met selectie. Belangrijk is dat die selectie van patiënten niet mag steunen op moeilijk verdedigbare gronden. Ze moet steunen op medisch-technische state-of-the-art richtlijnen, en op een toetsing van de "thuis"omgeving waar de nazorg moet gebeuren.

Anderzijds: extramurale patiënten komen niet in contact met de ziekenhuispopulatie, waardoor het infectierisico lager ligt. Tegelijk zijn er ingrepen die psychologische bijstand vragen of waarbij discretie aangewezen is. Voor die ingrepen gaat de voorkeur dan ook naar de extramurale setting. Spoedinterventies gooien per definitie het schema van het ziekenhuisoperatiekwartier overhoop, waardoor de laatste (dag)patiënt te weinig tijd heeft voor recovery. Ook wanneer artsen-experten hun dag liefst beginnen met complexere interventies (die niet altijd extramuraal of in dagchirurgie kunnen), blijft er niet altijd genoeg tijd over voor recovery. Opnieuw is het dus belangrijk om extramurale zorg én ziekenhuis in één context te bekijken.

2.6 Doet extramurale zorg aan *cherry picking*?

De selectie van patiënten voor extramurale zorg kan ertoe leiden dat ziekenhuizen "blijven zitten" met complexe gevallen die vaak langer moeten blijven – met alle gevolgen van dien voor het personeel en voor de ziekenhuisfinanciering.

Een doorgedreven arbeidsverdeling moet uiteraard in de context van het hele zorglandschap worden bekeken. Wat is de rol van elke actor in dat landschap – en welke financiering uit publieke en private middelen hoort bij die rol? Het opzet is om complexe zorg en urgentiediensten te concentreren in gespecialiseerde ziekenhuizen, en planbare ingrepen in gespecialiseerde *focused factories* als deel van een geïntegreerd zorgtraject.

Cherry picking hangt ook samen met kruissubsidiëring. Niet alle goederen en diensten in een aanbod brengen evenveel op, dus bestaat de prikkel om consumenten eerder het ene dan het andere product te verkopen. Ziekenhuizen en individuele artsen-specialisten ontsnappen niet aan die logica. Sommige "nummers" in de nomenclatuur worden onevenredig beter vergoed dan andere, binnen domeinen en a fortiori ook tussen domeinen. Dermatologie bijvoorbeeld heeft over het geheel een notoir slecht vergoede nomenclatuur. Bij andere domeinen is duidelijk waar het gros van het inkomen van een specialist of ziekenhuis vandaan komt, zonder evenveel inspanningen of investeringen. Dat opent de weg naar *cherry picking* binnen het ziekenhuis, en binnen elke individuele praktijk.

Voor de samenleving is het bijvoorbeeld nefast dat de nomenclatuurvergoeding voor bepaalde verstrekkingen niet volstaat als een arts of ziekenhuisafdeling geen supplementen mag

aanrekenen om uit de kosten te komen. Kwetsbare groepen met een verhoogde tegemoetkoming zijn daarvan de dupe: ziekenhuizen en artsen worden financieel aangemoedigd om die verstrekkingen níet langer aan die patiënten te bieden, met alle gevolgen van dien.

Het risico op *cherry picking* en verkeerde financiële prikkels kenmerkt dus helaas het hele gezondheidszorgsysteem. Het moet dan ook op systeemniveau worden aangepakt. Het is aan de overheid om een preciezer kader uit te werken, bij voorkeur in overleg met de brede gemeenschap van artsen. Objectiveer permanent overleg door *outliers* systematisch op te sporen, en voer transparante sociale controle in. Zo blijven het voordeel (kruissubsidiëring van ondergewaardeerde maar maatschappelijk belangrijke ingrepen door goed vergoede verstrekkingen) én het nadeel (ingrepen die niet meer, of niet aan iedereen, worden aangeboden) van *cherry picking* onder controle.

2.7 Kan extramurale zorg de kwaliteit verzekeren?

Nog meer dan in het ziekenhuis staat of valt het succes van een extramuraal centrum met de reputatie van de coördinerende artsen. Zij zijn immers mee aandeelhouder én hebben tegelijk de controle. Economen weten al decennia dat reputatie een essentieel signaal is voor de kwaliteit van een product, zeker als de koper over veel minder informatie beschikt om die kwaliteit zelf in te schatten[6]. Een extramuraal centrum kan zich achter niemand verschuilen.

Artsen-experten streven daarbij vaker naar "bandwerk" – een term die pejoratief kan klinken, maar die de gesprekspartners als kwaliteitslabel zien. Door zoveel mogelijk vergelijkbare ingrepen op één dag te bundelen, kun je complexere ingrepen, zoals totale protheses of specifieke rotatorenmanchetoperaties, vroeg op de dag plannen, met meer tijd voor opvolging en herstel. Kleinere artroscopieën kunnen dan 's middags.

De inzet van toegewijde teams van verpleegkundigen draagt bij aan die efficiëntie en kwaliteit. Wie in elke schakel van het zorgpad zelf zijn medewerkers kiest, verhoogt de kwaliteit.

Ook in het dagziekenhuis maakt men intussen een onderscheid tussen same-day en single-day interventies. Bij same-day gaat de patiënt dezelfde (kalender)dag naar huis; bij single-day gaat het om procedures die binnen 24 uur afgerond zijn. Zo komt bijvoorbeeld 70% van de knieprotheses in aanmerking voor dagchirurgie of een ingreep in een goed uitgerust extramuraal centrum. Maar dat percentage zakt tot minder dan de helft als de patiënt dezelfde dag naar huis wil. Dan ontbreekt immers de tijd voor *recovery*, en vaak ook voor informatieoverdracht, om de kwaliteit te verzekeren.

Ingrepen die geen gebruik maken van "hotelvoorzieningen", hebben geen 24/7-permanentie nodig – dixit het KCE. Niettemin maken verblijfsvergoedingen een belangrijk aandeel uit van de ziekenhuisfactuur. De gemiddelde verblijfsduur bij een volledige knieprothese is nu 2,8 dagen. De zorg nadien (wondzorg, kinesitherapie) zou voor patiënten met ASA-score 1 of 2 evengoed in een hotel kunnen gebeuren.

---

[6] Een cruciaal artikel hierbij was Akerlof George A. The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. **84** (3): 488–500 – over de handel in dubieuze tweedehandsauto's.

Uiteraard moeten ook extramurale centra voldoen aan de eisen uit de kwaliteitswet. Kwaliteit – in het ziekenhuis én extramuraal – kan verder gewaarborgd worden met audits door onafhankelijke, mogelijk zelfs internationale, experten.

Kwaliteit en veiligheid van de vervanging van klassieke door dagopnames kun je meten met outputindicatoren: waren er ongeplande heringrepen of heropnames, bleken spoedinterventies nodig… De gesprekspartners pleiten er wel voor om, naar het voorbeeld van het Harvards three-tier model van Michael Porter en het daaruit voortgekomen ICHOM, vooral in te zetten op *health outcome measurements*[7]. Zeker voor courante verstrekkingen kunnen we terugvallen op gebenchmarkte drieluikmodellen met evaluatietabellen: wat vindt de patiënt, hoe beoordeelt de arts-expert zelf het verloop, en wat leert de ziekenhuisbeheerder over de inzet van mensen en middelen?

Internationaal bestaan veel accreditatie- en auditsystemen. Dat toezicht gaat over kwaliteitscontrole, minimale volumenormen, registratie en rapportering van gezondheidsuitkomsten en complicaties, gegevensdeling en interoperabiliteit van systemen, GDPR en privacy… In Zwitserland bijvoorbeeld volgt een Nationaal Register de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen en klinieken op. Deze continue kwaliteitscontrole laat toe dat complicatieratios gemonitored worden waardoor de chirurgische routines continu verfijnd kunnen worden.Ook de coördinerende arts heeft hier een belangrijke rol: reputatie en professioneel eigenaarschap zijn onlosmakelijk verbonden met kwaliteit.

De verbinding tussen autonomie en kwaliteitsrapportering (en financiering) is de hoeksteen van het Vista Minds voorstel[8].

2.8 Kost extramurale zorg meer dan een klassieke opname?

Voor de patiënt zou de keuze tussen klassieke opname en dagchirurgie of extramurale zorg een no-brainer moeten zijn. Medisch-technisch moet in alle settings de hoogste standaard gelden, én buiten het ziekenhuis geniet de patiënt van een nabijere, intensievere en toegewijde begeleiding. Maar financieel zijn niet alle prikkels goed afgestemd.

---

[7] Een initiatief zoals Spine Atlas bijvoorbeeld maakt gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten om *patient-reported outcomes* te meten. Een structurele opvolging kan niet alleen worden gebruikt om het herstel van de patiënt te begeleiden maar ook om de werkzaamheid van behandelingen tussen instellingen te vergelijken. Bovendien kan de integratie ervan in elektronische dossiers helpen om gepersonaliseerde predicties te maken.

[8] Het idee van *value-based* (uitkomstgerichte) gezondheidszorg kreeg grote bekendheid door het werk van Harvard University professor en strategiegoeroe Michael Porter, zie: Michael Porter en Elizabeth Teisberg (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press; Michael Porter en Elizabeth Teisberg (2007), *How physicians can change the future of health care,* JAMA 297(10), pp. 1103-11; en Elizabeth Teisberg, Michael Porter en GB Brown (1994), *Making competition in health care work*, Harvard Business Review 72(4), pp. 131-141. Voor een recent Belgisch perspectief in opdracht van de ziekenhuisdirecteuren: zie PwC (2024), *A New Era in Belgian Healthcare*.

Wegwerpmateriaal is een belangrijke splijtzwam tussen ziekenhuisopname en extramurale zorg. Naaldjes voor endoscopische mucosale resectie van darmpoliepen worden terugbetaald in het ziekenhuis, niet daarbuiten. Sommige materialen en geneesmiddelen, zoals bloedstelpende middelen, zijn enkel verkrijgbaar via de ziekenhuisapotheek – of minstens via een houder van een brevet ziekenhuisapotheker. Tegelijk moet een patiënt na dagchirurgie of extramurale zorg thuis zelf verbanden en andere *disposables* kopen tegen de werkelijke kostprijs. Ook de endoscopische behandeling van urine-incontinentie vraagt vrij veel materiaal uit de ziekenhuisapotheek.

Dat materiaalbeleid verschilt overigens per land. In België worden protheses vaak als consignatievoorraad door de leverancier gedragen, en krijgen gebruikers ondersteuning van de firma. Dat is niet overal zo. Het draagt wel bij aan een hogere kwaliteit van zorg – tegen een hogere prijs. In Duitsland betaal je misschien 700-800 euro voor een (vaak tweederangs) prothese; bij ons kost een prothese al snel 3.000 euro. De kost drukken van 3.000+ naar pakweg 2.700 euro zou al een prestatie zijn.

Een overheid met een kruideniersmentaliteit telt: hoeveel implantaten gebruiken jullie, wat kosten ze, en kunnen we besparen op prijs of volume? Een arts-specialist wil weten: als ik *gebenchmarkt* word tegenover mijn collega's in binnen- en buitenland, waar sta ik dan? Waarom krijgen al uw patiënten postoperatief antibiotica? Waarom moest hij 24 uur na de ingreep plat blijven liggen? Een heringreep na een bloeding? Een goed register zou daarop een antwoord geven, en ook op de tevredenheid van de patiënt over de *outcome*. Dán mag de overheid terecht vragen: waarom gebruikt u zoveel meer bouten?

Door zorg te bundelen in zorgtrajecten kan én op efficiëntie én op patiëntenbeleving gewonnen worden. Extramurale zorg of dagchirurgie vraagt intensieve en efficiënte planning, en dus voldoende administratief en verplegend personeel. Tegelijk kunnen personeel en materiaal intensiever worden ingezet in een *dedicated* centrum. Die werkwijze vraagt wel schaal (niet evident in een taaldivers land als België). Elke individuele chirurg zijn hernia'tje, dat is niet de bedoeling. Bovendien verloopt het zorgpad efficiënter door ingrepen te bundelen en logistieke tussenstappen in te korten. (Alleen al parking en onthaal zijn grote bronnen van efficiëntiewinsten.)

Je kunt je voorstellen dat ook de financiering daarop wordt afgestemd, met een soort bundels van diensten zoals we dat uit de telecom kennen: de operatie is het kernstuk, maar bij een complicatie ben je altijd welkom op consultatie. Over alle zorgpaden heen vertaalt zich dat in een mix van pakweg 80% standaardverstrekkingen en 20% complexere, uitdagende ingrepen die vaak sterk patiëntspecifiek zijn.

Als arts zou je moeten kunnen zeggen: dit is standaardzorg, deze *case* niet. Of een billijk systeem kan ervan uitgaan dat 80% standaard is, en dus via pakketfinanciering kan, met de resterende 20% per effectieve prestatie – wel vooraf vast te leggen! De prijs per verstrekking in de nomenclatuur dekt nu een te grote verscheidenheid aan complicaties. De prijs differentiëren naar complexiteit is dan ook niet onlogisch: complexiteit hangt doorgaans af van de patiënt, niet zozeer van de interventie. Die duurt de ene keer wel eens langer dan de andere, maar over grote volumes valt een "standaardtijd" te bepalen.

Een zorgpad moet uiteraard ook de thuiszorg en de eerste lijn integreren. Soms vraagt dat een herziening van wie welke zorghandeling mag doen. Denk aan behandelplannen die onder toezicht van een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie moeten worden opgemaakt, of aan inspuitingen door huisarts, thuisverpleegkundige, mantelzorger… Kinesitherapeuten bijvoorbeeld zijn sterk versnipperd over het grondgebied. Individueel kunnen ze dus niet alle diepgaande kennis of ervaring opdoen. Maar wie hen aanstuurt vanuit een expertisecentrum, met video's en digitale opvolging van mijlpalen, kan perfect volgen hoe goed een patiënt voorbereid is op een ingreep of ervan herstelt. Met voldoende volume worden bovendien voorspellende analyses mogelijk: hoe vaak komt een geval voor, hoe duurzaam is de uitkomst, met welk verwachtingspatroon kunnen we een patiënt naar huis sturen, hoe verloopt de communicatie met de begeleidende arts…

De uiteindelijke maatstaf is vanzelfsprekend de *health outcome* voor de individuele patiënt en voor de samenleving. Dat kan zich ook vertalen in een mix van alternatieve financieringsvormen, voor de patiënt en voor de zorgverstrekkers. Voor sommige prestaties is de basis de afzonderlijke ingreep; bij andere staat het hele pakket (lees: zorgpad) centraal. Verzekeraars zouden bereid kunnen zijn om mee te financieren, als de kwaliteit en continuïteit van zorg en dus de patiënttevredenheid zo beter "verzekerd" worden.

2.9 Is extramurale zorg alleen voor de *happy few*?

Vista Minds pleit allerminst voor een zorgsysteem met twee snelheden: een armlastige publieke sector en "villageneeskunde" voor wie kan betalen – zoals bijvoorbeeld in het VK.

Wij zijn ervan overtuigd dat naast het ziekenhuis een breed spectrum aan extramurale zorg kan en moet bestaan. Dat verbetert de beleving en de *health outcomes* van de patiënt, en maakt tegelijk de kwaliteit en de financiële duurzaamheid van het hele systeem mogelijk. De grendels die die extramurale aanvullingen nu tegenhouden – wetgeving zoals artikel 15, §2, maar bijvoorbeeld ook de prikkels van de nomenclatuur – benadelen volgens ons de patiënt, het zorgpersoneel en de samenleving.

Een reeks evoluties vereisen dat een duurzaam gezondheidszorgstelsel rond soms langdurige zorgtrajecten wordt georganiseerd en niet rond individuele prestaties. De samenleving veroudert. De vooruitgang maakt steeds meer aandoeningen die vroeger levensbedreigend ware nu chronischer. De patiënt wil zelf – terecht – meer zeggenschap. Betere gezondheidsuitkomsten in die context betekenen denken voorbij de individuele ingreep. Het ontbreekt de Belg volgens de OESO verder aan goede coördinatie in de eerstelijnszorg, met een patiëntgerichte of zelfs populatiegerichte aanpak. Hoe bereiken we de meest kwetsbaren met gezondheidspromotie en preventie?

Individuele zorgverstrekkers en ziekenhuizen doen nu de facto aan een soort portefeuillebeheer: ze compenseren ondergewaardeerde maar maatschappelijk belangrijke ingrepen met beter vergoede prestaties. Het systeem zou als houdbaarder en eerlijker worden ervaren als die kruissubsidiëring transparant wordt: kijk *door* de factuur heen naar wie waarvoor betaald wordt – en wie waar zelf aan bijdraagt. En bundel financiering en terugbetaling rond zorgtrajecten.

Wie dan nog uit de boot valt – wie écht een verhoogde tegemoetkoming verdient – kan dan via verschillende solidariteitsmechanismen mee opgevangen worden. Vouchers kunnen ook die patiënten de keuzevrijheid bieden om het therapeutisch traject van hun keuze te volgen.

Aan het ene uiteinde van het spectrum staat private geneeskunde. Aan het andere uiteinde staat staatsgeneeskunde, waarin alle prikkels voor vrij ondernemen zijn afgebot. Daartussen ligt een heel spectrum dat kan worden ingevuld.

Het lijkt ons onhoudbaar om alle artsen-experten halsstarrig aan een ziekenhuis gebonden te houden en alle extramurale initiatieven te ontmoedigen, of ze in de beeldvorming te herleiden tot een wingewest voor de *happy few*.

We moeten loskomen van de ideologische patstelling waarin geen enkele (meer)kost bij de patiënt terecht mag komen, in een streven naar volledig gelijke toegang tot zorg. "Als het niet toegankelijk is voor iedereen, dan mag een verstrekking eenvoudig niet in België": dat is de enge visie op toegankelijkheid. In die visie zijn ziekenhuizen een veilige plek waar ziekenfondsen patiënten beschermen tegen overfacturerende artsen, en waar de autonomie van de arts niet telt.

Toch zet privékapitaal die zienswijze al onder druk. Bij kinesitherapeuten, tandartsen en medische laboratoria worden centra nu al volledig uitgebaat door (en voor) financiële investeerders.

Aan beide uiteinden van het spectrum verliest de arts in het slechtste geval dus alle eigenaarschap over het zorgtraject, en daarmee ook alle – ook financiële – prikkels om te blijven innoveren. Het is een ijzeren wet in de economie: als individuen moeten inleveren op hun eigen verwachte rendement terwijl anderen de winsten in het systeem opstrijken, wordt innovatie "ondergeproduceerd".

De opdracht is dus een systeem van prikkels dat kwaliteit, efficiëntie, gepersonaliseerde zorg en vrije keuze van de patiënt verzoent met toegankelijkheid en fairness. Het alternatief, aan beide uitersten, zijn hoge kosten – betaald door private individuen of met belastinggeld – en een systeem met twee snelheden, met wachtlijsten en een overbevraagde spoedafdeling.

2.10 Is extramurale zorg beter voor het zorgpersoneel?

De druk op het zorgpersoneel, vooral in het ziekenhuis, is bekend. De verblijfsduur daalt door minder invasieve chirurgie, betere beeldvorming en aangepaste anesthesie. Een neveneffect is een grotere patiëntenrotatie: de zorg wordt intensiever en de administratieve en logistieke taken nemen toe.

Als dagchirurgie en extramurale zorg het zorgspectrum verbreden, kan het ziekenhuispersoneel zich meer toeleggen op de continuïteit van zorg voor patiënten voor wie enkel een ziekenhuisverblijf de juiste optie is, door multimorbiditeit of door de complexiteit van de aandoening of ingreep. Verpleegkundigen die kiezen voor kritieke diensten, doen dat om de hogere techniciteit, omdat ze er meer het verschil kunnen maken voor de patiënt, en voor meer afwisseling, minder administratie en minder routinewerk. Ook de verhouding patiënt-

verpleegkundige is er gunstiger. De grotere arbeidsdeling die dan ontstaat voor verpleegkundigen, zorgt er hopelijk voor dat meer verpleegkundigen actief blijven in het veld.

We wijzen op een aantal grendels waarop beleidsmakers invloed hebben. Eén: van de bijna 233.000 houders van een verpleegkundig visum (PlanKad (2023)) is slechts 58% actief in de zorg, van wie opnieuw 58% in de ziekenhuizen. Extramurale chirurgische centra kunnen verpleeg- en zorgkundigen laten terugkeren naar de sector wegens de afgebakende, duidelijke structuur die ze bieden.

Twee: de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen wijst veel zorgverantwoordelijkheden haast exclusief toe aan artsen, en in tweede orde aan verpleegkundigen. Zo ontstaat een rigide interne arbeidsmarkt, waarin andere beroepsgroepen zoals kinesitherapeuten of paramedici vaak enkel ondersteunende of uitvoerende taken mogen opnemen. Verpleegkundigen nemen dan weer veel niet-zorgtaken op zich (vooral administratie, maar ook taken voor logistiek of zorgkundig personeel).

Drie: schaalvergroting maakt het makkelijker om vooral de wachtdiensten te spreiden, wat de werk-levenbalans verbetert.

2.11 Is extramurale zorg beter voor de samenleving?

De gezondheidszorg lijdt in het algemeen aan wat economen *adverse selection* noemen: niet alle partijen beschikken over dezelfde informatie, dus zoeken ze andere signalen om de kwaliteit van de tegenpartij in te schatten. Patiënten weten minder dan artsen-specialisten om met evenveel kennis van zaken te beslissen over bepaalde keuzes. Is een overnachting nodig? Waarom is een kleinere incisie bij endoscopie beter in de wervelkolomchirurgie?. Verzekeraars kennen niet altijd de levensstijl van hun verzekerden. Zoals we al zagen, is de reputatie van artsen daarbij een belangrijk mechanisme.

Een van de risico's is dat een transactie er gewoon niet komt, omdat beide partijen elkaar onvoldoende vertrouwen. Anderzijds maakt informatieasymmetrie ook de weg vrij voor overconsumptie, zeker als de regelgever daar bewust of onbewust in meegaat. Denk aan overnachtingen die medisch-technisch niet per se nodig zijn, maar door een bepaalde keuze van ingreep of verdoving toch mogelijk worden – en waaraan terugbetaling en supplementen vasthangen. Of aan dure hulpmiddelen (braces, steunzolen…) die niet per se nodig zijn, maar toch worden terugbetaald. Moet patiënttevredenheid daarop steunen?

Anderzijds kan een beperking door de regelgever innovatie aanwakkeren. Kinetrajecten met een beperkt aantal beurten zetten aan tot innovatieve behandeltrajecten. Maar ook daar bepalen de terugbetalingsregels de prikkels: een behandelplan van een fysisch geneesheer levert een traject op dat tegen een hoger tarief wordt terugbetaald.

Extramurale zorg kan efficiëntiewinst opleveren voor het hele systeem: voor het centrum zelf, maar evengoed voor het ziekenhuis waar het operatiekwartier dan bijvoorbeeld effectiever kan worden bezet met interventies met hoge meerwaarde, voor de patiënt die nabije zorg krijgt, en voor de overheid die de werking ziet gerationaliseerd worden, en die innovatie prikkelt.

De evoluties in beeldvorming (gerichter), chirurgie (minder invasief) en herstel (snellere mobilisatie) moeten ook mensen sneller aan zorg helpen én sneller weer aan het werk krijgen. Maar dan moeten de artsen, het ziekenhuis én – vooral – de terugbetaling meewillen.

Bij het strippen van spataders bijvoorbeeld wordt slechts één fiber per persoon per leven terugbetaald. Die fiber maakt een ambulante procedure mogelijk: de patiënt kan de volgende dag weer gaan werken. Zonder fiber is de patiënt drie weken arbeidsongeschikt. Europese richtlijnen bevestigen die werkwijze al drie jaar: minimaal invasief, lokale verdoving, niet gehospitaliseerd (niet goed voor trombose), in het centrum al beginnen wandelen, de dag erna gaan werken.

Ook in de psychiatrie – bijvoorbeeld bij behandelingsresistente depressie – maakt absenteïsme het gros van de kosten uit. Alle intensieve persoonlijke begeleiding die mensen sneller laat deelnemen aan de samenleving, levert grote maatschappelijke baten op.

De olifant in de kamer blijft dus dat de Belgische nomenclatuur individuele verstrekkingen vergoedt. De prikkel is dan om zoveel mogelijk verstrekkingen uit te voeren – ook als dat medisch-technisch, voor de patiënt en zeker voor de samenleving niet de beste keuze is. Ziektepreventie en gezondheidspromotie voor populatiegerichte zorg blijven een ondergeschoven kind. Het gevolg laat zich raden: ziekenhuizen beconcurreren elkaar, met steeds grotere investeringsprogramma's, consolidatiegolven, een *war for medical talent*… Het *zero-sum game* van een systeem gefinancierd met een gesloten enveloppe wakkert die ongezonde concurrentie alleen maar aan.

Willen we de gezondheidszorg betaalbaar en kwaliteitsvol houden, dan kan niet iedereen alles overal blijven doen. Zoals Dirk Ramaekers, voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid het noemde: we moeten af van IKEA – *Iedereen Kan Echt Alles* aanbieden.

2.12 Is er meer extramurale zorg in andere landen?

Het KCE merkte al tien jaar geleden op dat België achterloopt op andere landen in de uitrol van dagchirurgie, laat staan van extramurale chirurgie.

Table 3 – Proportion of day care cases for selected surgeries (2010-2021, %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cataract surgery	94.2	94.4	94.6	95.0	95.4		95.7	89.8	90.0	89.4	96.3	86.9
Tonsillectomy	70.8	70.8	70.6	70.4	70.8		69.7	70.9	69.4	70.5	71.1	75.4
Transluminal coronary angioplasty	8.7	9.0	9.0	9.0	8.1		8.0	7.7	8.6	9.6	11.1	15.0
Coronary artery bypass graft	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Stem cell transplantation	2.1	2.9	1.6	2.9	1.6		1.4	1.2	0.5	1.6	0.9	1.2
Appendectomy	99.3	99.3	99.3	99.2	99.2		99.1	98.8	98.8	98.4	98.3	98.0
- Laparoscopic appendectomy	0.8	0.8	0.8	1.0	0.9		1.0	1.3	1.3	1.6	1.8	2.1
Cholecystectomy	3.0	3.0	3.5	4.3	4.6		5.7	6.7	7.6	8.5	9.7	11.2
- Laparoscopic cholecystectomy	3.3	3.3	3.8	4.7	4.9		5.3	6.4	7.5	9.0	10.3	11.8
Repair of inguinal hernia	29.6	30.4	33.7	36.0	38.1		41.1	43.5	45.4	47.1	49.8	52.2
- Laparoscopic repair of inguinal hernia	28.6	29.2	34.0	36.8	39.9		44.5	46.4	48.5	51.3	54.0	56.5
Open prostatectomy	0.5	0.4	0.6	0.8	0.6		0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1
Transurethral prostatectomy	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2
Hysterectomy	0.2	0.2	0.4	0.5	0.4		1.6	2.1	2	2.1	3.0	3.5(1)
- Laparoscopic hysterectomy	0.1	0.3	0.7	0.8	0.7		1.2	0.8	0.4	0.5	0.7	0.9(1)
Caesarean section	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5
Hip replacement	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0		0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
Total knee replacement	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0		0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
Partial excision of mammary gland	29.2	28.3	27.2	28.2	27.8		23.3	24.4	25.3	24.9	25.7	27.2
Total mastectomy	2.8	3.8	3.1	3.3	3.9		9.9	10.3	10.0	10.0	10.3	12.4(1)

Source: OECD Health statistics 2023
(1) There is a break in the series from 2016 on following the transition from ICD-9 to ICD-10; some mappings still need to be improved.

Tabel. Dagchirurgie 2010-2021. Uit Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performance of the Belgian health system: Report 2024. *Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2024. KCE Reports 376C.*

Voor sommige ingrepen, zoals de pionierende cataractoperaties (95% of meer in dagchirurgie) of het verwijderen van de amandelen, kon België de meeste andere landen volgen. Voor heel wat andere, zoals galblaasverwijdering (slechts een tiende van wat in Denemarken in dagchirurgie gebeurt) en de gedeeltelijke verwijdering van een borstklier, was er duidelijk nog ruimte voor verbetering. In 2024 was nog altijd 32% van de interventies een klassieke opname, 54% een chirurgische dagopname en 14% een medische dagopname, aldus de expertengroep die eind vorig jaar een nieuwe tekening van het ziekenhuislandschap voorstelde.

Bovendien was – en is – er grote variatie tussen ziekenhuizen: dezelfde ingreep gebeurde in het ene ziekenhuis *altijd* in dagchirurgie, in het andere *nooit*. De "macht der gewoonte", de "geplogenheden van het huis", was daarbij het grootste obstakel. "En die geplogenheden van het huis – zo leerde ons al onze studie over het dagziekenhuis uit 2012 – worden in belangrijke mate mee gestuurd door de prikkels van een al te ingewikkeld en onlogisch financieringssysteem," aldus de directie van het KCE in het voorwoord van KCE-rapport 282As.

2.13 Wat vindt de patiënt ervan?

De patiëntenbeleving staat centraal in extramurale centra. Patiënten moeten een aangename *journey* beleven door ziekenhuis of extramuraal centrum. Dat maakt dat er aanzienlijke verschillen in patiëntenstromen bestaan. Wie aan de hand geopereerd wordt, is niet ziek. Technische patiëntenstromen kunnen dan beter uit de gemengde omgeving die het ziekenhuis is worden gehaald en extramuraal behandeld.

De patiënt wordt bij planbare laagvariabele zorg minder uit zijn routine gehaald, ook bijvoorbeeld bij astma of diabetes. De setting is comfortabeler, discreter en nabijer. En herstel en mobilisatie verlopen doorgaans sneller dan na een ingreep in het ziekenhuis.

Patiënten willen daarbij ook zeggenschap en minstens informatie. In welke stap zit de patiënt, waarom is er vertraging, welke mijlpaal is al bereikt? Als de patiënt zich niet goed voelt, zal ook mijn chirurgische ingreep minder goed zijn.

Sommige patiënten zijn er evenwel van overtuigd dat ze na een ingreep "recht" hebben op een overnachting, of op pijnpompen, ook al helpt dat niet voor het snel mobiliseren. De ene arts gaat daarin mee, de andere niet. Het is niet altijd makkelijk om patiënt én collega te overtuigen dat anesthesie evolueert, dat pijnbeheer anders kan, dat een beginnende mobilisatie het criterium is om naar huis te gaan. Elke patiënt gaat anders om met pijn of bloedverlies. Misschien kan 70% van alle enkelingrepen extramuraal; maar de onzekere patiënt meldt zich dan straks toch op de spoedafdeling.

Sommige ingrepen hebben ook een grote psychologische impact, waardoor een overnachting toch aangewezen kan zijn. Of de chirurg wil postoperatieve informatie rechtstreeks aan de patiënt geven als die de volgende dag weer helemaal wakker is. Let wel: de nachtbezetting laat doorgaans niet toe om die patiënt dan onevenredig veel aandacht te geven.

Extramurale zorg verhoogt de toegankelijkheid. Er is immers hoogkwalitatieve zorg beschikbaar, met een volledig transparante pre-, chirurgisch en postoperatief zorgtraject waarvan de prijs op voorhand vastligt. De patiënt kan vooraf zien met haar mutualiteit of privéverzekeraar in welke mate deze tussenkomt. De patiënt dreigt dus niet verloren te lopen in de versnippering van de zorg maar de hele zorgketen wordt gecoördineerd doorlopen. En het ontwarren van patiëntenstromen helpt de wachtlijsten verkorten[9].

Een gevoel van faire behandeling is erg belangrijk. Het begint al bij tijd. Uit de Vista Minds enquête blijkt dat dermatologen, gynaecologen maar ook chirurgen stellen dat er voor hen te weinig tijd en ruimte is in het ziekenhuis om hun raadplegingen uit te voeren zoals ze dat voor ogen hebben. Het hoogopgeleid zorgpersoneel en de artsen zijn er, maar ze worden onderbenut.

Al de vermelde aspecten werken overconsumptie in de hand. Beter vormgegeven zorgtrajecten en een financiering die volgt, maken de patiënt mee verantwoordelijk voor de houdbaarheid van het zorgstelsel.

2.14 Wat is er zo gezond aan ondernemerschap in de zorgsector?

"Niemand wil een ondernemer aan zijn ziekenbed," aldus een gesprekspartner. Waarom schuif Vista Minds dan ondernemerschap naar voor?

Omdat ondernemerschap autonomie van de arts inhoudt om de beste therapeutische keuze te maken. Omdat ondernemerschap voor de patiënt en de verzekeraar en de overheid inhoudt dat zij kunnen kiezen welke van die therapeutische keuzes in hun geval tot de best mogelijke gezondheidsuitkomsten leidt aan een billijke kost. Omdat ondernemerschap zorgverstrekkers

[9] Zie onder meer voor Zwitserland en Duitsland: Rieder, L., en Schoder, J. (2025). Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. Hospitals, 2(2), 13.

prikkelt om te innoveren en effciëntiewinsten te boeken. Je kan dus van een maatschappelijk betrokken, ethisch gedreven ondernemerschap spreken.

De uitdaging is om in dat sociaal ondernemerschap kwaliteit van zorg en financiële duurzaamheid op één lijn te brengen in plaats van ze als "concurrenten" te zien.

Hoogstwaarschijnlijk zijn de artsen-experten met wie we spraken niet representatief voor alle artsen. Met meer dan tachtig procent geconventioneerde artsen kan dat ook niet anders. Maar Vista Minds wil ook voor de overige twintig procent mee de *freedom to operate* creëren. De grens tussen de spreekwoordelijke 80% en 20% volgt overigens niet bepaalde specialismen, en ook niet de leeftijd.

En het aandeel dat, misschien met enige hulp, écht de sprong zou wagen is vermoedelijk nog veel kleiner. Een extramuraal centrum opzetten vraagt vaak dat de chirurg(en) zelf investeren – of gelijkgestemde investeerders vinden. Er komt heel wat administratie en andere zorgen bij kijken. Wie er met een half oog in stapt, is een makkelijke prooi voor gehaaide durfkapitalisten. Die pioniers doen dat toch in de overtuiging dat de innovatie zal aanslaan, dat patiënten een betere beleving krijgen en dat ook de gemeenschap uiteindelijk overtuigd raakt van de maatschappelijke baten. Die artsen-ondernemers verdienen een alternatief waarin ze de controle over hun *venture* behouden.

Aandeelhouderschap en eigenaarschap zijn de sleutel, volgens onze gesprekspartners. Ook daar is het speelveld niet gelijk voor alle specialismen. De ene discipline is veel kapitaalintensiever dan de andere. In sommige zorgpaden – in de orthopedie, de oftalmologie – overziet de chirurg de hele keten. Anesthesie en radiologie zijn aanwezig, maar het is de chirurg die zowel de "voordeur" als de "achterdeur" van het zorgpad bewaakt. In veel inwendige disciplines, zoals gastro-enterologie of cardiologie, moeten specialist en chirurg het eens worden, zonder dat één van hen de hele keten in handen heeft. Hun inkomens hangen dus van elkaar af.

Onze gesprekspartners gaven aan dat de ongerustheid groot is over waar de hervormingen naartoe leiden. Er zijn immers belangrijke verschillen in netto-inkomens tussen specialismen, maar ook binnen een domein. Het grote publiek ziet die verschillen niet altijd, en ook voor geïnformeerde waarnemers zijn ze allerminst transparant. Niet iedereen voor wie de "*juice is not worth the squeeze*", zoals een gesprekspartner het zei, zal uit noodzaak ondernemer worden. We hoorden te veel stemmen die zeggen dat heel wat zorgverstrekkers het beroep zouden verlaten zodra de ondergrens in zicht komt.

Wie blijft, vreest dat de ondernemersvrijheid van de arts wordt beknot. Jongere artsen hebben ook vaak het gevoel dat ze in overheidsdienst werken. Velen kennen het Nederlandse systeem van binnenuit. Daar zijn specialisten vaak de facto bedienden, en verlies je ondanks een goede verstandhouding met de zorgverzekeraars toch enigszins de controle over de instroom van patiënten. *Managed care* is niet het droombeeld van deze ondernemers.

Wanneer *fee for presence* het overneemt van *fee for performance*, verliest het systeem zijn prikkels, of dat nu in overheids- of in "loon"dienst is. Het risico bestaat dat een salarismodel op lange termijn de *drive* afbot.

Daartegenover staat dat er in onze buurlanden vaak meer vrijheid heerst: als je de kwaliteit kunt garanderen en geen publieke middelen nodig hebt, dan mag je ondernemen. Maar of de spreidstand in het Verenigd Koninkrijk – tussen de NHS en vaak stuitende private initiatieven – het antwoord is, valt sterk te betwijfelen.

Solidariteit moet een belangrijk kenmerk zijn van het sociaal ondernemerschap dat de gesprekspartners voorstaan. De “horizontale” integratie tussen ondernemende en gesalarieerde artsen maakt het systeem robuust. Ze zorgt ervoor dat ook ondergewaardeerde, complexe of net de minst uitdagende ingrepen toch worden uitgevoerd.

3 Domeinspecifieke bijdrages uit de gesprekken

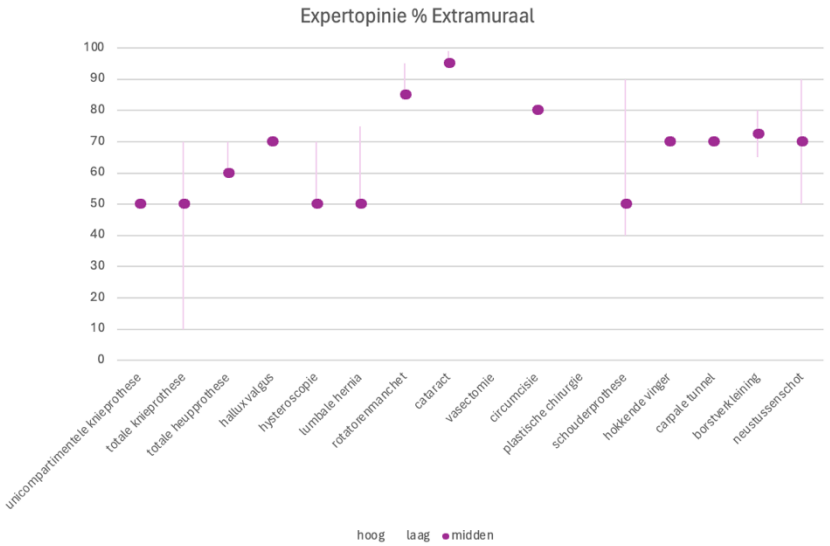
3.1 Benaderende kosten/batenanalyse: methodologie

Vista Minds sprak met artsen-experten uit diverse diagnostische categorieën. De centrale vraag was telkens: welke ingrepen vinden zij extramuraal mogelijk of zelfs wenselijk, en welke obstakels of randvoorwaarden (medisch, contextueel, cultureel, financieel, organisatorisch, regelgevend…) bemoeilijken die evolutie?

Zoals hierboven aangegeven, zochten we voor elke kandidaat-ingreep vier gegevens:

- Hoeveel van die ingrepen gebeuren per jaar?
- Welk aandeel van de jaarlijks uitgevoerde ingrepen komt in aanmerking voor een extramurale setting – nadat alle risicogevallen er bij een preoperatieve selectie uit gefilterd zijn? Wat kan de variatie tussen de artsen-experten verklaren?
- Hoeveel verschilt de kostprijs van de ingreep extramuraal en in het ziekenhuis? Welke financiële prikkels werken in de ene of de andere richting?
- Wat is (relatief gezien) de mogelijke besparing of efficiëntiewinst als de ingreep extramuraal in plaats van in het ziekenhuis gebeurt? Wat betekent dat voor de organisatie van de extramurale zorg – en wat is de impact op het ziekenhuiswezen?

Een volledige *activity-based costing* valt buiten het bestek van deze oefening. Voor een beperkt aantal *cases* maakten we wel een meer gedetailleerde inschatting. We vroegen elke gesprekspartner om enkele verstrekkingen voor te stellen die extramuraal zouden kunnen. Voor elk van die verstrekkingen gaven de gesprekspartners hun expertopinie over het aandeel dat van een klassieke opname naar een extramurale setting kan verschuiven.



Figuur. Illustratief overzicht van de ranges *van extramuraal potentieel. Bron: Vista Minds gesprekken*

Welke medisch-technische criteria gebruiken zij om die verschuiving uit te sluiten? Zowel de percentages als de exclusiecriteria verschillen per ingreep. Een aantal exclusiecriteria geldt in de meeste, zo niet alle, domeinen: patiënten met een ASA-score boven 2, risico op aanzienlijk bloedverlies of infecties, multimorbiditeit (vaak bij ouderen) en de noodzaak van peroperatieve en/of multidisciplinaire consults. Vaak komen ook voor: het risico op cardiovasculaire of neurologische accidenten, en chronische aandoeningen zoals obesitas of diabetes.

De kostprijsvergelijking legt heel wat kwalen van de huidige ziekenhuisfinanciering bloot. De monopolierol van de ziekenhuisapotheek of van de anesthesie voor volledige verdoving; de kruissubsidiëring tussen vooral de kost van een overnachting en die van effectieve ingrepen; de individueel onderhandelde supplementen- en afdrachtenregeling; de toewijzing van overhead, toezichthonoraria en andere indirecte kosten… Ze maken de oefening ondoorzichtig en onhaalbaar zonder vertrouwelijke informatie.

De gesprekspartners schatten de efficiëntiewinst voorzichtig op zo'n 10%. Uiteraard streeft elke organisatie, ook het ziekenhuis, naar een zo efficiënt mogelijk procesverloop, van onthaal over operatiekwartier tot ontslag. Maar door zich te concentreren op een beperkt aantal zorgpaden kan een extramuraal centrum dat als *focused factory* wordt beheerd, nog meer efficiëntiewinst halen. Om tot 10% of meer te komen, stelden de gesprekspartners onder meer voor:

- Korte logistieke stromen tussen parking, onthaal, spreekkamers en operatiekwartier door beperkte afstanden;
- Pre- en postoperatieve toelichting op gestandaardiseerde wijze (brochures, VR…), aangevuld met een gerichte Q&A met de chirurg en/of anesthesist;
- Bundelen van dezelfde soorten ingrepen per dag en per zaal ("alle rechterhanden in zaal A, de linkerhanden in zaal B"), bij chirurgie maar bijvoorbeeld ook bij beeldvorming;
- Een chirurgisch team (chirurg, assistent, anesthesist) dat roteert tussen operatiekwartieren om wisseltijd te besparen;
- Geoptimaliseerde ondersteunende stromen (sterilisatie);
- Werken met een toegewijd team van vaste verpleegkundigen per type ingreep;
- Minder overhead in niet-zorgend personeel;
- Minder drang om als organisatie te differentiëren voorbij het stellen van een diagnose en het opmaken en uitvoeren van een goed uitgewerkt zorgpad.

In heel wat domeinen is de nomenclatuur niet fijnmazig genoeg voor de vaak uiteenlopende complexiteit van de ingreep die ze beschrijft. De grootte van een scheur in de rotatorenmanchet bijvoorbeeld maakt in het operatiekwartier een groot verschil.

Het zou al een hele stap vooruit zijn als de "herijkte" nomenclatuur echt *zou* overeenkomen met de gemiddelde werkelijke kosten in tijd en middelen, met het risico en met de complexiteit van de ingreep. Dan kunnen artsen-experten die een nummer vaak gebruiken "de bluts met de buil" nemen, en een totale vergoeding krijgen die overeenkomt met het gemiddelde over al die verstrekkingen. Of misschien dekken die gemiddelden de 80% gevallen die als standaardzorg gelden, met daarnaast 20% autonomie die per effectieve prestatie wordt afgerekend, vooraf vastgelegd. Vergoedingen bundelen volgens het zorgtraject zal artsen ook zelf aanzetten om na te gaan wat medisch-technisch écht nodig is.

Artsen-specialisten betalen uit hun erelonen (en supplementen) soms ook mee voor operatiemateriaal – zaagbladen, bloedstelpende middelen, endoscopisch materiaal… – en voor ondersteunend personeel. Ziekenhuisafdelingen met meerdere specialisten hebben al snel tientallen VTE voor planning en onthaal. Gesprekspartners vermeldden tot de helft lagere personeelskosten, en 10-15% meer procedures per jaar in een gefocuste setting. Het is uiteraard zeer de vraag of "goedkoper" voor alle belanghebbenden altijd doorslaggevend is. Patiëntenbeleving (of patiëntendruk), wachtlijsten en ontoegankelijkheid wegen mogelijk zwaarder. Daarom vroegen we de gesprekspartners ook wat zij zien als kwalitatieve drempels voor de toegankelijkheid, of als manieren om capaciteitsproblemen op te lossen.

Merk op: een centrum zo beheren en coördineren, vraagt ook flinke managementkwaliteiten. Personeel dat minder onregelmatige uren moet presteren, en mogelijk beter vergoed kan worden, is ook minder vatbaar voor ziekteverzuim en uitval. (Maar het geeft verpleegkundig personeel tegelijk meer *bargaining power*…) Ook de verbondenheid van anesthesisten met het centrum werkt efficiëntie in de hand.

3.2 Plastische heelkunde

De plastische heelkunde bestaat uit twee deelgebieden: esthetische correcties, die in wezen niet worden terugbetaald, en reconstructieve chirurgie om functionele beperkingen te verhelpen. Esthetiek hoort niet in het ziekenhuis thuis: ze belast operatiekwartieren en schaars zorgpersoneel die elders kunnen worden ingezet. Maar de scheidingslijn is niet altijd makkelijk te trekken, ook al worden criteria vooraf getoetst.

Volgens sommige gesprekspartners laat de nomenclatuur te veel esthetische ingrepen toe. Een buikwandcorrectie gaat in wezen over een vetschort met functionele last, maar de ingreep gebeurt vaak na een zwangerschap. Ooglidcorrecties – uit de oftalmologie – zijn een ander voorbeeld. Medische bovenooglidcorrecties kunnen enkel na goedkeuring door het RIZIV, op basis van gezichtsveldmetingen en foto's. Functioneel-esthetische en esthetische correcties worden niet terugbetaald (maar kunnen verschillen in btw). Onderoogleden gelden altijd als esthetisch. Andere voorbeelden van "bediscussieerbare gevallen" zijn de correctie van het neustussenschot of van afstaande oren. De grootste winst in de discipline ligt in een (nog) scherpere afbakening tussen wat medisch verantwoord en wat louter esthetisch is.

Anderzijds heeft het weinig zin om een extramuraal centrum enkel esthetische ingrepen te laten doen. 90% van wat in dit domein gebeurt, zou buiten het ziekenhuis kunnen. Twijfelgevallen zijn bijvoorbeeld (functionele) borstverkleiningen – die overigens streng gecontroleerd worden. Daarvan kan misschien 60 tot 80% extramuraal, afhankelijk van het risico op bloedverlies of van comorbiditeiten. Cardiaal belaste patiënten of patiënten die bloedverdunners nemen, vormen vaak een drempel.

Uitzonderingen die altijd in het ziekenhuis zullen gebeuren, zijn ingrijpende reconstructieve operaties met microchirurgie, ook omdat daar tijdens de ingreep bijvoorbeeld multidisciplinair overleg met oncologen of patholoog-anatomen nodig is.

Een verstrekking die opvalt, is het verwijderen van lipomen. De terugbetaling hangt af van de diepte van de vetophoping ten opzichte van het vliezenstelsel rond de spieren. Diepe tumoren,

of letsels aan gelaat of lippen zonder huidletsels, dragen een K-nummer net boven de grens van wat extramuraal kan (K 120). Medisch-technisch zou dat ook extramuraal kunnen: zonder supplementen kost het een kleine 300 EUR voor een terugbetaalde verstrekking van een half uur. Maar in het ziekenhuis komt daar nog de vergoeding voor het dagziekenhuis bij, ook al was er geen kamerverblijf.

Niet alle verstrekkingen worden even genereus gehonoreerd in de nomenclatuur, zoals het wegnemen van huidvlekjes. Voor huidkankertjes geldt een net iets hoger K-nummer (K163): die moeten nu in het ziekenhuis gebeuren, en daar komt doorgaans een dagforfait bij. In het slechtste geval passen artsen-specialisten en ziekenhuizen daardoor eerder andere nummers toe, of brengen ze verstrekkingen onder bij andere dan de bedoelde nummers – en beschouwen ze esthetische ingrepen soms als functioneel.

Ziekenfondsen en verzekeraars beslissen mee welke verstrekkingen ze onder welke voorwaarden (mee) vergoeden: bijvoorbeeld al dan niet in daghospitalisatie. Zo kunnen kleinere ingrepen in de plastische heelkunde medisch-technisch perfect in de spreekkamer, maar gebeuren ze toch in het dagziekenhuis, waar de terugbetaling hoger kan zijn. Of ingrepen zoals borstvergrotingen, waarvoor de nomenclatuur de reële kosten niet dekt, vinden toch in het ziekenhuis plaats, omdat de verblijfsvergoeding en de supplementen een deel van de kosten kruissubsidiëren.

3.3 Dermatologie

Dermatologie wijkt af van veel andere domeinen: de overheid heeft de raadplegingen en de meeste verstrekkingen uit het ziekenhuis geduwd, met een overigens weinig genereuze nomenclatuur. Slechts een handvol nummers ligt boven de grens van artikel 15 §2. Zonder esthetische ingrepen is het dus niet evident om een rendabel centrum uit te bouwen. De materiaalkost is vaak al even hoog als de terugbetaling – en dan heeft niemand iets verdiend.

Een interessant geval is Mohs-microchirurgie om huidkanker, zoals basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom, op moeilijke plekken te verwijderen. De tumor wordt laagje per laagje weggesneden en meteen door de patholoog-anatoom onderzocht op kankercellen. Daarna gelden weer andere codes voor hechting en huidplastie of -greffe. Met de opmars van confocale microscopie kan men zelfs de diepte van het carcinoom inschatten zonder biopsie. Maar de investeringen in die innovatieve technologie zijn niet min.

Er is ook een *slow Mohs*-versie, die ook plastisch chirurgen toepassen bij plaveiselcelcarcinoom of maligne melanoom: tussen de coupes door gaat de patiënt naar huis. Die versie zou perfect extramuraal kunnen, als de nomenclatuur zou volgen.

3.4 Bloedvatenheelkunde

3.4.1 Chronische veneuze insufficiëntie en flebectomie

Bij één op de drie Belgen slagen de aders in de benen er niet meer goed in om het bloed terug naar het hart te voeren. De verhoogde druk in de bloedvaten uit zich in spataders (varices). Die

veneuze insufficiëntie is vaak chronisch. Patiënten kunnen vandaag succesvol worden behandeld, maar jaren later opnieuw een slechte doorbloeding ontwikkelen, met nieuwe varices.

Het logische zorgtraject is dus: de pathologie van vandaag zo weinig invasief mogelijk behandelen en de patiënt op lange termijn opvolgen. Die eerste, minder invasieve behandeling kan, afhankelijk van anatomie en indicatie, met lasertherapie of radiofrequente ablatie: extramuraal, onder lokale verdoving en met echografische controle. Na de behandeling krijgt de patiënt een steunkous en kan hij of zij meteen mobiliseren. De arbeidsongeschiktheid bedraagt hooguit twee dagen.

In 99% van de gevallen kan dit gewoon extramuraal. Enkel bij enkele zeer zeldzame complicaties, zoals phlegmasia cerulea dolens (een kritieke vorm van diepe veneuze trombose) of ernstige wondroos, is een ziekenhuisbehandeling nodig.

Zichtbare zijtakken hoeven niet per se meteen behandeld te worden, tenzij ze erg talrijk of groot zijn. Ze kunnen spontaan kleiner worden of verdwijnen, of met rust gelaten worden. De Europese richtlijn beschrijft zowel de onmiddellijke als de uitgestelde behandeling van resterende zijtakken.

Toch laten de huidige terugbetalingsregels maar één attestering per leven toe voor het materiaal van een volledige endoveneuze behandeling met laser of radiofrequentie. Daardoor pakt de eerste en enige behandeling niet alleen de stamvene aan, maar automatisch ook alle zichtbare zijaders, met flebectomie volgens Müller onder algemene narcose. Dat brengt meer operatierisico's mee, meer wonden en littekens, meer bloeduitstortingen, pijn… waardoor de patiënt ook langer arbeidsongeschikt is. Door de algemene narcose of ruggenprik én de behandeling van de zijaders blijft de patiënt die dag en de dagen erna bovendien langer liggen en wandelt hij minder, wat het risico op diepe veneuze trombose verhoogt. De arbeidsongeschiktheid loopt vaak op tot twee of drie weken.

Zijaders die blijven bestaan, kunnen op hun beurt minimaal invasief worden behandeld met echogeleide foamsclerotherapie – zeg maar het dichtspuiten van de ader. De voordelen van een stapsgewijze foambehandeling zijn talrijk: geen incisies of chirurgische wondjes, minder weefseltrauma en hematomen, snelle mobilisatie en minder postoperatieve hinder. Bovendien kan de hoeveelheid sclerosans – het geïnjecteerde geneesmiddel – worden afgestemd op de resterende veneuze pathologie.

Het probleem is dat foamsclerotherapie soms als cosmetische behandeling geldt, terwijl een zijader die vandaag met flebectomie wordt verwijderd, deel uitmaakt van een medisch noodzakelijke behandeling. Nochtans is foam in de meeste situaties patiëntvriendelijker: minder invasief, ambulant mogelijk, minder hinder. Met een duidelijker onderscheid tussen cosmetische ingrepen, zoals laserbehandeling van kleine vaatjes, en medisch verantwoorde foamsclerotherapie, kan die laatste via een overheidsbijdrage terugbetaald worden, en blijft de cosmetische ingreep buiten de (verplichte) ziekteverzekering.

Een tweede probleem is dat de patiënt vandaag vaak verschillende zorgverleners moet bezoeken om een diagnose en een behandeling te krijgen.

eerstelijnszorg → vaatchirurg → radiologie voor duplexonderzoek → vaatchirurg ter bespreking → behandeling onder narcose bij anesthesist → controle → op zoek naar een andere zorgverlener (dermatoloog of fleboloog) voor resterende varices → eventueel opnieuw de huisarts → weer een andere chirurg bij recidief…

De ingreep zelf kan uiteraard ook in een ziekenhuis gebeuren, maar voor de opvolging (sclerotherapie of laserbehandeling) staat doorgaans een dermatoloog in – die vaak geen echografie kan uitvoeren. Een centrum dat alle schakels van het zorgpad onder één dak heeft, maakt het voor de patiënt makkelijker en comfortabeler. Eén arts kan dan het geïntegreerde transmurale zorgtraject coördineren:

anamnese + klinisch + duplexonderzoek + bespreking behandelplan → minder invasieve initiële behandeling → controle → verdere behandeling indien nodig van persisterende zijaders → langdurige en laagdrempelige observatie → opnieuw duplex → gerichte behandeling bij recidief

Die continuïteit van zorg is niet alleen medisch-technisch efficiënter. De patiënt heeft ook minder afspraken en verplaatsingen, een snellere diagnose en één aanspreekpunt voor het hele traject. De ervaring op het terrein leert dat patiënten en verwijzers vandaag al de winst van een geïntegreerde aanpak zien, ondanks het gebrek aan terugbetaling. De huidige nomenclatuur maakt een nieuwe terugbetaling bij een terugkerende, medisch aangetoonde en klinisch relevante indicatie immers onmogelijk.

Het voorgestelde traject biedt minder complexe zorg waar eenvoudige zorg volstaat, minder chirurgie waar een minimaal invasieve behandeling kan, en zorg op het moment dat ze echt nodig is. Sluit de financiering aan op deze werkwijze, dan kiest de arts de minst invasieve medisch geschikte behandeling. Hij of zij behandelt dan niet “preventief” meer venen door slecht opgestelde terugbetalingsregels, kiest niet voor een invasievere behandeling dan nodig, en wacht niet tot een patiënt een complexer en duurder traject nodig heeft.

Ook hier zijn de besparingen aanzienlijk, in de grootteorde van 30 MEUR, als de regelgeving – en de gepaste vergoeding – volgen.

3.5 Gynaecologie-verloskunde

Gynaecologie toont goed hoe belangrijk randvoorwaarden zijn om verstrekkingen extramuraal te laten plaatsvinden. De verantwoordelijkheid is groot, en zeker in dit domein is elke patiënt anders.

Endometriose bijvoorbeeld varieert sterk, en dat kun je met standaardbeeldvorming niet vooraf inschatten. Soms is anatomopathologische bevestiging tijdens de operatie nodig. Daardoor komt na preoperatieve evaluatie misschien maar één op de drie patiënten in aanmerking voor een extramurale setting.

Sterilisatie (bijvoorbeeld bij een TVT-O voor de behandeling van urine-incontinentie) stelt ook hoge eisen. Sterilisatie is overigens ook een grote kost voor het ziekenhuis: voor sommige ingrepen moeten meerdere sets “messen en vorken” en motoren gesteriliseerd worden. Wegwerpmateriaal – single use – komt dan weer op rekening van de patiënt, of van de arts…

Sommige experten maakten een onderscheid tussen diagnostische en chirurgische toepassingen van bijvoorbeeld laparoscopie of hysteroscopie. Bij chirurgische toepassingen kan misschien 50-70% extramuraal, afhankelijk van de voorgeschiedenis van de patiënt.

Over bevallingen ten slotte lopen de meningen uiteen, maar onze gesprekspartners hadden toch enig voorbehoud om die zomaar buiten het ziekenhuis te laten gebeuren. Ze verwezen naar Nederland, waar men ook van thuisbevallingen is teruggekomen.

Bij bevallingen, maar ook bij zowat alle gynaecologische verstrekkingen, varieert de complexiteit sterk. De nomenclatuurnummers zijn te weinig fijnmazig: voor aandoeningen zoals baarmoederverzakking kan een operatie van pakweg 20 minuten tot 2 uur duren. Ook gesprekspartners in andere domeinen merkten op dat “makkelijke” ingrepen doorgaans beter vergoed worden dan complexere, ook binnen één nomenclatuurnummer. Dat creëert het risico op verkeerde prikkels.

Nog een voorbeeld: echografie. Ook die zou in een goed uitgerust extramuraal centrum kunnen gebeuren. Het centrum kan daarvoor specialisten in orgaancontroles inzetten. Maar ook hier geeft de nomenclatuur verkeerde prikkels: tijdens een zwangerschap worden maar drie echo’s terugbetaald. Als de gynaecoloog die niet langer zelf doet, heeft dat ook gevolgen voor zijn of haar vergoeding. Anderzijds is het best practice om specialisten in te zetten, gezien de medisch-juridische risico’s…

Interventies in dit domein zijn uiteraard (nog) delicater en vragen soms psychologische bijstand of een zekere discretie. Dat kan vaak beter in een extramurale setting.

3.6 Oftalmologie

3.6.1 Cataractoperaties

Artikel 15 §2, dat extramurale zorg verbiedt voor verstrekkingen boven K 120 en N 200, kent één uitzondering. De regel geldt niet voor “verstrekkingen vermeld in artikel 14 h) van de nomenclatuur, voor zover deze ingrepen ambulant worden uitgevoerd in een extramurale omgeving, die voldoet aan de architectonische normen van een functie chirurgische daghospitalisatie […], en indien deze ingrepen onder lokale of topische anaesthesie gebeuren, geen sedatie van de patiënt vereisen, en geen directe verpleegkundige opvang of nazorg behoeven."

Artikel 14 h) van de nomenclatuur gaat over oftalmologie. Het voorbeeld bij uitstek van een heelkundige ingreep die nu al extramuraal gebeurt, is de vervanging van een vertroebelde ooglens: grijze staar of cataract. (Ook patiënten met groene staar of glaucoom kunnen baat hebben bij een cataractoperatie, omdat een kunstlens doorgaans de oogdruk verlaagt – een van de belangrijkste uitlokkende factoren van het verlies aan oogzenuwvezels.)

Het RIZIV gaat uit van bijna 260.000 prestaties in 2024 bij naar schatting 160.000 patiënten, inclusief de laserbehandeling van secundaire cataract (30% van het volume).

Zo'n 30% van die verstrekkingen gebeurt in privéklinieken. Op 2% na gebeuren alle andere cataractoperaties ambulant, in poliklinieken (10%) en in het dagziekenhuis. Niet alle patiënten kunnen extramuraal behandeld worden. Patiënten die moeilijk rustig of stil kunnen blijven liggen, komen bijvoorbeeld niet in aanmerking, net zomin als patiënten met een gehoorbeperking.

De uitgave voor de meest voorkomende ingreep[10] bedraagt iets meer dan 500 EUR. Voor complexere varianten kan dat oplopen tot het dubbele, zonder de kosten die niet strikt met de ingreep samenhangen. Vandaag betalen patiënten zelf een particuliere bijdrage die zo'n 800-900 EUR hoger ligt dan in het ziekenhuis. Slechts 5% kiest er toch voor om zich in het ziekenhuis te laten behandelen.

Als zo'n 40% van de cataractoperaties extramuraal zou gebeuren, is een efficiëntiewinst van 8 MEUR per jaar haalbaar. Als alle ambulante verstrekkingen extramuraal zouden gebeuren, gaat het om 60 MEUR. Bovendien ontlast de verschuiving naar extramurale zorg de operatiekwartieren in het ziekenhuis van 160.000 patiënten per jaar: de tijdswinst loopt al snel in de tienduizenden uren.

Vandaag wil niet elke aanbieder van hospitalisatie- of ambulante verzekeringen tussenkomen voor extramurale cataractchirurgie. Dat geldt voor verplichte verzekeraars (de mutualiteiten) én voor privéverzekeraars. Een belangrijke drempel is het ontbreken van een extramuraal BFM, vooral om de uitrusting van het extramurale operatiekwartier te financieren.

Omgekeerd wordt het voor ziekenhuizen moeilijker om een beroep te doen op oftalmologen.

3.7 Orthopedie

3.7.1 Totale heupprotheses

Van de meer dan 32.000 heupartroplastieën per jaar in België is 85% een totale prothese. Minder dan één op honderd daarvan gebeurt in het dagziekenhuis. De gesprekspartners schatten voorzichtig dat misschien 40% van deze ingrepen extramuraal zou kunnen[11]. Revisiechirurgie hoort volgens hen altijd in het ziekenhuis. Met de parameters die we hieronder beschrijven, kan zo bijna 9 MEUR worden bespaard.

De totale factuur – het aandeel van het RIZIV, de tussenkomst van het ziekenfonds plus het remgeld van de patiënt – bedraagt zo'n 12.000 tot 15.000 EUR[12], inclusief de ligdagprijs, de ziekenhuisapotheek en het artsenhonorarium. De gemiddelde ligduur bedraagt nu nog zo'n 3,3 dagen[13] voor wie zonder breuk werd opgenomen. Voor complexe fracturen loopt dat op tot

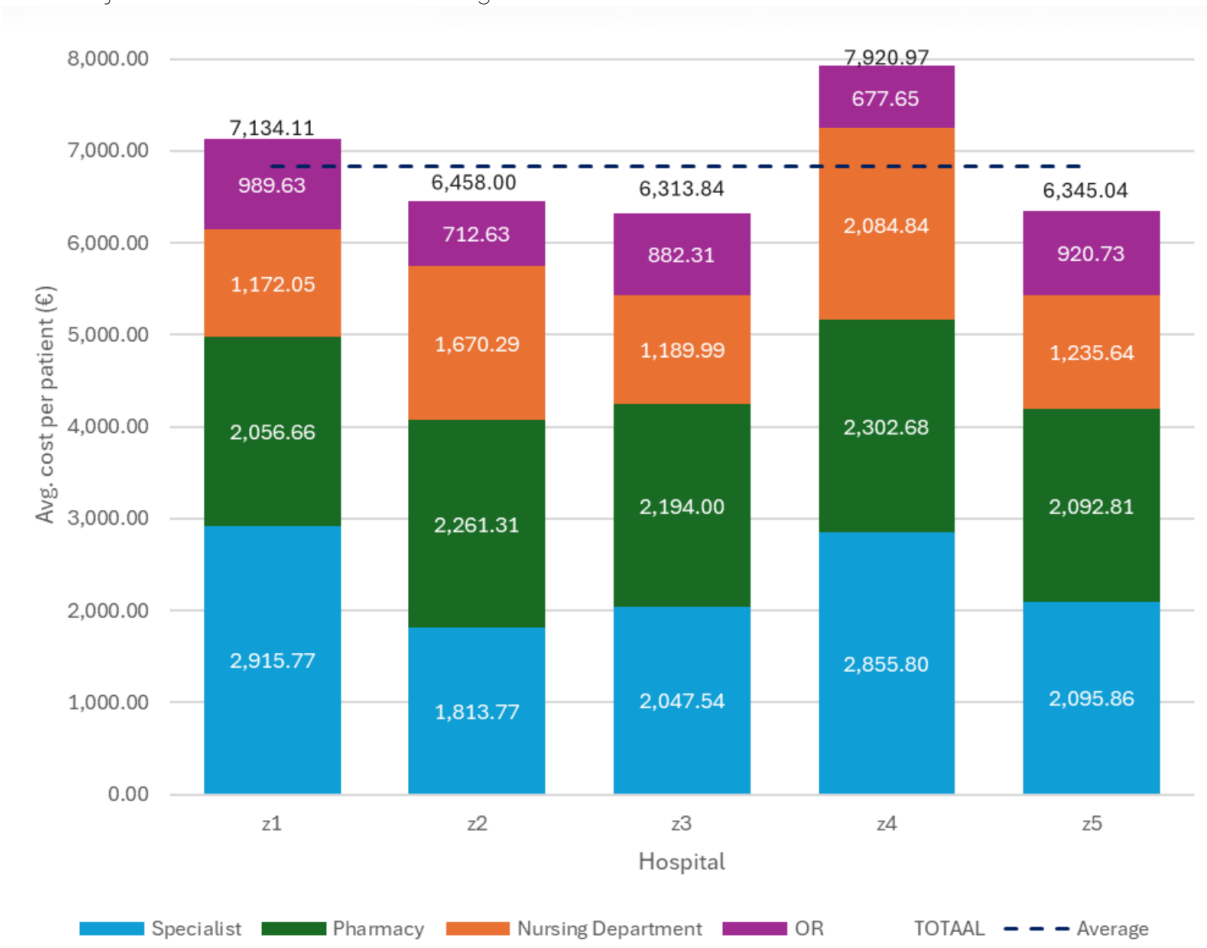
[10] De meest voorkomende nomenclatuurnummers zijn 246912 246923 Extracapsulaire extractie van de ooglens door ultrasonore fragmentering, laser of andere vergelijkbare methode, inclusief het eventuele inplanten van een lens (N 450).

[11] Zie ook: Ponugoti, Nikhil, & Magill, Henry. *Safety, efficacy and cost-effectiveness of outpatient versus inpatient joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis*. BMC Musculoskeletal Disorders. 2025 Apr 8;26:349. doi: 10.1186/s12891-025-08510-5.

[12] De gemiddelde kost voor een totale heupprotheses liep in de periode voor corona terug van iets meer dan 10.000 EUR tot 9.300 EUR in 2020. Recente prijsindicaties liggen in dezelfde lijn: AZ Jan Palfijn : 10.995,25 EUR, AZ Alma : 9.720 EUR, AZ Sint-Maarten: 10.255 EUR, ZOL : 8.113,26 EUR.

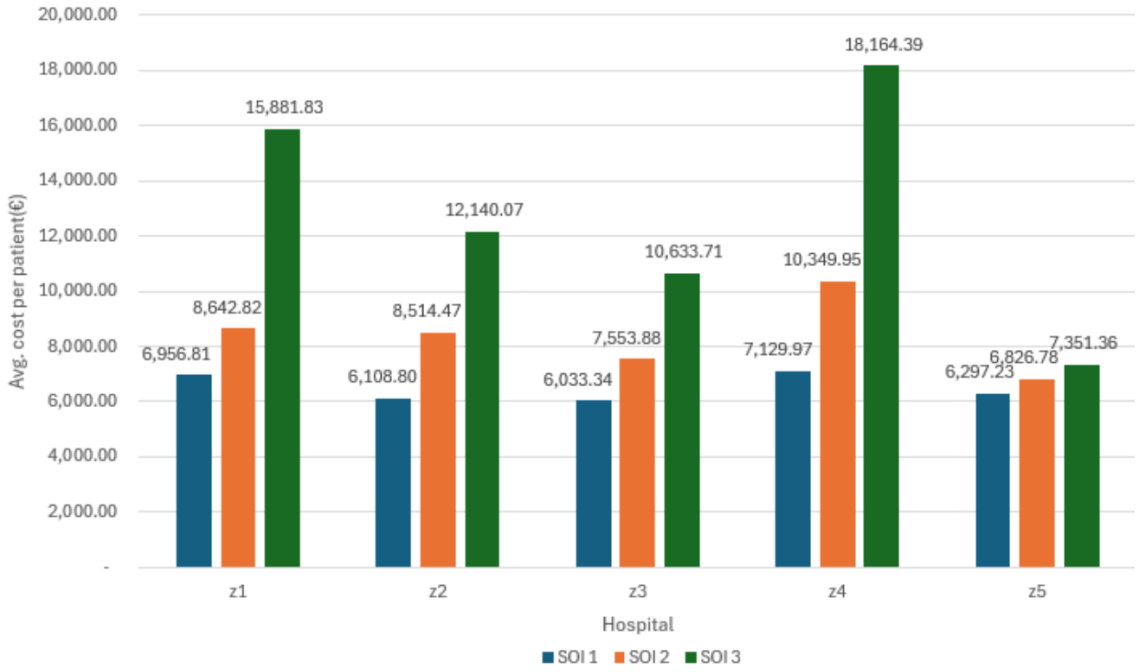
[13] Lingier en Verbauwhede 2025.

meer dan twee weken. De dagprijs varieert per ziekenhuis van nog geen 600 EUR tot bijna 2.000 EUR. Op basis van het overzicht van de verpleegdagprijzen van het RIZIV kan 870 EUR gelden als gemiddelde richtprijs voor wie niet bij een Belgische mutualiteit is aangesloten. De kostenzijde wordt hieronder vervolledigd:



Figuur. Totale heupprothese : gemiddelde kosten per patiënt. Bron: Lingier Yael, Verbauwhede Lise (2025), Cost variability in total hip and knee replacements across Belgian hospitals. A study on the identification of cost drivers and improvement opportunities, Thesis submitted to obtain the degree of MASTER IN BUSINESS ECONOMICS, KU Leuven

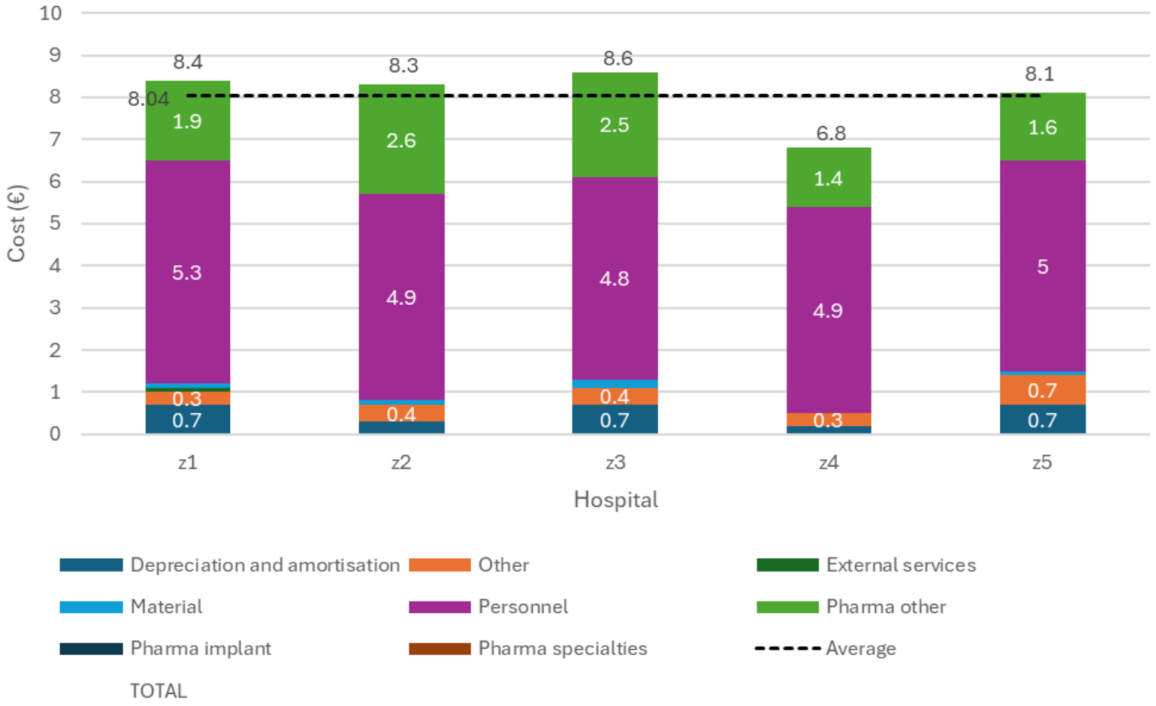
Die gemiddelde kost verhult wel grote verschillen tussen ziekenhuizen, maar vooral tussen patiënten, bijvoorbeeld qua leeftijd en *severity of illness*.



Figuur. Totale heupprothese : gemiddelde kosten per patiënt in de deelnemende ziekenhuizen volgens severity of illness. *Bron: Lingier Yael, Verbauwhede Lise (2025), Cost variability in total hip and knee replacements across Belgian hospitals. A study on the identification of cost drivers and improvement opportunities, Thesis submitted to obtain the degree of MASTER IN BUSINESS ECONOMICS, KU Leuven*

De Eenheid Audit Ziekenhuizen – het auditteam van de FOD Volksgezondheid, het FAGG en het RIZIV – onderzocht in 2024 de kwaliteit van het zorgproces rond heupvervangende ingrepen in de Belgische ziekenhuizen. Het auditteam wees erop dat de ligduur de voorbije jaren "flink" is afgenomen "en de organisatie van het zorgpad volgens het principe van 'rapid recovery after surgery' draagt bij aan deze verkorting door de patiënt vanaf de preoperatieve fase voor te bereiden op de effecten van chirurgie, voor een sneller herstel van functionele vaardigheden en een snelle en veilige terugkeer naar dagelijkse activiteiten."

Onze gesprekspartners benadrukken bovendien dat elke ingreep die kan worden vermeden – door een goed uitgewerkt behandelplan in de prehabilitatiefase – grote besparingen oplevert. Een recente masterthesis aan de KU Leuven schatte, onder meer op basis van gegevens van het ZOL en het extramurale European Hip Center, dat het zorgpad kosten bespaart zodra meer dan 11% van de patiënten na het kinesitherapiepad geen operatie ondergaat. (Ter vergelijking: in het EHC wordt chirurgie in ongeveer één op drie gevallen preventief vermeden.) Voor wie toch geopereerd wordt, kunnen innovatieve procedures de kost verder verlagen, onder meer omdat er minder verplegend personeel nodig is.



Figuur. Totale heup- en knieprothese : gemiddelde kosten per minuut operatiekwartiertijd. Bron: Lingier Yael, Verbauwhede Lise (2025), Cost variability in total hip and knee replacements across Belgian hospitals. A study on the identification of cost drivers and improvement opportunities, Thesis submitted to obtain the degree of MASTER IN BUSINESS ECONOMICS, KU Leuven

Extrapoleren we die cijfers naar alle totale heupprotheses, dan komen we op een besparing in de grootteorde van 60 MEUR per jaar.

Een belangrijke drijfveer van dat efficiëntere zorgpad is specialisatie. Veelzeggend: 4% van de orthopedische chirurgen voerde 24% van alle totale heupprotheses uit, en 64% van de orthopedisten factureerde minder dan één ingreep per week.

Ter illustratie maken we het KPI-financieringsmodel concreet aan de hand van de totale heupprothese. De bijdragen aan het zorgtraject bestaan uit:

- een overheidsbijdrage in de **K**ost, vergelijkbaar met de huidige financiering, maar waar relevant verminderd met de efficiëntiewinst van het EMC: *bijvoorbeeld 110 € voor een heuparthrosebehandeling met een THP en 4 consultaties binnen de periode van 6 weken pre-op tot 3 maanden post-op; in het EMC wordt 105€ voorzien door de overheid en de rest aangevuld door onderstaande bijdrages;*

- een **P**articuliere zorgbijdrage, die het tekort van de overheidsbijdrage dekt tegenover de reële kosten van dezelfde behandeling in het ziekenhuis; *bijvoorbeeld stel dat de reële kost voor de THP in het EMC 150 € is: 45€ wordt bijgepast door de private verzekeraar of de patiënt;* en

- een bijdrage voor **I**nnovatie in het zorgtraject: het EMC toont hoe het een volwaardig team heeft uitgebouwd voor het zorgtraject, met multidisciplinaire besluitvorming,

kwaliteitsmeting en preventie (van operaties); *het ganse zorgtraject osteoarthrose van de heup bijvoorbeeld bestaat uit een*

- *preventief conservatief traject: 3m opvolging ter preventie van een operatie*
- *bij duidelijke verbetering na 3m wordt het traject verlengd naar een opvolgings traject bv ovv een applicatie die kan blijven gebruikt worden ter preventie van snelle opflakkering vd symptomen*
- *indien er geen afdoende verbetering is of indien het conservatief traject onvoldoende kans op succes heeft, wordt overgegaan naar het thp zorgtraject: behelst een traject van pre-habilitatie stelling tot 3m post-op.*

3.7.2 Knieprotheses

Het RIZIV registreerde zo'n 28.000 knieprotheses in 2024. Iets meer dan 80% daarvan zijn totale knieprotheses, maar unicompartimentele protheses (N500) worden steeds belangrijker; in 2014 waren ze nog goed voor minder dan 10% van alle ingrepen in dit domein. Minder dan 1 op 200 daarvan gebeurt ambulant.

Meer dan de helft van wat voor knieën en schouders in een dagziekenhuis kan, kan ook extramuraal: bijvoorbeeld 60-70% van alle unicompartimentele knieprotheses. Die patiënten blijven nu soms toch één nacht, afhankelijk van het uur van de operatie. Het knelpunt is immers de omkadering die ze na de operatie thuis kunnen krijgen.

Bij totale knieprotheses daalt het extramurale potentieel sterk. Niet zozeer door de ingreep zelf, maar omdat het vaak gaat om oudere patiënten met veel multipathologie. Die bemoeilijkt ook de opvolging achteraf, bijvoorbeeld bij patiënten bij wie de suikerspiegel nauwlettend gevolgd moet worden, of door het infectierisico. Ook operaties bij kinderen gebeuren bij voorkeur in het ziekenhuis. Alles staat of valt met een grondige evaluatie in het preoperatieve traject.

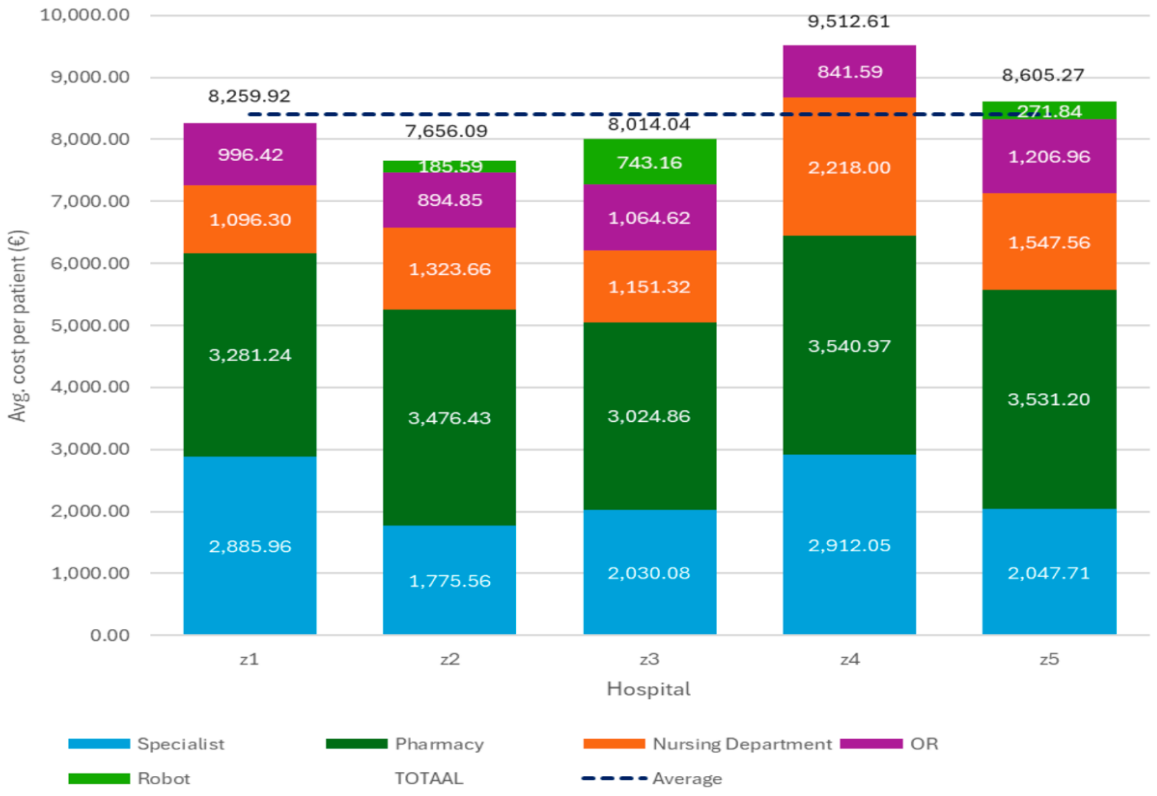
Net zoals bij heupprotheses maakten de gesprekspartners vooral een uitzondering voor revisiechirurgie.

De kost voor het RIZIV van een totale knieprothese is vergelijkbaar met die van een heupprothese, ongeveer 10.000 EUR, met een eigen aandeel voor de patiënt van ca. 700-1.000 EUR, afhankelijk van kamerkeuze en statuut.

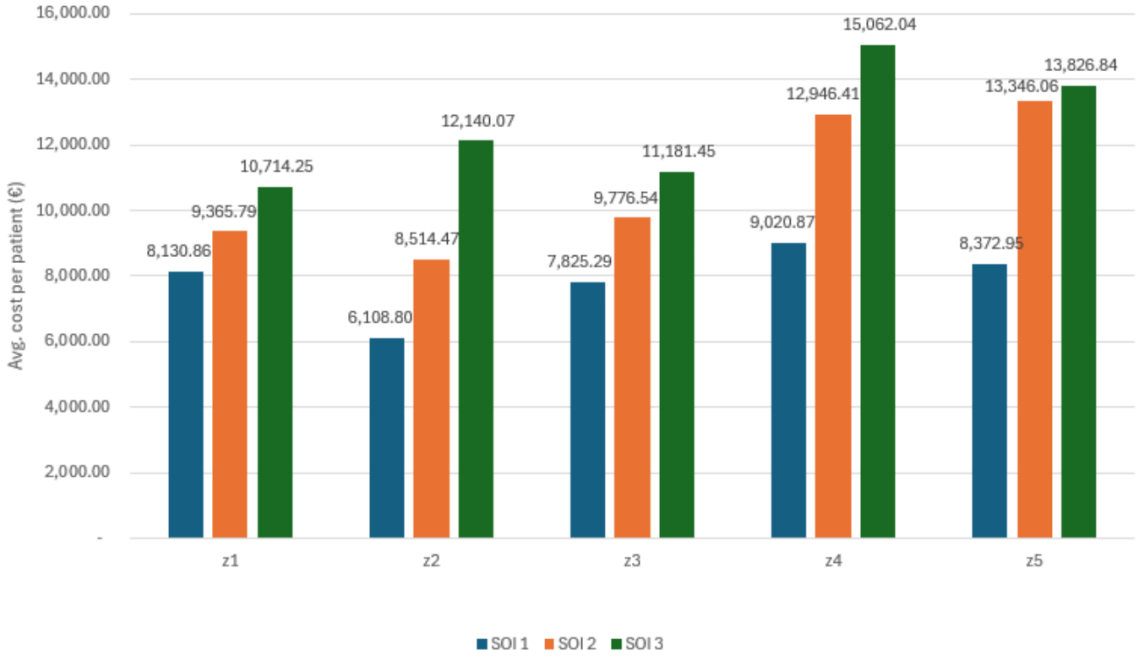
Met die parameters gaat het om een mogelijke besparing van 8-20 MEUR per jaar.

We kunnen die cijfers in een internationale context plaatsen. In de VS is veel onderzoek gedaan naar de impact van *Ambulatory Surgery Centers* op systeemkosten en gezondheidsuitkomsten. De kortere doorlooptijd en lagere faciliteitskosten verlagen de totale kost met 20 tot 40%, bij vergelijkbare kwaliteit en veiligheid. Rond het moment dat totale knieprotheses in Medicare werden opgenomen, verschoof ongeveer een derde van de ingrepen naar een extramurale setting, met besparingen van honderden miljoenen dollar.

Net als in veel andere disciplines rukt ook hier innovatie op, in de vorm van robotchirurgie of endoscopie. Hoe die investeringen gefinancierd en terugverdiend worden, wordt een belangrijke go/no-go voor extramurale orthopedische chirurgie – nog los van artikel 15 §2.



Figuur. Totale knieprothese : gemiddelde kosten per patiënt. Bron: Lingier Yael, Verbauwhede Lise (2025), Cost variability in total hip and knee replacements across Belgian hospitals. A study on the identification of cost drivers and improvement opportunities, Thesis submitted to obtain the degree of MASTER IN BUSINESS ECONOMICS, KU Leuven



Figuur. Totale knieprothese : gemiddelde kosten per patiënt in de deelnemende ziekenhuizen volgens severity of illness. *Bron: Lingier Yael, Verbauwhede Lise (2025), Cost variability in total hip and knee replacements across Belgian hospitals. A study on the identification of cost drivers and improvement opportunities, Thesis submitted to obtain the degree of MASTER IN BUSINESS ECONOMICS, KU Leuven*

In de orthopedie in het algemeen, en bij protheses in het bijzonder, noemden verschillende gesprekspartners ten slotte de opvolging op afstand met apps een belangrijke kans om efficiëntie te winnen op systeemniveau. De verzamelde gegevens zijn cruciaal voor kwaliteitsmonitoring en -rapportering, en ze kunnen voorspellende waarde hebben. Het struikelblok is ook hier het gebrek aan prikkels om ze te gebruiken. Ontwikkeling en onderhoud kosten geld, terwijl het alternatief – toch nog maar eens een controleraadpleging – opbrengt in het huidige model van individuele verstrekkingen.

3.7.3 Meniscectomieën en gekruiste knieligamenten

Ook ingrepen aan de voorste ligamenten kunnen grotendeels extramuraal. Samen gaat het om een groot aantal ingrepen per jaar: 16.000 meniscectomieën en bijna 10.000 kruisbanden.

3.7.4 Schouderprothese

Bij schouderprotheses ligt het percentage dat in aanmerking komt voor extramurale zorg iets lager (30-40%), ook omdat de ingreep doorgaans pijnlijker is dan bijvoorbeeld een heupprothese – en de opvolging thuis dus een belangrijke voorwaarde is.

Schouderprotheses gaan ook vaak over complexe fracturen bij fragiele patiënten. Comorbiditeiten zoals long- en hartaandoeningen spelen daarbij mee. Meer algemeen liggen operaties op weke delen, zoals pezen, minder voor de hand.

3.7.5 Rotatorenkapseloperatie (N300)

Een andere veelvoorkomende ingreep aan de bovenste ledematen, de 13.000 rotator*cuff*operaties (kapsel of manchet), zou ook voor meer dan 90% extramuraal kunnen. Bijna de helft gebeurt nu al in het dagziekenhuis.

3.7.6 Voet- en enkelchirurgie

Dit subdomein toont opnieuw dat de obstakels voor extramurale zorg vaak niet puur medisch-technisch zijn. Artroscopieën en ingrepen aan achillespezen, enkels en hallux valgus gebeuren vandaag al in het dagziekenhuis. 70% van de ingrepen uit dit domein zou dus ook in goed uitgeruste extramurale centra kunnen. Vandaag gebeurt bijna niets buiten het ziekenhuis.

Maar ingrepen “onder het scheenbeen” gaan vaak gepaard met bloedverlies en pijn. Dat betekent niet noodzakelijk een medisch-technische complicatie, maar het schrikt patiënten (en hun mantelzorgers) vaak af. Daarom schrijven chirurgen toch vaak een overnachting voor… Patiënten beter informeren voor en na de operatie, en hen in extremis een gecontroleerde mogelijkheid bieden om hulp of advies te vragen, zou die drempel kunnen wegnemen. In die lijn zou een extramurale setting eventueel zelfs een soort spoedafdeling kunnen bieden voor alle aandoeningen waarmee je nog kunt “binnenwandelen”, aldus een gesprekspartner.

3.7.7 Handchirurgie: carpale tunnel, hokkende vinger, duimprotheses, De Quervain

Handwortelkanaalingrepen – zo'n 35.000 per jaar – kunnen bijna allemaal extramuraal. Hetzelfde geldt voor springvingers (hokkende vinger), goed voor bijna 15.000 ingrepen per jaar, en voor het overgrote deel van de 4.000 duimprotheses.

Anesthesie is een centraal struikelblok in het debat over extramurale zorg. Handchirurgie is een van de domeinen waar andere dan algemene verdoving terrein wint: pijnstilling, hypnotica, zenuwblokkades en/of spierontspanning kunnen in verschillende sterktes en via verschillende mechanismen worden toegediend. Een van die vormen is WALANT. Deze innovatieve verdovingstechniek wordt vooral gebruikt bij hand- en polsoperaties, zoals bij hokkende vinger, carpaletunnelsyndroom, De Quervain of de ziekte van Dupuytren.

WALANT staat voor *Wide-Awake Local Anesthesia No Tourniquet*. De specialist spuit een verdovingsvloeistof (zoals lidocaïne) met adrenaline in het operatiegebied. De adrenaline trekt de bloedvaten tijdelijk samen en beperkt zo het bloedverlies. De patiënt blijft volledig wakker en krijgt geen strakke knelband om de arm. Direct na de operatie kan de patiënt de vingers bewegen, zodat de chirurg de functie van de pezen meteen kan controleren. Kort na de ingreep kan de patiënt vaak al naar huis.

Gesprekspartners verwezen naar Thomas Apard in Versailles, die deze technieken met succes toepast, zij het in een ander (financierings)kader.

Bij deze ingrepen valt het onderscheid op tussen "zieke" patiënten en patiënten die enkel "mechanisch" geholpen moeten worden. Die twee patiëntenstromen worden best gescheiden. Onthaal, opvolging, omkadering, de hele *patient flow* is totaal anders – en kan dus ook op een andere locatie worden georganiseerd.

3.8 Wervelkolomchirurgie

De wervelkolomchirurgie is een recente aanwinst in de nomenclatuur. In 2022 werd ze uit andere hoofdstukken, zoals neurochirurgie en orthopedie, overgeheveld naar een eigen artikel 14(n).

De gesprekspartners zouden weinig verstrekkingen buiten het ziekenhuis uitvoeren, behalve bijvoorbeeld specifieke discushernia's. De ingreep is vaak complex, een nabloeding kan fataal zijn, en de nazorg is niet evident voor niet-specialisten.

75% van de discushernia's zou extramuraal kunnen, afhankelijk van de complicatiegraad en de nood aan nazorg. Bovendien leent deze ingreep zich tot bundeling in *focused factories*.

We vermelden de discipline ook omdat ze toont hoe innovatie de extramurale mogelijkheden vergroot. Endoscopie bijvoorbeeld heeft mogelijk voordelen tegenover "mini-open" (minimaal invasieve open) chirurgie, maar de terugbetaling volgt die redenering niet, vooral omdat het operatiemateriaal niet wordt vergoed. Vanuit het perspectief van de patiënt maakt een incisie van minder dan een millimeter tegenover een van twee of drie centimeter nochtans een verschil…

Een andere reden om de discipline op te nemen: er wordt vaak snel beslist tot een (invasieve) operatie, terwijl er meer mogelijkheden zijn om die te vermijden, zoals bij discushernia's.

3.9 Kinesitherapie

Kinesitherapie gebeurt uiteraard nu al vaak extramuraal. We vermelden de discipline om een specifieke drempel in de nomenclatuur te signaleren. Volgens de regelgeving moet een fysisch geneesheer het behandelplan opmaken, terwijl kinesisten vaak veel beter geplaatst zijn om dat plan niet alleen op te volgen, maar ook mee op te stellen. Zij worden dan weer beperkt door het aantal beurten, wat een omvattender zorgtraject in de weg staat.

Een neurologische aandoening, een voorgeschiedenis van CVA of een amputatie zijn verder aanwijzingen dat de behandeling best in het ziekenhuis gebeurt.

De extramurale context kent veel verschillende schaalgroottes. Individuele kinesisten of groepspraktijken van enkele kinesitherapeuten en verwante disciplines werken op vrij kleine schaal. Er is echter ruimte voor grote centra die schaalvoordelen benutten: screening op volume, nazorg via lokale therapeuten, digitale ondersteuning bij anamnese en revalidatietrajecten enzovoort. Zo kan ook subspecialisatie in een centrum de rollen verdelen: therapeuten die eerder neuromotorische zorgtrajecten opvolgen bijvoorbeeld, of fitness- en bewegingscoaches die inzetten op preventie.

3.10 Neurologie

Heel wat ingrepen vragen een aanzienlijke infrastructuur, wat extramuraal niet evident is. Lumbale puncties gebeuren overigens nu al vaak op de spoed, om meningitis uit te sluiten. Bij cerebrospinaal vocht moet de tijd tussen afname en labo zo kort mogelijk zijn. Elektro-encefalografie gebeurt, voor de 10% patiënten bij wie het onderzoek echt medisch verantwoord is, best in het ziekenhuis wegens het risico op epilepsie.

Verder worden toestelgedreven prestaties doorgaans veel genereuzer vergoed dan mensgedreven prestaties. (Bovendien wordt het publieke beeld vaak bepaald door grootverdieners zoals nefrologen of radiologen, eerder dan door disciplines als gynaecologie of geriatrie.) Maar ook binnen domeinen speelt dat onderscheid. In de neurologie bijvoorbeeld valt er veel meer te verdienen met elektro-encefalografie of de registratie van geëvoceerde potentialen dan met de behandeling van de ziekte van Parkinson. Pakketfinanciering van langdurige zorgtrajecten, bijvoorbeeld voor parkinson, zou die scheeftrekking kunnen rechtzetten. Zo'n mechanisme zou ook de verkeerde prikkel uit de nomenclatuur kunnen wegwerken waardoor opvolgconsultaties haast mechanisch worden ingepland, zonder veel medische meerwaarde.

De uiteenlopende complexiteit van verstrekkingen creëert een extra splijtzwam binnen disciplines als neurologie, en tussen artsen. Gesprekspartners gaven aan dat de extramurale en de ziekenhuisomgeving daarom complementair moeten worden georganiseerd. Je wilt vermijden dat ambulante neurologen de vrij eenvoudige maar goed vergoede verstrekkingen opnemen, terwijl hun collega's in het ziekenhuis de complexere, interessante cases behandelen tegen een veel lagere vergoeding. Die "horizontale integratie" heeft veel aspecten: de rolverdeling

tussen ziekenhuizen en extramurale centra, of op individueel vlak de mix van eerder ondernemende artsen en artsen die zich perfect thuis voelen in een soort gesalarieerde job. Zo blijven sommige complexe en ondergewaardeerde ingrepen toch mogelijk.

3.11 Anesthesie

Anesthesisten blijven een buitenbeentje. De meesten zijn geconventioneerd en "ontspringen de dans der supplementen", zoals een gesprekspartner het zei – ook al zijn anesthesisten zelf bij de grootste gebruikers van het systeem. Dat heeft vooral te maken met de bizarre rol van eenpersoonskamers bij het aanrekenen van supplementen. Ook al heeft die eenpersoonskamer medisch-technisch geen meerwaarde, toch halen ziekenhuizen er via de supplementen van de betrokken artsen vaak aanzienlijke extra inkomsten uit. Dat kan zelfs zonder dat de specialist ook maar één voet in die kamer heeft gezet…

Nochtans zijn specialisten in verdoving onmisbaar, ook in een extramurale setting. Gesprekspartners pleiten wel voor het wegwerken van verkeerde prikkels, zoals die rond eenpersoonskamers. Dat vraagt vaak ook een mentaliteitswijziging bij de patiënt. Pijnpompen bijvoorbeeld zijn een belangrijke inkomstenbron voor ziekenhuizen en artsen, hoewel die pijnbestrijding niet altijd nodig is en een snellere mobilisatie in de weg kan staan.

We raken in dit verband ook kort de chronische pijnbestrijding aan. Die behandeling zit gekneld tussen anesthesie, maar ook neurologie en verschillende chirurgische disciplines. De chronische vorm leent zich tot zorgtrajecten. De nomenclatuur voorziet eigenlijk geen specifiek nummer dat extramuraal zou kunnen, behalve preoperatieve consultaties. Tegelijk geven gesprekspartners aan dat de prikkels in die nomenclatuur ertoe aanzetten behandeltrajecten zo in te richten dat ze, via opeenvolgende technische aktes, de terugbetaalde inkomsten maximaal laten doorwerken.

Een van de centrale verstrekkingen is radiofrequente denervatie (opwarming van de zenuwen) bij knie- of schouderpijn, of in facetgewrichten zoals in de nek. De regelgever legde al vereisten op voor het aantal terugbetaalde interventies per jaar en een minimale tijd tussen interventies. Maar internationale richtlijnen suggereren dat pijn beter eerst maximaal conservatief wordt behandeld, voor invasieve maatregelen aan bod komen.

In die zorgtrajecten komt dan ook veel multidisciplinariteit samen: anesthesie, maar ook kinesitherapie, bewegingscoaches en revalidatieartsen. Ziekenhuizen zijn een essentiële schakel in die trajecten. Chronische pijnpatiënten met een grote impact op hun functioneren, patiënten met CVS of fibromyalgie, en oncologisch gerelateerde pijn moeten daar behandeld worden. Voor die aandoeningen is de zorg zo complex dat ook internisten, psychiaters en andere specialisten betrokken worden.

3.12 Urologie

Ook in de urologie hangt het vaak van de patiënt af wat extramuraal kan. Bij vasectomie bijvoorbeeld is de ene patiënt gevoeliger of angstiger dan de andere bij het vooronderzoek of de verdoving.

Zoals in andere domeinen is een operatie of technische ingreep vaak voordeliger voor de behandelende arts dan een mensgedreven aanpak: in de urologie valt meer te verdienen met een scoop dan met de behandeling van bijvoorbeeld functionele incontinentie of impotentie.

Bovendien loopt de nomenclatuur in sommige domeinen achter op wat kan, of zelfs op internationale richtlijnen. Cystoscopie bij man en vrouw wordt nog altijd anders vergoed, ook al is het historische verschil intussen achterhaald. Endoscopie bij urine-incontinentie vraagt vrij veel materiaal dat aan de patiënt zou moeten worden doorgerekend.

3.13 Geestelijke gezondheidszorg

We spraken ook met een zorgondernemer die extramurale residentiële geestelijke gezondheidszorg aanbiedt – een van slechts drie in ons land. De maatschappelijke meerwaarde is groot: de cliënt betaalt zelf voor de behandeling, én hij of zij belandt niet op een PAAZ, waar de wachttijden lang zijn – met soms verstrekkende gevolgen.

De toegewijde setting, kleinschalig en discreet, en de intensieve, gepersonaliseerde behandeling hebben een hoge kostprijs. Maar de winst zit in de concentratie in de tijd, met veel meer kwalitatieve patiëntcontacten dan in het ziekenhuis mogelijk is. Volgens onze gesprekspartner is de totale kost eigenlijk vergelijkbaar tussen een PAAZ en het extramurale centrum, voor in wezen dezelfde cliëntenpopulatie. Voor de cliënt zelf is het verschil natuurlijk enorm. In het ziekenhuis draagt hij misschien 45-75 EUR per dag bij – 5-12% van de totale factuur. Extramuraal is dat 8 tot 20 keer meer, zonder tussenkomst van verplichte of private verzekeraars. Toegankelijkheid is dus de sleutel.

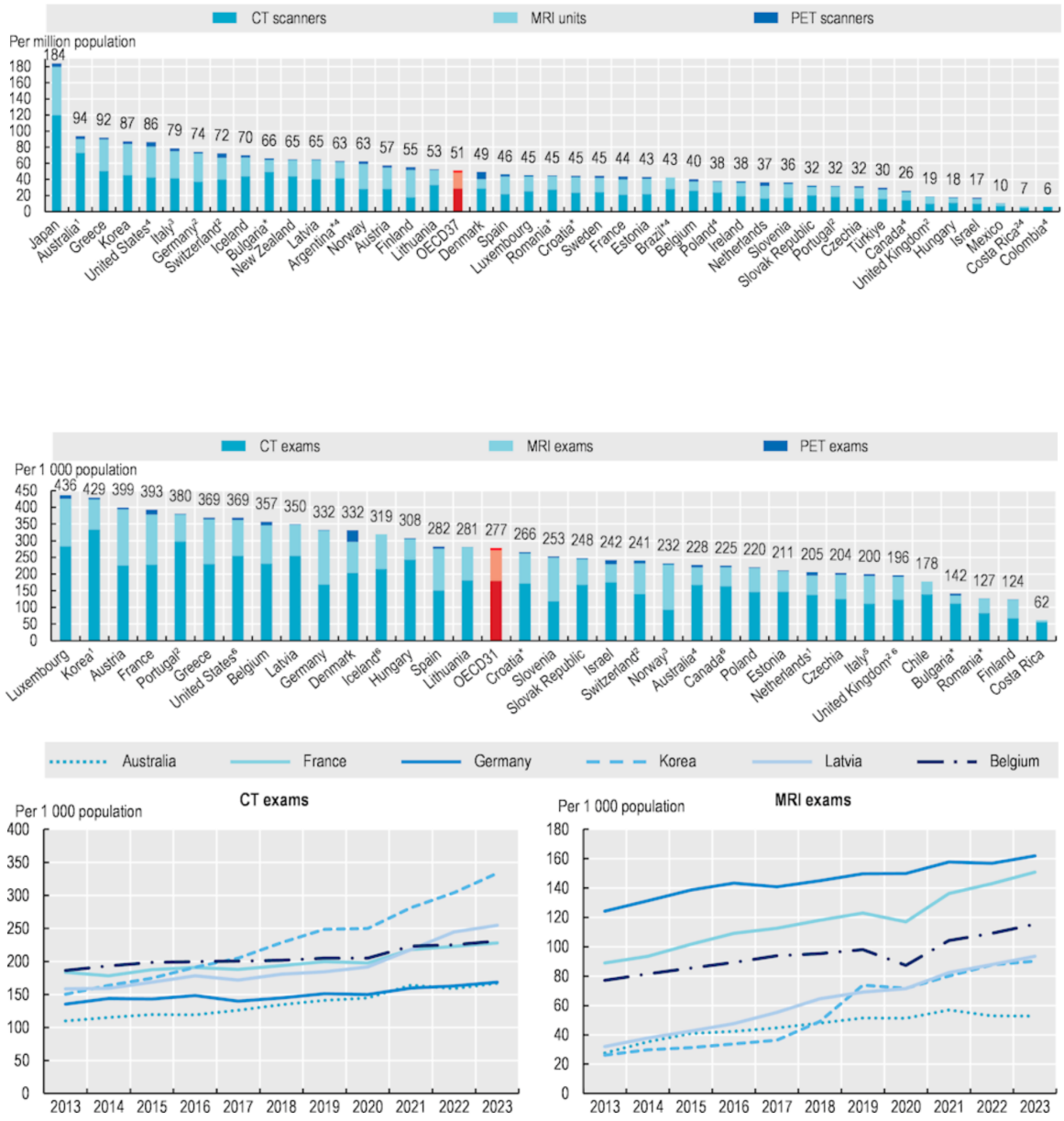
3.14 Medische beeldvorming: CT & MRI

Beeldvorming is zonder twijfel essentieel voor kwaliteitsvolle en veilige zorg, en dat belang neemt alleen maar toe. Een zo precies mogelijke lokalisatie beperkt bijvoorbeeld invasieve ingrepen en radiotherapie tot een minimum.

Tegelijk dreigen een tekort aan radiologen en “medische woestijnen”: regio’s in ons land waar ’s nachts geen beeldvormingsexpert meer beschikbaar is. Is extramurale zorg – met de mogelijkheid om er ook beeldvorming te installeren – dan een oplossing?

Maar zware toestellen kunnen niet zomaar extramuraal worden geplaatst. Het aantal en het gebruik van zware toestellen voor medische beeldvorming – computertomografie, tomografie met positron- of fotonemissie en magnetische resonantie – zijn immers streng geprogrammeerd (lees: gereglementeerd). De redenering: te weinig toestellen belemmeren de toegang en een goede geografische spreiding, en leiden tot wachtlijsten. Te veel toestellen zetten de deur open voor overconsumptie zonder meerwaarde voor de patiënt. Toch leeft de perceptie dat zowel de tarieven per onderzoek als het aantal onderzoeken hoog zijn.

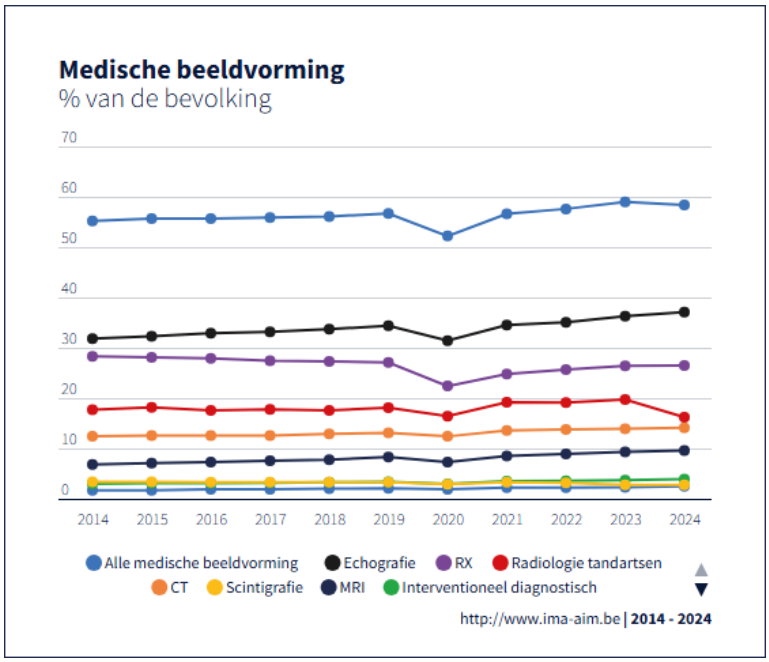
België telt relatief weinig zware toestellen, en die worden vrij intensief gebruikt. België voert nog altijd minder onderzoeken uit dan bijvoorbeeld Frankrijk of Duitsland, maar het aantal stijgt gestaag.



Figuur. Aantal CT, MRI en PET-scanners per miljoen inwoners. Aantal in 2023, en groei van het aantal onderzoeken per 1000 inwoners. Bron: OESO Health at a Glance 2025: Indicators

In 2024 onderging 58,4% van de Belgen een onderzoek met medische beeldvorming. Na echografie (met ultrasone geluidsgolven) zijn radiografie en computertomografie (beide met

röntgenstraling) het meest gebruikt. MRI-toestellen worden doorgaans ingezet voor niet-dringende onderzoeken, met uitzondering van bijvoorbeeld een beroerte.



IMA Atlas - Medische beeldvorming

Medisch-technisch zijn er weinig redenen om medische beeldvorming niet buiten het ziekenhuis te doen. Eén drempel die de gesprekspartners noemden, is het gebruik van contrastmiddelen, bijvoorbeeld bij computertomografie of magnetische resonantie. Dat past beter in een ziekenhuissetting, waar de meeste expertise aanwezig is.

De wet van 13 november 2023 verbiedt supplementen voor zware medische beeldvorming bij niet-gehospitaliseerde patiënten. Dat mag enkel nog voor niet-dringende verstrekkingen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, tussen 18 en 8 uur, in het weekend of op feestdagen. Ziekenhuizen moeten wel voldoende capaciteit voorzien om beeldvorming aan het conventietarief aan te bieden, binnen een termijn die wetenschappelijk aangewezen is voor de pathologie.

Het gevolg: musculoskeletale en lumbale beeldvorming gebeurt grotendeels buiten de kantooruren, met toestemming van de patiënt, maar dus met wachtlijsten. Bovendien krijgen dringende onderzoeken voorrang. En je woont dan maar beter in een vrij dichtbevolkt verzorgingsgebied. In sommige uithoeken van ons land is 's nachts gewoon geen radioloog beschikbaar om die beelden te bekijken.

Ons land mist bovendien een geobjectiveerde kwantificering van de richtlijnen voor goed gebruik van medische beeldvorming, of ruimer: een gestandaardiseerd systeem van beslissingsondersteuning (*clinical decision support*). Ter vergelijking: een recente Zweedse studie (Ståhlbrandt, H. et al. (2023), *CT and MRI imaging in Sweden: retrospective appropriateness analysis of large referral samples*; Insights into Imaging 14.1) toonde dat van meer dan 13.000 CT- en MRI-onderzoeken respectievelijk 63% en 76% terecht waren.

Volgens de minister van Volksgezondheid, in antwoord op een parlementaire vraag, verliepen in 2023 gemiddeld 29 dagen tussen het maken van een afspraak en het vroegst mogelijke NMR-onderzoek in het ziekenhuis (21 dagen in Vlaanderen). Volgens een enquête van Testaankoop uit 2025 wacht men gemiddeld 20 dagen op een röntgenfoto, maar veel langer op een MRI-scan (49 dagen), een elektrocardiogram (58) of een mammografie (76).

Bovendien valt te vrezen dat de voorliggende hertekening van het ziekenhuislandschap niet alleen de eerstelijnszorg, maar ook de spoedafdelingen raakt. Het begint met de vraag wie een beeldonderzoek aanvraagt. In het huidige versnipperde landschap, met de focus op afzonderlijke verstrekkingen, is daar geen eenduidig antwoord op. De (ziekenhuis)radioloog is in essentie een dienstverlener voor zijn of haar collega's: huisartsen in de eerste lijn, chirurgen en andere specialisten in het ziekenhuis, en niet te vergeten: spoedartsen. Als die evolutie de volumes in beeldvorming doet stijgen terwijl er radiologen tekortkomen, komt de toegang tot beeldvorming in het gedrang.

De meeste doorverwijzingen door de huisarts gaan echter over patiënten die niet per se in een ziekenhuis thuishoren – en vermoedelijk geldt dat ook voor de spoed. Als beeldvorming extramuraal kan, in goed uitgeruste, kwaliteitsvolle en veilige "anderhalvelijnscentra", ondersteunt dat de eerste lijn zonder de ziekenhuisinfrastructuur te overbevragen. Die infrastructuur kan zich dan toeleggen op onderzoeken die om medisch-technische redenen (complicaties, urgentie, acute of multidisciplinaire zorg) het best in een ziekenhuis gebeuren. Opnieuw kan extramurale zorg dus een complementaire rol naast de ziekenhuizen opnemen, geen concurrerende.

Zo'n verschuiving naar extramurale centra vraagt wel rekenwerk. De publieke financiering hangt niet één op één samen met de werkelijke kosten, en de verschillen in financiering tussen ziekenhuizen zijn groot. Het is een publiek geheim dat beeldvorming vandaag heel wat andere ziekenhuisactiviteiten subsidieert.

De financiering van de verschillende types toestellen is bovendien complex. Voor sommige types gebeurt ze vooral via inhoudingen op erelonen. Voor andere is ze gemengd: naast erelonen komt ook het federale Budget Financiële Middelen tussen, voor investeringen in materiaal (A3) en werkingskosten (B3). Ook de regio's subsidiëren infrastructuur, in Vlaanderen via het VIPA. Zo steeg in 2024 het aantal MRI-toestellen van 139 naar 159, waarvan 15 extra in Vlaanderen. De Vlaamse Regering deed dat wel budgetneutraal, door het forfait per NMR overeenkomstig te verlagen.

De discussie spitst zich vooral toe op MRI-onderzoeken, die de huidige wet buiten het ziekenhuis niet toelaat. Voorwaarde is wel dat de financiering binnen en buiten het ziekenhuis vergelijkbaar is. De opsplitsing tussen intellectuele honoraria en werkingskosten kan daarbij als hefboom dienen.

Innovatie kan de *bottleneck* verder verlichten. Meerdere MRI-toestellen kunnen tegelijk op afstand worden bediend. Artificiële intelligentie kan de radioloog op termijn helpen het verslag te schrijven. Maar die innovatie vraagt grote investeringen: in de toestellen, de software en het hele platform om de beeldvorming naadloos in het zorgtraject te integreren. Zonder terugbetaling of een soort "extramuraal BFM" moeten die investeringen met efficiëntiewinst worden terugverdiend. Die winst is reëel: onze gesprekspartners spreken van 5-10%, alleen al door automatisering.

Wie draagt die investeringen als de volumes blijven stijgen en het aantal artsen en gespecialiseerd zorgpersoneel daalt? Extramurale beeldvorming kan tegelijk het ziekenhuis ontlasten, de eerstelijnszorg bedienen, het zorgpersoneel motiveren én de patiëntenbeleving (toegankelijkheid) versterken.

Het referentiekader van Vista Minds vertrekt van een nieuwe financiering die de werking extramuraal en in het ziekenhuis gelijkschakelt, en tegelijk ruimte laat voor efficiëntiewinst en voor investeringen in innovatie.

Het extramurale netwerk zou vooral basiszorg in beeldvorming kunnen bieden: echografieën, mammografieën en basis-MRI's. Dat sluit niet uit dat ook beeldvorming in andere zorgtrajecten – denk aan musculoskeletale aandoeningen – onder die regeling valt.