Een referentiekader voor transmurale centra

White paper

Versie oktober 2026

VISTA MINDS

Vooruitzien in de zorg. Ondernemen met impact.

Over Vista Minds 4
Over dit *white paper* 4
Executive Summary 5
Résumé Exécutif 9
1. De uitdagingen van de gezondheidszorg zijn bekend 13
België geeft 20% meer uit dan het Europese gemiddelde aan zorg (maar minder dan de buurlanden) 13
Dekking is bijna universeel maar de Belg betaalt veel uit eigen beurs 15
Het rendement op gezondheidsuitgaven in België is gemiddeld 16
Het globale budget neemt toe; de ziekenhuisfinanciering blijft fragiel 18
Is de gezondheidszorg toegankelijk? Tussen wachtlijsten en de spoeddienst als toegangspoort 21
Leidt versnippering tot personeelstekorten, een minder goede werk-levenbalans en groter ziekteverzuim? 25
Hoe valt de vergrendeling van het zorglandschap te rijmen met de vergrijzing, met steeds chronischere aandoeningen – en met medisch-technische innovatie? 27
2. De hervorming van de gezondheidszorg gaat te traag voor de patiënt – en voor de begroting 29
3. Extramurale zorg kan snel een efficiënte oplossing bieden 33
Extramurale en transmurale zorg 33
Complementariteit eerder dan concurrentie met het ziekenhuis 35
Zorgpad of zorgtraject als centrale rode draad 40
Hoe transmurale zorg de vier zorglijnen verbindt 40
Kwaliteitsmonitoring, interoperabiliteit van systemen en gegevens 41
Klinische regie en rekenschap 42
Rolhelderheid 44
4. KPI-Financieringsmodel 45
Prijszetting en regulering: hoe innovatie blijven prikkelen? 48
Ondernemerschap en gezonde concurrentie 51
De rol van (private) verzekeraars 53
5. Internationale benchmarking: goede praktijken en valkuilen 56
6. Een positief maatschappelijk beeld. Gezonde concurrentie in de zorg 60
Patiënten en hun netwerk: gedeelde verantwoordelijkheid 61

Over Vista Minds

Voor denktank Vista Minds draait gezondheidszorg om gezondheidsuitkomsten voor elke patiënt, tegen een kost die de samenleving billijk vindt. Gezondheidsuitkomsten omvatten alle factoren die de levenskwaliteit van een patiënt verhogen. Ze hangen af van de aandoening en van de persoonlijke context van de patiënt. Ze gaan dus verder dan de kwaliteit van één verstrekking, zoals een chirurgische ingreep, en reiken van preventie tot thuiszorg.

Vista Minds vertrekt van de stelling dat de arts die verantwoordelijkheid tegenover patiënt en samenleving het best waarmaakt als hij of zij de regie krijgt over het persoonlijke zorgpad van de patiënt, en de autonomie om dat zorgpad zo kwaliteitsvol mogelijk in te vullen. Die autonomie komt met een belangrijke voorwaarde: de arts moet voortdurend aantonen wat de kwaliteit is van de gezondheidsuitkomsten als gevolg van de therapeutische keuze.

De denktank doet voorstellen om iedereen een betere gezondheidsuitkomst en beleving te bieden: met kwaliteitsvolle, veilige en efficiënte zorg die billijk en betaalbaar is en ook zorg draagt voor de zorgverstrekker. Vista Minds steunt daarbij op een gemeenschap van maatschappelijk betrokken artsen. Zij gaan in dialoog met alle betrokkenen in de gezondheidszorg, niet het minst met de patiënt zelf.

Over dit *white paper*

Dit *white paper* stelt een maatschappelijk verantwoord en kwaliteitsgedreven referentiekader voor transmurale zorg voor. Het biedt een antwoord op een aantal uitdagingen waarmee het huidige gezondheidszorgsysteem kampt.

Sleutelwoorden zijn: aandacht voor de kwetsbaarheid van de patiënt, autonomie en verantwoordelijkheid van de arts, transmurale zorgpaden, betalen voor bewezen kwaliteit en gezondheidsuitkomsten in plaats van voor verstrekkingen, rolhelderheid van zorginstellingen en zorgprofessionals, duurzame loopbanen en werk-levenbalans van het zorgpersoneel – en gezonde concurrentie in de zorg.

Executive Summary

Vista Minds wil kwaliteitsvolle zorg dichter bij de patiënt brengen. De gezondheidszorg moet de levenskwaliteit van patiënten – en van wie niet ziek is – zo veel mogelijk verhogen, tegen een kost die de samenleving billijk vindt. De organisatie van ons gezondheidszorgsysteem laat daar te weinig ruimte voor. De overheid weet dat en heeft een grondige hervorming opgestart. Maar die hervorming gaat te traag voor de patiënt – én voor de begroting. Dit white paper schetst een referentiekader voor een oplossing: transmurale zorg. Als we de muren van het ziekenhuis doorbreken, krijgt de patiënt snel en kostenefficiënt kwaliteitsvolle planbare zorg. En het gezondheidszorgsysteem wordt vanaf dag één duurzamer.

Het Belgische gezondheidszorgsysteem zit "muurvast". Vista Minds steunt wie wil hervormen – als dat de patiënt dient en het zorgberoep aantrekkelijker maakt. Maar ook de hervormingen die vandaag de agenda bepalen, vertrekken van de bestaande instellingen (de hertekening van het ziekenhuislandschap) en van afzonderlijke verstrekkingen (de herziening van art. 15 §2 en, ruimer, de herijking van de nomenclatuur). Zo blijft het zero-sum game *bestaan: we verdelen de taart opnieuw onder de gevestigde belangen. Die onderhandeling is weinig appetijtelijk en dreigt tien jaar of langer aan te slepen. Zo lang kunnen de patiënt, de zorgsector en de begroting niet wachten.*

*Vista Minds stelt een snellere en kostenefficiënte ingreep voor, zonder in te leveren op toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en billijkheid. De gezondheidsuitkomsten (*health outcomes*) van de patiënt vormen de hoeksteen van het referentiekader in dit* white paper. *Een zorgstelsel moet immers niet zo veel mogelijk kosten besparen. Het moet patiënten zo veel mogelijk waarde[1] – levenskwaliteit – bieden voor elke uitgegeven euro.*

Geef artsen de ruimte en de autonomie om een multidisciplinair team aan te sturen om die gezondheidsuitkomsten te realiseren. Dat team biedt gecoördineerde zorg, ook buiten de muren van het (dag)ziekenhuis. Laat die artsen systematisch en transparant aantonen wat dat proces oplevert: de meerwaarde, de kwaliteit, de kosten en de resultaten. Ze tonen dat aan de patiënt, maar ook aan de samenleving en aan hun collega's.

Welke gezondheidsuitkomsten tellen, hangt af van de context van de patiënt: de aandoening, de co-morbiditeiten en andere beperkingen in het dagelijks leven. De patiënt beoordeelt het zorgstelsel dus niet op één ingreep of één zorglocatie. Hij of zij kijkt of de coördinatie van de verstrekkingen tot een betere uitkomst leidt. Dat traject begint bij een gezonde levensstijl en preventie van de aandoening. Daarna volgen vroege opsporing en een snelle, correcte diagnose, met de juiste informatie over alternatieve behandelingen en over het belang van therapietrouw. Verder telt: geen nodeloos invasieve ingrepen (en geen andere nodeloze interventies, zoals soms hospitalisaties), toegang tot een goede behandeling zonder lange wachttijden, en preventie van complicaties (medische fouten, ziekenhuisinfecties…) en revisies. Ten slotte: goede opvang thuis, zo weinig mogelijk nood aan langdurige zorg, snelle mobilisatie met zicht op volledig herstel of een betere beheersing van chronische

[1] 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*.

aandoeningen, snelle revalidatie of werkhervatting, en een positieve beleving van het hele zorgproces en van alle uitkomsten samen.

Zo wordt betere zorg ook goedkopere zorg voor de samenleving. En een betere gezondheid leidt tot een duurzamer gezondheidsstelsel voor iedereen.

De arts-specialist coördineert die geïntegreerde zorg voor niet-acute en planbare zorgtrajecten het best, van onderuit. Het ziekenhuis is een complexe zorgomgeving, ontworpen voor acute en risicovolle zorg. De sterke punten daarvan bewijzen zich elke dag in de toonaangevende referentieziekenhuizen van ons land. Maar de vele organisatielagen, de overhead*, de financieringsmechanismen en de uiteenlopende dynamiek van de disciplines remmen soms onbedoeld de ondernemingszin, de wendbaarheid, het vakmanschap en het eigenaarschap van artsen af.*

Daarom is Vista Minds ervan overtuigd dat niet alle zorg in die dichte en dure ziekenhuisstructuur moet plaatsvinden. Ziekenhuizen blijven the place to be *voor de complexere stappen in het zorgtraject. Maar de autonomie van de arts en de gezondheidsuitkomsten van de patiënt hebben baat bij extramurale zorg. Daarvoor gelden voorwaarden. Veiligheid en kwaliteit worden opgevolgd en transparant gecommuniceerd. Patiëntgegevens worden zorgvuldig transmuraal gedeeld met de opeenvolgende zorgverstrekkers in het traject. En het extramurale team neemt zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid op: het verzekert mee de permanentie en de werking van de spoeddienst in de ziekenhuizen, en blijft daar complexe ingrepen uitvoeren.*

In België verbiedt art. 15 §2 van de nomenclatuur dat (de meeste) zorg wordt verstrekt in zulke goed uitgeruste extramurale centra. Toch levert extramurale zorg vier keer winst op. Het intramurale zorgstelsel wordt ontlast en kan zich toeleggen op zijn sterktes: urgenties, complexe interventies, permanentie. Extramurale centra leggen de focus op planbare zorg, waar dedicated *teams efficiëntiewinst boeken. Ze kunnen een schakel vormen tussen de eerstelijnszorg (en thuiszorg) en de specialistische zorg in algemene en academische ziekenhuizen. Transmurale trajecten stimuleren innovatie en preventie van onderuit, en helpen de patiënt sneller opnieuw deel te nemen aan de samenleving.*

Extramurale zorg omvat een breed spectrum: van individuele artsen-specialisten die thuis raadplegingen doen 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. Het gaat om goed uitgeruste consultatie- en operatiecentra. Die centra vallen niet onder de zeggenschap van een regionaal algemeen ziekenhuis. Ze werken met zulke ziekenhuizen samen via een samenwerkingsovereenkomst.

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 verwoordde. Integendeel: extramurale centra engageren zich om spoeddiensten, permanentie en traumatologie in de ziekenhuizen mee te blijven verzekeren. Ziekenhuizen hebben ook een zeker volume routinematige en planbare zorg nodig als basis voor technische maturiteit, ervaring en opleiding, zeker in universitaire ziekenhuizen. Vista Minds ziet al die settings als complementair, in een gedifferentieerd zorgstelsel waarin expertise circuleert en de klinische regie gedeeld wordt. Het debat gaat dus over een betere rolverdeling tussen complementaire zorginstellingen. Bovendien kunnen die complementaire werkomgevingen ook de jobtevredenheid en de werk-levenbalans van het zorgpersoneel verbeteren.

Landen als Denemarken lopen ver voor: 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.*

Die grotere autonomie van de arts-specialist heeft wel een belangrijke tegenprestatie (quid pro quo): de kwaliteitsopvolging die hij of zij coördineert, vormt de basis voor het honorarium en voor de financiering van het extramurale centrum. Hoe die financiering er precies uitziet, moeten alle betrokkenen samen bespreken. Vista Minds stelt alvast drie componenten voor:

- *Kostenbijdrage. De overheid komt tussen in transmurale of extramurale zorg, maar aan een lager tarief dan in het (dag)ziekenhuis. Dat kan dankzij de efficiëntiewinst die extramurale centra door hun focus boeken.*

- *Particuliere bijdrage. De patiënt en/of diens (private) verzekeraar betalen bij om de resterende kosten te dekken van de meerwaarde die zij zien in de aanpak van een specifiek zelfstandig centrum. Zo genieten ook zij mee van de efficiëntiewinst. Het centrum maakt transparant hoe het zijn therapeutische vrijheid gebruikt. Zo kan de patiënt ten volle kiezen, en kan de private verzekeraar bepalen hoe ver zijn tussenkomst bovenop de overheidsbijdrage reikt:* what matters to you*?*

- *Innovatiebijdrage. Eén of meer betalers komen tussen in de financiering van de multidisciplinaire werking, de aandacht voor kwaliteit en preventie, het gebruik van innovatieve technieken in het extramurale centrum. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld zelf accenten leggen in wat ze hun verzekerden aanbieden. Tegelijk kan de overheid ook* knowledge spillovers *van innovatie in de hele zorgsector aanmoedigen.*

De publieke kost van de gezondheidszorg daalt. De vaste kostenbijdrage ligt lager. (Dag)ziekenhuizen presteren beter omdat ze zich kunnen toeleggen op hun comparatief voordeel. Het vastgoed van extramurale centra wordt privaat gefinancierd. Meer nog: het (dag)ziekenhuis kan die infrastructuur eventueel mee gebruiken. Zo blijven de publieke investeringen beheersbaar en wordt de capaciteit beter benut. En de samenleving plukt de vruchten van de prikkel tot innovatie.

De tweesporengeneeskunde, die het uitgebreide stelsel van verhoogde tegemoetkoming nu in de hand werkt, verdwijnt. Het financieringsmodel in dit white paper 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 bijdrage, op basis van wat hij of zij belangrijk vindt.

Responsabilisering en financiering overstijgen zo de individuele zorginstelling en het individuele nomenclatuurnummer. De "teleenheid" is de context en de medische toestand van de individuele patiënt. Wie de financiering koppelt aan de gezondheidsuitkomsten van die patiënt, gaat complicaties en herval, langdurige onbeschikbaarheid en nodeloze ingrepen tegen. De patiënt en zijn verzekeraar gebruiken hun keuzevrijheid om voor het ene traject te kiezen en niet voor het andere.

Omdat zorgaanbieders "concurreren" op gezondheidsuitkomsten, maakt dit referentiekader gezonde concurrentie in de zorg mogelijk. De Martini-Klinik in Hamburg-Eppendorf (voor prostaatkanker) geldt wereldwijd als schoolvoorbeeld. Ze toont de focus en innovatie die zulke extramurale centra kunnen bieden, en de gezonde concurrentie op gezondheidsuitkomsten die we hier bedoelen.

Niet elke arts hoeft daarom vanaf nu pionier of ondernemer te zijn. Maar de hele samenleving heeft baat bij de enkelingen die de bakens willen verzetten. Zij maken de gezondheidszorg

duurzamer en zorgen dat het aanbod van hoogkwalitatieve zorg voor iedereen niet verschraalt. Die ruimte wil dit referentiekader scheppen.

Résumé Exécutif

Vista Minds veut des soins de qualité au plus près du patient. La mission des soins de santé est d'offrir la meilleure qualité de vie possible, aux patients comme aux personnes en bonne santé, pour un coût que la société juge équitable. Or, l'organisation actuelle de notre système de santé laisse trop peu de marge pour y parvenir. Les pouvoirs publics en sont conscients et ont engagé une réforme en profondeur. Mais celle-ci avance trop lentement, pour le patient comme pour le budget. Ce livre blanc esquisse le cadre de référence d'une autre voie : les soins transmuraux. En abattant les murs de l'hôpital, il devient possible d'offrir au patient des soins programmables de qualité, rapidement et à un coût maîtrisé. Le système de santé gagne ainsi en durabilité dès le premier jour.

Le système de santé belge est dans l'impasse. Vista Minds soutient ceux qui veulent le réformer, pour autant que la réforme serve le patient et rende les métiers du soin plus attractifs. Les réformes à l'agenda partent, elles aussi, des institutions existantes (la reconfiguration du paysage hospitalier) et de prestations prises isolément (la révision de l'article 15, § 2, et plus largement la réforme de la nomenclature). Toutefois, le jeu à somme nulle se perpétue : on se contente de redistribuer le gâteau entre intérêts établis. Ce marchandage n'a rien e réjouissant et risque de durer dix ans, sinon davantage. Ni le patient, ni le secteur des soins, ni le budget ne peuvent attendre aussi longtemps.

Vista Minds propose une réponse plus rapide et plus efficiente, sans rien concéder sur l'accessibilité, la qualité, la sécurité ni l'équité. Donnons aux médecins l'espace et l'autonomie nécessaires pour diriger une équipe multidisciplinaire, qui dispense des soins coordonnés, y compris hors des murs de l'hôpital et de l'hôpital de jour. Laissons ensuite ces médecins démontrer, de façon systématique et transparente, ce que cette organisation apporte : valeur ajoutée, qualité, coûts et résultats. Ils en font la démonstration auprès du patient, mais aussi de la société et de leurs pairs.

Les résultats de santé du patient (health outcomes) sont la clé de voûte du cadre de référence présenté dans ce livre blanc. Un système de santé n'a pas pour mission de comprimer les coûts autant que possible, mais d'offrir aux patients le plus de valeur possible, c'est-à-dire de qualité de vie, pour chaque euro dépensé[2].

Les résultats qui comptent dépendent de la situation du patient : son affection, ses comorbidités, les autres limitations qu'il rencontre au quotidien. Le patient ne juge donc pas le système de santé sur une intervention ou un lieu de soins pris isolément. Il regarde si la coordination des prestations débouche sur un meilleur résultat. Tout commence par un mode de vie sain et la prévention de la maladie. Viennent ensuite un dépistage précoce et un diagnostic rapide et juste, assortis d'une information claire sur les options thérapeutiques et sur l'importance de suivre le traitement. Il s'agit aussi d'éviter les interventions inutilement invasives, et plus largement toute intervention superflue, parfois jusqu'à l'hospitalisation elle-même ; de garantir l'accès à un bon traitement sans attente excessive ; de prévenir les complications (erreurs médicales, infections nosocomiales, etc.) et les interventions de chirurgie de révision. Comptent enfin une bonne prise en charge à domicile, un recours aussi

[2] Le concept de soins de santé fondés sur la valeur (*value-based*, axés sur les résultats) a été popularisé par les travaux de Michael Porter, professeur à l'université Harvard et spécialiste de la stratégie. Voir : Michael Porter et Elizabeth Teisberg (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press ; Michael Porter et Elizabeth Teisberg (2007), *How physicians can change the future of health care*, JAMA 297(10), pp. 1103-11 ; et Elizabeth Teisberg, Michael Porter et GB Brown (1994), *Making competition in health care work*, Harvard Business Review 72(4), pp. 131-141.

limité que possible aux soins de longue durée, une remobilisation rapide vers la guérison complète ou une meilleure maîtrise des maladies chroniques, une revalidation ou un retour au travail rapides, et une expérience positive de l'ensemble du parcours de soins et de ses résultats.

Ainsi, des soins de meilleure qualité coûtent moins cher à la société, et une meilleure santé rend le système plus durable pour tous.

Dans les trajets non aigus et programmables, c'est le médecin spécialiste qui est le mieux placé pour coordonner ces soins intégrés, au plus près du terrain. L'hôpital est un environnement de soins complexe, conçu pour les soins aigus et à risque. Les grands hôpitaux de référence que compte notre pays en démontrent chaque jour les atouts. Mais l'empilement des niveaux d'organisation, le poids des frais de structure, les mécanismes de financement et les logiques divergentes des disciplines finissent 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.

Vista Minds est donc convaincu que tous les soins n'ont pas vocation à se dérouler dans cette structure hospitalière dense et coûteuse. L'hôpital restera le lieu par excellence des étapes plus complexes du trajet de soins. Mais l'autonomie du médecin et les résultats de santé du patient gagnent à ce que des soins extramuraux deviennent possibles. Ce n'est envisageable qu'à certaines conditions. La sécurité et la qualité font l'objet d'un suivi communiqué en toute transparence. Les données des patients sont partagées avec soin entre les prestataires successifs du trajet, par-delà les murs des institutions. Et l'équipe extramurale assume sa responsabilité envers la société : elle contribue à la permanence et au bon fonctionnement des services d'urgence hospitaliers, et continue de pratiquer des interventions complexes à l'hôpital.

En Belgique, l'article 15, § 2, de la nomenclature interdit de dispenser la plupart de ces soins dans des centres extramuraux bien équipés. Les soins extramuraux offrent pourtant un quadruple bénéfice. D'abord, le système intramural est soulagé et peut se concentrer sur ce qu'il fait le mieux : urgences, interventions complexes, permanence. Ensuite, les centres extramuraux se consacrent aux soins programmables, où des équipes dédiées réalisent des gains d'efficience. Ils peuvent en outre faire le lien entre la première ligne, soins à domicile compris, et les soins spécialisés des hôpitaux généraux et universitaires. Enfin, les trajets transmuraux stimulent l'innovation et la prévention au plus près du terrain, et aident le patient à retrouver plus vite sa place dans la société.

Les soins extramuraux recouvrent un large éventail, du médecin spécialiste qui consulte 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. Ces centres de consultation et de chirurgie bien équipés réalisent des interventions et coordonnent l'ensemble d'un trajet de soins multidisciplinaire pour des prestations programmables et standardisées.
Vista Minds demande donc qu'à côté des sites d'hospitalisation de jour, une place soit faite à des centres extramuraux, y compris chirurgicaux. Ces centres ne relèvent pas de l'autorité d'un hôpital général régional, mais collaborent avec les hôpitaux dans le cadre d'une convention. 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.

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. 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 hôpitaux universitaires. Vista Minds conçoit tous ces lieux comme complémentaires, au sein d'un système de soins différencié où l'expertise circule et où la gestion clinique est partagée.

Le débat porte donc sur une meilleure répartition des rôles entre des institutions de soins complémentaires. Chaque étape du trajet transmural se déroule dans l'environnement le plus adapté, avec un passage de relais continu entre la première ligne et les paramédicaux, les soins spécialisés et les soins à domicile. C'est l'ensemble des prestations qui offre au patient une meilleure expérience : des soins de proximité quand c'est possible, de qualité, sûrs, accessibles, innovants et efficients. Ces environnements de travail complémentaires peuvent en outre accroître la satisfaction au travail du personnel soignant et l'aider à mieux concilier vie professionnelle et vie privée.

Cette autonomie accrue du médecin spécialiste appelle toutefois une contrepartie importante : le suivi de la qualité qu'il ou elle coordonne sert de base aux honoraires et au financement du centre extramural. Les modalités précises de ce financement doivent faire l'objet d'un dialogue avec toutes les parties concernées. Vista Minds en propose d'ores et déjà trois composantes :

- ***Contribution aux coûts.** Les pouvoirs publics interviennent dans le coût des soins transmuraux ou extramuraux, mais à un tarif inférieur à celui de l'hôpital ou de l'hôpital de jour. Les gains d'efficience que les centres extramuraux tirent de leur spécialisation le rendent possible.*

- ***Contribution privée.** Le patient, son assureur privé ou les deux apportent une contribution complémentaire pour la valeur ajoutée qu'ils reconnaissent à l'approche d'un centre indépendant. Eux aussi profitent ainsi des gains d'efficience. Le centre rend compte en toute transparence de l'usage qu'il fait de sa liberté thérapeutique. Le patient peut dès lors exercer pleinement son libre choix, et l'assureur privé déterminer jusqu'où va son intervention au-delà de la contribution publique. La question devient : qu'est-ce qui compte pour vous (what matters to you) ?*

- ***Contribution à l'innovation.** Un ou plusieurs payeurs soutiennent le centre extramural dans son fonctionnement multidisciplinaire, son attention à la qualité et à la prévention, son recours à des techniques innovantes, etc. Les assureurs peuvent par exemple fixer eux-mêmes leurs priorités dans l'offre qu'ils proposent à leurs assurés. Pour les pouvoirs publics, c'est un moyen de favoriser la diffusion des connaissances dans l'ensemble du secteur des soins.*

Le coût public des soins de santé baisse : la contribution fixe aux coûts est moins élevée. Les hôpitaux et les hôpitaux de jour gagnent en performance, car ils peuvent se concentrer sur leur avantage comparatif. L'immobilier des centres extramuraux est financé par des capitaux privés. Mieux encore, l'hôpital ou l'hôpital de jour peut, le cas échéant, utiliser cette infrastructure. Les investissements publics restent ainsi maîtrisés et les capacités sont mieux exploitées. La société, enfin, bénéficie de l'incitant à l'innovation.

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 selon ce qui compte à leurs yeux.

La responsabilisation et le financement dépassent ainsi le cadre de l'institution de soins et du code de nomenclature pris isolément. L'« unité de compte » devient le contexte et l'état médical de chaque patient. Lier le financement à ses résultats de santé réduit le risque de complications et de rechutes, d'incapacité prolongée et d'interventions inutiles. Le patient et son assureur choisissent librement un trajet plutôt qu'un autre. Parce que les prestataires se mesurent à l'aune des résultats de santé, ce cadre de référence rend possible une saine concurrence dans les soins. La Martini-Klinik de Hambourg-Eppendorf, consacrée au cancer de la prostate, fait référence dans le monde entier. Elle illustre ce que de tels centres extramuraux peuvent offrir en matière de spécialisation et d'innovation, et la saine concurrence sur les résultats de santé que vise ce cadre de référence.

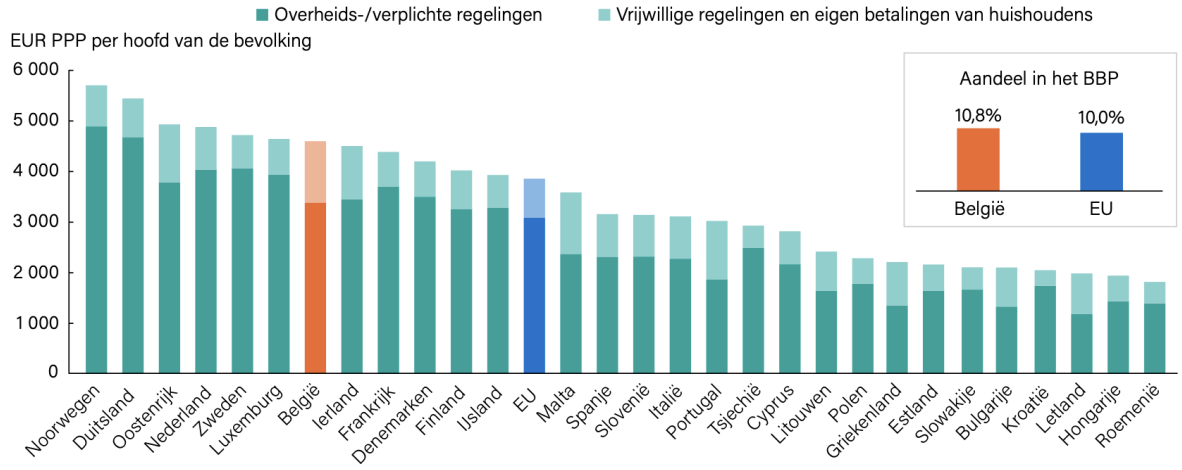
Tous les médecins n'ont pas à devenir pionniers ou entrepreneurs du jour au lendemain. Mais la société tout entière gagne à ce que certains veuillent faire bouger les lignes. Ils rendent les soins de santé plus durables et préservent, pour tous, une offre de soins de haute qualité. C'est cet espace que ce cadre de référence veut leur ouvrir.

1. De uitdagingen van de gezondheidszorg zijn bekend

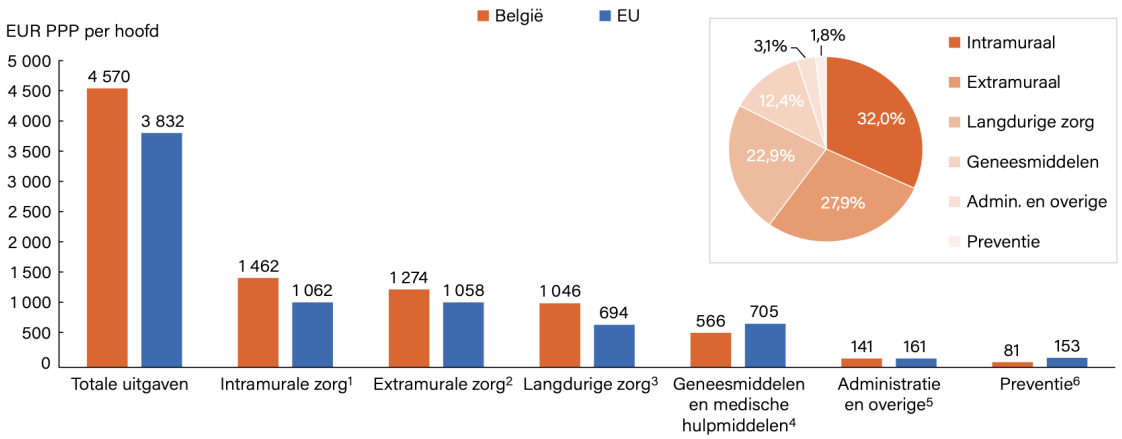
De Belgische gezondheidszorg heeft de reputatie breed, toegankelijk en kwaliteitsvol te zijn. Maar onder de oppervlakte schuilen heel wat uitdagingen, en een aanzienlijke variatie in kwaliteit tussen zorginstellingen en individuele zorgverstrekkers.

België geeft 20% meer uit dan het Europese gemiddelde aan zorg (maar minder dan de buurlanden)

De Belg geeft veel uit aan gezondheidszorg: zo'n 4.570 euro per inwoner, volgens het meest recente *Country Health Profile* van de OESO. Dat is bijna 20% meer dan het Europese gemiddelde, maar net minder dan het gemiddelde van de buurlanden.



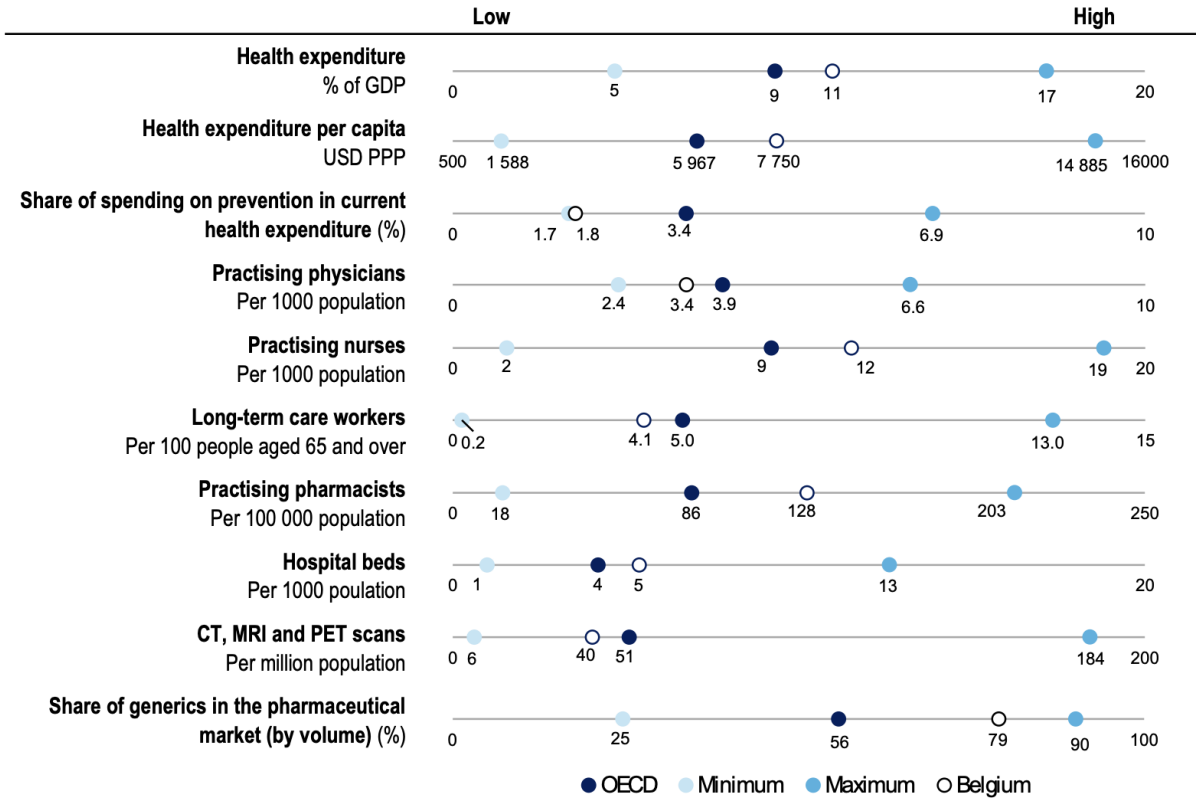
Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door de OESO).
Bronnen: OESO Data Explorer (DF_SHA); Eurostat-databank (demo_gind). De gegevens hebben betrekking op 2023.



Opmerkingen: 1. Omvat curatieve en revalidatiezorg in ziekenhuizen en andere instellingen; 2. Omvat thuiszorg en aanvullende diensten (bijv. patiëntenvervoer); 3. Omvat alleen de gezondheidscomponent; 4. Omvat alleen de ambulante markt; 5. Omvat het bestuur en de administratie van het gezondheidszorgstelsel en andere uitgaven. 6. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's; Het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door de OESO).
Bronnen: OECD Data Explorer (DF_SHA). Gegevens hebben betrekking op 2023.

Figuur. Gezondheidsuitgaven in België per capita. Bron: OESO, Country Health Profile 2025

In haar rapport *Health at a Glance* beschrijft de OESO ons gezondheidszorgsysteem als volgt:



Note: CT: Computer Tomography; MRI: Magnetic Resonance Imaging; PET: Positron Emission Tomography.
Source: OECD Health Statistics 2025.

Figuur. De toestand van onze gezondheidszorg. Bron: OESO, Health at a Glance 2025.

Het Planbureau verwacht dat de uitgaven voor ziekte en invaliditeit het komende decennium met meer dan tien miljard euro stijgen, zo'n 2,6% per jaar. Dat is hetzelfde groeiritme als de voorbije vijf jaar, maar sneller dan in 2016-2020.

Uitgaven voor gezondheidszorgen naar zorgtype	*In miljoen euro*		*Gemiddelde jaarlijkse groeivoet (in %)*		
Reële ZIV-uitgaven in prijzen van 2025	*2025*	*2035*	*2025-2035*		*2025-2035*
Honoraria van artsen - totaal	11.675	13.814	2.182		1,7
- Klinische biologie	1.540	1.669	130		0,8
- Medische beeldvorming	1.770	1.863	93		0,5
- Raadplegingen en huisbezoeken	3.571	4.664	1.093		2,7
- Speciale verstrekkingen, Heelkunde	3.500	3.975	475		1,3
- Overige: Gynaecologie, Toezicht, Overige honoraria artsen	1.252	1.643	391		2,8
Tandheelkunde	1.621	1.978	356		2,0
Farmaceutische verstrekkingen	6.988	10.401	3.412		4,1
Verpleegkundige thuiszorg	2.239	3.109	869		3,3
Kinesitherapie	1.335	2.093	758		4,6
Hospitalisaties - dagprijs	8.629	10.686	2.057		2,2
Medische huizen	389	886	498		8,6
Maximumfactuur	351	391	40		1,1
Laagvariabele zorg	463	546	83		1,7
Overige	4.019	4.696	677		2,3
Totaal	**37.666**	**48.599**	**10.933**		**2,6**

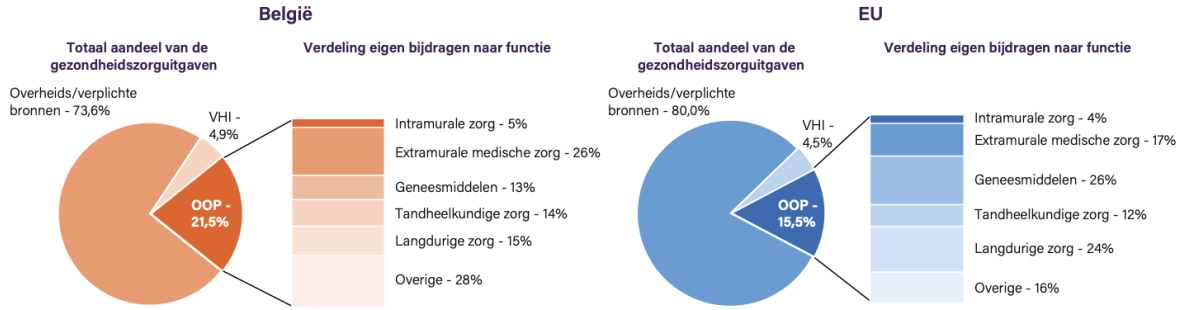
Tabel. Uitgaven voor geneeskundige verzorging van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Bron: Planbureau

In absolute termen stijgen de uitgaven voor farmaceutische producten het sterkst, door de almaar hogere prijs van innovatieve geneesmiddelen. De snelste stijgers zijn de medische huizen. Patiënten sluiten er een exclusieve overeenkomst voor algemene zorg mee af (huisarts, kinesitherapie, verpleegkundige zorg). De medische huizen krijgen op hun beurt een forfaitaire betaling van het ziekenfonds van de patiënt. Het aantal patiënten in medische huizen verdubbelde de voorbije tien jaar. Voor de komende tien jaar raamt men de stijging van de reële uitgaven op bijna 500 miljoen euro, gemiddeld 8,6% per jaar.

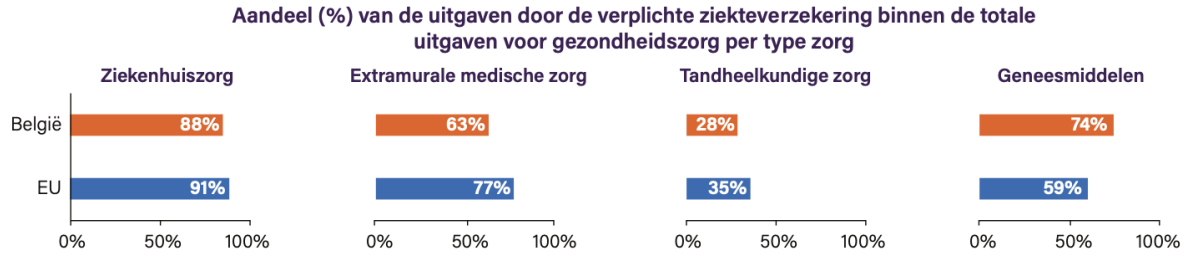
Let wel: de tabel toont enkel de publieke uitgaven binnen de verplichte verzekering. Daar komen nog bij: de zorguitgaven van de regionale en lokale overheden, een deel van de ziekenhuisfinanciering via het Budget van Financiële Middelen, en een belangrijke eigen bijdrage van de Belgen en hun private verzekeraars.

Dekking is bijna universeel maar de Belg betaalt veel uit eigen beurs

Meer dan een kwart van het totale budget komt uit privémiddelen. 22% is *out of pocket* – fors boven het EU-gemiddelde van 16%, vooral door kamersupplementen en tandzorg. Nog eens 5% komt van (vrijwillige) private ziekteverzekeraars. Blijft 74% uit de overheid of verplichte verzekeringen, tegenover gemiddeld 80% in de rest van Europa.



Opmerking: VHI omvat vrijwillige verzekeringen. Het EU-gemiddelde is gewogen.
Bron: OECD Data Explorer (DF_SHA). Gegevens hebben betrekking op 2023.

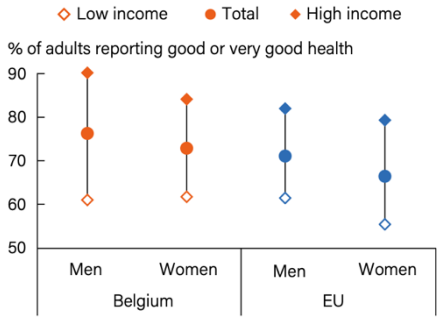


Opmerkingen: Poliklinische medische diensten hebben voornamelijk betrekking op diensten door huisartsen en specialisten in de poliklinische sector. Geneesmiddelen omvatten zowel voorgeschreven als vrij verkrijgbare geneesmiddelen en medische verbruiksartikelen. Het EU-gemiddelde is gewogen.
Bron: OECD Data Explorer (DF_SHA). De gegevens hebben betrekking op 2023.

Figuur. Aandeel van de gezondheidsuitgaven. Bron : OESO, Country Health Profile 2025

De kwaliteitsindicatoren tonen ook dat de kost van ons stelsel scheef verdeeld is: we geven verhoudingsgewijs meer uit aan ziekenhuizen en langdurige zorg dan aan preventie (of medische hulpmiddelen). Dat vertaalt zich onder meer in een relatief hoog aandeel vermijdbare doodsoorzaken, zoals astma of COPD. Wie in België ziek wordt, wordt doorgaans goed geholpen. Maar te veel mensen belanden in het zorgstelsel.

Slechts 1,5% van de Belgen krijgt minder zorg dan nodig. Maar die *unmet need* – een maat voor de financiële toegankelijkheid van de zorg – is sterk geconcentreerd bij lage inkomens, vooral voor tandzorg en niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Sinds januari 2025 mogen aan mensen met een verhoogde tegemoetkoming geen supplementen meer worden aangerekend.



Note: Low income refers to adults in the bottom 20 % (lowest quintile) of the national equivalised disposable income distribution, while high income refers to adults in the top 20 % (highest quintile).
Source: Eurostat based on EU-SILC (hlth_silc_10). Data refer to 2024.

Slechts 61% van de mannen in het laagste inkomensquintiel vindt zichzelf in goede gezondheid, tegenover 90% in de hoogste inkomensgroep. Nergens in Europa is dat verschil zo groot.

Volgens de OESO ontbreekt het de Belg vooral aan goede coördinatie in de eerstelijnszorg, met een patiëntgerichte – of zelfs populatiegerichte – aanpak. Dat geldt zeker voor mensen met chronische aandoeningen die zelf hun zorg in handen willen nemen. Hoe bereiken we de meest kwetsbaren met de al schaarse middelen voor gezondheidspromotie en preventie?

Het rendement op gezondheidsuitgaven in België is gemiddeld

De figuur hieronder geeft een brede kijk op het “rendement” van de gezondheidszorg in een uiteenlopende groep landen.



Figuur. Average performance score (cardinal) as a function of age-adjusted healthcare spending per capita (PPP USD). Bron: Per Molander. Public versus private healthcare systems in the OECD area – a broad evaluation of performance. Eur J Health Econ. 2025 Mar 8;26(7):1163–1173. Op basis van OECD Health Care Statistics 2023

Performantie omvat een uiteenlopende set van 37 indicatoren, zoals levensverwachting, het aantal heupoperaties en vaccinatiegraden. (De auteur van de studie merkt op dat de keuze

van die indicatoren haast vanzelf een voorkeur voor universele gezondheidszorg verraadt.) De figuur verhult dat achter elk stipje vaak een totaal ander gezondheidszorgmodel schuilt. Welke welvaartsstaat – en gezondheidszorg – een land kiest, staat niet los van zijn economische ontwikkeling.

In landen waar werknemers veel bescherming genieten, is de overheid bijvoorbeeld een belangrijke actor in de gezondheidszorg. Soms is die overheid zelf "zorgverstrekker". Vaker delegeert ze heel wat publieke opdrachten aan organisaties zoals ziekenfondsen en verplichte zorgverzekeraars. Precaire "hamburgerjobs" komen er weinig voor, banen in de publieke sector des te meer. Zo'n systeem leeft bij de gratie van een zo hoog mogelijke werkzaamheidsgraad, om een *Big Government* te kunnen financieren.

In andere landen neemt het ondernemerschap het voortouw. De arbeidsmarkt telt er extreem goed betaalde banen, maar aan de onderkant ook veel banen tegen het minimumloon (of minder). Diezelfde gespletenheid zie je terug in de gezondheidszorg.

Een belangrijke stakeholder: de publieke en private verzekeraar

Gezondheidszorg leent zich bij uitstek tot een systeem met verzekeraars, omdat de "vraag" naar zorg erg ongelijk verdeeld is, over de bevolking en over de levensloop. Anderzijds zijn alle problemen die verzekeren in het algemeen bemoeilijken, in de gezondheidszorg nog uitgesprokener. Burgers – potentiële patiënten – kennen hun eigen gezondheidstoestand veel beter dan hun verzekeraars, waardoor die laatsten eerder voorzichtig zijn. Maar zorgverstrekkers weten veel beter dan burgers – reële patiënten – en dan verzekeraars welke zorg in een specifiek geval echt meerwaarde biedt. Dat leidt in het slechtste geval tot overdiagnose en overmedicatie.

De meeste landen kiezen daarom om minstens een deel van die verzekering verplicht te maken. En om zorgverstrekkers in een soort gecontroleerde concurrentie tegen elkaar uit te spelen – meestal "*managed care*" genoemd, zoals in Nederland.

Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt historisch gedomineerd door de ziekenfondsen. Zij zijn tegelijk verplichte verzekeraar en beheerder, patiëntenvertegenwoordiger, maar vaak ook eigenaar van ziekenhuizen én apotheken én leverancier van hulpmiddelen. Die meervoudige en niet zelden tegenstrijdige belangen maken onderhandelingen, laat staan hervormingen, niet makkelijk.

Strikt economisch is het merkwaardig dat zij voor sommige van die functies op belastinggeld kunnen rekenen, wat de markt per definitie verstoort. Private verzekeraars daarentegen moeten van de toezichthouder echte meerwaarde bieden: effectieve risicopooling, en een verantwoording van hun tarieven ("Die eenpersoonskamer, hoe maakt die het verschil?").

Paradoxaal genoeg geeft een hypothetische beperking van de supplementen de verplichte verzekeraars een concurrentievoordeel. De aanvullende verzekering die voordien de hogere supplementen dekte, verliest immers aan waarde. Ook efficiëntiewinst door extramurale zorg – zichtbaar gemaakt door de transparantiewet – werkt remmend. Als de medische index minder snel stijgt, krimpt ook de marge van verzekeraars om de premies te verhogen.

De verplichte verzekeraars zijn bij ons dus alomtegenwoordig. Andere landen kennen uiteenlopende regelingen, waarin private zorgverzekeraars niet alleen een aanvullende rol spelen. Maar in landen waar die private partijen de gezondheidszorg domineren, is het belang van patiënt en samenleving soms ook ver te zoeken.

Kortom: elk ecosysteem waarin één stakeholder domineert, is onevenwichtig. Of dat nu de mutualiteiten zijn zoals bij ons, de private verzekeraars zoals in de VS of Nederland, of de overheid, is bijkomstig. Een dominante stakeholder gebruikt de financiële prikkels in het systeem om zijn positie te beschermen, in plaats van om gezonde mededinging mogelijk te maken.

Toch zijn in een nieuw Belgisch zorglandschap meerdere varianten denkbaar van een evenwichtiger verhouding, met gezonde mededinging tussen verzekeraars.

In elk model is er plaats voor remgeld. Remgeld kan overconsumptie van zorg helpen terugdringen. Steeds meer landen verkennen daarom een gerichtere, waardegedreven inzet van eigen bijdragen, onder meer bij de inrichting van zorgverzekeringen. Op lange termijn levert het koppelen van remgeld aan de kosteneffectiviteit van zorg het beste resultaat op. Zo ontstaat een slimmer en genuanceerder systeem van eigen bijdragen, dat essentiële zorg stimuleert en overgebruik afremt, in plaats van alles af te remmen.

Aanvullende zorgverzekeringen bieden een veel gevarieerder pakket aan dekkingen. Zo sluiten ze beter aan bij de wensen en noden van verzekerden. Dat vergroot de keuzevrijheid en maakt het systeem flexibeler. Aanvullende zorgverzekeringen kunnen ook innovatie ondersteunen door veelbelovende nieuwe zorg al vroeg te dekken. Zo vervullen ze een soort labofunctie.

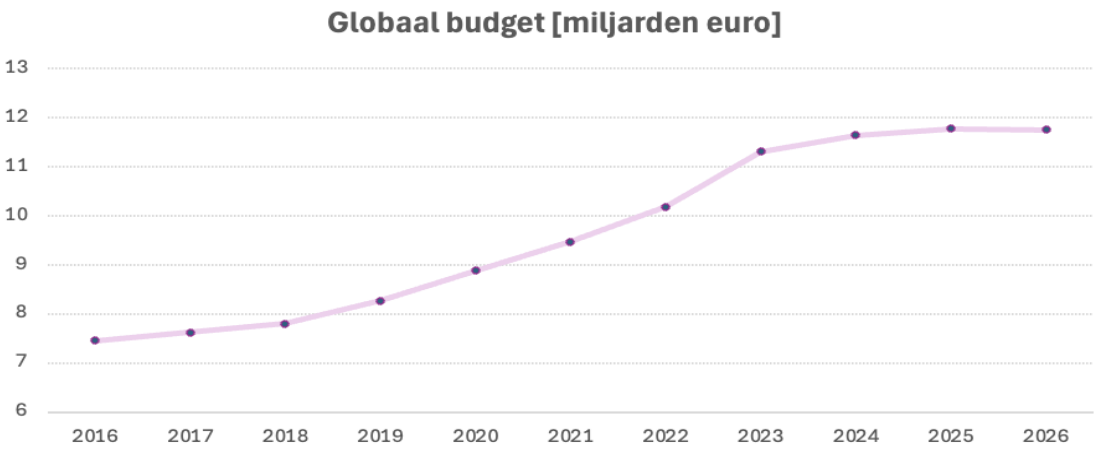
Private verzekeraars kunnen een aanvullend aanbod ontwikkelen dat verplichte verzekeraars moeilijk kunnen (of willen) *matchen*. Stel dat de nomenclatuur (en dus de supplementen) opnieuw geijkt wordt: zou een private verzekeraar dan nieuwe polissen zonder supplementenplafond kunnen aanbieden? Of private verzekeraars kunnen de patiënt een vervangend aanbod doen. Ze kunnen bijvoorbeeld de volledige “hybride” extramurale forfaits op zich nemen, of tussenkomen in een soort extramuraal BFM – lees: de volledige zorgkost dekken in plaats van nu enkel het niet-verplichte deel.

Dat verandert de aard van de verzekering: van hospitalisatie naar bredere gezondheidszorg. En daarmee ook het verdienmodel, want de schaal en dekking die nodig zijn voor effectieve risicopooling veranderen mee.

Wat moet daar tegenover staan om klanten te overtuigen die premie te betalen, in termen van kwaliteit en toegankelijkheid? Of, als de werkgever betaalt, in termen van hoe snel en duurzaam medewerkers weer aan de slag kunnen?

Het globale budget neemt toe; de ziekenhuisfinanciering blijft fragiel

Binnen het totale gezondheidszorgbudget van het RIZIV berekent de FOD Volksgezondheid elk kalenderjaar het globale ziekenhuisbudget en keert het uit.



Figuur. Globaal budget van de ziekenhuizen in België. Bron: FOD Volksgezondheid

Het globale budget is het plafond voor de werkingskosten van elk algemeen, universitair en psychiatrisch ziekenhuis.

De onderdelen van het Budget Financiële Middelen			% (januari 2025)
A: Kosten voor infrastructuur en materiaal	A1	Financiële lasten met betrekking tot investeringen en pre-exploitatiekosten	4,60%
	A2	Korte termijn kredietlasten	0,56%
	A3	Financiële lasten met betrekking tot investeringen in medisch-technische diensten	0,05%
B: Werkingskosten	B1	Kosten voor gemeenschappelijke diensten	19,66%
	B2	Kosten voor klinische diensten	37,34%
	B3	Werkingskosten van medisch-technische diensten NMR - Radiotherapie - PET	1,21%
	B4	Recyclage en forfaits	16,16%
	B5	Werkingskosten van de ziekenhuisapotheek	1,63%
	B6	Kosten sociaal akkoord personeel buiten BFM	1,20%
	B7	Kosten m.b.t. universitaire functies	2%
	B8	Kosten gelinkt aan het sociale karakter van de patiëntenpopulatie	0,31%
	B9	Kosten sociaal akkoord	17,89%
C: Correcties	C2	Inhaalbedragen	-2,48%
	C3	Gedeeltelijke recuperatie van kamersupplementen	-0,13%

Figuur. De onderdelen van het Budget Financiële Middelen (2025). Bron: FOD Volksgezondheid

Het Budget Financiële Middelen stijgt, maar de financiële situatie van onze ziekenhuizen blijft fragiel.

De 103 algemene ziekenhuizen in ons land hebben samen een omzet van zo'n 25 miljard euro per jaar. Het Budget Financiële Middelen en de afdrachten van de artsenhonoraria zijn elk goed voor meer dan een derde daarvan. Farmaceutische producten maken zo'n 20% uit van de omzet.

	In % omzet		In miljoen		
	2023	2024	2023	2024	Evolutie 2023-2024
Omzet	100.0%	100.0%	20.529	21.824	6,3%
BFM	36.9%	35.6%	7.576	7.775	2,6%
Geraamd inhaalbedrag	-0.8%	-0.8%	-172	-185	-7,6%
Financiering deelstaat	0.4%	0.4%	81	94	15,7%
Forfaits	4.3%	4.4%	880	963	9,3%
Farmaceutische producten	20.1%	20.6%	4.135	4.492	8,6%
Honoraria	35.8%	36.5%	7.355	7.968	8,3%
Supplementen en nevenproducten	0.7%	0.7%	145	159	9,1%
Laagvariabele zorg	2.6%	2.6%	528	560	6,0%
Overige bedrijfsopbrengsten	8.7%	8.9%	1.782	1.933	8,5%
Bedrijfsopbrengsten	108.7%	108.9%	22.311	23.757	6,5%

Personeelskosten vormen het leeuwendeel van de uitgaven. De algemene ziekenhuizen telden in 2024 110.884 VTE, van wie 53% verplegend personeel. Vooral de loonindexering drijft de personeelskosten op; het aantal VTE steeg maar met 409 tegenover 2023.

De prijzen voor geneesmiddelen en andere farmaceutische producten blijven stijgen (+8,6% in 2024). De energiekosten daalden fors, maar die zijn slechts goed voor 1% van de omzet.

	In % omzet		In miljoen		
	2023	2024	2023	2024	Evolutie 2023-2024
Bedrijfsopbrengsten	108.7%	108.9%	22.311	23.757	6,5%
Bedrijfskosten	109.5%	109.0%	22.486	23.787	5,8%
Aankopen	26.6%	26.2%	5.458	5.721	4,8%
Diensten	33.7%	34.1%	6.911	7.432	7,5%
Bezoldigingen artsen	23.9%	24.2%	4.901	5.288	7,9%
Bezoldigingen	43.6%	42.9%	8.961	9.359	4,4%
Overige bedrijfskosten	0.8%	0.8%	156	181	15,6%

Figuur. Inkomsten en uitgaven van de ziekenhuizen in België. Bron: Belfius MAHA 2024

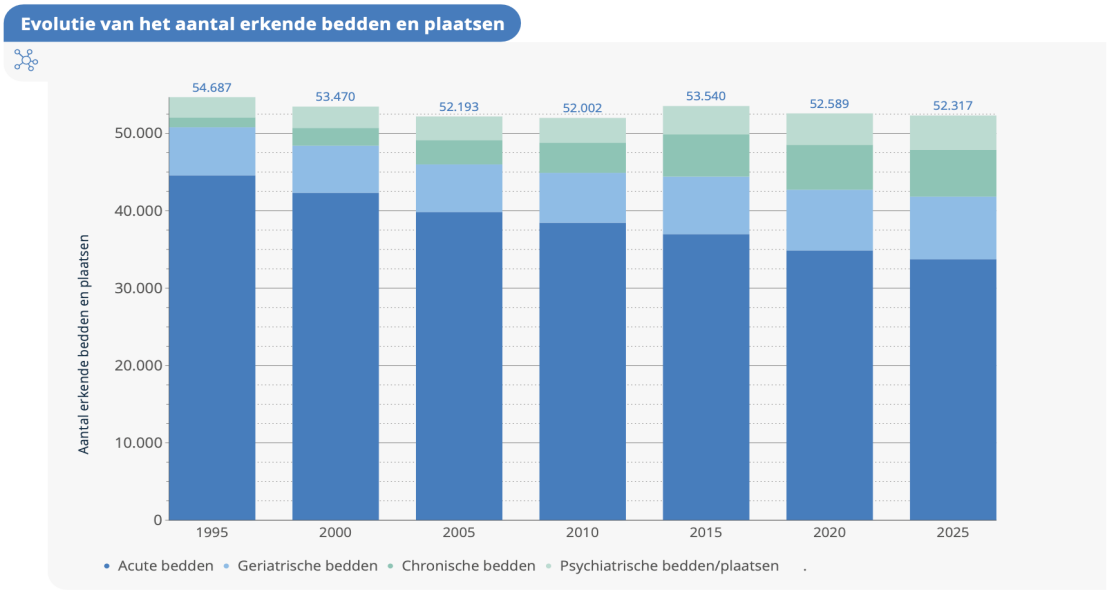
Daardoor schommelt het bedrijfsresultaat van de ziekenhuizen al jaren tussen +1% en -1% van de omzet. De verschillen zijn groot: slechts een kleine helft van de door Belfius onderzochte ziekenhuizen draaide positief, en minder dan de helft daarvan haalde een gewone bedrijfsresultaatmarge boven 1%. Het gemiddelde nettoresultaat ligt wél boven 1% van de omzet. Dat komt vooral door herzieningen en inhaalbedragen die de FOD Volksgezondheid uitkeert, soms bijna tien jaar na datum, en door de regularisatie van het kasvoorschot uit de COVID-crisis.

Belangrijke kanttekening: de pensioenlasten hangen als een molensteen rond de nek van de sector. Volgens de projecties van het Beheerscomité van het gesolidariseerde fonds stijgt de responsabiliseringsbijdrage van de betrokken ziekenhuizen van 113 miljoen euro in 2023 tot 283 miljoen euro in 2030, gemiddeld 3,3% van de omzet. In Vlaanderen neemt de overheid de helft van die bijdrage voor haar rekening. In Wallonië en Brussel komt de regionale overheid niet tussen.

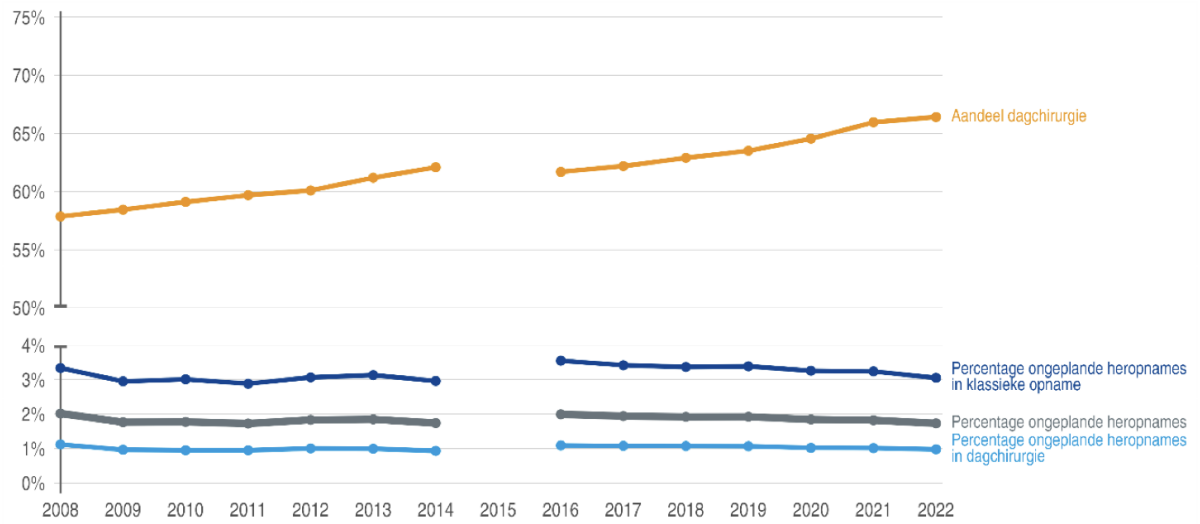
Tel daar de wankele solvabiliteit bij – bijna een kwart van de door Belfius onderzochte ziekenhuizen heeft een kasstroom die niet volstaat om de schulden te dekken die dit jaar vervallen – en de toekomst oogt niet rooskleurig.

Is de gezondheidszorg toegankelijk? Tussen wachtlijsten en de spoeddienst als toegangspoort

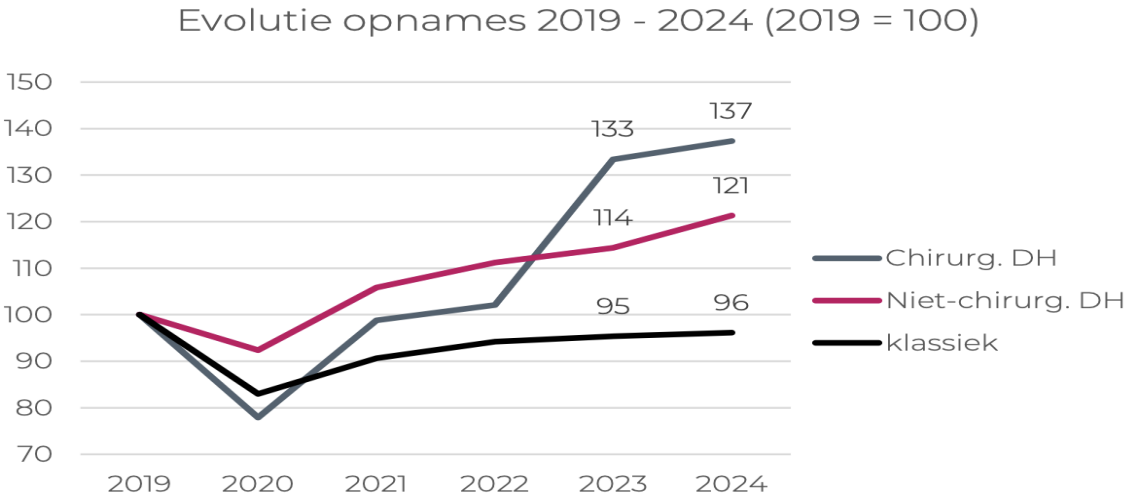
Het aantal erkende ziekenhuisbedden daalt, vooral de acute bedden. Het aandeel geriatrische en chronische bedden neemt toe. Tegelijk toont de vooruitgang in de zorg dat steeds meer mogelijk is zonder klassiek ziekenhuisverblijf.



Figuur. Evolutie van het aantal erkende bedden. Bron: gezondbelgië.be



Figuur. Evolutie van het aandeel dagchirurgie en ongeplande heropnames. Bron: KCE 412As

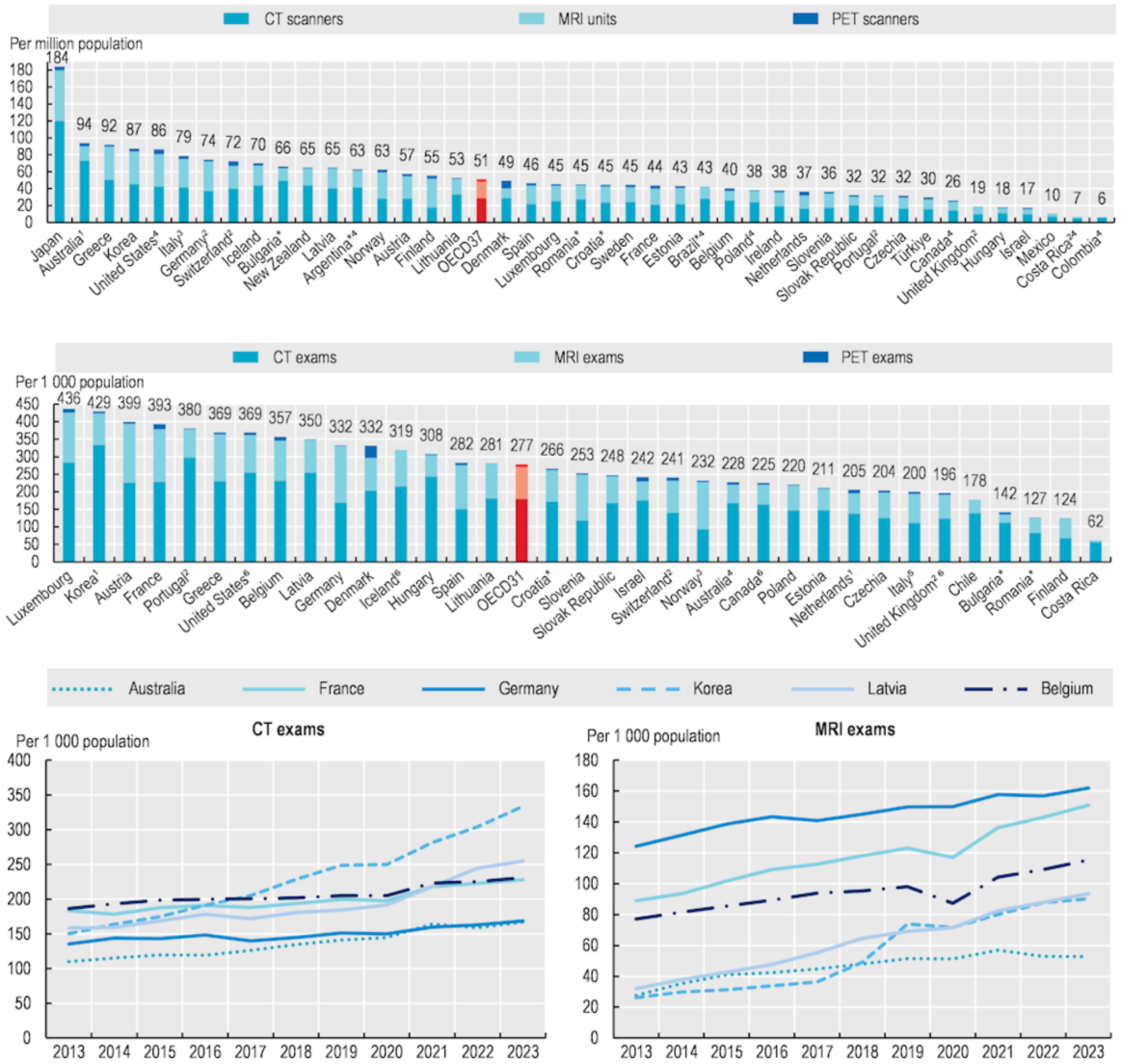


Figuur. Evolutie van het aantal opnames in het chirurgisch en niet-chirurgisch dagziekenhuis versus klassieke hospitalisatie. Bron: Belfius MAHA 2024

Alleen laten de regelgeving en andere grendels niet toe dat verstrekkingen buiten het (dag)ziekenhuis gebeuren, of beperkt de regulator het aantal erkende verstrekkers. Uit een enquête van Testaankoop bij 1.100 Belgen in 2025 blijkt dat men gemiddeld 81 dagen wacht op een afspraak bij een specialist. Oogartsen (131 dagen), dermatologen (114) en gynaecologen (112) spannen de kroon.

Beeldvorming is een veelbesproken *case*. Het aantal en het gebruik van zware toestellen voor medische beeldvorming – computertomografie, tomografie met positron- of fotonemissie en magnetische resonantie – zijn 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

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.

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.

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).

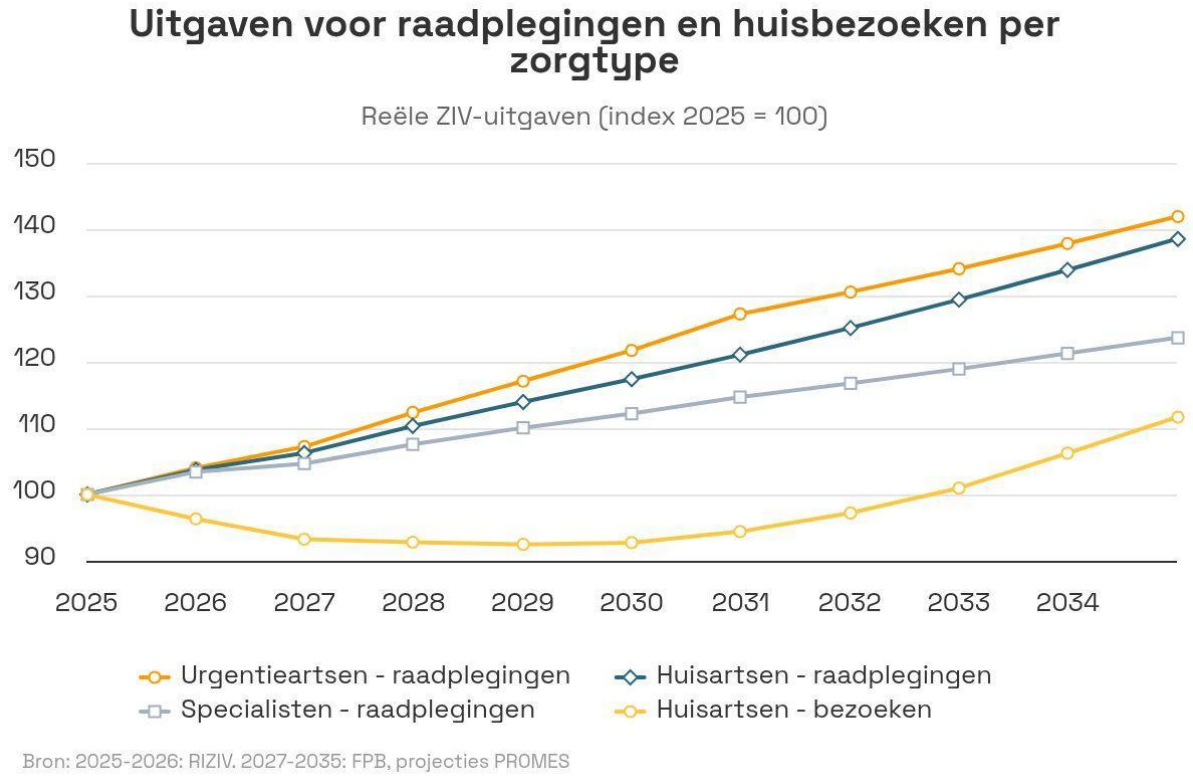
Innovatie kan die *bottleneck* verder verlichten. Meerdere MRI-toestellen kunnen tegelijk op afstand worden bediend. Artificiële intelligentie kan de radioloog op termijn helpen het

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.

Het referentiekader in dit document vertrekt van een nieuwe financiering die de werking extramuraal en in het ziekenhuis gelijkschakelt. 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.

Uit de jaarlijkse analyse van de ziekenhuissector door Belfius blijkt ten slotte dat zo'n 20% van de interventies op de spoeddienst tot een opname leidt. Daardoor is 46% van alle ziekenhuisopnames ongepland.

De spoeddienst blijft een belangrijke en toegankelijke toegangspoort tot de gezondheidszorg. Of dat altijd de bedoeling is, is zeer de vraag. Maar de tendens lijkt aan te houden, als "bypass" voor overbevraagde huisartsen. De PROMES-projecties van het Planbureau tonen dat de raadplegingen bij specialisten het komende decennium minder snel groeien dan die bij huisartsen – en dus bij de spoeddienst.



Figuur. Uitgaven voor raadplegingen en huisbezoeken per zorgtype. Bron: Planbureau

De cijfers leggen de vinger op de wonde: het klassieke ziekenhuis probeert steeds meer en steeds uiteenlopender zorgprogramma's onder één dak te brengen. De verschillende dynamiek van zorgpaden – van traumatologie over planbare chirurgie tot chronische geriatrische zorg – weegt zwaar op het ziekenhuisbeheer. Ze versnippert de zorg en bemoeilijkt de interoperabiliteit van patiëntgegevens. Kruissubsidiëring tussen goed en minder goed vergoede verstrekkingen, en het risico op overbodige of herhaalde tests, zijn haast onvermijdelijk.

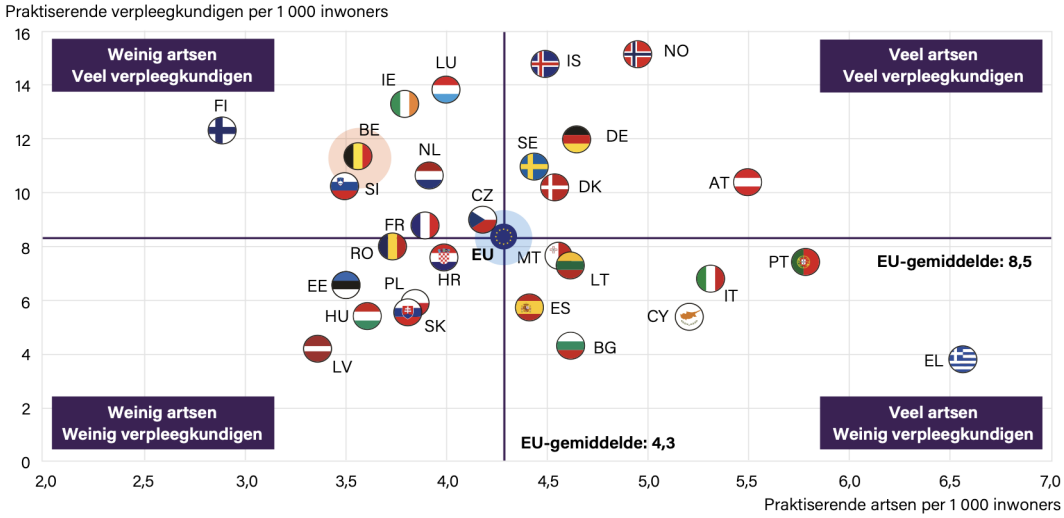
Moet een ziekenhuis een “conglomeraat” blijven? Is er een medisch-technische reden – los van regulering – om alle zorg in één instelling te organiseren? In hoeverre volgt de gezondheidszorg de dynamiek van alle andere sectoren: arbeidsverdeling die leidt tot specialisatie en rolhelderheid?

Leidt versnippering tot personeelstekorten, een minder goede werk-levenbalans en groter ziekteverzuim?

De manier waarop ziekenhuizen vandaag werken, weegt ook zwaar op het zorgpersoneel. Het ziekteverzuim in de ziekenhuissector is hoog: 11,5% in 2024, ongeveer 1% meer dan in de privésector, waarvan meer dan 4% langdurig volgens SD Worx. Er blijven veel vacatures open: zo’n 1.756 voor verpleegkundigen en ongeveer evenveel voor niet-zorgpersoneel.

België scoort minder goed op mensgerichte zorg: een sterke betrokkenheid van de patiënt en een doeltreffende zorgcoördinatie. Nochtans leidt die aanpak tot betere gezondheidsresultaten en patiëntervaringen, aldus de OESO.

Het aantal gediplomeerde en praktiserende verpleegkundigen ligt overigens ruim boven het OESO-gemiddelde. België telt slechts 3,4 praktiserende artsen per 1.000 inwoners (OESO: 3,9), maar 11,5 verpleegkundigen (OESO: 9,2). 55% van hen werkt in een ziekenhuis.



Opmerking: het EU-gemiddelde is ongewogen. De gegevens over verpleegkundigen omvatten alle categorieën verpleegkundigen (niet alleen die welke voldoen aan de EU-richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties). In Portugal en Griekenland hebben de gegevens betrekking op alle artsen met een praktijkvergunning, wat resulteert in een grote overschatting van het aantal praktiserende artsen. In Griekenland wordt het aantal verpleegkundigen onderschat, aangezien alleen verpleegkundigen die in een ziekenhuis werken, zijn meegeteld.
Bron: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). De gegevens hebben betrekking op 2023 of het dichtstbijzijnde jaar.

Figuur. De verhouding artsen versus verpleegkundigen in de OESO-landen. Bron: OESO, Health at a Glance 2025: Indicators

Niet onbelangrijk: de 134.496 actieve verpleegkundigen zijn slechts 59% van alle prestatiegerechtigde verpleegkundigen (228.251 in 2022). 9% van hen werkt buiten de gezondheidszorg, 14% is inactief en 18% is met pensioen. Voor zorgkundigen gelden vergelijkbare aantallen en verhoudingen.

Verder zijn er relatief weinig verstrekkers van langdurige zorg (4,1 per 100 65-plussers, tegenover 5,0 in de OESO) en meer apothekers dan elders (128 per 100.000 inwoners, tegenover 86 in de OESO).

De Wereldgezondheidsorganisatie waarschuwt al jaren dat we de stijgende zorgvraag niet kunnen opvangen door enkel meer personeel aan te werven. Het zorgwerk moet structureel en innovatief anders georganiseerd worden. Het tekort aan verpleegkundigen is nu al groot en zal nog toenemen, door zowel de demografische als de technologische evolutie: de zorg van de toekomst is *high tech* én *high touch*. Vandaag botst de zorg soms op muren. Zorgverstrekkers kunnen niet altijd de behandeling geven die ze voor ogen hadden. De werkdruk is hoog en de werksfeer niet altijd bevorderlijk. Dat is de achilleshiel van de zorg.

Een breder zorglandschap met extramurale centra kan op lange termijn zorgen voor werkzekerheid en voldoening. Dat geldt niet alleen voor verpleegkundigen, maar ook voor andere zorgberoepen. Hun loopbaanpaden bieden vandaag vaak te weinig ruimte voor erkenning, verantwoordelijkheid en professionele groei.

Een recente studie van IDEA Consult in opdracht van de Planningseenheid Gezondheidszorgberoepen toont dat meer dan acht op de tien verpleegkundigen trots zijn op hun beroep, en dat patiënten de kwaliteit van hun werk erkennen. Tegelijk is bijna de helft van de 5.535 bevraagde verpleegkundigen (zeer) ontevreden over hun werkomgeving. Het tekort aan collega's, de administratieve last, het grote verloop in de ziekenhuisbedden, de hoge verwachtingen van patiënten en families en de snelle technologische vooruitgang drijven samen de werkdruk op. De vergoeding waardeert het beroep te weinig, en de recent ingevoerde IFIC-classificatie zet verpleegkundigen tegen elkaar op. Het beroep weegt fysiek en emotioneel zwaar, zeker als tijdsgebrek de relationele en psychologische kant van de job bemoeilijkt.

Er zijn wel grote regionale verschillen. Verpleegkundigen in Vlaanderen zijn tevredener dan die in Wallonië of Brussel, waar ze de werkdruk hoger inschatten. Wie in de gemeenschaps- of thuiszorg werkt, is doorgaans tevredener dan collega's in woonzorgcentra of ziekenhuizen. Mannen zijn minder tevreden dan vrouwen, en verpleegkundigen aan het bed minder dan hun leidinggevenden.

Volgens dezelfde enquête zou één op de twee verpleegkundigen niet opnieuw voor het beroep kiezen. Eén op de vier twijfelt of ze nog langer als verpleegkundige willen werken, en één op de zes heeft al beslist om binnenkort van job te veranderen.

Willen we dat mensen hun vak graag blijven uitoefenen, dan moeten we het niet alleen hebben over financiering en structuren. We moeten ook spreken over loopbaanontwikkeling, werkplezier, collegialiteit, eigenaarschap en perspectief. Extramurale zorg biedt andere werkomstandigheden dan intramurale: meer flexibiliteit om werk en gezin te combineren, en tegelijk patiënten beter te "bedienen".

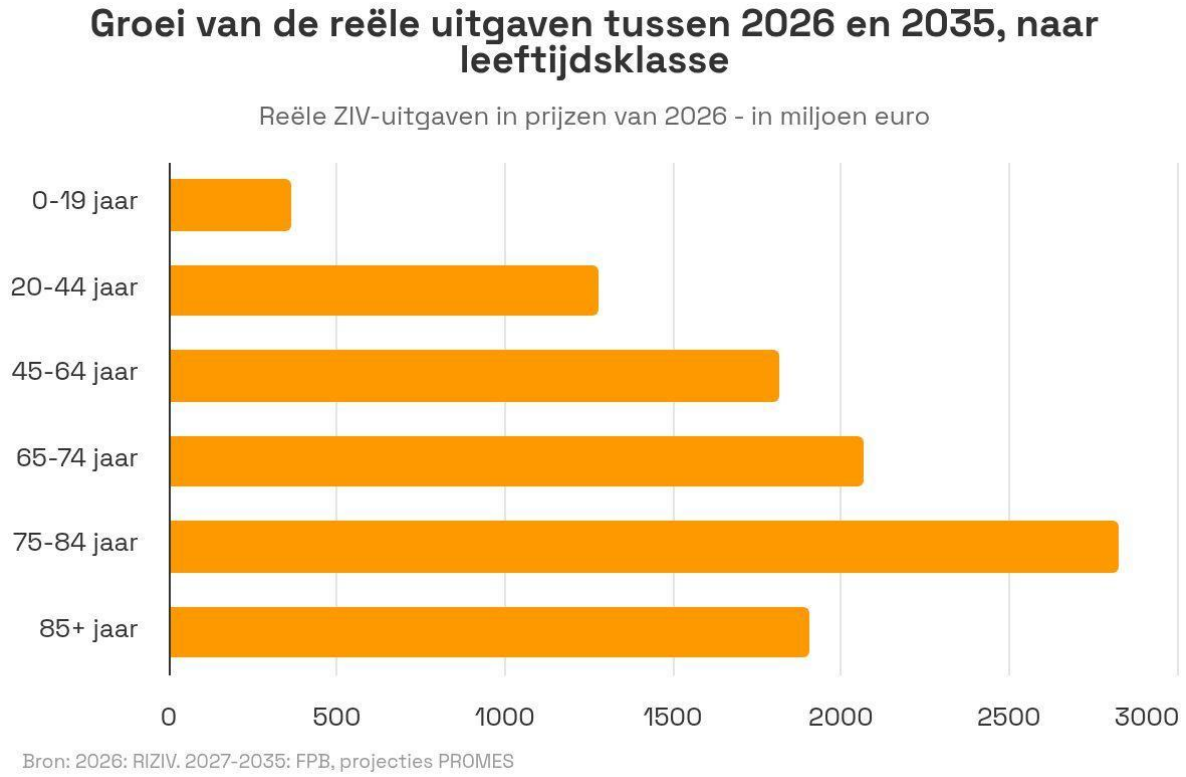
Ook voor artsen beperkt loopbaanontwikkeling in het ziekenhuis zich vaak tot enkele formele stappen: junior staflid, senior staflid, kliniekhoofd of diensthoofd. Wat die groei inhoudelijk betekent – in expertise, leiderschap, organisatie, onderwijs, innovatie, ondernemerschap of zorgpadontwikkeling – blijft vaak onvoldoende uitgewerkt.

Transmurale zorg biedt hier een kans. Niet alleen als nieuw organisatiemodel, maar ook als kader voor rijkere en duurzamere loopbanen. Artsen kunnen groeien als expert, maar ook als klinisch leider, zorgpadarchitect, opleider, kwaliteitsbewaker, organisator of verantwoordelijke ondernemer. Ook voor jonge artsen kan die bredere kijk een boeiend perspectief bieden. Zij vinden niet altijd makkelijk een plek in het ziekenhuis, en hebben vaak niet het kapitaal om zelf een extramuraal centrum op te zetten.

Hoe valt de vergrendeling van het zorglandschap te rijmen met de vergrijzing, met steeds chronischere aandoeningen – en met medisch-technische innovatie?

De hertekening van het ziekenhuislandschap (zie het volgende hoofdstuk) laat weinig of geen ruimte om zorg buiten het ziekenhuis te organiseren. Die vergrendeling valt moeilijk te rijmen met de uitdagingen die op ons afkomen, zoals de vergrijzing en steeds chronischere aandoeningen.

De vergrijzing blijkt uit de scheve verdeling van de verwachte uitgavengroei per leeftijdsklasse: twee derde van de totale stijging komt voor rekening van de 65-plussers.



Figuur. Groei van de reële ZIV-uitgaven 2026-2035 per leeftijdsklasse. Bron: Planbureau

De levensverwachting stijgt. De geboortecijfers dalen. De babyboomers worden ouder, en de oudste bevolkingsgroep veroudert zelf: het aantal 75-plussers stijgt de komende tien jaar met een kwart.

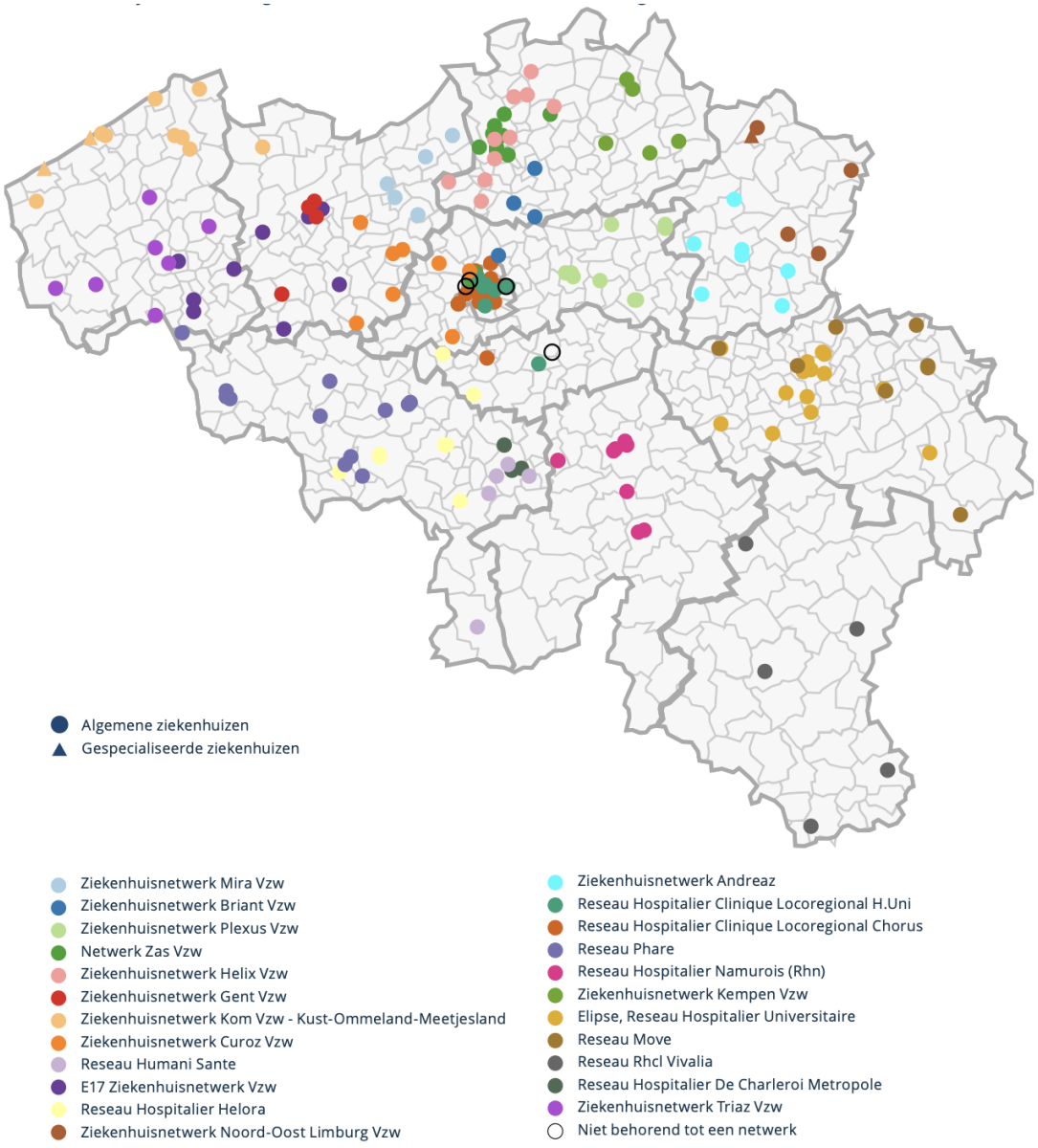
De vergrendeling van het ziekenhuislandschap laat ook weinig of geen ruimte voor de kansen die de vooruitgang biedt. Die innovatie is niet alleen technologisch: endoscopie, anesthesie, beeldvorming, immunotherapie. Ook de manier waarop we zorg organiseren, is toe aan grondige verandering. En ondanks zijn toonaangevende referentiezorg hoort België niet in alle disciplines bij de voorhoede.

Het beeld oogt uitdagend. Versnippering, niet-zorgoverhead en aanbodgedreven zorgconsumptie zonder veel meerwaarde kosten héél veel geld: tot 15-25% van de systeemkost. Dat blijkt uit cijfers van de OESO, van onderzoekers in de VS en uit de cijfers die Lieven Annemans voor onze regio citeerde in *De prijs van uw gezondheid* (Lannoo 2014).

Het huidige systeem blijft volume belonen in plaats van kwaliteit, en wakkert zo de overconsumptie aan. De patiënt loopt verloren: hij of zij heeft minder informatie dan de arts, krijgt interventies met weinig meerwaarde voor de gezondheidsuitkomst en mist een gecoördineerd persoonlijk zorgpad. De zorg is te weinig proactief en besteedt te weinig aandacht aan preventie: van aandoeningen, van invasieve ingrepen, van complicaties. Er is geen systematische kwaliteitsopvolging. Daardoor ziet de patiënt (net als de overheid en de verzekeraar) niet hoe de kwaliteit verschilt van zorgprofessional tot zorgprofessional. Rigide regelgeving en gevestigde (lokale) belangen ten slotte remmen innovatie af en ondergraven de autonomie van de arts – precies de hefbomen die een uitweg kunnen bieden.

2. De hervorming van de gezondheidszorg gaat te traag voor de patiënt – en voor de begroting

De overheid wil in één brede transformatie het ziekenhuislandschap, de eerstelijnszorg, de dringende medische hulp, de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering grondig hervormen, “om zo een meer efficiënte, meer geïntegreerde en meer patiëntgerichte zorgorganisatie te garanderen.” Maar alleen al de hervorming van het ziekenhuislandschap kent een erg lange overgangsperiode: tot tien jaar en meer. Het gevolg is grote onzekerheid bij alle betrokkenen, niet het minst bij de zorgverstrekkers. En zo lang kunnen de patiënt en de begroting niet wachten.



Figuur. De erkende ziekenhuisnetwerken in België (2025). Bron: gezondbelgie.be

Sinds 1 januari 2020 moet elk algemeen ziekenhuis deel uitmaken van één locoregionaal ziekenhuisnetwerk, onder het motto “Nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig”. De financiering van die netwerken bleef afhangen van die van de deelnemende instellingen. Vlaanderen mag maximaal dertien netwerken hebben, Wallonië acht en Brussel vier. Elk netwerk organiseert het locoregionale zorgaanbod binnen zijn gebied. Koepels als GIBBIS, Santhea en Zorgnet-Icuro domineren de huidige 23 netwerken én zetten nieuwe ziekenhuisnetwerken op.

De expertengroep stelt nu voor om dit overaanbod verder te bundelen in vier types:

1. volwaardige **regionale algemene ziekenhuizen** (RAZ), die onder bepaalde voorwaarden fungeren als referentiecentra voor complexe aandoeningen;
2. **lokale medische centra** (LMC), intussen herdoopt tot ziekenhuissites voor **dagzorg** (ZDZ), voor planbare, ambulante specialistische zorg en daghospitalisaties, met operatiekwartier, recovery en volwaardig diagnostisch platform;
3. ziekenhuissites voor **intermediaire of revalidatiezorg** (ZIZ), waar het herwinnen van zelfredzaamheid centraal staat;
4. **universitaire ziekenhuizen** die hun onderwijs- en onderzoeksopdracht combineren met de functie van een RAZ.

De hertekening van het ziekenhuislandschap leidt tot concentratie en centralisatie. Kleinere instellingen moeten zich groeperen, fuseren of satelliet worden van een regionaal algemeen ziekenhuis. Eén (publieke of private non-profit) rechtspersoon bepaalt de strategie, beheert de geconsolideerde middelen en draagt de juridische verantwoordelijkheid voor alle entiteiten samen. De artsen en verpleegkundigen van de LMC’s en ZIZ’s maken integraal deel uit van het personeel van het RAZ/UZ.

Tegen 1 januari 2028 moet de bestemming van alle bestaande ziekenhuissites vastliggen. (Nieuwe sites zijn niet de bedoeling, zie verder.) In 2031 volgt een evaluatie van de eerste “reconversiefase”. Pas ten laatste in 2037 moet de hele hervorming rond zijn.

Schaalvoordelen kennen niet alleen een ondergrens, waaronder kleinere instellingen niet optimaal werken. Er is ook een bovengrens, waarboven te grote en logge structuren aan efficiëntie en slagkracht verliezen. De ziekenhuisomgeving heeft enorme sterktes, maar ook een aanzienlijke organisatorische, financiële en administratieve complexiteit. In zulke structuren remt de veelheid aan regels – medische en andere –, organisatielagen, overlegstructuren en financieringsmechanismen soms onbedoeld de artsen af: hun drang om de best mogelijke zorg te bieden, hun ondernemingszin, flexibiliteit, vakmanschap en eigenaarschap.

Steeds nadrukkelijker rijst de vraag of er niet méér zorg buiten het klassieke (dag)ziekenhuis moet worden georganiseerd.

Juridische experten wezen erop dat de voorgestelde organisatie van het ziekenhuislandschap ook zorg “uitgevoerd in een extramurale omgeving, die voldoet aan de architectonische normen van een functie chirurgische daghospitalisatie” mogelijk kon maken. Strikt juridisch – volgens het koninklijk besluit van 25 november 1997 voor ‘chirurgische daghospitalisatie’ en het koninklijk besluit van 10 februari 2008 voor ‘niet-chirurgische daghospitalisatie’ – moeten de nieuwe ZDZ “organisatorisch en architecturaal deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis, zich op dezelfde vestigingsplaats bevinden en uitgebaat worden door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats ze zich bevindt.”

De Europese regels over vrij verkeer van diensten, vrijheid van vestiging en staatssteun zullen nauwgezet bekijken hoe alle types ziekenhuissites hun “dienst van algemeen economisch belang” invullen. Wat als sommige sites bijvoorbeeld niet meer 24/7 bereikbaar zijn? In hoeverre verschillen ze dan nog van extramurale centra, of ruimer van instellingen die geen subsidies krijgen?

In die tekening kan een extramuraal centrum ook uitgroeien tot een expertisecentrum, bijvoorbeeld voor dermatologie en plastische heelkunde, of voor (een deel van) de orthopedische heelkunde. Een voldoende grote schaal vraagt dan een vrij groot verzorgingsgebied en/of een combinatie van disciplines die aantrekkelijk is voor de patiënt.

De grote spelers in het ziekenhuislandschap beseffen dat uiteraard. Er komen meer chirurgische dagklinieken met een eigen personeelsbestand en een (pseudo)autonome organisatie. Ziekenhuizen bundelen de krachten voor medische en medisch-technische diensten. Zo baten de Clinique CHC en het Hôpital de La Citadelle in Luik samen een PET-scanner uit. Gespecialiseerde centra zoals het Antwerp Orthopaedic Center fungeren als “focused factories” voor de ziekenhuisgroep waarmee ze samenwerken.

Maar daar houdt het op. Het “consensusvoorstel” van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 24 juni 2026 benadrukte dat geen enkele ziekenhuissite zal moeten sluiten. Maar het totale aantal sites van regionale algemene ziekenhuizen, ziekenhuissites voor dagzorg en ziekenhuizen voor intermediaire zorg mag het huidige aantal erkende ziekenhuissites niet overschrijden: “Er mogen geen nieuwe vestigingsplaatsen in gebruik worden genomen voor een ZDZ.” Bovendien zijn die ZDZ “institutioneel verbonden aan één RAZ”. Ziekenhuizen voor intermediaire zorg (revalidatie) daarentegen kunnen deel uitmaken van een regionaal algemeen ziekenhuis, maar ook een eigen bestuursorgaan hebben.

Ziekenhuissite voor dagzorg (ZDZ)

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

Figuur. De omschrijving van de Ziekenhuissite voor dagzorg uit het Principsvoorstel voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap (2026-2036) van 24 juni 2026

Dit *white paper* vraagt of die evolutie niet consequent moet worden doorgetrokken. Kan het zorglandschap niet nog rijker worden door ook écht autonome extramurale zorgcentra toe te laten, die niet per se deel uitmaken van het conglomeraat rond een regionaal algemeen ziekenhuis? Wat betekent dat voor financiering en terugbetaling: komt er een extramurale vorm van het BFM, gelden de DRG-forfaits ook buiten het ziekenhuis? En wat betekent het voor de toepassing van de Kwaliteitswet, in het bijzonder voor de vormgeving van samenwerkingen met ziekenhuizen?

We herhalen ten slotte dat die extramurale zorg ingebed moet zijn in een brede eerstelijnszorg. Die eerstelijnszorg wordt onvermijdelijk de flessenhals van het zorglandschap waar we naartoe gaan, zodra overnachtingen in een ziekenhuis eerder uitzondering dan regel worden. Dat gaat niet alleen over nazorg, maar ook over preventie en gezondheidspromotie rond de sociale determinanten van gezondheid. Die preventieve component blijft een ondergeschoven kind: in regelgeving, in financiering (en fiscale behandeling), en als vast onderdeel van zowat alle zorgpaden.

De budgettaire én demografische druk op onze gezondheidszorg is enorm en zal niet vanzelf afnemen. De patiënt kan niet wachten tot de hele hervorming klaar is. En artsen hoeven met hun verantwoordelijkheidszin niet te wachten tot alles mogelijk wordt. De maatschappelijk gedreven ondernemers onder hen houden best vol. Ze documenteren wat ze doen om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwaliteitsvol te houden, hoe dat ook extramuraal kan, en wat het bijdraagt aan de uitkomst voor patiënt en samenleving.

3. Extramurale zorg kan snel een efficiënte oplossing bieden

Extramurale en transmurale zorg

Soms heerst de perceptie dat betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg enkel binnen de muren van het ziekenhuis bestaat. Alles daarbuiten geldt als het Wilde Westen: hoe verder extramurale praktijken zich van het ziekenhuis wagen, hoe meer het maatschappelijk belang zou wijken voor persoonlijk gewin.

Die perceptie gaat voorbij aan het feit dat ziekenhuizen complexe mastodonten zijn, met dure infrastructuur, een steeds groter middenkader en hoge vaste kosten. (Dat kleine ziekenhuizen zich graag groter voordoen en grote ziekenhuizen kleiner, bevestigt dat alleen maar.) Die complexe organisatie is de aangewezen plek voor even complexe en acute zorg, voor intensieve bewaking, complicaties en opleiding. Maar planbare en laagvariabele chirurgie, consultaties, beeldvorming, revalidatie enzovoort hoeven niet per se in die omgeving plaats te vinden. Net als in alle andere domeinen van samenleving en economie kunnen veel activiteiten buiten het ziekenhuis efficiënter, goedkoper of patiëntvriendelijker worden georganiseerd, mits ze transparant en onder het juiste medische toezicht gebeuren. In veel andere landen staat de evolutie naar meer gedifferentieerde en aangepaste settings al verder.

Wie kwaliteit wil garanderen in het hele zorgtraject, moet de coördinerende artsen responsabiliseren. Financiële en andere incentives – vooral in de nomenclatuur – mogen de therapeutische keuze niet beïnvloeden. Dat geldt in het bijzonder voor het voorkomen en vermijden van ingrepen. Het honorarium voor een ingreep moet aansluiten bij de reële kost, waar de ingreep ook plaatsvindt. En de uiteindelijke toets is kwaliteitsmonitoring tot (ver) na een eventuele chirurgische ingreep, en de tevredenheid van de patiënt – lees: diens dagelijkse levenskwaliteit, met aandacht voor taalbarrières, gezondheidsgeletterdheid, familiale context, sociaal netwerk…

Die responsabilisering gaat samen met autonomie: de arts voert de regie, in het beste belang van de patiënt en dus van de samenleving. De keuze van de arts weerspiegelt zich in de kostprijs van het voorgestelde zorgtraject (voor verzekeraar, overheid en patiënt). Die trajecten hoeven dus niet a priori identiek te zijn voor alle patiënten. De keuzevrijheid van de patiënt werkt disciplinerend. Ze prijst excessen uit de markt en vermijdt anderzijds een “race to the bottom”.

Wie de blik verruimt van afzonderlijke “prestatie” naar traject, kan de zorg meer patiëntgericht maken. Dat betekent aandacht voor de thuissituatie, voor nazorg thuis of opvolging met apps, maar evengoed voor meer preventie en chirurgievermijdende therapie aan het begin van het traject. Omdat de doorlooptijd van die trajecten voorspelbaarder wordt, vermijdt deze aanpak dat zorgverstrekkers om niet-medische redenen te lange, te dure of te weinig gerichte zorg bieden. Als de financiering (zie verder) niet alleen van afzonderlijke nomenclatuurnummers afhangt maar ook van het hele traject, sporen de prikkels met het belang van patiënt én samenleving (lees: de belastingbetaler). Integreren we kwaliteitsmonitoring en metingen van zorgconsumptie als uitkomstindicatoren van die trajecten, en stemmen we de financiering daarop af, dan blijven artsen-specialisten en al het

betrokken zorgpersoneel innovatie en efficiëntiewinst nastreven. Betere kwaliteit en voorspelbare doorlooptijden leiden tot minder chroniciteit, veiliger interventies met minder complicaties, en minder invasieve en dure behandelingen.

Zorgtrajecten bestaan al, voor specifieke aandoeningen. En er worden verder proeftuinen rond opgezet. Recent liep in een lokaal ziekenhuis in Waremme een pilootproject rond Value-Based Healthcare voor heup- en kniearthroplastie. Daarin staat de patiëntenreis centraal, eerder dan afzonderlijke procedures of ziekenhuisepisodes.

> "*This pilot project demonstrates that Appropriate and Value-Based Care can be operationalised through clinician-led, bottom-up transformation without large-scale structural reform or external consultancy dependence. The integration of multidisciplinary collaboration, digital infrastructure, outcome measurement, and continuous learning may provide a scalable pathway toward sustainable healthcare reform in Belgium and comparable European healthcare systems. [...] The major structural limitation is a financing model that rewards volume over value."*[3]

Het kader in dit white paper wil die benadering uitbreiden tot zo veel mogelijk zorgtrajecten – en de autonome coördinatie daarvan leggen waar ze het beste ligt: bij de coördinerende arts, los van het ziekenhuis.

En uiteraard worden kwaliteit en gezondheidsuitkomsten vandaag ook al bij ons gemeten. Maar dat gebeurt niet altijd op een transparante of systematische wijze. Dat is nochtans de keerzijde van de autonomie: met verantwoordelijkheid komt rekenschap.

Een té toegankelijk gezondheidszorgstelsel weegt niet alleen op het overheidsbudget, maar ook op de werkdruk van het zorgpersoneel. Niet alleen de spoeddienst wordt te pas en te onpas bezocht. Ook de specialistische zorg is vandaag zonder meer toegankelijk, waardoor de wachtlijsten te lang worden voor wie snel écht zorg nodig heeft. Geïntegreerde zorgtrajecten kunnen hier helpen, en in het bijzonder digitale instrumenten. Die maken telemonitoring mogelijk, versterken zo de nabijheid en maken de zorgtrajecten efficiënter.

Voorwaarde is uiteraard een billijke rolverdeling. Publieke middelen mogen niet dienen om private rendementen te maximaliseren. *Cherry picking* mag de publieke sector niet opzadelen met "langliggers" en "onrendabele" complicaties en nazorg. Wachtdiensten en permanentie mogen niet worden afgeschoven op collega's. Patiëntgegevens moeten zorgvuldig worden gedeeld. Maar al die voorwaarden kunnen evengoed in een overeenkomst en een duidelijk ethisch-deontologisch kader worden vastgelegd. Ze hoeven niet per se in de stenen muren van het ziekenhuis te worden gegoten – letterlijk en figuurlijk.

Het Regeerakkoord 2025-2029 maakt uitdrukkelijk plaats voor extramurale praktijken, met de suggestie dat het vermogen om zich te onderscheiden de kwaliteit van de zorg ten goede kan komen:

> *Extramurale praktijken kunnen een plaats hebben in het zorglandschap als aanvulling op de ziekenhuizen. Samenwerking met ziekenhuizen ten minste voor wachtdiensten is noodzakelijk. We moedigen een samenwerking aan met ziekenhuizen in dit opzicht. We hebben aandacht voor de rol die extramurale zorg kan spelen in het verstrekken van betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Dit mag echter in geen enkel*

[3] Paul d'Otreppe, Samy Aouachria & Grégory Lambeaux (2026), *Appropriate and value-based care: towards a transformation of the Belgian healthcare system. From concept to evidence: a bottom-up implementation in hip and knee arthroplasty in a Belgian local-level hospital,* European Medical Specialist Review. *https://www.europeanmedicalspecialistreview.eu/vbhc*

> *geval leiden tot een zorg aan twee snelheden. We onderwerpen deze praktijken tevens aan gelijkaardige kwaliteits- en veiligheidsnormen zoals de ziekenhuizen en voeren een verplichting in voor extramurale praktijken om zich te registreren in het medisch kadaster. We waken er daarbij over dat de werking van en de wachtdiensten in de ziekenhuizen niet onder druk komen te staan.*

en

> *De ambulante setting moet maximaal gebruikt worden voor iedereen wiens problematiek dat toelaat. Op die manier blijft de residentiële zorg maximaal vrij voor degene die er echt nood aan hebben en niet op een andere manier geholpen kunnen worden.*

met ten slotte ook

> *Ziekenhuizen moeten de ruimte blijven krijgen om te ondernemen en zich te onderscheiden. We passen voor eenheidsworst. Ziekenhuizen die samenwerken mogen hiervan geen nadeel ondervinden op het vlak van hun financiering. Rapportering over de kwaliteit van zorg moedigen we sterk aan, net als benchmarking.*

Complementariteit eerder dan concurrentie met het ziekenhuis

Sterke, goed uitgeruste extramurale centra kunnen het zorglandschap verrijken. Het zorgtraject staat daarbij centraal. Elke stap in dat traject vindt plaats in de omgeving die daarvoor het meest aangewezen is. Elke keuze voor een omgeving heeft een opportuniteitskost: wie stap a in omgeving X laat gebeuren, laat die niet in omgeving Y gebeuren. Dat maakt een verschil in tijd, energie, geld… In de beslissingsleer (en de economie) geldt de algemene regel dat zulke verschillen de keuze bepalen – in dit geval de beleidskeuze om de gezondheidszorg met of zonder extramurale centra in te richten. Wat geven we op, en wat winnen we, bij elk van de mogelijke keuzes?

Extramurale zorg kan capaciteitsproblemen helpen opvangen. Ziekenhuizen zijn vooral zo complex omdat ze veel verschillende processen onder één dak willen combineren, alsof een ziekenhuis een conglomeraat is. De spoeddienst, intensieve zorg, beeldvorming, algemene chirurgie enzovoort hebben elk hun eigen type patiënt, zorgbenadering, doorlooptijd, financiering en – niet te vergeten – almaar meer regelgeving…

Het mengen van die patiëntenstromen leidt tot grote coördinatieproblemen. Ziekenhuizen worden er logge organisaties door, waarin niet-zorgverstrekkers de meerderheid van het personeel vormen. En het staat de beste patiëntenbeleving in de weg. Wie gerichte zorgtrajecten inricht in een organisatie op maat – een extramuraal centrum – kan die patiëntenstromen ontwarren. Zo kan extramurale zorg efficiëntiewinst (lees: besparingen) opleveren in de gezondheidszorg. Vanaf dag één, met de focus op planbare zorg.

Dankzij extramurale centra kunnen algemene ziekenhuizen zich toeleggen op algemene zorg en op de acute en complexe processen die altijd in een ziekenhuis thuishoren. Die rolverdeling maakt de ziekenhuisprocessen efficiënter en verkleint het risico. Omgekeerd kan het ziekenhuis de faciliteiten van het extramurale centrum gebruiken als het zelf met capaciteitsproblemen kampt. Ruimer kunnen de centra ook de investeringsnood van ziekenhuizen helpen lenigen, en de verdeling van middelen tussen bijvoorbeeld consultatieruimtes en operatiekwartieren verbeteren.

De arts die het zorgtraject coördineert, neemt ook eigenaarschap op voor de stappen die het best in het ziekenhuis gebeuren. Dat veronderstelt dat het extramuraal centrum zo nodig “toegang” krijgt tot het ziekenhuis. Omgekeerd verzekert de artsengroep van het centrum mee de continuïteit van permanentie, spoed- en intensieve diensten in het ziekenhuis. Ook het verplegend personeel kan met de arts “mee bewegen” van centrum naar ziekenhuis en omgekeerd. Zo dalen de personeelskosten, blijft expertise beschikbaar, stijgt de werknemerstevredenheid en verbetert de werk-levenbalans.

Extramurale zorgtrajecten zorgen voor snelle toegang tot zorg. Eén aspect daarvan: dankzij de inbedding in het traject kan de consultatietijd evenredig zijn met de medische en sociale nood. Eenvoudige dossiers kunnen vaak efficiënt en correct in vijftien of twintig minuten worden besproken. Maar bij complexe pathologie, operatieve besluitvorming, complicaties, familiegesprekken of kwetsbare patiënten moet de tijd in verhouding staan tot de klinische en menselijke nood.

Kleinere en meer gerichte extramurale centra brengen minder administratieve last en dus een lagere systeemkost mee (op voorwaarde dat patiënt- en andere gegevens tussen de stappen van het zorgtraject zorgvuldig en vlot worden uitgewisseld).

Extramurale centra kunnen vooral zorgen voor concentratie in de vorm van medische specialisatie. In plaats van ingrepen per specialist te plafonneren, houden we beter het aantal soorten artsen die een bepaalde ingreep uitvoeren onder controle. Let wel: volume is relevant, maar nooit op zichzelf voldoende. Lage volumes kunnen vragen oproepen, maar hoge volumes garanderen evenmin goede zorg. Wat nodig is: intercollegiale toetsing, indicatiecontrole, complicatieanalyse, uitkomstenopvolging en professionele zelfregulering. Kwaliteit mag niet worden herleid tot procedures, KPI’s of accreditatielogica. Artsen moeten zelf sterker durven definiëren wat echte klinische kwaliteit is. Het is voor een ziekenhuis heel moeilijk om minder goed functionerende artsen, met een slechtere *patient outcome*, te stoppen. Extramurale centra staan bloot aan de keuzevrijheid van de patiënt. Die disciplinerende werking kan deze dynamiek bevorderen.

Wie activiteitsvolumes gericht toewijst, kan ook hun waarde voor opleiding en expertise beter benutten. Zowel complexe maar zeldzame zorg als eenvoudigere, repetitieve en planbare zorg vormt de basis voor technische maturiteit en ervaring. Expertise (en trainees) circuleert zo tussen drie settings: universitaire centra, met de focus op (zeer) complexe zorg, onderzoek en onderwijs; extramurale en perifere settings, rond gestandaardiseerde planbare zorg; en algemene ziekenhuizen, waar (nog meer) multidisciplinaire, acute en traumazorg plaatsvindt.

Een belangrijke verantwoordelijkheid van het gezondheidsstelsel als geheel is ten slotte de toegankelijkheid van spoeddiensten en permanentie. Ook in transmurale of extramurale zorgmodellen moeten beschikbaarheid, escalatie en urgentie dus helder geregeld zijn. Permanentie is geen vanzelfsprekende restpost. Je bent klinisch beschikbaar, met een mentale, familiale en professionele belasting. Die belasting moet erkend worden, zonder elk flexibel zorgmodel via overregulering onmogelijk te maken. Het is aan extramurale centra om die verantwoordelijkheid – als centrum – mee op te nemen, samen met hun collega’s uit het ziekenhuis. Met een goede planning kunnen eventueel zelfs bepaalde urgenties extramuraal georganiseerd worden.

Zo worden de contouren duidelijker van het zorgmodel dat dit *white paper* voorstelt: een gedifferentieerd landschap met gedeelde klinische regie en circulatie van expertise. Extramurale centra staan daarin niet tegenover (dag)ziekenhuizen. Ze vormen een waardevolle aanvulling in een transmuraal netwerk, met de patiënten en hun zorgtrajecten in het centrum.

De extramurale centra die we hierboven beschrijven, vormen een “aanvulling” – dixit het Regeerakkoord – op het ziekenhuislandschap, en in het bijzonder op de ziekenhuissites voor dagzorg uit de hertekening.

Criterium	Ziekenhuissite voor Dagzorg (ZDZ)	Extramuraal Chirurgisch Centrum (EMC)
Objectief	Planbare deel van algemene zorg dat geen overnachting vereist Mix van laagvariabele en complexe zorg, met complexiteit tot gevolg: hoe de verschillende “business lines” in het conglomeraat , elk met hun eigen dynamiek, op elkaar afstemmen?	Focus op efficiënte zorgtrajecten voor specifieke patiëntenpopulatie
Toegankelijkheid	Hoogdrempeliger, afstandelijk	Nabij, laagdrempelig
Snelheid van zorg	Wachtlijsten	Planbaar
Betaalbaarheid van zorg	Nomenclatuur + supplementen, verplichte en aanvullende verzekering	Nomenclatuur in KPI-financieringsmodel? Verplichte en aanvullende verzekering?
Kwaliteit van zorg	++	+++
Veiligheid	+++, geïntegreerd met RAZ voor complicaties	+++ door gefocuste protocollen, SLA met RAZ vereist voor complicaties
Nomenclatuur art.15§2	Niet van toepassing	Van toepassing…
Budget Financiële Middelen	Maakt deel uit van dat van het RAZ	Niet van toepassing
DRG-forfait	Ja, mogelijk specifiek	Weinig waarschijnlijk
Dagforfait	Ja	?
Tussenkomst in de werkingsbijdrage	Ja	?
Overnachting	Niet mogelijk	Niet mogelijk
Hiërarchie	Diep, aanzienlijk (niet-zorg) middenkader	Vlakker, directe lijn met de arts in regie
Overhead	Maakt deel uit van die van het RAZ	Beperkter
EPD	Maakt deel uit van die van het RAZ	Beperkt EPD, gelinkt met EPD van het RAZ?
Interoperabiliteit van systemen en gegevens	Inherent	Niet vanzelfsprekend

Telemonitoring	Aanwezig	Aanwezig bij digitale innovatie
Wachtdienst	Maakt deel uit van die van het RAZ	Oproepbaar, niet aanwezig buiten werkuren?
Zorgpersoneel	Groot gediversifieerd/ wisselend team	Dedicated en beperkt
Procedures & Protocollen	Conglomeraat	Beperkt aantal types
Escalatie Procedures	Verbonden met RAZ	SLA nodig met RAZ
Zorgtraject	Fragmentair, veel overdrachtsmomenten	Geïntegreerd, gecoördineerd, gestandaardiseerd
Nazorg	Samenwerking met RAZ of ZIZ, maar gebrekkige overdracht met thuis- of eerstelijnszorg	Geïntegreerd, gecoördineerd, sneller herstel/sneller terug aan het werk Betere doorstroming naar thuiszorg
Planbaarheid & Repetitiviteit	Hoog, onderbrekingen door spoed en andere urgenties	Zeer hoog
Volume - Outcome effecten	Minimumvolumes?	Minimumvolumes?
Rol ervaring chirurg	Ja ++	Ja ++++
ASA • SOI • comorbiditeiten	ASA 1,2 en stabiele 3, haalbare SOI en comorbiditeiten	ASA 1-2, preselectie SOI (1-2) en comorbiditeiten (zie het zusterrapport)
Accidents	Beperkt	Zeldzaam
Near-accidents	Frekwenter	Minder frekwent, minder foutgevoelig
Outcome na major accident	Beter	Beperkter
Overbrenging vereist in geval van accident?	Ja	Ja
Ervaring van zorgbelasting?	PREM belastend	PREM minder belastend
Logistieke keten	Omslachtig	Lean
Infrastructuur	VIPA-subsidiëring	Privé-kapitaal
Aankoopprocedures	Omslachtig – procedureel	Direct
Implantaten en andere medische hulpmiddelen	Ziekenhuisapotheek	Zijn er erkende alternatieven mogelijk om het feitelijke monopolie te doorbreken?
Facturatie	Omslachtig	Omslachtig
Personeelsbeleid HR	Omslachtig	Beperkter
Parking	Betalend en ver	Gratis (?) en nabij
Band met eerstelijn	Niet prominent aanwezig	Prominent

Werkuren	08-23u	Af te spreken met team
Type personeel	Verpleegkundigen – CAO	Variabel – geen CAO?
Type operatiekwartier	Ifv type ingrepen	Ifv type ingrepen
Auditing & accreditering	Ja JCI, Qualicor Europe (NIAZ), FlaQuM - zie ook eisenkader voor C-dienst en chirurgisch dagziekenhuis	Ja ISO, formele controle zal zeker in eerste periode cruciaal zijn
Determinerend aspect chirurg	Minder uitgesproken	Uitgesproken
Kwaliteitsmeting en -opvolging in proces en outcome	Ja, maakt deel uit van die van het RAZ	Ja, documentering en transparantie rond complicaties en resultaten zal cruciaal zijn
Algehele narcose	Ja	Ja (?)
IV Sedatie	Ja	Ja
Locoregionale anesthesie	Ja	Ja
Locale anesthesie	Ja	Ja
Recovery	Ja, groot	Ja, klein
Contact met personeel	Los, incidenteel	Zeer nabij, persoonlijk
Financieel voor patiënt	RIZIV-reglementering en supplementenplafond	RIZIV-reglementering en eigen gezondheidsbijdrage
Privéverzekeraar	Hospitalisatieverzekering	Bespoke?
Werknemersengagement	Behoud personeel door aanbieden losstaand ZDZ?	Wordt als concurrentie gezien? Teams “meenemen”? Minder uitval
Effect op beddenhuis	Ja ++	Ja ++
Effect op OK	Ja +++	Ja +++
Kostprijs per ingreep	Iets lager dan in RAZ	80-90% van RAZ
Feedback loops besluitvorming	Lang	Kort
Teamgeest	Moeilijker te bouwen	Makkelijker te bouwen
Planningsconflicten	Ja, bij verlof, ziekte…	Minder, meer planbaar (?)
Wachttijden	Vooral ifv chirurg én zalen	Vooral ifv chirurg, beperkter
Infectierisico	Ifv procedures, beperkt	Ifv procedures, zeer beperkt
Keuze implantaten	Ifv apotheek	Ook via ziekenhuisapotheek
Spoeddienst aanwezig?	Neen	Neen
Intensieve bewaking aanwezig?	Neen	Neen
Medisch-technische diensten aanwezig?	Klinische biologie, Beeldvorming, Zware apparatuur	Beeldvorming?

Andere medische disciplines aanwezig	Ja	Beperkt, ifv zorgtraject
Reputatie	Maakt deel uit van die van het RAZ	Teamafhankelijk
Patiëntenbeleving	Klinisch, stressvol	Nabij, discreet, vertrouwd, geen ziekenhuisgevoel

Zorgpad of zorgtraject als centrale rode draad

Zorgtrajecten staan centraal in het voorstel voor extramurale – transmurale – zorg: geïntegreerde zorg van preventie over opsporing en chirurgievermijdende therapie tot chirurgie wanneer die toch nodig is, en opvolging thuis. Een arts-specialist uit het centrale domein (bijvoorbeeld orthopedie of vaatchirurgie) coördineert die trajecten, in een multidisciplinair team met andere specialisten, paramedici en de eerstelijnszorg. De extramurale centra uit dit *paper* nemen die coördinatie op zich. Eén of meer stappen in het traject kunnen daarbij ook *binnen* de muren van het ziekenhuis plaatsvinden.

Dankzij die teamaanpak houdt de arts de regie in handen, maar kan hij of zij veel zorgtaken aan teamleden toevertrouwen. Het voorbeeld bij uitstek is de chirurg. In plaats van de traditionele één-op-éénconsultaties in het ziekenhuis structureert die het patiëntencontact nu samen met paramedici. Zij lichten de patiënt bijvoorbeeld in over het verloop, doen de eerste tests en laten de chirurg aansluiten om de diagnose te stellen – en uiteraard om de ingreep uit te voeren (in het ziekenhuis of daarbuiten).

Zorgprogramma's vormen vandaag het organisatorische kader voor zorgtrajecten voor specifieke doelgroepen: cardiale pathologie en beroertezorg, reproductieve geneeskunde, oncologie (met in het bijzonder borstkanker en hemato-oncologie), en specifieke programma's voor kinderen en geriatrische patiënten.

Die programma's combineren hospitalisatie, medische diensten zoals transplantatiecentra, en medisch-technische diensten zoals beeldvorming of radiotherapie.

Hoe transmurale zorg de vier zorglijnen verbindt

Zorgtrajecten maken deel uit van wat soms vierdelijnszorg heet: de coördinatie van zorg over instellingen en actoren heen. Ecosysteemwerking en digitale technologie vormen de kern ervan. De biologische term "ecosysteem" wordt te pas en te onpas gebruikt zodra twee of meer partijen met elkaar verbonden zijn. Maar de biologie toont ook wat een goed functionerend ecosysteem wél inhoudt: een heldere rolverdeling waarin elke actor zijn verantwoordelijkheid (en risico) opneemt, een vorm van transparante en gezonde concurrentie, en relaties gebaseerd op kennis, feedback en vertrouwen eerder dan op controle.

Dat geldt niet alleen tussen individuele zorgverstrekkers, maar ook tussen de gebruikelijke "lijnen" in de gezondheidszorg. Alleen zo ontstaat rolhelderheid: welke lijn doet wat, waar dreigt frictie of spanning, waar kan delegatie of is coördinatie nodig, wanneer moet er terugverwezen of opgeschaald worden?

Dit *white paper* gaat niet enkel over de tweede lijn, met haar focus op specialistische diagnostiek, behandeling en nazorg. Ook de derde lijn – de topreferente zorg voor bijzonder complexe of zeldzame aandoeningen, en de universitaire ziekenhuizen – hoort in dit verhaal.

Het zorgtraject vraagt ten slotte vooral dat de eerstelijnszorg betrokken wordt. Meer nog: de coördinatie van opsporing, preventie, toeleiding, postoperatieve opvang en nazorg maakt wezenlijk deel uit van elk zorgtraject.

Zo verbindt het zorgtraject zich met alle kerntaken van de eerste lijn: preventie en vroegtijdige diagnostiek, acute zorg, behandeling en opvolging van chronische zorg, begeleiding bij het levenseinde en zorgcoördinatie. Huisartsen komen niet makkelijk aan al die taken toe: een lege wachtzaal op het einde van de dag is al een goede werkdag. Niet alle huisartsen komen toe aan preventie en proactieve zorg zoals ze zouden willen.

Hoe organiseren we die verbinding met de eerstelijnszorg het best? Dat hoeft niet overal op dezelfde manier: er bestaan al heel wat oplossingen. Enige flexibiliteit lijkt dus aangewezen. We verwijzen in het bijzonder naar initiatieven als de Zorgkiosk – een coöperatie van betrokken zorgverstrekkers die hun activiteiten bundelen – of wijkgezondheidszorg. Het gaat daarbij niet alleen om fysieke, maar ook om psychische en sociale noden.

Uit gesprekken met patiëntenvertegenwoordigers leerden we bijvoorbeeld dat ontslagprocedures vaak erg summier zijn. Ze houden weinig rekening met onmiddellijke ondersteuning thuis: niet alleen voor medische zorg, maar ook voor praktische problemen zoals zich aankleden of de bereikbaarheid van apotheken.

Bovendien zal de werkwijze niet in elke regio dezelfde zijn. Populatiegerichte zorg moet rekening houden met lokale sociodemografische evoluties, met de aanwezigheid van zorgverstrekkers in elke lijn (inclusief thuiszorg en mantelzorg) en met bereikbaarheid. De norm van 30 minuten over de (auto)weg discrimineert wie geen auto heeft of, zoals veel ouderen, niet zomaar in de auto stapt.

Kwaliteitsmonitoring, interoperabiliteit van systemen en gegevens

De aantrekkingskracht van de extra- of transmurale trajecten uit dit *white paper* hangt sterk af van de kwaliteitsopvolging. Zolang de gezondheidszorg draait rond afzonderlijke ingrepen – de nomenclatuurnummers – in een geïnstitutionaliseerde omgeving (ziekenhuisnetwerken) zijn er weinig prikkels om kwaliteit te meten, laat staan om de resultaten publiek te maken.

De bestaande formele kwaliteitsmaatstaven zijn niet altijd even objectief of onafhankelijk. Ze zijn vaak te institutioneel geïnspireerd (denk aan ISO of JCI) om relevant te zijn voor individuele patiënten. Die patiënten krijgen al even formalistisch de vraag hoe ze de uitkomsten evalueren – de zogenaamde *Patient Reported Outcome Measurement (PROM)* – en hoe ze het zorgpersoneel, de zorgomgeving… ervaarden – de *Patient Reported Experience Measurement (PREM)*, naast de ClinROM van de arts.

Dit referentiekader schuift een transparante en omvattende rapportering en opvolging van gezondheidsuitkomsten naar voor, zowel vanuit het perspectief van de behandelende arts als van de patiënt.

Een belangrijk aandachtspunt is de interoperabiliteit van systemen, en vooral van patiëntgegevens. Transmurale zorg zonder compatibiliteit, terugkoppeling en kwaliteitsdata leidt alleen maar tot versnippering. Als zorg deels buiten het ziekenhuis gebeurt, moet de informatie correct blijven terugvloeien: complicaties, onnauwkeurigheden, uitkomsten, medicatie, beeldvorming, labo’s en klinische evolutie.

Met collaboratieve zorgplatformen zoals CoZo heeft België mogelijk al een sterke basis. Ziekenhuis-EPD's bleken de voorbije jaren daarentegen vaak zwaar, duur en storend voor de workflow. Ook tussen ziekenhuizen sluiten mynexuzhealth en CoZo niet naadloos op elkaar aan, en hetzelfde geldt voor de gegevensuitwisseling tussen Wallonië, Brussel en Vlaanderen. Misschien ligt hier net een kans: nadenken over de minimale digitale voorwaarden voor een transmuraal zorgplatform dat continuïteit, kwaliteit en systeemleren ondersteunt.

Wie extramurale centra wil opzetten, zal uiteraard ook moeten investeren om aan de GDPR en andere vereisten te voldoen. Het is aan het beleid om precies uit te werken aan welke voorschriften extramurale chirurgische centra moeten voldoen.

De efficiëntiewinst is potentieel enorm: een recente OESO-*paper* schat de impact van betere interoperabiliteit op 2,7-6,6% van de totale systeemkost. (In België is die zo'n 45 miljard euro…) Dat vraagt een verschuiving: van informatiesystemen die vooral de noden van afzonderlijke instellingen en actoren dienen, naar een geïntegreerd digitaal zorgecosysteem met de patiënt in het centrum.

Table 1. Benefits attributable to investing into interoperability according to the analysed papers

	Finland Sitra (2023)	Finland Sitra (2024)	United Kingdom EY (2019)	Canada (2025)
Reduced inefficiencies and optimised service delivery	✓	✓	✓	✓
Earlier detection, more effective treatments & improved clinical results	✓	✓	✓	✓
Greater transparency, data reliability & confidence in the system			✓	
AI enabled administrative efficiency and improved quality of care	✓	✓	✓	✓
Faster and more reliable R&D for new medical and digital solutions	✓	✓	✓	✓
Fewer medication errors, diagnostic mistakes & avoidable harm	✓	✓	✓	✓
Improved prevention, screening & management of population-level risks	✓	✓	✓	✓
Timeframe to realise benefits	No given timeline	3 – 5 years	1 – 10 years**	Starting after 3 years
Potential savings in % of total healthcare expenditures*	**2.70%**	**6.64%**	**4.31%**	**2.71%**

Note: *Healthcare expenditures include personal health care and collective services but excludes investment expenditure; more detailed calculations can be found in the Supporting Materials; **1 -3 years for Big Data savings; 3 – 9 years for AI enables benefits; after 10 years long-term benefits.
Source: Authors; (Wayman and Hunerlach, 2019[31]); (Mullie, Chuck and Razek, 2025[32]), (Larsio, 2023[33]); (Larsio, Malkamäki and Kalliola, 2024[34]); (OECD, 2025[35])

Figuur. Het rendement op investeringen in interoperabiliteit. Bron: OESO (2026)

Belangrijker nog: kwaliteitsmonitoring kan de keuze van patiënten en hun netwerk informeren. De keuzevrijheid of "gezonde concurrentie" die in extramurale settings disciplinerend werkt, vraagt een medisch en sociaal verantwoorde "marketing". Artsen zullen hun indicatiecontrole, complicatieanalyse, uitkomstenopvolging enzovoort moeten hardmaken tegenover de patiënt uiteraard maar ook tegenover de overheid en verzekeraars.

Klinische regie en rekenschap

Door de werkdruk en de personeelstekorten is de rolverdeling tussen de actoren in de zorg in de praktijk niet altijd duidelijk. Tegelijk staat vast dat verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid, beslissingslast en klinisch risico niet gelijk verdeeld zijn over al die actoren.

Het blijft grotendeels de rol van de arts om kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg te bewaken, zorgpaden te coördineren en de medische verantwoordelijkheid te dragen. In een extramurale setting wegen al die aspecten voor de maatschappelijke perceptie mogelijk nog zwaarder dan in de vertrouwde ziekenhuisomgeving.

Autonomie hangt onvermijdelijk samen met de mate waarin de overheid bepaalt welke zorg geleverd mag worden, tegen welke prijs, volgens welke procedure, met welke administratieve bewijslast en onder welke sanctiedreiging. Het probleem is niet dat de overheid randvoorwaarden vastlegt. Dat is haar taak. Het probleem ontstaat wanneer politieke en administratieve systemen de klinische werkelijkheid gaan domineren: wanneer een budgettaire logica de indicatiestelling bepaalt, wanneer uniforme regels relevante verschillen tussen patiënten uitwissen, wanneer controle belangrijker wordt dan zorg. Wie verantwoordelijkheid draagt, moet reële zeggenschap hebben over middelen en methode. Dat is geen pleidooi voor een terugkeer naar onaantastbaar artsenpaternalisme. Het is een pleidooi voor volwassen co-governance: artsen die transparantie en verantwoordelijkheid opnemen, en een overheid die hun expertise, professionele autonomie en klinisch gezag respecteert.

Wie elke vorm van ondernemerschap bij artsen verdacht maakt, verschuift vooral het eigenaarschap van zorgprofessionals naar commerciële of bureaucratische structuren. De keuze is dus niet die tussen “rijke artsen” en “goede publieke zorg”. De echte keuze is die tussen een gezondheidszorg waarin artsen verantwoordelijkheid, autonomie en eigenaarschap behouden, en een systeem waarin ze beslissingen uitvoeren die elders worden genomen.

Artsen hebben een verantwoordelijkheid tegenover de samenleving. Niet omdat ze “met overheidsmiddelen betaald” worden, “een gesubsidieerd beroep” uitoefenen of een “dure opleiding op kosten van de belastingbetaler” kregen, maar omdat het publieke belang vraagt dat ze die verantwoordelijkheid kunnen opnemen. Het is dan ook te kort door de bocht om hun beroep te herleiden tot een bedienden- of ambtenarenstatuut. Dan wordt die verantwoordelijkheid niet langer persoonlijk opgenomen maar geïnstitutionaliseerd, en moeten patiënten zich richten tot anonieme organisaties in plaats van tot hun behandelende arts.

Daarmee hangt de positie van de arts in ziekenhuisstructuren samen. In een ziekenhuis draagt de arts vaak een grote klinische verantwoordelijkheid, maar heeft hij of zij weinig organisatorische regie over consultatieruimte, secretariaat, verpleegkundige ondersteuning, planning, werkprocessen of personeelskeuze. Dat is een fundamentele spanning. Zelfstandige artsen of artsen in associaties hebben meer organisatorische vrijheid, maar dragen ook meer kosten, risico en ondernemersverantwoordelijkheid. Het probleem is niet dat die modellen naast elkaar bestaan. Het probleem is dat het ene model soms bijna volledige regieruimte biedt en het andere bijna geen. Daar ligt ruimte voor kruisbestuiving.

Hoe geschikt een specialisme is om extramurale centra op te zetten, of hoe sterk het omgekeerd aan ziekenhuizen gebonden is, verschilt van specialisme tot specialisme. Anesthesisten waren, zeker zolang algemene verdoving de norm was, sterk verbonden met de operatiekwartieren van algemene of universitaire ziekenhuizen – en omgekeerd.

Dat maakt het benoemen en verdedigen van gemeenschappelijke belangen, of zelfs van solidariteit, onder artsen geen sinecure. Pogingen om artsenlonen naar elkaar te laten

convergeren in het kader van de ACA wijzen in die richting. Een breed kader voor samenwerking, kennisdeling en rolhelderheid kan het wederzijds vertrouwen versterken.

Rolhelderheid

Ook de samenwerking tussen arts en verpleegkundige verdient aandacht. De voorbije decennia is de rechtstreekse tandem arts-verpleegkundige verzwakt door extra managementlagen, EPD-logica, taakafbakening en angst voor aansprakelijkheid. Daardoor verschuift zorg soms van klinische afstemming naar taakadministratie. Een concreet voorbeeld is de ordercultuur. De arts blijft inhoudelijk eindverantwoordelijk, maar in werkbare klinische omstandigheden moet hij of zij de praktische orderinitiatie of procesafhandeling kunnen delegeren, binnen duidelijke afspraken. Anders ontstaat een systeem waarin iedereen formeel zijn taakgrens bewaakt, maar het zorgproces toch vastloopt.

Geef je de verpleegkundige taken én verantwoordelijkheid (subsidiaire zorg)? Of delegeer je, maar houd je zelf de verantwoordelijkheid, het stuur en dus ook de aansprakelijkheid? Delegatie is geen binaire handeling. Soms kan een taak zonder verdere terugkoppeling worden uitgevoerd, soms is actieve terugkoppeling nodig, en soms gaat het om gedeelde procesverantwoordelijkheid. Taskshifting is alleen veilig als het ingebed blijft in taakafstemming, terugkoppeling en klinische regie.

Eindverantwoordelijkheid zonder informatie of terugkoppeling wordt fictief. Sterkere verpleegkunde betekent niet dat verpleegkundigen mini-artsen moeten worden. Evenmin betekent artsengeleide zorg dat verpleegkundigen louter uitvoerders zijn. De uitdaging is net om beide beroepen sterker te maken vanuit hun eigen professionele kern.

Het referentiekader dat hier geschetst wordt, vertrekt van rolhelderheid. Wie ziet wat? Wie beslist wat? Wie draagt welk risico? Wie heeft welke bevoegdheid? Waar begint autonomie, en waar begint eindverantwoordelijkheid? De toekomst ligt niet in het vervagen van beroepsgrenzen, maar in het volwassen hertekenen ervan. Betere zorg vraagt sterkere verpleegkundigen, sterkere artsen en vooral een open gesprek over hoe die rollen opnieuw vruchtbaar op elkaar aansluiten.

4. KPI-Financieringsmodel

Wie betaalt de gezondheidszorg? De perceptie leeft dat de vergoeding uit de nomenclatuur de werkingskosten én het honorarium van de arts en de andere betrokken zorgverstrekkers volledig dekt – en dat “supplementen” een min of meer gratuite bonus voor de arts zijn bovenop die vergoeding. Die supplementen komen dan deels opnieuw ten laste van de belastingbetaler, naast het deel dat de private verzekeraar betaalt voor wie het geluk heeft zo’n verzekering te kunnen betalen.

Zorgconsumenten – dus alle burgers – moeten begrijpen dat de overheid níet (of zelden) de volledige reële kost van de zorg dekt. Een aanvullende particuliere bijdrage is nodig. Die financiert twee zaken: de resterende kost van het “standaard”zorgtraject, en ruimte voor gezonde concurrentie die innovatie aandrijft.

Anderzijds leveren de voorstellen uit dit *white paper* ook belangrijke efficiëntiewinsten op. Alle belanghebbenden – het RIZIV en dus de samenleving, maar ook de individuele patiënt en haar verzekeraar – zien hun bijdrage daardoor mogelijk dalen. De lagere *overhead* van een extramuraal centrum tegenover een ziekenhuis, de grotere aandacht voor preventie van aandoeningen, invasieve ingrepen en complicaties, en de efficiëntie van *dedicated teams* en *flows* in *focused factories* verlagen zowel de overheidsbijdrage als de particuliere bijdrage.

Ligt de totale reële kost van een planbare verstrekking in een extramuraal centrum dicht bij of onder het RIZIV-tarief, plus een beperkt remgeld om overconsumptie te ontmoedigen? Dan is een particuliere bijdrage niet nodig. De patiënt betaalt dan het vaste remgeld, ongeacht of de ingreep in een ziekenhuis of in een extramuraal centrum plaatsvindt. Het voorbeeld bij uitstek zijn ingrepen waarvan de kost vooral bestaat uit lonen van verplegend personeel en verbruiksmateriaal, niet uit dure apparatuur. In *ambulatory surgery centers* in de VS zit het grootste prijsverschil met ziekenhuizen bijvoorbeeld in de *facility fee*, niet in het ereloon van de arts.

De aanvullende bijdrage bovenop de terugbetaling door de overheid wil ook Innovatie aanwakkeren. Dat is de derde component van het KPI-financieringsmodel, naast de overheidsbijdrage in de kosten, en de particuliere bijdrage daarin.

In het model van Vista Minds staat het zorgtraject centraal, gecoördineerd door het extramurale centrum. Alle stakeholders dragen bij voor de aspecten die hen in het bijzonder aanbelangen: kostendekking, innovatie, reproduceerbare uitkomsten… Niet elk centrum stelt hetzelfde zorgpad voor. Aard en omvang van die aspecten kunnen dus verschillen van zorgpad tot zorgpad en van centrum tot centrum. De kwaliteit van de uitkomsten hangt immers ook af van de diagnose, de toegepaste technologie of de toestand van de patiënt. Dat staat niet haaks op het vaak voorspelbare, zogenaamd “laagvariabele” karakter van de zorg in extramurale centra. Ook (en vooral?) bij die diagnoses komt de eigenheid van de coördinerende arts of het zorgteam naar voren, door zo gepersonaliseerd mogelijke zorg te bieden. Die therapeutische vrijheid kan het hele spectrum omvatten, van bewezen routinebenaderingen tot innovatieve zorgpaden.

Opgelet: dat ingrepen laagvariabel of makkelijk te standaardiseren zijn, betekent geenszins dat ze voor de chirurg makkelijker uit te voeren zijn, of eenvoudiger qua handelingen of apparatuur. Integendeel. Er is niet altijd een één-op-éénverband tussen de complexiteit van een verstrekking en de vergoeding ervan, bijvoorbeeld in de nomenclatuur. Het argument dat

het “evacueren” van laagvariabele zorg uit het ziekenhuis neerkomt op *cherry picking*, moet dan ook genuanceerd worden.

> *Ter illustratie:*
>
> *Het volledige zorgpad osteoartrose van de heup als aangeboden “product” omvat eerst een preventief, conservatief traject van 3 maanden opvolging, om een operatie te voorkomen. Verbetert de toestand duidelijk na 3 maanden, dan wordt het traject verlengd tot een opvolgingstraject, bijvoorbeeld met een telemonitoringapp die opflakkeringen van de symptomen kan opsporen en verhelpen. Verbetert de toestand onvoldoende, of heeft het conservatieve traject te weinig kans op succes, dan beslissen arts en patiënt samen om over te stappen naar het traject voor een totale heupprothese: met prehabilitatie, postoperatieve consultaties over 3 maanden, en uiteraard de ingreep zelf.*
>
> *De standaard chirurgische ingreep met voor- en natraject kost in het extramurale centrum 1000 €. Hij kan ook met een robot worden uitgevoerd, mogelijk met een aangepast zorgpad. Dan bedraagt de reële kost in de innovatiefase 1500 €, om leereffecten en een nauwe kwaliteitsmonitoring te financieren. Zodra de robottechniek geconsolideerd is, zakt de kostprijs misschien naar 1250 €, dankzij tijdswinst en hogere volumes.*
>
> *Het is aan het extramurale centrum om dit uit te leggen aan de patiënt en eventueel aan diens private verzekeraar. Zo kunnen zij vrij beslissen of ze in de innovatie stappen. Wil de private verzekeraar slechts 1000 € financieren, dan kan de patiënt nog altijd vrij en in alle transparantie beslissen om zelf bij te dragen.*

We vatten het voorgestelde financieringsmodel samen in de volgende tabel:

Bijdrage	Vista Minds voorstel	Klassieke financiering
K. Vastekostenbijdrage door de overheid in de reële kost, minus een deel van de efficiëntiewinsten	-x% ten opzichte van de nomenclatuur/het ziekenhuis, gefinancierd door de overheid (het RIZIV, de FOD) Het centrum sluit ook een SLA af met één of meerdere RAZ om toegang te hebben bij urgenties of complicaties, en anderzijds om zijn verantwoordelijkheid op te nemen bij het waarborgen van wachten of spoeddiensten.	Beperkt tot de geïsoleerde ingreep, volgens de regels van de nomenclatuur + BFM + forfait(s) + supplementen De hervormde ziekenhuisfinanciering zal, voor medische prestaties, bestaan uit de afdrachten uit het professioneel honorarium voor de arts, en de DRG-gebaseerde financiering voor het ziekenhuis met een luik uit het Budget Financiële Middelen. Het voorgestelde DRG-forfait dekt per pathologie per opname het gedeelte voor werkingskosten uit het honorarium, en de

		overeenkomstige elementen uit het dagforfait – en voor een klassieke hospitalisatie ook de geneesmiddelen. Het zal daarmee aspecten integreren die vandaag gefinancierd worden via het Budget van Financiële Middelen (BFM), via het RIZIV (het forfait geneesmiddelen) en via de nomenclatuur. De werkingskosten zullen ongetwijfeld variëren per pathologie. Mogelijk krijgt het chirurgisch dagziekenhuis een eigen DRG-financiering, los van die van de klassieke hospitalisatie. Vraag is of een dergelijk DRG-forfait ook toegekend kan worden aan extramurale centra die niet onder het beheer van een ziekenhuis vallen.
P. Particuliere kostenbijdrage in de (resterende) kosten, minus efficiëntiewinsten	Basis hier is het saldo van de reële kost minus efficiëntiewinsten na de overheidsbijdrage Te verantwoorden door transparantie over kost versus *outcome*, en door kwaliteitsmonitoring	
I. Bijdrage voor innovatie en expertise in het zorgtraject	Bijdrage voor innovatie, multidisciplinair team, opvolging bovenop het gestandaardiseerd zorgpad Kan variëren tussen aanbieders, en van zorgpad tot zorgpad Te verantwoorden door transparantie over kost versus *outcome*, en door kwaliteitsmonitoring	-

Voor de overheid kost dit initiatief minder publieke middelen dan het publieke stelsel:

- het extramurale centrum rekent op efficiëntiewinst die de overheidsbijdrage met x% verlaagt tegenover de huidige (ziekenhuis)financiering;
- de infrastructuur van het extramurale centrum wordt niet publiek gefinancierd; omgekeerd kan een ziekenhuis die infrastructuur eventueel gebruiken tegen een marktconforme vergoeding;
- de private initiatiefnemers dragen het risico, maar laten uiteraard de regelgever bepalen hoe kwaliteitsaudits en kwaliteitsmonitoring verloopt;
- die kwaliteitsprikkels moeten leiden tot innovatie die de uitkomst verbetert en/of de kostprijs verder drukt; innovatie wordt transparant vertaald in een tussenkomst in het financieringsmodel.

Uiteraard hoeft niet elke arts zich aangesproken te voelen om al deze aspecten aan te bieden. Het voorstel wil enkel *freedom to operate* creëren voor die minderheid van pioniers onder de artsen die het landschap willen verrijken met een extramurale – transmurale - werking.

Een belangrijke vraag die artsen-experten zich bij extramurale zorg stellen, is die naar de juridische verantwoordelijkheid. Toezicht is daarbij essentieel – en moet dus ook vergoed worden.

Prijszetting en regulering: hoe innovatie blijven prikkelen?

De zorgsector lijkt tot op zekere hoogte op de nutssector: drinkwater en riolering, aardgas en elektriciteit, spoorwegen. Hoe “reguleer” je een sector waarin de keuze tussen aanbieders beperkt is, of waarin een aanbieder weinig ruimte heeft om zich te onderscheiden van de “concullega’s” – omdat de prijzen vastliggen en de zorgverstrekking zelf zo nauw omschreven is als in de duizenden nomenclatuurnummers van ons land? En hoe blijf je tegelijk innovatie prikkelen?

Door een economische bril bekeken lijkt de lopende “herijking” van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op een zogenaamde “cost-plus”-regulering. In wezen probeert de overheid te achterhalen wat de échte efficiënte kosten van elke zorgverstrekker zijn, om daar dan een redelijke marge op toe te staan.

Precies dat soort regulering is erg kwetsbaar in sectoren met snelle technologische en organisatorische verandering. Ze is te complex om goed uit te voeren, en ze neemt precies de dynamiek weg die meer innovatie en efficiëntiewinst moet opleveren. Wat is per centrum en per ingreep de redelijke personeelskost, investeringslast, huur, *overhead*? Dat lukt al niet goed in sectoren als de telecom, waar de producten homogener zijn. Hier krijgt de administratie een moeilijk leesbaar kostendossier dat ze maar met vertraging en steekproefsgewijs kan controleren.

De voorspelbare ambtelijke reflex is begrijpelijk: “We hebben een nieuw type zorg gevonden. Laten we het model definiëren, standaardiseren en uitrollen waar nodig.” Dat veronderstelt dat je het optimale model al kent. En dat is precies wat je vooraf niet weet.

Bij extramurale centra is de informatieasymmetrie – het verschil tussen wat het centrum weet en wat de regulator probeert te achterhalen – nog groter dan in andere nutssectoren. Elk goed geleid centrum kent zijn echte doorlooptijd, zijn bezettingsgraad en de kost van een innovatief zorgtraject. Waarom zou een centrum de kosten dan niet laten oplopen, net zoals een zorgverstrekker dat kan doen in de huidige herijking? Hogere “aanvaarde” kosten leveren

immers een hogere vergoeding op. Innovatie die de kost drukt, wordt bestraft. Wie een ingreep sneller of met minder materiaal doet, of helemaal niet omdat hij preventief werkt, ziet bij de volgende herziening zijn deel van de koek krimpen.

De innovatiebijdrage in het KPI-financieringsmodel gaat daarom nog een stap verder: ze laat gezonde concurrentie spelen om (nog) betere gezondheidsuitkomsten te halen. Het is aan de coördinerende arts om zijn of haar therapeutische vrijheid te vertalen in een zorgtraject dat mogelijk afwijkt van wat de buur doet. Een verplichte transparante kwaliteitsrapportering laat het RIZIV, de verzekeraar én de individuele patiënt zien of die autonome keuze van de arts echt tot betere uitkomsten leidt. De kwaliteitsmonitoring speelt zeg maar de rol van curator en poortwachter.

Gaat het om ingrepen of trajecten waarvoor de nomenclatuur (de overheidsbijdrage) en eventueel een beperkte particuliere bijdrage de kosten dekken? Dan speelt de innovatiebijdrage misschien minder. Maar bij kapitaalintensieve zorg, waarvan de investering niet zomaar door de kostenbijdragen gedekt wordt, of bij fundamentele “proces”innovatie, is een extra bijdrage nodig. Denk aan de keuze voor robotchirurgie, endoscopie of een totaal andere behandelwijze die in het buitenland al best practice is, maar hier niet door de nomenclatuur gevaloriseerd wordt.

In zorgdomeinen met grote investeringen – beeldvorming, geavanceerde chirurgie – moet het volume groot genoeg zijn om die investeringen af te schrijven. Dekt de nomenclatuur die afschrijvingen niet, en ontbreken aanvullende verzekeringen of financiering of schieten ze tekort? Dan weegt de investeringslast op een beperkt aantal betalende patiënten. Het extramurale centrum wordt dan, net als het ziekenhuis, onrendabel of minstens te duur voor wie niet aanvullend verzekerd is.

Ondernemerschap betekent hier: ontdekking, niet zomaar “privatisering”. Het is geen slogan voor meer aanbieders. Dit *white paper* promoot dus geen “*Wild West*” van vestigingen. Ondernemerschap staat niet gelijk aan onbeperkte ruimtelijke en institutionele vrijheid, maar aan autonomie in de keuze van therapie.

Gezonde concurrentie toelaten is de enige manier om te ontdekken welk model het best werkt. Legt het RIZIV vooraf één behandelwijze op, dan verdwijnt de kennis die in proeftuinen zoals extramurale centra wordt opgedaan. De eis van uniformiteit betonneert dan één aanname, niet de meerwaarde van een getest model.

“Cost-plus”-regulering loopt immers altijd achter de vooruitgang aan. Een nieuw centrummodel, innovatieve verdoving of een verschuiving van opname naar dagbehandeling past niet in het kostensjabloon van drie jaar geleden, en nog minder in de nog trager evoluerende nomenclatuur. Regulering op basis van kosten en marge wordt dan een voortdurende onderhandeling over wat “redelijk” is, geen prikkel om goedkoper en beter te werken.

Die complexiteit is bovendien geen kinderziekte. Ze neemt toe naarmate centra meer van elkaar verschillen in specialisatie, schaal en technologie. Een eenvormige cost-plusregel probeert die verschillen weg te definiëren. Dat wil je als patiënt en als samenleving net niet. Verscheidenheid is het hart van de gezonde concurrentie. Het ene centrum haalt winst uit een hoge doorstroom bij cataractoperaties, het andere uit een strak protocol en *dedicated teams* voor knieprotheses, een derde uit een lagere kapitaalintensiteit. Die verscheidenheid toont wat haalbaar is en waar de samenleving de beste gezondheidsuitkomsten haalt tegen een billijke prijs. Cost-plus maakt die informatie waardeloos voor het centrum zelf, want efficiënter en beter werken wordt niet beloond.

Benchmark competition, ook *yardstick competition* genoemd, keert dat informatiemechanisme om. De vergoeding voor een standaardtraject volgt niet uit de eigen kost van het extramurale centrum, maar uit de kosten en tarieven van een groep vergelijkbare centra met vergelijkbare patiëntprofielen én met dezelfde prikkels om te innoveren voor betere gezondheidsuitkomsten. Wie voor dezelfde gezondheidsuitkomsten goedkoper werkt dan de *benchmark*, houdt het verschil. Wie duurder is, lijdt verlies of verliest patiënten. Eén centrum kan de maatstaf niet manipuleren door zijn kosten op te blazen, tenzij alle vergelijkbare centra dat tegelijk doen.

Zo winnen de overheid (betere collectieve gezondheidsuitkomsten, efficiënter bereikt, plus *spillovers* van innovatie naar andere zorgverstrekkers), de patiënt (kwaliteitsvolle zorg tegen een transparante prijs) én de arts (die de prikkels krijgt om te innoveren).

Het financieringsmodel uit dit *white paper* kan een uitweg bieden voor wat misschien de grootste kwaal van onze gezondheidszorg is: prikkels die aanzetten tot overconsumptie en innovatie ontmoedigen. De ziekenhuisfinanciering is grotendeels kosten- in plaats van uitkomstengedreven. En de nomenclatuur loopt hopeloos achter op wat innovatieve zorgverstrekkers zoals extramurale centra echt kunnen.

Met wat goede wil kunnen we stellen dat de bouwstenen van een goed ontworpen financiering al aanwezig zijn. Zo lijkt het Budget van Financiële Middelen enigszins op yardstick competition: een ziekenhuis krijgt niet gewoon zijn eigen kosten vergoed, maar volgens criteria die min of meer weerspiegelen wat de “benchmark” doet.

In de praktijk hinkt het mechanisme op twee benen. Enerzijds blijft het dicht bij een onderhandelde kostentoelage, vastgelegd in vaak ondoorzichtige comités. Openbare ziekenhuizen genieten bovendien van een tekortenregeling. Dat is het tegendeel van een prijsplafond: de samenleving vangt een tekort deels op, in plaats van dat het een prikkel wordt om efficiënter te werken en te innoveren.

Anderzijds bepalen historische gegevens de kostenstructuur. De parameters lopen achter, de verantwoording per onderdeel is zwaar, en een ziekenhuis dat zijn ligdag of zijn *overhead* structureel goedkoper inricht, houdt daar geen blijvende marge aan over tot de volgende herziening van de vooraf vastgelegde efficiëntiewinst X.

Zo blijft de asymmetrie bestaan en loopt de regulator achter de feiten aan: het ziekenhuis kent zijn echte doorloop, de regulator past de code pas later aan.

Dezelfde kwaal treft de nomenclatuur, een poging van bijna tienduizend regels om de correcte *fee for service* te bepalen. Moeizaam overleg tussen stakeholders met vaak tegengestelde belangen en een traag bewegend historisch acquis maken de nomenclatuur onbruikbaar als benchmark. De herijking van die codes legt de gebreken bloot. De administratie en haar adviseurs staan vandaag voor een onontwarbaar kluwen van tarieven, afdrachten en supplementen, onderhandeld tussen individuele artsen (of associaties) en individuele ziekenhuizen, om tot die ene correcte kostprijs te komen. Maar alleen al dat de hervorming het intellectuele honorarium wil scheiden van de werkingskosten die met diezelfde *fee for service* worden betaald, bewijst dat de huidige codes geen reële kostprijs zijn, en ook geen benchmark.

Daarom spreekt dit referentiekader niet langer over terugbetalingen plus supplementen. Alsof het eerste de reële kost dekt, en het tweede een gratuite bonus is die integraal in de zakken van de arts verdwijnt. Om overconsumptie tegen te gaan, mag de kostenbijdrage van de overheid niet de volledige kost dekken. Een particuliere bijdrage, al is het maar een nominaal remgeld, is essentieel. Maar enkel gezonde concurrentie op kwaliteitsvolle,

onderbouwde gezondheidsuitkomsten kan daarbovenop innovatie en efficiëntiewinst structureel aanmoedigen. Diezelfde gezonde concurrentie houdt bovendien de prijzen binnen de perken, en de zorg betaalbaar[4].

Voor wie echt een verhoogde tegemoetkoming nodig heeft, kan een soort vouchersysteem werken. De overheid kent gericht en selectief een toeslag toe die het verschil dekt tussen het RIZIV-tarief en het gangbare tarief van een erkend extramuraal centrum. Zo neemt ze een deel van de particuliere bijdrage op zich. De keuzevrijheid van de patiënt hangt dan niet langer af van haar eigen draagkracht – althans tot een vooraf bepaald plafond. Kwaliteit van gezondheidsuitkomsten, inclusief snelle toegang, bereikbaarheid en verbinding met de eerstelijnszorg, wordt dan de drijfveer. Zo blijft de prikkel tot efficiëntie en innovatie intact, en hangen toegankelijkheid en betaalbaarheid niet af van de filantropie van een individueel centrum.

Extramurale centra kunnen uiteraard ook zelf een solidariteitsmechanisme opzetten: het centrum houdt een deel van de capaciteit vrij (lees: kruissubsidieert) tegen een verlaagd tarief. Dat is geen theorie. Non-profitklinieken en gelijkgestemde centra doen dit al: ze schrijven solidariteit uitdrukkelijk in hun statuten in en aanvaarden de lagere marge als deel van hun missie. Het werkt alleen als het volume groot genoeg is om de selectie van patiënten medisch verantwoord te maken. Het is een keuze van het centrum zelf, geen automatisme, en daarom het minst zekere spoor om transmurale zorg toegankelijk te maken.

Samengevat: efficiëntie verlaagt de kostprijs zelf. Terugbetaling plus innovatiebijdrage bepalen of kapitaalintensieve en hoogkwalitatieve zorg mogelijk is. Sociaal ondernemerschap zet efficiëntiewinst en bijdragen in als vangnet voor wie dat nodig heeft. En een voucher maakt de toegang afdwingbaar voor wie onder een inkomensgrens valt.

Geen van die mechanismen waarborgt op zich de toegankelijkheid. Samen maken ze aannemelijk dat extramurale centra voor planbare, electieve zorg niet vanzelf een voorziening voor hogere inkomens worden.

Ondernemerschap en gezonde concurrentie

Hoe beheer je ondernemerschap in een zo sterk gereguleerde sector als de gezondheidszorg[5]? Opnieuw: door te sturen op gezondheidsuitkomsten. Het RIZIV probeert

---

[4] Bredere studies naar outpatient procedure markets vonden eveneens dat aanwezigheid en onderlinge concurrentie van ASCs geassocieerd waren met lagere prijzen.

Carey, K., Burgess, J. F. Jr. & Young, G. J. (2011). Hospital Competition and Financial Performance: The Effects of Ambulatory Surgery Centers. Health Economics, 20(5), 571–581.
Carey, K. (2020). Payments for Outpatient Joint Replacement Surgery: A Comparison of Hospital
Carey, K. (2017). Ambulatory Surgery Centers and Prices in Hospital Outpatient Departments. Medical Care Research and Review, 74(2), 236–248. (betalingen aan hospital outpatient departments lagen 3,25% tot 5,15% lager voor iedere extra ASC per 100.000 inwoners in de markt)
Munnich, E. L. & Parente, S. T. (2018). Competition in Outpatient Procedure Markets. Health Economics.
Sandiford P, Gorter A, Rojas Z, Salvetto M. A guide to competitive vouchers in health. Washington, DC: World Bank; 2005.
Whaley CM, Brown TT, Robinson JC. Paying patients to switch: impact of a rewards program on choice of providers, prices, and utilization. Health Affairs. 2019;38(3):447-455.

[5] Colombelli, A., Krafft, J. & Quatraro, F. (2019). Entrepreneurial experimentation: a key function in systems of innovation. *Small Business Economics*.

dan niet de enige juiste werkwijze te reguleren, maar wel de randvoorwaarden (zoals kwaliteitsnormen en veiligheidsvoorschriften) en de uitkomst. Dat is haalbaar. Tientallen varianten op de facturatiecode zijn dat niet.

Het RIZIV heeft die logica al in huis, onder de noemer experimenteerruimte en proeftuin. Overeenkomsten op basis van artikel 56 en conventies financieren vandaag al zorg die niet in de gewone nomenclatuur past: afgebakend in de tijd, met een beperkt aantal deelnemers en een evaluatie achteraf. Conventies laten instellingen vrij in hoe ze zich organiseren, precies omdat de noden van patiënten niet in één sjabloon passen. Het KCE ontwierp daar in 2018 een evaluatieprotocol voor, participatief in plaats van een vragenlijst van bovenaf.

De Vlaamse proeftuinregeling van 2026 doet hetzelfde op regionaal niveau: een afgebakend, regelluw project dat innovatieve zorgconcepten test zonder in te boeten aan kwaliteit. Extramurale centra voor planbare, electieve zorg passen in dat kader, zonder meteen de hele ziekenhuisfinanciering en het Budget van Financiële Middelen overhoop te halen. Laat in een eerste fase een beperkt aantal proeftuinen toe, gespreid over het grondgebied en de zorgdomeinen. Zo ontdekken we wat het best werkt. Het referentiekader bestaat uit een gemeenschappelijke set na te streven gezondheidsuitkomsten en een vooraf vastgelegde tariefbenchmark die op die uitkomsten stuurt. Binnen dat kader organiseert het autonome centrum (of de coördinerende arts) zich zelf.

De resultaten kunnen leiden tot eenvormigheid of standaardisering van de werking van een extramuraal centrum, maar dat hoeft niet. Meer of minder uniformiteit na de proef is beheersbaar. Uniformiteit opleggen vóór de proef is een administratieve oplossing die precies de kennis onmogelijk maakt waarop de administratie later moet sturen.

Een nieuw landschap van extramurale centra en transmurale zorgtrajecten is niet de uitrol van één nieuw organisatiemodel. Het is de verrijking van een ondernemend zorglandschap. Beleid moet dus gezonde concurrentie faciliteren: niet om variatie te vermijden, maar om variatie te beheersen en ervan te leren door trial-and-error toe te laten.

Dit *white paper* roept op om het referentiekader te scheppen: de gemeenschappelijke interface voor financiering, kwaliteit en gegevens waarbinnen honderd verschillende ondernemingsmodellen kunnen bestaan. Er kan bijvoorbeeld nood zijn aan geobjectiveerde vestigings- en capaciteitsvoorwaarden, en aan afspraken over de inbedding van een extramuraal centrum in het lokale zorg- en ziekenhuisecosysteem. Welke patiënten behandelt het nieuwe centrum? Welke patiënten verwijst het door, naar wie en waarom? Met welk ziekenhuis werkt het samen bij complicaties of om mee een spoedafdeling te bemannen? Maar zodra die randvoorwaarden vervuld zijn, moet het centrum zijn zorgtrajecten zo vrij mogelijk kunnen organiseren.

De overheid reguleert dus wél:

- veiligheidsvereisten voor patiënt en zorgpersoneel;
- minimale kwaliteitsnormen;

Kirzner, I.M. (1997). Entrepreneurial Discovery and the Competitive Market Process: An Austrian Approach. *Journal of Economic Literature*, 35(1), 60–85.
OECD. *Competition and Regulation in the Healthcare Sector*.
Sabel , C.F. & Zeitlin, J. (2012). Experimentalist Governance. In: The Oxford Handbook of Governance, pp. 169–184.
Stoopendaal, A., M. de Bree & P. Robben (2016). Reconceptualizing regulation: Formative evaluation of an experiment with System-Based Regulation in Dutch healthcare. Regulation & Governance, 10.22(4)
Windrum, P. & García-Goñi, B. (2008). A neo-Schumpeterian model of health services innovation. Research Policy, 37(4), 649–672.

- de regels rond het delen van patiëntengegevens en van financiële informatie;
- vergunningen en professionele bevoegdheid;
- waar relevant vestigingsregels en capaciteitsplanning;
- transparantie over gezondheidsuitkomsten, met inbegrip van de rapportering van complicaties, *near*-accidents of heropnames;
- patiëntenrechten;
- financieringsmechanismen en administratieve procedures;
- eventueel toegankelijkheid door middel van VT- of voucherregelingen.

Maar de overheid reguleert níét:

- welke specialismen best gecombineerd worden in een centrum;
- hoeveel verpleegkundigen een centrum precies moet inzetten;
- welke interne workflow het moet gebruiken;
- welk organisatiemodel het moet hanteren;
- met wie het moet samenwerken, behalve om maatschappelijk essentiële diensten in te richten, zoals spoedafdelingen, permanentie en wachtdiensten, opleiding en vorming;
- welke apparatuur het moet aanschaffen;
- hoe het zijn personeel organiseert;
- hoe de zorgtrajecten er precies dienen uit te zien;
- welke innovatieve technologie het toepast;
- wat zijn “redelijke” individuele kosten zijn.

De rol van (private) verzekeraars

Verzekeraars spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg, in de vraag naar zorg en in de duurzaamheid ervan. Algemeen hangen uitgaven en dekking positief samen. Wie verwacht hoge ziektekosten te moeten dragen, kiest een verzekering met een ruime dekking. Dat heet het selectie-effect.

Anderzijds kan een ruimere dekking door een gereputeerde verzekeraar de gezondheidsuitgaven net doen stijgen: het prikkeleffect (*incentives effect*). Ofwel doet men vooraf minder moeite om ziektekosten te vermijden, ofwel geeft men meer uit eens men ziek is. Met andere woorden: als iemand niet zelf alle kosten draagt, maar slechts een klein deel of zelfs niets, dan stijgt de zorgconsumptie spectaculair[6].

Maar verzekeraars zijn ook bij uitstek geplaatst om hun verzekerden te informeren over keuzes rond gezondheid en behandeling. Veel patiënten en hun omgeving zien in de gezondheidszorg door de bomen het bos niet meer – laat staan dat ze voor hun specifieke aandoening een passend en herkenbaar pad vinden. Door specifieke prestaties, zorgpaden, apps, geneesmiddelen, procedures… wel of niet in hun aanbod op te nemen, tonen verzekeraars patiënten waar echte meerwaarde ontstaat, zonder daarom als strikte *gatekeeper* op te treden.

België kent een uitgebreid stelsel van verplichte verzekeringen binnen de sociale zekerheid, beheerd door het RIZIV en in de praktijk door de ziekenfondsen. Die werpen zich op als eerste vertegenwoordigers van de patiënt. Maar die rol valt niet altijd makkelijk te verzoenen met hun andere petten. Ze leggen (mee) de terugbetalingstarieven vast én voeren de

[6] Economen spreken over ex ante en ex post *moral hazard.* De klassieke studie is Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler, Bernadette Benjamin, Arleen Leibowitz (1987), *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*, Am Econ Rev 77(3), pp. 251–77.

betalingen uit. Ze willen de belangen van de consument behartigen, maar zijn tegelijk ook (verbonden met) zorgverstrekkers en controlemechanismen. En ze hebben bevoorrechte toegang tot uitgebreide persoons- en gezondheidsgegevens. De mutualiteiten krijgen daarbij aanzienlijke overheidstussenkomsten in hun administratiekosten. Als “vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit” genieten ze bovendien van een bijzonder fiscaal regime.

Tegelijk bieden ziekenfondsen – via andere rechtspersonen en met een wettelijk strikt gescheiden financiering – ook aanvullende, niet-verplichte verzekeringen aan op de particuliere markt, waar ook private verzekeraars actief zijn. Dat geldt vooral voor hospitalisatieverzekeringen. Of de verschillen in juridisch statuut en toezicht, in toegankelijkheid en rendabiliteit tot een *level playing field* tussen private verzekeraars en ziekenfondsen leiden, is al decennia onderwerp van discussie.

Private verzekeraars beheren daarnaast de markt van verzekeringen die de werkgever betaalt. Lonen worden in België zwaar belast, en de loonspanning – het verschil tussen de laagste en hoogste lonen in een sector – is relatief laag in vergelijking met veel andere landen. Veel werknemers krijgen dan ook “extralegale voordelen”: een soort alternatief loon dat minder zwaar wordt belast. Die gaan van ecocheques en mobiliteitsbudgetten tot hospitalisatie- en groepsverzekeringen. Hier delen betaler (de werkgever) en verzekeraar nog meer dan bij particuliere verzekeringen hetzelfde *incentive*: medewerkers snel én duurzaam opnieuw aan het werk helpen.

Op de particuliere markt profileren private verzekeraars zich in ons land als “aanvullend”. Ze verzekeren doorgaans medische ingrepen die ook het RIZIV vergoedt en die al (deels) onder de verplichte ziekteverzekering vallen. Andere landen, zoals Nederland of Duitsland, kennen uiteenlopende regelingen waarin private zorgverzekeraars een grotere rol spelen. Het doel blijft natuurlijk hetzelfde: de gezondheidsuitkomsten van de patiënt en de belangen van de samenleving maximaal tot hun recht laten komen.

Maar elk ecosysteem waarin één actor domineert, dreigt uit evenwicht te raken. Of dat nu de mutualiteiten zijn zoals bij ons, de private verzekeraars zoals in de VS, of de overheid zoals in Frankrijk, is bijkomstig. Bij een dominante stakeholder verliezen de financiële prikkels die het systeem wendbaar houden hun scherpte. In plaats van gezonde mededinging komen er “gereguleerde competitie” en instrumenten die de gevestigde belangen beschermen.

In het nieuwe Belgische zorglandschap kunnen private verzekeraars een aanvullend aanbod ontwikkelen dat verplichte verzekeraars moeilijk kunnen of willen *matchen*. Als een herijkte nomenclatuur – en dus ook ziekenhuiskosten en artsenhonoraria – correct de reële kosten en de meerwaarde van zorg weerspiegelt, waarom zou een private verzekeraar dan geen nieuwe polissen zonder (supplementen)plafond kunnen aanbieden? Of private verzekeraars kunnen de patiënt een vervangend aanbod doen. Ze kunnen bijvoorbeeld de volledige “hybride” forfaits voor extramurale zorg of een soort extramuraal BFM op zich nemen – lees: de volledige kost van een zorgtraject dekken, in plaats van nu enkel tussen te komen voor het niet-verplichte deel.

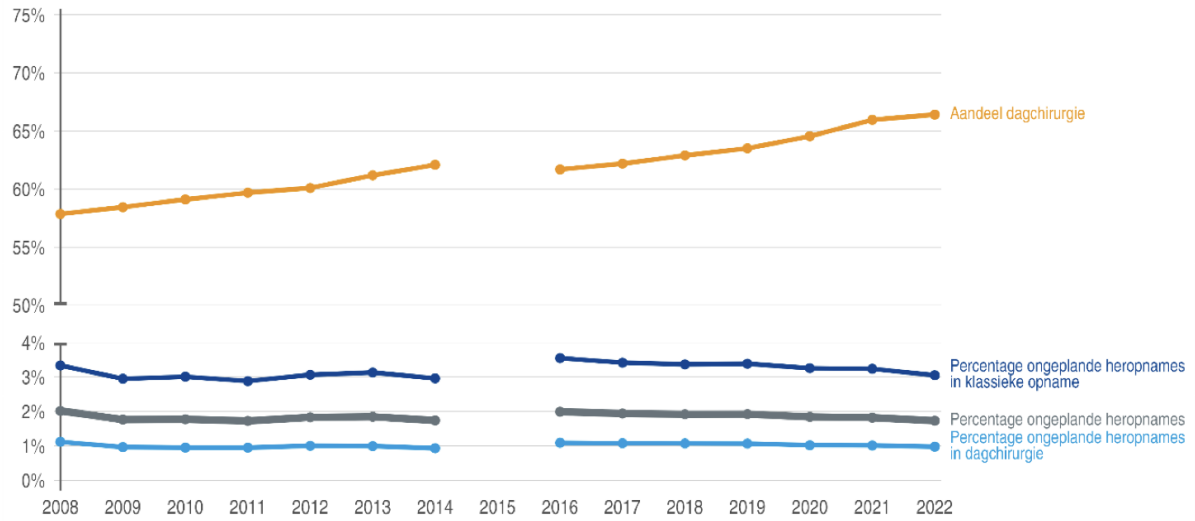
Het referentiekader in dit document verandert zo de aard van de ziekteverzekering: van consumptie van verstrekkingen en hospitalisatie naar aandacht voor paden die leiden tot een bredere gezondheidszorg. Omdat ook gezonde Belgen baat hebben bij preventie – van aandoeningen, ingrepen en complicaties – verandert ook het verdienmodel. De schaal en de dekking die nodig zijn voor effectieve risicopooling worden immers anders.

De financiële toezichthouder verplicht private verzekeraars – terecht – om echte meerwaarde te bieden: effectieve risicopooling, en een verantwoorde verhouding tussen premies en gezondheidsuitkomsten. (“Die eenpersoonskamer, hoe maakt die het verschil?”) De doorgedreven opvolging van de uitkomstkwaliteit in het referentiekader van dit *paper* kan, naast de patiënt en de overheid, ook de verzekeraars overtuigen om een rijker zorglandschap aan hun verzekerden aan te bevelen.

Zo kunnen ze niet alleen de informatieasymmetrie met particuliere patiënten verkleinen, maar ook bedrijven tastbare voordelen bieden: kortere revalidatietrajecten met minder risico op herval of complicaties. Zonder zicht op kwaliteit blijven alleen kostencontrole, een race to the bottom en pure onderhandelingsmacht over.

5. Internationale benchmarking: goede praktijken en valkuilen

Extramurale zorg staat in heel veel landen veel verder dan bij ons. Toch is er een evolutie merkbaar: het aandeel dagchirurgie stijgt, zij het langzaam. Vergelijk bijvoorbeeld de KCE-studies over dagchirurgie met gegevens van 2011-2013 en de studies van begin dit jaar met gegevens tot 2022.

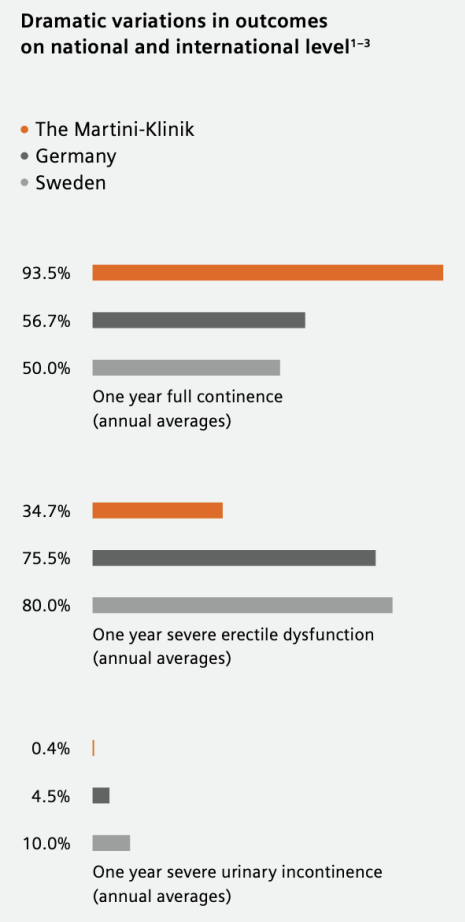


Figuur. Aandeel dagchirurgie. Risicogecorrigeerde trend. Bron: KCE (2026)

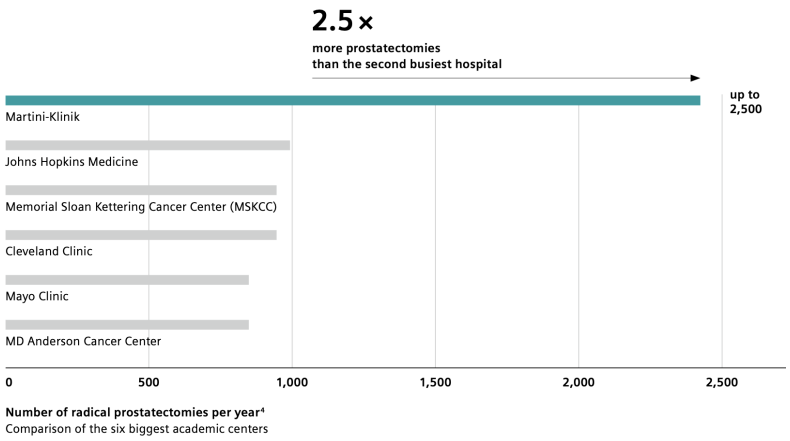
Het opvolgrapport dat later dit jaar verschijnt, gaat onder meer in op de voorwaarden en maatregelen die nodig zijn om te vermijden dat efficiëntiewinst de kwaliteit van de zorg in het gedrang brengt.

Diezelfde overwegingen zijn uiteraard cruciaal om nog een stap verder te gaan: van dagchirurgie – de ZDZ uit de hertekening – naar extramurale chirurgische centra.

Goede praktijken op microniveau in andere landen zijn onder meer de Martini-Klinik in het Universitair Ziekenhuis Hamburg-Eppendorf (UKE) voor prostaatkanker. De Martini-Klinik toont vooral hoe de kwaliteit van de procedure, maar zeker ook van de *resultaten*, samenhangt met volumes. Zeker bij complexe operaties, zoals ingrepen aan de prostaat maar ook bij heel wat andere kankers, moet een minimale caseload – grootteorde 100 per jaar – gewaarborgd zijn. De Martini-Klinik “adverteert” uitdrukkelijk dat elk van haar chirurgen en teams minstens 200 operaties uitvoert, met aanzienlijke verschillen tegenover concurrenten die dat niet doen:



Figuur. De volume-outcome relaties in de Martinikliniek voor prostaatchirurgie. Bron: Siemens Healthineers



Een andere *case* is de Coxa-kliniek in Tampere voor heupprotheses https://coxa.fi/en/, een *focused factory* in handen van de Finse lokale overheden.

Op mesoniveau zien we een aantal zorgecosystemen waar populatiegerichte zorg en geïntegreerde zorgtrajecten aantonen dat gepersonaliseerde zorg, vaak met intensieve begeleiding, een goede *return on investment* kan opleveren. Bekende voorbeelden zijn:

- het Trusted Network dat Alejandro Jadad oprichtte met en rond verzekeraar Compensar in Colombia. Door activiteiten (en budgetten!) te integreren in zorgprogramma's, verbeterde een netwerk van eerste- en tweedelijnszorg de zelfgerapporteerde gezondheid van 1,3 miljoen aangeslotenen fors, tegen een veel lagere systeemkost. Het netwerk scoorde in de top van de Health Care Quality Indicators van de OESO, met een zorgbudget van slechts een kwart van het OESO-gemiddelde;

- de kostenbesparingen en kwaliteitswinsten die het Blue Cross Blue Shield Alternative Quality Contract opleverde in Massachusetts

- de "Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg" in Nederland (RIVM) en "de Juiste Zorg op de Juiste Plek",

- Det Nære Sundhedsvæsen – Gezondheidszorg dichtbij – in Denemarken: gemeentegerichte zorgnetwerken die op basis van gedeelde (digitale) gegevens gepersonaliseerde zorgprogramma's uitwerken. Gezondheidsclusters rond ziekenhuizen streven naar minder ziekenhuisactiviteit, vooral voor patiënten met

chronische zorg, naar minder onnodige heropnames en naar het gebruik van digitale zorgoplossingen door de bevolking in hun verzorgingsgebied,

- en het Gesundes Kinzigtal bij onze oosterburen https://www.gesundes-kinzigtal.de/

Op macroniveau ten slotte valt uit alle landen veel te leren – om na te volgen of net niet – over de vraagstukken van het huidige Belgische model: de prikkels van prestatiegeneeskunde en tegelijk de onderfinanciering van verschillende kostenplaatsen, de one-size-fits-allbenadering van het “algemeen” ziekenhuis, het gebrek aan prikkels voor efficiëntiewinst, innovatie en kwaliteitsmonitoring, en het gebrek aan financiële prikkels om zorgtrajecten als basis voor de organisatie te nemen.

Dat de gezondheidszorg in de Verenigde Staten twee snelheden kent, behoeft weinig uitleg. Een handvol topklinieken voor de *happy few* is wereldwijd toonaangevend, terwijl de toegang tot zorg voor honderden miljoenen andere Amerikanen verre van universeel is. De gemiddelde uitkomsten zijn slechter dan waar ook in de OESO, terwijl de kost veel hoger ligt. Toch zijn ook in de VS goede praktijken te vinden die de extramurale zorg in België kunnen inspireren. We verwijzen in het bijzonder naar de *Ambulatory Surgery Centers*.

Dat ook het Verenigd Koninkrijk een tweesporengeneeskunde kent, is al even duidelijk. Tussen de overbelaste en ondergefinancierde NHS en private praktijken die onbetaalbaar zijn voor de doorsnee Brit gaapt een grote kloof. Ofwel stuit je op extreem lange wachttijden in de staatsgeneeskunde, ofwel betaal je – of je private verzekeraar – een veelvoud bij de praktijk aan de overkant van de straat, voor precies dezelfde behandeling.

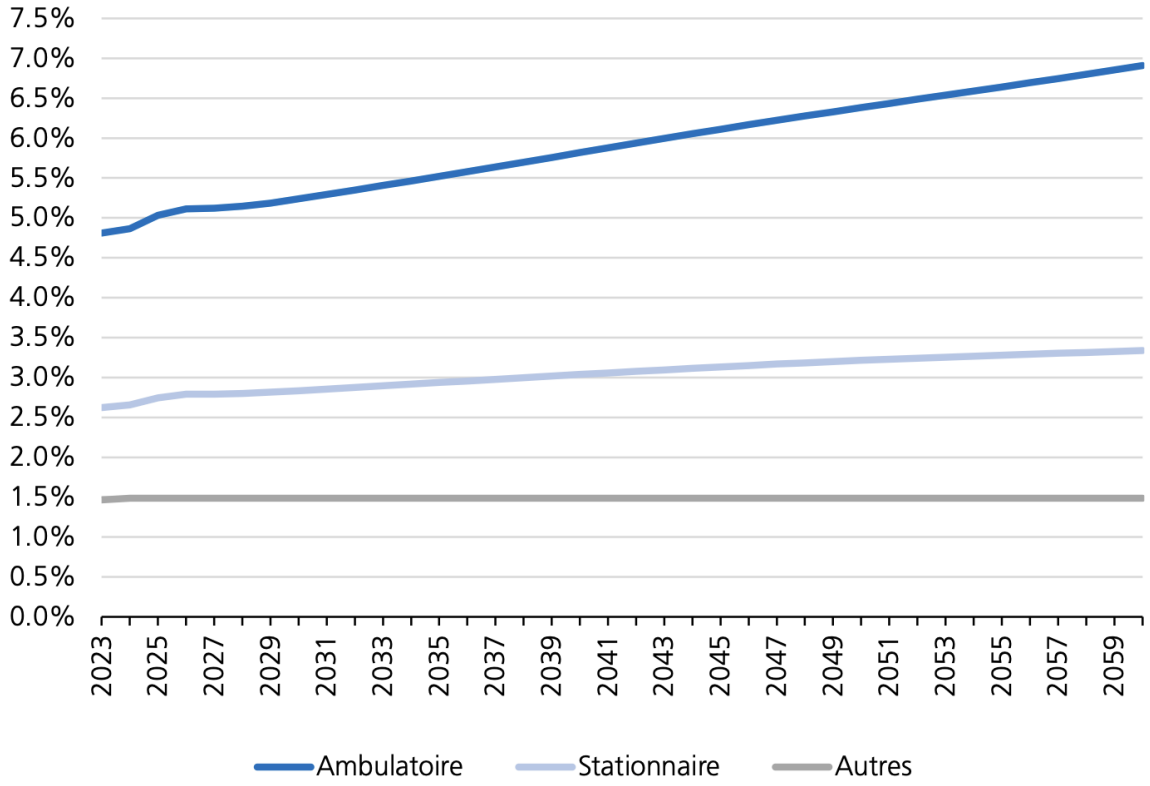
En dan is er de *Managed Care* in landen als Nederland. Private zorgverzekeraars voeren er een felle onderhandelingsstrijd met ziekenhuizen, en bepalen grotendeels waar de patiënt terechtkan. Artsen klagen over het gebrek aan autonomie in hun semi-gesalarieerde job, en over het gebrek aan prikkels om te innoveren en zorg toegankelijk te maken. Gesloten budgetten leiden tot lange wachttijden en in extreme gevallen tot uitgestelde ingrepen naarmate het jaar vordert. Paradoxaal genoeg scoort Nederland daardoor vrij goed in internationale vergelijkingen van efficiëntie. Toch zijn ook in Nederland interessante voorbeelden te vinden, zoals de Bergman Clinics, een landelijk netwerk van 80 focusklinieken.

Zwitserland ten slotte biedt een laatste interessante vergelijking. Daar werd recent de financiering van ambulante en “stationaire” zorg hervormd. Voordien financierde de verplichte ziekteverzekering de ambulante verstrekkingen volledig, terwijl de kantons – zeg maar de regionale overheden – minstens 55% van de stationaire zorg betaalden. De nieuwe eenheidsfinanciering (*einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)*) legt alles bij de verplichte verzekeraar, maar verplicht de kantons om de wijziging van de verzekeringspremies mee te financieren – en dus impliciet ook een deel van de ambulante prestaties.

Een recente analyse van begin 2026 over de langetermijnkosten van de Zwitserse gezondheidszorg suggereert dat de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg de druk op de begroting kan helpen verlichten. De Zwitserse onderzoekers verwachten dat de ambulante prestaties tussen 2023 en 2060 veel sterker zullen stijgen dan de intramurale (+2,1% versus +0,7% van het Zwitserse bbp).

Graphique 6 : évolution des dépenses du système de santé par domaine et par type de prestations (en % du PIB)

Panel A : dépenses de santé



Figuur. De uitgaven in de gezondheidszorg per type. Zwitserland. Projecties maart 2026

Ter referentie: in 2023 kwam 54% van de uitgaven in het gezondheidszorgstelsel van ambulante prestaties door artsen en andere zorgverstrekkers, binnen en buiten het ziekenhuis. 29% ging naar ziekenhuisuitgaven. De resterende 17% ging naar administratie, opleiding en onderzoek, preventie en tandzorg. De verplichte verzekering levert 33% van de inkomsten, de verschillende overheden financieren 31%, en de gezinnen betalen zelf 22% van de kosten. De resterende 14% komt van private stichtingen, de verplichte ongevallenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

6. Een positief maatschappelijk beeld. Gezonde concurrentie in de zorg

Extramurale of transmurale zorg voorstellen is géén ideologische aanval op de gevestigde ziekenhuizen en hun stakeholders. Het is ook geen enge logica van besparingen of efficiëntiewinst. De kans is veel breder:

- een rationelere differentiatie van zorgrollen
- meer ruimte voor hoogcomplexe zorg in het ziekenhuis en gespecialiseerde centra
- meer professionele autonomie en eigenaarschap door de arts
- meer focus op expertise en ruimte voor kennisdeling
- minder systeemdruk voor meer maatschappelijke baten, en
- uiteindelijk een duurzamer zorgsysteem.

Waar hoort welke zorg thuis? Op die centrale vraag wil extramurale zorg mee een antwoord geven. Hoe brengen we zorg dichter bij de patiënt? Hoe kan extramurale zorg de werking van het ziekenhuis versterken in plaats van uithollen? En vooral: hoe vermijden we dat extramurale zorg opnieuw op de schouders terechtkomt van zorgverstrekkers – vooral in de eerste en tweede lijn – die vandaag al structureel overbelast zijn? Hoe vermijden we dat efficiëntie op papier menselijke druk in de praktijk wordt?

Het financiële is uiteraard voor alle betrokken partijen een belangrijke *driver*. Dit referentiekader en de voorgestelde KPI-financiering willen de belangen op één lijn brengen rond de gezondheidsuitkomsten van wie ziek is en van wie dat (nog) niet is.

Concurrentie in de zorg is een vies woord. Zolang die concurrentie de belangen van zorgverstrekkers en betalers tegen elkaar uitspeelt, door kosten door te schuiven of “goede” patiënten af te snoepen, is dat terecht. Zolang hogere productiviteit betekent dat men minder tijd met patiënten doorbrengt, of passende verstrekkingen toch niet uitvoert omdat de financiële prikkels een andere kant op wijzen, blijft de gezondheidszorg een *zero-sum game*: wat de ene wint, verliest de andere. De sleutel is een doel waarbij iederéén wint. Wie concurreert op gezondheidsuitkomsten, ziet het financiële resultaat van artsen, ziekenhuizen en verzekeraars niet langer botsen met het “succes” van de patiënt. Gezonde concurrentie dus.

Dat zorgverstrekkers vaak koele minnaars zijn van het meten van uitkomsten, is – in de woorden van Michael Porter – “*perhaps the medical profession's deepest self-inflicted wound.*” Vaak remt de angst voor vervolging de transparantie af. Maar als artsen-specialisten de informatie negeren die hen toelaat individueel en vooral collectief meer waarde toe te voegen, dreigen ze autonomie te verliezen door strengere regelgeving. Met goede gegevens over de reële risico’s in de zorg staat de verantwoordelijke arts bovendien sterker om zich te verdedigen. Hij of zij kan bijvoorbeeld documenteren dat een bepaalde aandoening vaker dan andere tot complicaties leidt.

Wie denkt te verliezen door in te zetten op uitkomsten in plaats van op inkomsten en uitgaven, legt uiteindelijk zijn lot in handen van derden, zoals de overheid en een al te trage hervorming. Goedbedoelde initiatieven die focussen op het proces – zoals veel richtlijnen en praktijkstandaarden – bevestigen doorgaans eerder de huidige aanpak dan dat ze ruimte

maken voor innovatie. Uiteindelijk werken ze administratieve controle in de hand, in plaats van de patiënt centraal te stellen.

Als de arts-specialist zich zélf *bottom-up*, lokaal en per aandoening met het juiste team omringt, kan hij of zij net méér "*quality time*" met de patiënt doorbrengen en beter gecoördineerde zorg bieden. Dat vraagt een omkering van de manier waarop de gezondheidszorg georganiseerd is. Vandaag gebeurt dat grotendeels vanuit het aanbod: per DRG, per heelkundig hoofdstuk. Patiënten willen echter enkel een betere levenskwaliteit, in al haar aspecten, ongeacht welke medische en paramedische disciplines daarvoor nodig zijn. De uitkomst – de waarde voor de patiënt – hangt af van het hele zorgpad, eerder dan van de afzonderlijke interventies in elke stap.

Wie die zorgpaden aanbiedt in één geïntegreerde instelling – een fysiek transmuraal centrum, of in extremis een "virtuele" organisatie volgens dezelfde principes –, vermijdt versnippering en overlapping van zorg en boekt efficiëntiewinst. Het referentiekader in dit *paper* gaat dus verder dan *focused factories*. Die maken met hun efficiëntie deel uit van een groter, goed op elkaar afgestemd geheel van zorgverstrekkers. De verdieping die we hier bedoelen, is niet noodzakelijk (hyper)specialisatie. De kennis kan ook gaan over hoe het zorgpad het best in elkaar zit, hoe comorbiditeiten samenhangen met verschillende aandoeningen, wat de uitkomst voor de patiënt nog vraagt naast puur medisch-technische interventies… Vanuit dat perspectief is de scheiding tussen extramurale zorg en hospitalisatie, tussen private en publieke eigenaars, of zelfs tussen acute zorg en revalidatie de verkeerde invalshoek.

De focus op geïntegreerde zorg in plaats van op afzonderlijke interventies kan ook de billijkheid van het systeem verhogen. Transparantie en eenvoud vervangen de kruissubsidiëring tussen patiënten, of tussen goed terugbetaalde verstrekkingen en minder goed bedeelde DRG's. Verstrekkingen die in extremis níet worden toegepast – of niet voor iedereen – omdat hun nomenclatuurvergoeding op zich de kosten niet dekt, krijgen nu wel hun rechtmatige plaats in een zorgtraject. Preventie, altijd stiefmoederlijk behandeld in een systeem dat draait op volumes van verstrekkingen, krijgt de waarde die ze verdient. De trajectbijdragen kunnen dan ook worden gedifferentieerd naar de draagkracht van iedereen – patiënten én gezonde burgers –, bijvoorbeeld door vouchers uit te reiken aan wie zorg nodig heeft.

Zodra gezonde concurrentie aanslaat, stellen alle betrokkenen kwaliteit centraal. De early movers verdienen daarbij hun vroege investering terug.

Patiënten en hun netwerk: gedeelde verantwoordelijkheid

De hertekening van het ziekenhuislandschap door de expertengroep en de herijking van de nomenclatuur krijgen allebei de kritiek dat ze vertrekken van de bestaande situatie van de ziekenhuizen. Verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers lijken weinig inspraak te krijgen. En de belangrijkste betrokkene blijft waarschijnlijk nog vaker uit beeld: de patiënt zelf, of beter: de verschillende types patiënten.

We moeten niet vertrekken van het (bestaande) aanbod – en de financiering daarvan –, maar van de toekomstige vraag en noden.

De keerzijde van de medaille is dat ook de patiënt zijn of haar verantwoordelijkheid moet opnemen. Zorgoverconsumptie is deels aanbodgedreven, versterkt door de vaak *misguided incentives* in prestatiefinanciering zoals de Belgische nomenclatuur. Maar ook aan de

vraagkant mag men nadenken: voor men zomaar naar de spoeddienst holt, of over de vraag of antibiotica of extra beeldvorming wel nodig zijn, enzovoort. Echte medische innovatie, zoals immunotherapie of biologicals, moet terechtkomen bij wie er het meest baat bij heeft. Dat betekent dat de zorgkosten op andere posten omlaag moeten.

Patiënten zijn in dat opzicht ook “mismeesterd” door de decennialange traditie van een ziekenhuis – en zéker een materniteit – onder elke kerktoren, en van zorg – ook spoeddiensten en specialisten – die zomaar toegankelijk is. Patiënten en burgers beseffen zelden wat zo’n overbevraagd systeem de samenleving kost.

Verantwoordelijkheid opnemen vraagt dat patiënten goed geïnformeerd zijn. In weinig andere sectoren is de informatieasymmetrie tussen zorgvrager en zorgverstrekker zo groot. Het risico is dat overdiagnose en overmedicalisering een vraag creëren die er anders niet zou zijn – en die medisch ook niet nodig is. Gezondheidsgeletterdheid is noodzakelijk om het gezondheidszorgstelsel billijk te houden.

Preventie begint met het eigen engagement voor een gezondere levensstijl. Zorgtrajecten rond diabetes, obesitas of hart- en vaatziekten gaan niet zelden gepaard met een overeenkomst. Daarin verbindt de patiënt zich ertoe een rookstopprogramma te volgen, minder alcohol te drinken, de therapie trouw te volgen enzovoort. Een stok achter de deur kan ook een financiële tegemoetkoming zijn als die doelen niet gehaald worden… Zo wordt de patiënt betrokken bij zijn of haar eigen zorgprogramma.

Maar dat empowerment mag de kwetsbaarheid van de patiënt niet ontkennen. De informatieasymmetrie betekent ook dat een patiënt bescherming, informatie en deskundige hulp blijft nodig hebben. Daarom moet de arts ook de regie kunnen behouden en verantwoording afleggen voor de kwaliteit – of het gebrek daaraan – die hij of zij biedt.