



In 2028 wordt uw ziekenhuis betaald per pathologie. Kent u die kostprijs vandaag al?

Financiële sturing verschuift
van de CFO naar de hele organisatie

Thomas Dubois & Anne-Marie Leys | Juli 2026

De financiële gezondheid van de Belgische ziekenhuizen staat hoog op de agenda, en dat zal niet snel veranderen. Vanaf 1 januari 2028 treden de hervormingen van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en het conventiemodel gelijktijdig in werking. Ziekenhuizen worden dan in toenemende mate gefinancierd per pathologie, op basis van de reële kost per opname. Wie die kostprijs vandaag niet kent, zal in 2028 niet kunnen beoordelen of die vergoeding de eigen kosten wel dekt, en verliest daardoor net op dat moment de grip op zijn eigen resultaat.

De meeste ziekenhuizen sturen vandaag op basis van de jaarrekening, een cijfer dat pas na afloop van het boekjaar zijn definitieve vorm krijgt, terwijl ze over meer operationele en financiële data beschikken dan ooit. Het verschil zit gewoon in snelheid: hoe sneller die data gelezen wordt, hoe eerder een ziekenhuis nog kan bijsturen.

“ Een chirurg die pas na de operatie verneemt hoe de vitale waarden tijdens de ingreep evolueerden, kan niet meer bijsturen. Het is de manier waarop het merendeel van de ziekenhuizen vandaag zijn financiën bestuurt. ”

–Thomas Dubois, Partner at Madison Partners



Wanneer de jaarcijfers er zijn, is bijsturen al te laat

In de meeste ziekenhuizen is er geen vast moment waarop de CFO, de COO en de medisch directeur naar exact hetzelfde beeld kijken. De financiële rapportering, de activiteitsopvolging en de personeelsdata groeien elk in hun eigen systeem, en komen doorgaans pas samen in een directievergadering waar elke functie vanuit haar eigen cijfers vertrekt. Ziekenhuizen die dat gemeenschappelijke beeld wel weten te bouwen, zien afwijkingen weken tot maanden vroeger dan vandaag de norm is.



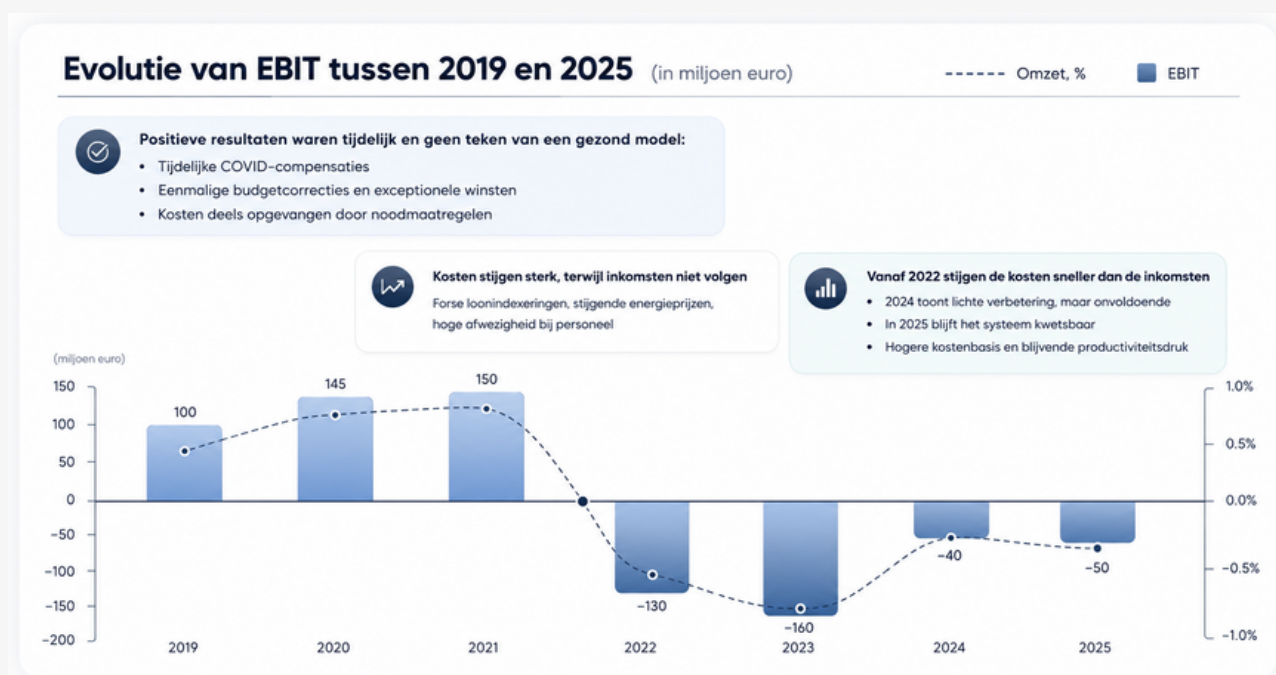
Wat we in de sector zien, is een historisch gegroeide versnippering van systemen," zegt Thomas Dubois, partner bij Madison Partners. "De ziekenhuizen die vandaag hun financiële, operationele en personeelsdata beginnen samenbrengen, bouwen tegelijk exact de kostprijnsinzichten op die de hervorming van 2028 van hen zal vragen. Wie daar nu mee start, moet dan niet meer improviseren.



Bijna de helft van de Belgische algemene ziekenhuizen sloot 2024 af met een negatief gewoon bedrijfsresultaat, en slechts één op de vijf haalt de drempel van één procent omzet die financieel experts hanteren als ondergrens voor een gezonde organisatie. Dat resultaat komt telkens pas jaren te laat om nog iets aan de oorzaak te doen.

Vandaag spreken we nog over 2024

De structurele problemen die na 2022 terugkeerden, zijn in 2024 niet verdwenen. Het beperkte herstel van dat jaar is grotendeels een boekhoudkundig effect van eenmalige inhaalbedragen. Daaronder wijzen de cijfers dezelfde richting uit: de personeelskosten stegen met 4,6 procent, terwijl het aantal voltijdse equivalenten amper met 0,4 procent toenam. Dezelfde werking werd dus duurder zonder dat er meer zorg tegenover stond.



En dat brengt ons bij een ongemakkelijk feit: het is vandaag medio 2026, en op sectorniveau kunnen we alleen uitspraken doen over de cijfers van 2024. Wie wacht op de jaarrekening, stuurt met data die intussen bijna twee jaar oud is. Wie een dienstbeeld per dienst bijhoudt, kent zijn 2025-cijfers vandaag al, en de eerste maanden van 2026 bovendien.

Correcte cijfers, het verkeerde gesprek

Een deel van die druk komt van buitenaf: indexering, energieprijzen, regelgeving. Hoe een ziekenhuis die druk ziet en begrijpt, kan het echter zelf beïnvloeden. De CFO ziet de kosten stijgen, zonder duidelijke operationele verklaring. De COO en de medisch directeur zien een activiteit die stabiel blijft. HR ziet het verzuim oplopen. Elk van hen heeft gelijk, alleen leggen ze hun cijfers zelden naast elkaar.



We zagen dat mechanisme onlangs nog in een ziekenhuistraject. Op globaal niveau leek er weinig aan de hand, de personeelskost bleef onder het sectorgemiddelde. Pas toen de cijfers per dienst samenkwamen, zagen we dat op enkele diensten de kosten sneller stegen dan de inkomsten en de activiteit. Op één dienst liep de geraamde kost per prestatie in twee jaar met bijna een vijfde op, terwijl de bezetting stabiel leek. Dat verschoof het gesprek van een besparing over de hele organisatie naar net die diensten.

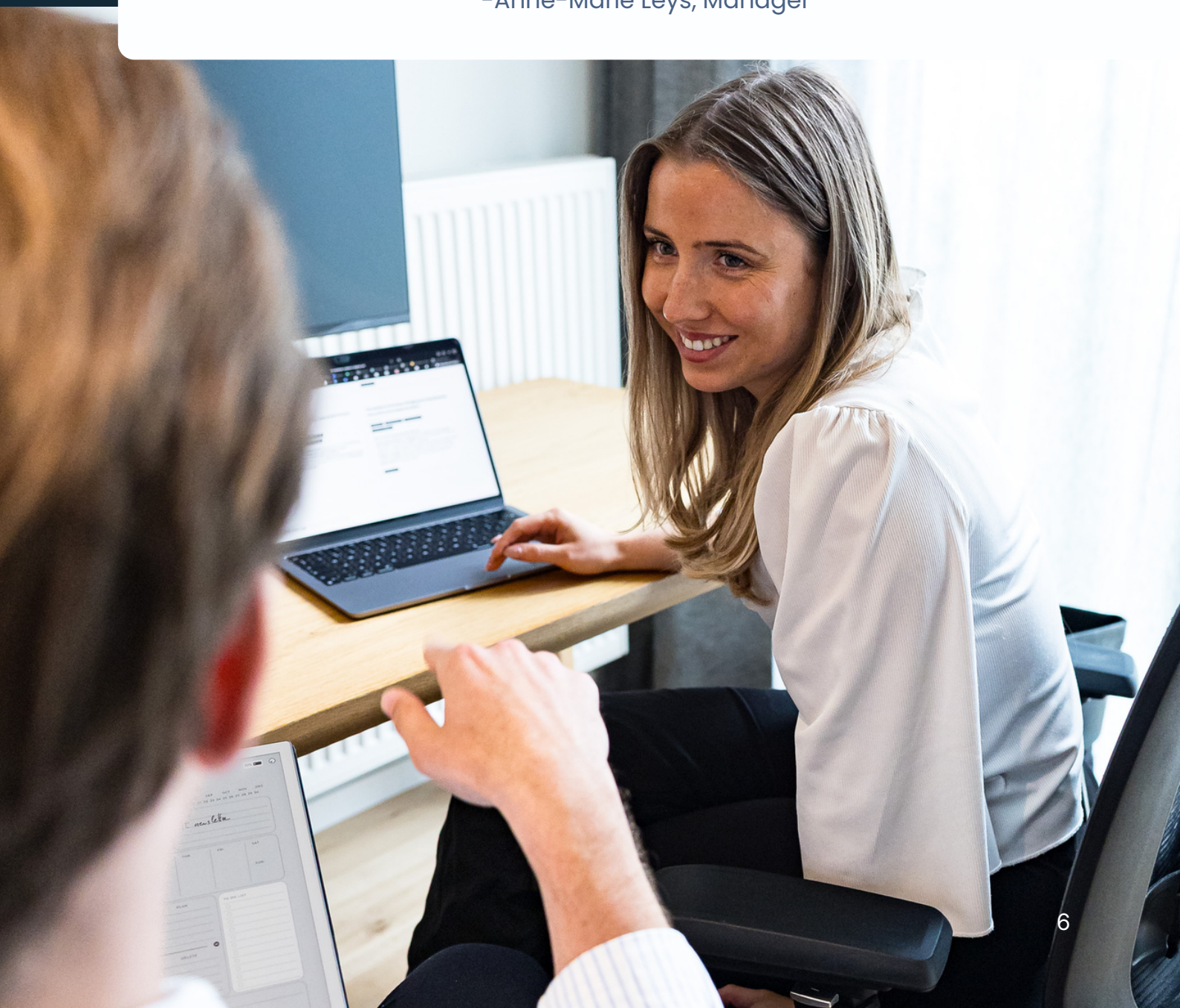
–Anne-Marie Leys, Manager at Madison Partners



Correcte cijfers, het verkeerde gesprek

“ Zonder data kunnen we niet eens objectief aantonen waar het financieringsprobleem zich precies bevindt, laat staan dat we het zouden kunnen oplossen. ”

–Anne-Marie Leys, Manager



Sturing wordt een zaak van de hele organisatie

De CFO blijft daarin een spilfiguur, maar niet langer als enige eigenaar van de cijfers. Zijn rol breidt uit: van het bewaken van de financiële resultaten naar het organiseren van een gesprek waarin de medisch directeur, de diensthoofden, de poliverantwoordelijken en de arts zelf kunnen meelezen en bijsturen.

Dat vergroot zijn impact. Een diensthoofd dat maandelijks ziet wat zijn dienst kost per prestatie, neemt andere beslissingen dan wie dat maar eenmaal per jaar te zien krijgt. Een arts die de rendabiliteit van zijn eigen ingrepen kent, wordt vanzelf medebeslisser over waarde. De hervorming van 2028 maakt die verbreding een noodzaak: wie pathologiegericht gefinancierd wordt, heeft alle disciplines nodig om de kost per pathologie te beheersen.

“Financiële sturing kan niet langer een taak zijn van de CFO alleen,” zegt Thomas. “Zodra een ziekenhuis per pathologie wordt afgerekend, moeten ook de medisch directeur, het diensthoofd en de arts zelf kunnen zien wat hun beslissingen kosten. Wie dat eigenaarschap vandaag al verspreidt over de organisatie, staat er in 2028 sterker voor.”

Sturing die bij de CFO alleen blijft, komt altijd na de feiten. Sturing die de hele organisatie leert lezen, komt op tijd.

Een gefaseerd model: van dienstbeeld tot zorgpad

Het model dat we hier beschrijven vertrekt van bestuurlijke discipline: welke beslissing moet sneller genomen worden, en welk cijfer heb je daarvoor nodig? Het rust op vijf principes.

- **Maandelijks ritme**

Jaarlijkse cijfers komen te laat; maandelijkse opvolging maakt tijdige bijsturing mogelijk.
- **Proxy's boven perfectie**

Een goede benadering vandaag is waardevoller dan een perfect cijfer volgend jaar.
- **Financiën, activiteit en personeel samen**

Kosten zonder context verklaren weinig; volume, bezetting en inzet horen mee in beeld.
- **Meerdere sturingsniveaus**

Ziekenhuis, dienst en poli vragen elk een eigen lens.
- **Maturiteit in fases**

Een betrouwbaar sturingsmodel bouw je stap voor stap op; niet alles moet in één keer perfect zijn.

Jaarlijkse cijfers komen per definitie te laat. Een goede benadering vandaag is waardevoller dan een perfect cijfer volgend jaar. Kosten verklaren weinig zonder de context van omzet, activiteit, bezetting en personeelsinzet. Ziekenhuis, dienst en poli vragen elk een eigen analytische lens, en een betrouwbaar model groeit stapsgewijs, met waarde die al in de vroege fases ontstaat.

Op die principes bouwt het model voort, in een aantal fases.

1. Vertrouwen opbouwen

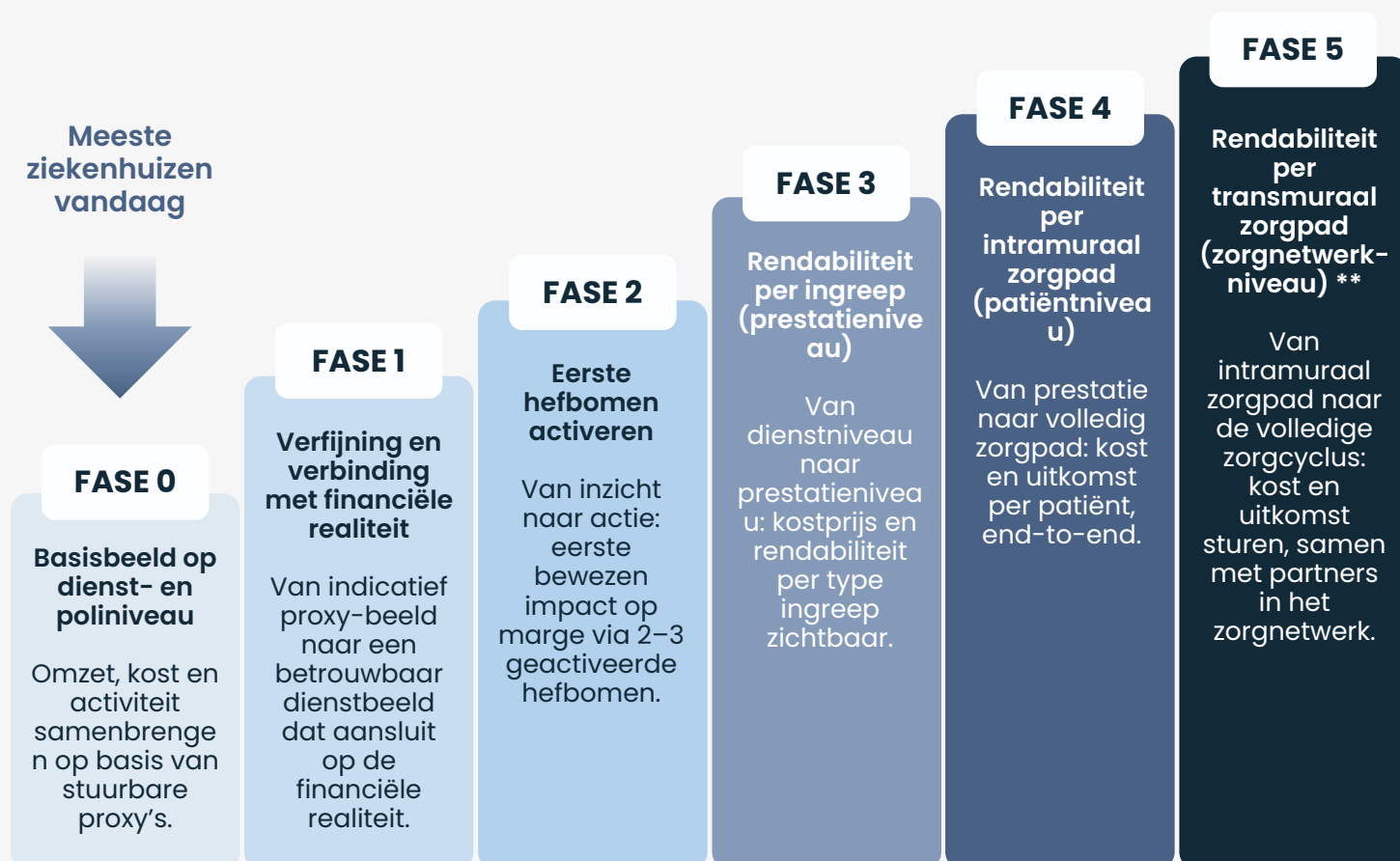
Waarde komt vroeg: eerst een betrouwbaar basisbeeld, daarna stap voor stap diepere sturing.

2. Waarde binnen de ziekenhuismuren

Eerst binnen de muren, daarna verfijnen en sturen

3. Horizon

Pas echt relevant zodra waarde-gedreven financieringsmodellen ingang vinden



- 0 Fase 0 legt een betrouwbaar basisbeeld op dienst- en poliniveau. Hier ontstaat de eerste gedeelde realiteit.
- 1 Fase 1 verfijnt dat beeld en verbindt het met de financiële realiteit. Zo ontstaat de eerste werkelijke brug tussen operationele data en boekhouding.
- 2 Fase 2 activeert de eerste hefboomen en maakt aantoonbare impact op de marge zichtbaar.
- 3 Fase 3 brengt de rendabiliteit per type ingreep in kaart.
- 4 Fase 4 verbindt die gegevens tot een volledig intramuraal zorgpad op het niveau van de individuele patiënt.
- 5 Fase 5 reikt ten slotte over de ziekenhuismuren heen, in samenspraak met partners binnen het bredere zorgnetwerk.

Slechts een minderheid van de ziekenhuizen bevindt zich vandaag op dat laatste niveau. Het is een horizon voor de lange termijn.

Fase 3 en fase 4 zijn precies waar dit model aansluit op de hervorming die nu al aankomt. Vanaf 2028 wordt een ziekenhuis gefinancierd op basis van pathologie en reële kost. Een ziekenhuis dat kost, activiteit en omzet niet op het niveau van pathologie of patiënt aan elkaar kan koppelen, zal gefinancierd worden zonder zicht op zijn eigen kostenstructuur.

Wie nu aan fase 0 begint, is in 2028 klaar. Wie wacht, mist dan de eigen cijfers om te weten of de nieuwe financiering voor zijn ziekenhuis werkt.

De meeste ziekenhuizen bevinden zich vandaag nog vóór fase 0. Internationale studies rapporteren besparingen tussen 8,7 en bijna 29 procent wanneer kosten op activiteitsniveau worden gestuurd, vaak voldoende om break-even te bereiken. Fase 0 begint met het samenbrengen van bestaande gegevens in één centraal beeld, en is met de juiste discipline binnen enkele maanden realiseerbaar.

Sturen kan vandaag al beginnen

Het echte probleem van ziekenhuizen is een kosten- en productiviteitsprobleem dat te lang onzichtbaar blijft, omdat de informatie om bij te sturen versnipperd ligt over systemen en rapporten die nooit gelijktijdig op tafel komen.

De eerste stap is kleiner dan men denkt: een betrouwbaar basisbeeld op dienstniveau, maandelijks bijgewerkt, is realiseerbaar binnen enkele maanden, met data die vandaag al beschikbaar is.

Een gedeeld, maandelijks dienstbeeld is vooral een bestuurlijke keuze.

Thomas Dubois | thomas.dubois@madison.partners

Bronnen: Belfius MAHA-sectorstudie AZ 2025, cijfers boekjaar 2024. Shakya et al., Applied Health Economics and Health Policy, 2025, over de toepassing van Time-Driven Activity-Based Costing in de zorg.





Madison.Partners

Ontdek wat uw data al weet



madison.partners
thomas.dubois@madison.partners
+32 474 13 85 58