KCE REPORT 412A
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

LEIDEN EEN STIJGING VAN DAGOPNAMES EN EEN KORTER ZIEKENHUISVERBLIJF TOT MEER HEROPNAMES EN OVERLIJDENS ?



NICOLAS BOUCKAERT, ISABELLE SAVOYE, RENATE ZEEVAERT, CARL DEVOS, LORENA SAN MIGUEL, KOEN VAN DEN HEEDE

2026 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Tijdens de voorbije decennia werd sterk ingezet op het verkorten van de verblijfsduur van ziekenhuisopnames en het verhogen van de proportie dagopnames, enerzijds door medische innovatie waardoor behandelingen minder invasief werden, anderzijds door financiële prikkels.

Hiervoor zijn meerdere goede redenen, zowel voor de patiënt die minder risico loopt op ziekenhuis-geassocieerde complicaties zoals infecties of bloedklonters, maar ook voor het systeem waar capaciteit kan gevrijwaard worden in een context van stijgende zorgvraag.

En met resultaat. Sinds enkele jaren zijn er meer dagopnames dan klassieke ziekenhuisopnames, en ook de gemiddelde verblijfsduur is gestaag blijven dalen. Voor de patiënt betekent dit een snellere terugkeer naar de vertrouwde thuisomgeving, waar zorgverleners uit de eerste lijn de opvolging dan verder opnemen. Voor het systeem zou dit tot een efficiëntere inzet van middelen kunnen leiden dankzij een lagere kostprijs per patiënt en een snellere turn-over wat toelaat om meer patiënten te behandelen met dezelfde ziekenhuiscapaciteit.

Deze evolutie is toe te juichen, op voorwaarde dat de positieve effecten opwegen tegen eventuele negatieve gevolgen. De grootste bezorgdheid is natuurlijk dat dergelijke kortere ziekenhuisverblijven niet veilig zijn, waardoor patiënten na ontslag meer risico lopen om te overlijden of om opnieuw (ongepland) te worden opgenomen. Daarnaast rijzen er vragen over de tevredenheid van de patiënten zelf en hun mantelzorgers, en over de impact op de eerste lijn zowel naar werkbelasting als specifieke competenties.

In deel 1 van een tweedelig project, gaan we een eerste keer in op de veiligheidsaspecten, namelijk de relatie tussen de duur van het ziekenhuisverblijf en dagopnames enerzijds en het risico op overlijden en ongeplande ziekenhuisopnames anderzijds. De resultaten van deze analyse zijn belangrijk, zeker in het licht van de huidige budgettaire context, de tekorten aan zorgverleners en de hervorming van ons ziekenhuislandschap die momenteel wordt voorbereid. Samen met de resultaten van deel 2 die in de loop van 2026 verwacht worden, kunnen we zo de beleidsmakers en het werkveld ondersteunen bij het vormgeven van het ziekenhuislandschap van morgen.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen Directeur

INHOUDSTAFEL

1 INLEIDING 3

1.1 KORTERE VERBLIJFSDUUR EN VERSCHUIVING NAAR DAGOPNAME 3

1.2 DOEL VAN DE STUDIE 3

2 IMPACT VAN TOENAME DAGCHIRURGIE 4

2.1 TOENAME VAN DAGCHIRURGIE 4

2.2 ZEER LAGE STERFTE 4

2.3 GEEN TOENAME VAN ONGEPLANDE HEROPNAMES, INTEGENDEEL 4

2.4 TOENAME DAGCHIRURGIE ZONDER GEOBSERVEERDE NADELIGE EFFECTEN 4

3 IMPACT VAN EEN KORTERE VERBLIJFSDUUR 6

3.1 KORTERE VERBLIJFSDUUR 6

3.2 LICHTE AFNAME VAN ONGEPLANDE HEROPNAMES EN STABIEL STERFTECIJFER 6

3.3 KORTERE VERBLIJFSDUUR ZONDER GEOBSERVEERDE NADELIGE EFFECTEN 6

4 WAT ZEGT DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR? 8

4.1 IN LIJN MET DE EERDERE BEVINDINGEN, MET ÉÉN UITZONDERING 8

4.2 BEPAALDE INTERVENTIES EFFECTIEF VOOR INKORTEN VERBLIJFSDUUR 8

5 CONCLUSIE 8

5.1 TOENEMENDE EFFICIËNTIE ZONDER MEER ONGEPLANDE HEROPNAMES EN STERFTE NA ONTSLAG 8

5.2 BEPERKINGEN 8

SYNTHESE

1 INLEIDING

1.1 Kortere verblijfsduur en verschuiving naar dagopname

Zoals in de meeste Westerse landen wordt ook in België getracht om de **efficiëntie in de ziekenhuissector te verhogen**, o.a. door de verblijfsduur voor de klassieke hospitalisaties in te korten en meer ingrepen in dagopname uit te voeren.

Een belangrijke stimulans hiervoor zit vervat in de **ziekenhuisfinanciering**. Het Budget van Financiële Middelen, dat een vooraf vastgelegd (gesloten) nationaal budget is, wordt over de ziekenhuizen verdeeld met behulp van een puntensysteem dat resulteert in een aantal 'verantwoorde bedden per ziekenhuis'.

Een van de belangrijkste parameters, binnen dit puntensysteem, is de **gemiddelde verblijfsduur per DRG** (*Diagnosis-Related Group*), berekend over de voorgaande drie jaar. Op basis van dit nationaal gemiddelde wordt het aantal 'verantwoorde' ligdagen en bedden per ziekenhuis berekend. Kort gezegd: als de reële verblijfsduur voor een ziekenhuis hoger is dan het nationaal gemiddelde, is dit financieel nadelig. Dit systeem zorgt ervoor dat ziekenhuizen ernaar streven om de verblijfsduur onder de nationaal gemiddelde verblijfsduur te houden. Hierdoor daalt deze nationaal gemiddelde verblijfsduur jaar na jaar.

Binnen de ziekenhuisfinanciering zijn er ook mechanismen om **dagchirurgie** te stimuleren, die recent werden uitgebreid. Voor ingrepen op de A-lijst krijgen ziekenhuizen nu 0,95 verantwoorde dagen als ze in dagopname worden uitgevoerd (tot juli 2022 was dit slechts 0,81). Dit moet dagchirurgie aanmoedigen. Voor B-lijstprocedures wordt verwacht dat ze standaard in dagchirurgie verlopen: ook bij een klassieke opname krijgen ziekenhuizen slechts het equivalent van een dagopname.

Deze evolutie brengt mogelijks verschuivingen mee naar **de ambulante zorg** (bv. thuisverpleging, huisartsen, kinesitherapie). Ook de mogelijke **negatieve gevolgen** zoals minder kwaliteit en veiligheid van zorg door een te snel ontslag of ontoereikende nazorg dienen te worden onderzocht.

1.2 Doel van de studie

In deze studie onderzoekt het KCE of **er een verband is tussen** een korter ziekenhuisverblijf en de shift naar dagopnames, enerzijds, **en verschuivingen in zorgkwaliteit.** Dit wordt gemeten aan de hand van het aantal **ongeplande heropnames en overlijdens binnen 30 dagen na ontslag**.

De studie bestaat uit **twee delen**:

- **Eerste (huidige) rapport**: een analyse van de algemene trends op basis van **Belgische administratieve gegevens** en een **literatuuroverzicht** voor bepaalde heelkundige procedures en medische aandoeningen. Doel is nagaan of meer dagopnames en een kortere verblijfsduur geassocieerd zijn met meer heropnames of sterfte na ontslag. Verder werd de **effectiviteit** nagegaan van interventies die een kortere verblijfsduur mogelijk moeten maken (bv. ontslagmanagement) zonder dat dit leidt tot meer ongeplande heropnames of sterfte na ontslag.
- **Tweede rapport (tweede helft van 2026)**: een meer diepgaande analyse van Belgische administratieve gegevens zal worden uitgevoerd op een selectie van medische aandoeningen en heelkundige procedures. Doel van deze analyses is nagaan wat de impact is van de verschuiving naar dagopname (enkel voor heelkundige ingrepen) en verkorting van verblijfsduur (medische aandoeningen en heelkundige ingrepen) op kwaliteit van zorg en zorggebruik. Naast ongeplande heropnames in het ziekenhuis en sterfte binnen de 30-dagen na ontslag zal ook de impact op ambulante spoedcontacten en ambulant zorggebruik worden geëvalueerd. Tot slot zal aan stakeholders worden gevraagd welke randvoorwaarden nodig zijn opdat de zorgkwaliteit niet lijdt

onder de verkorte ligduur en toename van dagchirurgie. Op basis van de bevindingen van beide rapporten zal het KCE aanbevelingen formuleren.

2 IMPACT VAN TOENAME DAGCHIRURGIE

2.1 Toename van dagchirurgie.

Het KCE analyseerde de Belgische **administratieve gegevens** voor een selectie van geplande chirurgische ingrepen die in dagopname zouden kunnen gebeuren. De analyse omvatte **11,5 miljoen verblijven tussen 2008 en 2022[a].** (zie Figuur 1, panel A)

Het aandeel ingrepen in dagchirurgie (bij ingrepen met potentieel voor dagchirurgie**) steeg, na risico-correctie, van 57,9% in 2008 naar 66,4% in 2022**, met **een sterkere toename bij oudere patiënten en mensen met meerdere aandoeningen**. De hoogste percentages voor dagchirurgie werden waargenomen bij **oogheelkunde, NKO en neurochirurgie**.

2.2 Lage sterfte na ontslag

De **sterfte na ontslag** bleek relatief laag (<0,05%) en vertoonde geen ongunstige trends. Dat stemde overeen met de verwachtingen, omdat het ging over geplande ingrepen die in aanmerking komen voor dagchirurgie. Omwille van de lage aantallen voerde het KCE geen verdere risico-gecorrigeerde analyses rond sterfte uit.

2.3 Geen toename van ongeplande heropnames, integendeel

De toenemende verschuiving van klassieke naar dagchirurgie leidde **niet tot een toename van ongeplande heropnames. Integendeel, het aantal heropnames bleef stabiel of daalde licht,** zelfs bij oudere patiënten en patiënten met meerdere comorbiditeiten. Risico-gecorrigeerde analyses bevestigden een bescheiden maar gunstige trend: van 2,0% ongeplande heropnames in 2008 naar 1,7% in 2022. De percentages ongeplande heropnames voor klassieke hospitalisaties, na risico-correctie, zijn hoger (van 3,3% in 2008 naar 3,0 in 2022) dan voor dagopnames (van 1,1% in 2008 naar 1,0% in 2022). (zie Figuur 1, panel B)

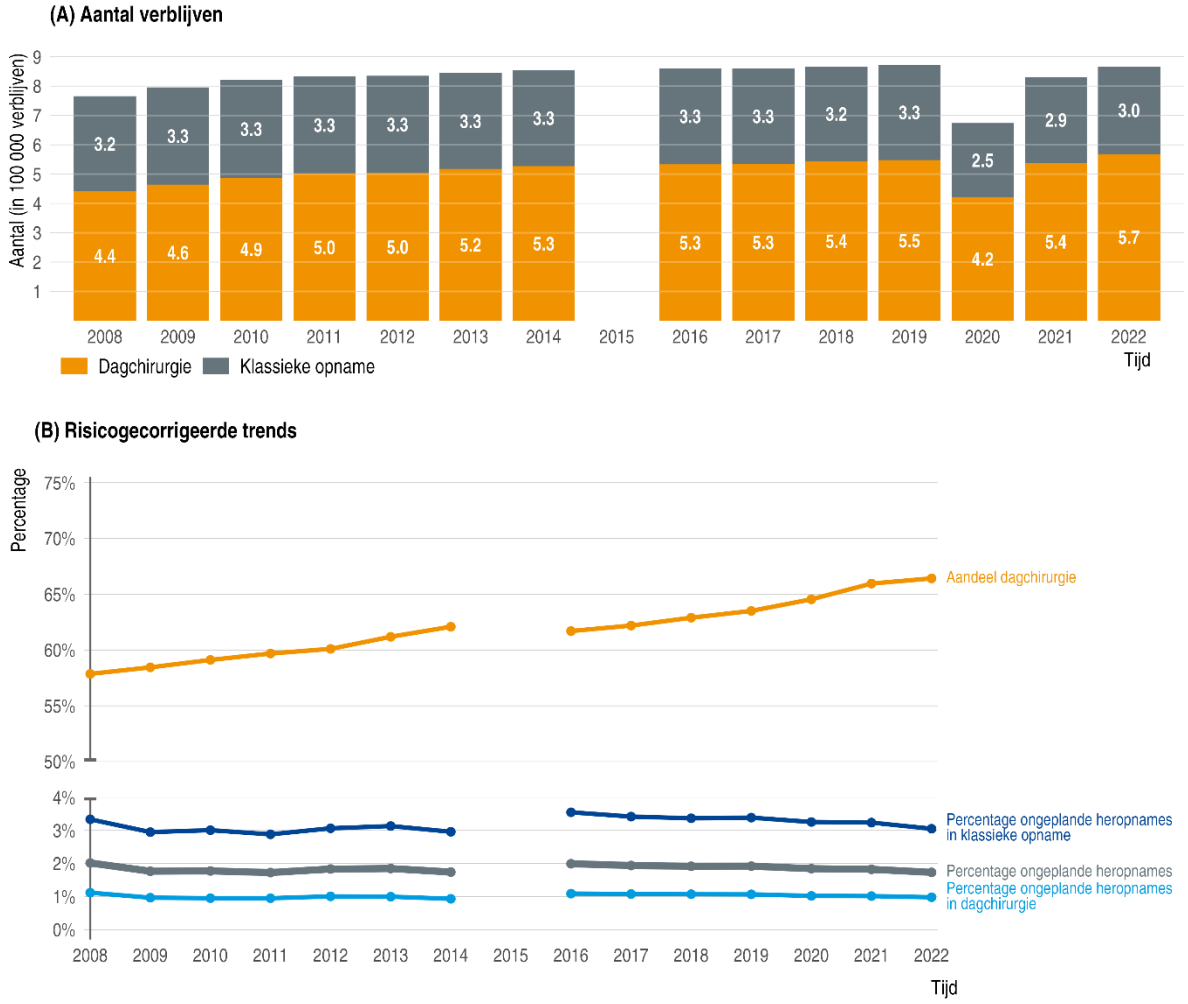
2.4 Toename dagchirurgie zonder geobserveerde nadelige effecten

Het aandeel van electieve chirurgische ingrepen in dagopname nam aanzienlijk toe tijdens de studieperiode, **zonder** dat dit gepaard ging met **een stijging van ongeplande heropnames** of **sterfte na ontslag**. Dit wijst erop dat dagchirurgie kan zorgen voor efficiëntiewinst bij de ziekenhuizen, zonder de veiligheid van zorg op korte termijn in gevaar te brengen, al is verder onderzoek nodig om de ruimere aspecten van zorgkwaliteit te beoordelen (zie Sectie 5.2).

---

[a] Het jaar 2015 werd niet meegenomen, omdat dan de overgang plaatsvond van de ICD-9 naar de ICD-10 classificatiesystemen.

Figuur 1 – Informatie evaluatie dagchirurgie



3 IMPACT VAN EEN KORTERE VERBLIJFSDUUR

3.1 Kortere verblijfsduur

Het KCE analyseerde meer dan **18 miljoen ziekenhuisopnames** in algemene Belgische ziekenhuizen tussen 2008 en 2022.[a] (zie Figuur 2 – Panel A)

De **gemiddelde verblijfsduur in acute ziekenhuisafdelingen**[b] **daalde** van 6,1 dagen in 2008 naar 5,1 dagen in 2022. Na correctie voor patiëntkenmerken (bv. leeftijd, geslacht, aandoening, comorbiditeit en type opname) was de daling van de verblijfsduur nog groter, naar 4,6 dagen in 2022. (zie Figuur 2 – Panel B) Dit heeft vooral te maken met een meer uitgesproken daling bij oudere patiënten (bv. de gemiddelde verblijfsduur voor 85 plussers daalde, na risico-correctie van 13,2 dagen in 2016 tot 10 dagen in 2022)) en patiënten met meerdere aandoeningen. De daling is ook groter bij opnames voor heelkundige procedures dan bij opnames voor medische aandoeningen. (zie Figuur 2 – Panels C & D)

3.2 Lichte afname van ongeplande heropnames en stabiel sterftecijfer

Tegelijkertijd **nam** het aantal **heropnames binnen 30 dagen na ontslag** licht af, zowel in ruwe cijfers als na risicocorrectie (Na risico-correctie: van 5,6% in 2008 tot 4,9% in 2022). Dit komt vooral door een daling bij hoogrisico patiënten. Dit betekent niet dat ongeplande heropnames geen probleem vormen. Bij sommige patiëntgroepen is het percentage ongeplande heropnames hoog (bv. bij 85-plussers is het percentage voor risico-gecorrigeerde ongeplande heropnames 9% in 2022).

De **30-dagen sterfte bleef stabiel** na correctie voor patiëntkenmerken (0,9% tussen 2016 en 2022), ondanks een lichte stijging in de ruwe cijfers. Ook de gecombineerde uitkomst van heropname of sterfte verbeterde, vooral bij oudere en multimorbide patiëntgroepen.

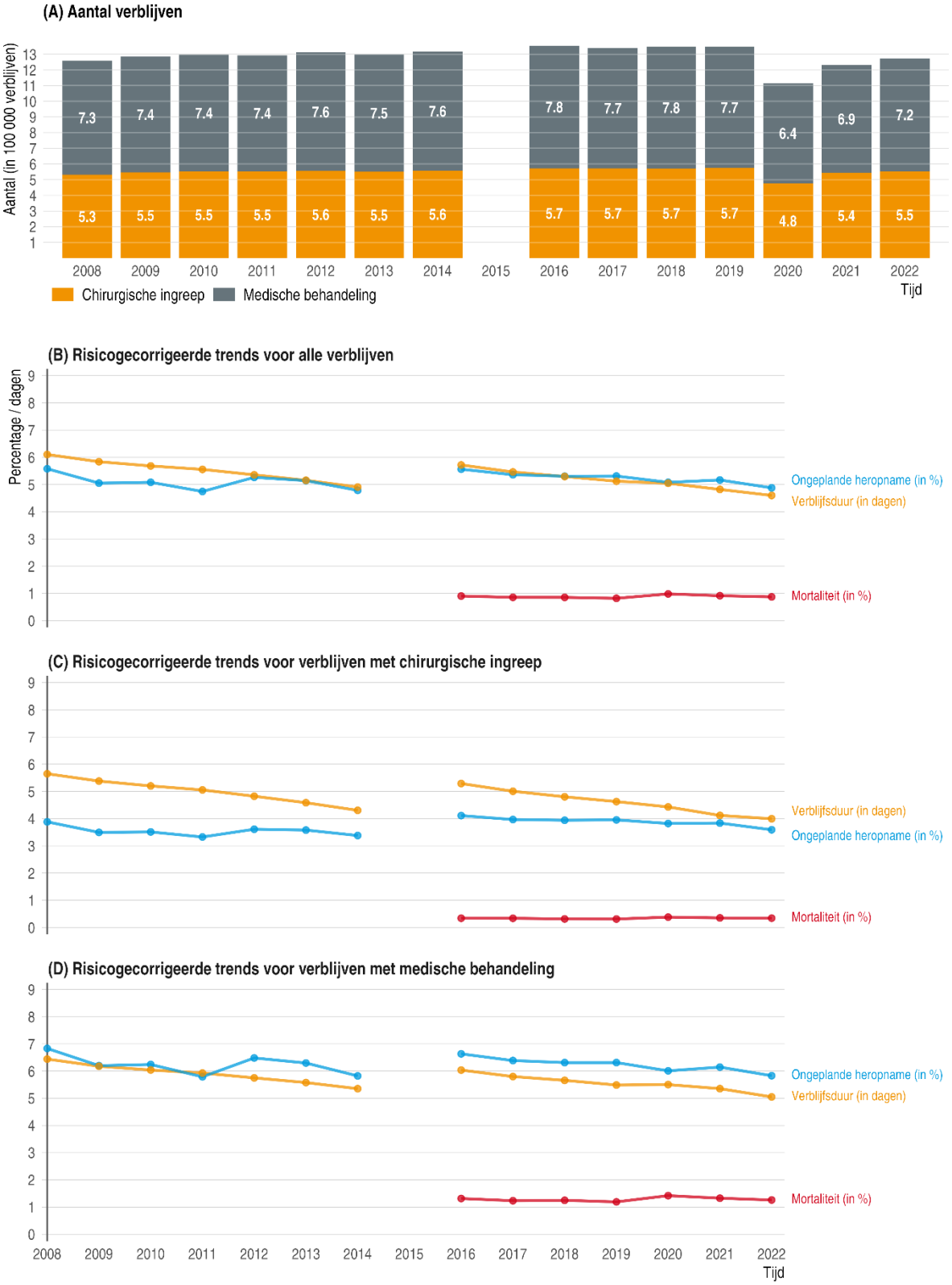
3.3 Kortere verblijfsduur zonder geobserveerde nadelige effecten

De verblijfsduur in ziekenhuizen is verkort, **zonder merkbare stijging in ongeplande heropnames of sterfte in de 30-dagen na ontslag** wat wijst op een efficiëntere ziekenhuiswerking. Dit geldt zelfs voor oudere en complexere patiënten.

---

b De verblijfsduur op revalidatie afdelingen (S1-S6 bedden) en psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen (A,K,T) werd niet meegeteld.

Figuur 2 – Informatie evaluatie verblijfsduur



4 WAT ZEGT DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR?

4.1 In lijn met de eerdere bevindingen, met één uitzondering

De KCE-onderzoekers gingen na of de resultaten uit de wetenschappelijke literatuur in lijn lagen met hun bevindingen hierboven. In totaal bestudeerden ze **11 systematische literatuuroverzichten en 45 primaire studies** over o.a. chirurgische ingrepen zoals het plaatsen van heup- en knieprotheses, percutane coronaire interventie (PCI), appendectomie, galblaasverwijdering, en de behandeling van medische aandoeningen o.a. hartfalen en chronische obstructieve longziekte (COPD). De studies vertoonden gelijkaardige trends in verblijfsduur, heropnames en sterfte.

Voor ingrepen zoals PCI, heup- en knieprotheses, appendectomie en galblaasverwijdering werd **geen verband gevonden tussen kortere verblijfsduur of verschuiving naar dagopname en slechtere uitkomsten**. De behandeling van **hartfalen** vormt hierop een uitzondering: de behandeling in dagziekenhuis leidde hier tot meer heropnames. Dit wijst op het belang van aandoeningsgerichte analyses, die in het tweede deel van deze studie verder worden uitgewerkt.

4.2 Bepaalde interventies effectief voor inkorten verblijfsduur

Daarnaast bevestigt een overkoepelende studie van **49 systematische literatuurstudies** dat **interventies** zoals ERAS[c] (*Enhanced Recovery After Surgery* - Sneller Herstel na Operatie*)* en ontslagplanning door verpleegkundigen effectief zijn om de verblijfsduur in te korten, zonder dat het aantal heropnames toeneemt. Voor andere interventies was de beschikbare evidentie beperkter. Zowel voor ERAS als ook voor de andere interventies blijft het bewijs onzeker door uiteenlopende studiekwaliteit, beperkte vergelijkingsmogelijkheden en de afhankelijkheid van observationele data.

5 CONCLUSIE

5.1 Toenemende efficiëntie bij de ziekenhuizen zonder meer ongeplande heropnames en sterfte na ontslag

Deze studie toont aan dat de Belgische ziekenhuizen geleidelijk evolueren naar meer efficiëntie, door de toename van dagchirurgie en de inkorting van de verblijfsduur zonder dat dit samenhangt met meer heropnames of sterfte binnen 30 dagen na ontslag.

5.2 Beperkingen

Toch zijn er belangrijke beperkingen. De analyses zijn gebaseerd op administratieve gegevens, waardoor niet alle relevante **factoren**, zoals klinische parameters konden worden meegenomen. Dat geldt ook voor sociaaleconomische factoren en de beschikbaarheid van informele zorg. In het tweede deel van deze studie zullen sommige factoren wel onderzocht kunnen worden door de beschikbaarheid van meer uitgebreide gegevens. Ook ontbreken gegevens over **ambulante spoedcontacten** na ontslag, terwijl dit kan wijzen op complicaties en dus problemen met kwaliteit van zorg (bv. prematuur ontslag). Het is dan ook belangrijk dat deze uitkomstmaat in toekomstige analyses wel wordt opgenomen.

---

[c] ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is een evidence-based, multidisciplinair programma dat gericht is op het verminderen van chirurgische stress en het versnellen van postoperatief herstel. Het omvat een gestandaardiseerd pakket van maatregelen in de pre-, per- en postoperatieve fase (bv. pijnbestrijding, minimaal invasieve chirurgie, vroege mobilisatie).

Daarnaast is er, op basis van de huidige analyses, geen inzicht in de **kostenimpact** van de transitie naar dagopname en kortere verblijven. Het is onduidelijk of kortere verblijven de kosten doen toenemen voor andere zorgsectoren, zoals de thuis- of eerstelijnszorg, wat de efficiëntiewinst binnen de ziekenhuissector (deels) teniet zou kunnen doen. Volgens internationale studies zijn dergelijke transities immers niet altijd kostenbesparend voor het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel.

In deze studie werd ook vooral gekeken naar harde uitkomsten zoals ongeplande heropnames en sterfte na ontslag. Er werd niet gekeken naar de impact op **patiëntervaringen en levenskwaliteit**. Dagchirurgie en vroegtijdig ontslag kunnen voor sommige patiënten en hun omgeving nochtans belastend zijn, vooral bij onvoldoende voorbereiding en ondersteuning. Goede communicatie, duidelijke informatie en betrokkenheid van familie zijn cruciaal voor een vlot herstel. In de volgende fase van het onderzoek zal er daarom rekening worden gehouden met de ervaringen van zorgverleners en zullen vertegenwoordigers van patiënten worden bevraagd, om zo een meer volledig beeld te verkrijgen van de impact van deze zorgtransitie.

Tot slot moet men zich hoeden voor het idee dat dankzij het inkorten van de verblijfsduur de **ziekenhuisomkadering lineair kan worden afgebouwd**. Een korter verblijf brengt vaak een **intensivering** van de **zorg** met zich mee in de periode dat de patiënt in het ziekenhuis verblijft, en dat vraagt om voldoende personeel met de juiste competenties, zodat de kwaliteit en veiligheid van zorg gewaarborgd blijven (cf. KCE rapport 325).

COLOFON

Titel:	Leiden een stijging van dagopnames en een korter ziekenhuisverblijf tot meer heropnames en overlijdens ? – Synthese
Auteurs:	Nicolas Bouckaert (KCE), Isabelle Savoye (KCE), Renate Zeevaert (KCE), Carl Devos (KCE), Lorena San Miguel (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Programma manager:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Expert wetenschappelijke informatie:	Nicolas Fairon (KCE)
Data extractie, transformatie en upload:	Stephan Devriese (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE); Emily Van Coolput (KCE)
Externe experten en stakeholders:	Koen Beullens (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV – INAMI), Luk Bruyneel (Voormalig Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ)), Marc Coppens (Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent)), Anja Crommelynck (Cliniques universitaires Saint-Luc), Bart Demyttenaere (Solidaris), Stephanie Devisscher (Zorgnet-Icuro), Kris Doggen (Voormalig Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)), Johan Pauwels (RIZIV – INAMI), (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire, Environnement (FOD VVVL – SPF SSCE), (Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten – Agence fédérale des medicaments et des produits de santé (FAGG – AFMPS)), Quentin Schoonvaere (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)), Gauthier Vandeleene (PAQS)
Externe validatoren:	Kristiina Kahur (HC Management Consulting Ltd, Estland), Wilm Quentin (Universität Bayreuth, Duitsland), Astrid Van Wilder (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven)
Acknowledgements:	We willen de volgende KCE experten bedanken voor hun bijdrage aan deze studie: Christophe de Meester, Carine Van de Voorde en France Vrijens. We danken ook Statbel, het ad-hoc team "Technische Cel – Cellule Technique (TCT)" van de Dienst Data- en Beleidsinformatie van de FOD VVVL – SPF SSCE, en de Data Office van het RIZIV – INAMI voor het aanleveren van de gegevens. Tot slot danken we Danielle Croisiaux en Tonio Di Zinno (Agence InterMutualiste (AIM)) voor het aanleveren van de gegevens voor het tweede deel van de studie, waarover binnenkort een rapport zal verschijnen.
Belangen KCE experten:	Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.

	Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie, evaluatie verschuiving ziekenhuiszorg. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	8 januari 2026
Project nummer:	2018-15-HSR
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Patient Readmission; Length of Stay; Health Care Reform
NLM classificatie:	WX 158
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2025/10.273/52
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.
Hoe refereren naar dit document?	Bouckaert N, Savoye I, Zeevaert R, Devos C, San Miguel L, Van den Heede K. Leiden een stijging van dagopnames en een korter

ziekenhuisverblijf tot meer heropnames en overlijdens ? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2026. KCE Reports 412As. https://doi.org/10.57598/R412AS

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.