RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

ALGEMENE RAAD

Nota ARGV 2026/055 Brussel, 21-09-2026

BETREFT: Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen - Rapport juni 2026

INHOUD:

De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) is volgens de wet verplicht om elk jaar uiterlijk op 30 juni een rapport in te dienen over de voortgang van de realisatie van de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen, de mogelijke actualisering ervan en de vertaling in concrete acties. De prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen werden vastgelegd door de Algemene Raad in zijn vergadering van 5 mei 2025.

De taak van de GDOS commissie bestaat er nu in om een meer concrete invulling te geven aan die prioritaire gezondheidszorg-doelstellingen en specifieke indicatoren te ontwikkelen. Dit rapport biedt een overzicht van de stand van zaken in dit verband.

BUDGETTAIRE WEERSLAG: /

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG: /

PROCEDURE:

Wettelijke basis: artikel 18/2, § 1 et 2 van het ZIV-Wet gecoördineerd op 14-07-1994

Verzending aan de Ministers die de Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, aan de voor Gezondheid bevoegde ministers van de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden, aan de Kamer van volksvertegenwoordigers, aan het Verzekeringscomité, aan de Algemene raad.

OPDRACHT: De Algemene raad wordt gevraagd kennis te nemen van het rapport.

Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen

Rapport juni 2026

Dit advies wordt onderschreven door de leden van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen op persoonlijke titel en bindt de organisaties waartoe zij behoren niet.

Inhoudstafel

1 Inleiding ... 3

2 Proces ... 4

2.1 Samenstelling en werkwijze: principes ... 4

2.2 GZD1 (data) en GZD2 (doelmatigheid) ... 4

2.3 GZD3 (multidisciplinaire organisatie zorg en afstemming van de verschillende zorglijnen) ... 5

2.4 GZD5 (toegankelijkheid) ... 5

2.5 GZD7 (preventie) ... 6

3 Formulering specifieke gezondheidszorgdoelstellingen: algemene principes ... 7

3.1 Band met de interfederale gezondheidsdoelstellingen en met de Sextuple Aim ... 7

3.2 De Belgische bevoegdheidsverdeling ... 8

3.3 Lange versus korte termijn, GZD en indicatoren ... 9

3.4 Samenhang tussen de verschillende GZD ... 9

3.5 Budgettaire effecten en ex-postevaluatie ... 10

4 Beter gebruik van data (GZD1) / Verhogen van de doelmatigheid (GZD2) ... 11

4.1 Algemene inleiding ... 11

4.2 Gezondheidszorgdoelstelling 1 – Beter gebruik van data ... 14

4.3 Gezondheidszorgdoelstelling 2 – Verhogen van de doelmatigheid ... 26

4.4 Glossarium ... 37

5 Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen (GZD3) ... 38

5.1 Inleiding ... 38

5.2 De noden van patiënt/zorgvrager: individuele levensdoelen en interprofessionele samenwerking ... 39

5.3 Organisatiemodel: eerstelijnspraktijken, eerstelijnsnetwerken en locoregionale zones ... 43

5.4 Preventie en population health management ... 53

5.5 Financiering ... 54

5.6 Noodzakelijke voorwaarden ... 55

5.7 Barrières en overgangsmaatregelen ... 59

6 Toegankelijkheid van zorg (GZD5) ... 61

6.1 De structuur van de remgelden ... 62

6.2 De omvang van de eigen betalingen ... 66

6.3 Een bredere kijk op toegankelijkheid ... 67

7 Preventie (GZD7) ... 68

7.1 Een visie ... 70

7.2 Samenwerking tussen beleidsniveaus ... 71

7.3 Ondersteuning van de eerstelijnszorg bij de uitvoering van preventiestrategieën 72
7.4 Versterken en gebruiken van gegevens om preventie te monitoren en te sturen..... 74
7.5 Innovatieve financieringsmodellen en financiële prikkels 76
8 Perspectieven voor de toekomst 78
8.1 Opvolging 78
8.2 Ex-postevaluatie 78
8.3 Toekomstige rol van de werkgroepen 78
8.4 Budgettaire aspecten 79
8.5 Afstemming op de interfederale gezondheidsdoelstellingen 79
8.6 Vertegenwoordiging van de gefedereerde instellingen 79
8.7 Inspraakprocedure 80
9 ANNEX I. GERAADPLEEGDE EXPERTEN GZD3 81
10 ANNEX II. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP PREVENTIE..... 82
11 ANNEX III. TERRITORIALE ORGANISATIE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË..... 83
12 ANNEX IV. EIGEN BETALINGEN IN BELGIE: DE OESO-BENADERING..... 88
12.1 Inleiding..... 88
12.2 Wat zijn eigen betalingen?..... 90
12.3 Gezondheidsrekeningen..... 91
12.4 Berekening eigen betalingen..... 92
12.5 Correcties door de FOD sociale zekerheid 96
12.6 Enkele cijfers over de totale uitgaven en eigen betalingen 98
13 REFERENTIES..... 102

1 Inleiding

De Algemene Raad legde op 5 mei 2025 de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen vast, waarop het beleid in deze legislatuur zou moeten gericht worden. Vertrekkende van het advies van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen (verder afgekort GDOS) van april 2025 werden vijf prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen naar voor geschoven:

- GZD1. Beter gebruik van data
- GZD2. Verhogen van de doelmatigheid
- GZD3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen
- GZD5. Betere toegankelijkheid van zorg
- GZD7. Meer inzetten op preventie en screening

De beslissing om GZD3 als prioritaire doelstelling te kiezen, werd mede geïnpireerd door het feit dat deze doelstelling handvaten biedt om de doelstellingen die niet prioritair gekozen werden alsnog onrechtstreeks op te nemen. Dit betreft voornamelijk GZD4 (persoonsgerichte zorg); GZD6 (hervorming gezondheidsberoepen) en GZD8 (tand- en mondzorg, geestelijke gezondheidszorg GGZ).

Omdat in het GDOS-advies van april 2025 de gezondheidszorgdoelstellingen nog in vrij algemene termen werden beschreven, werd de meest dringende opdracht van GDOS omschreven als het formuleren van meer specifieke doelstellingen (en, waar mogelijk, daaraan gekoppelde indicatoren) die een meer concrete inhoud geven aan de gekozen brede gezondheidszorgdoelstellingen. Hierbij werd ook besloten om de uitwerking van de twee “ondersteunende” GZD (GZD1 en GZD2) toe te vertrouwen aan de administratie van het RIZIV. De evaluatie van de voortgang op deze domeinen zou wel nog steeds de verantwoordelijkheid zijn van GDOS. Aangezien de doelstellingen met betrekking tot de doeltreffendheid van de zorg (GZD2) en het gebruik van gegevens (GZD1) naadloos aansluiten bij het strategisch plan “Appropriate Care 2026–2027”, dat tot doel heeft de hefbomen voor het verbeteren van de relevantie en de efficiëntie van de zorg op een geïntegreerde manier te structureren, zorgde deze keuze voor een sterkere afstemming tussen deze strategische documenten. De invulling van de andere drie doelstellingen (GZD3, GZD5 en GZD7) zou uitgewerkt worden door GDOS. Hiervoor zou gewerkt worden met ad hoc samengestelde werkgroepen.

Dit advies bevat de resultaten van deze oefening. We beschrijven eerst het proces dat doorlopen werd bij de uitwerking van het advies. Dan komen enkele algemene bedenkingen aan bod, vooraleer we achtereenvolgens de verschillende gezondheidszorgdoelstellingen bespreken. Tenslotte bespreken we de planning van de GDOS werkzaamheden voor de volgende maanden.

In principe had GDOS uiterlijk tegen de tweede maandag van oktober 2025 een rapport moeten opleveren over de conformiteit van het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen. Dit rapport had kunnen fungeren als een eerste voorlopige toets van het voorgestelde evaluatiekader. Omdat het Verzekeringscomité in oktober 2025 geen voorstel heeft geformuleerd, verviel deze opdracht van GDOS.

2 Proces

De leden van GDOS hebben een verschillende disciplinaire achtergrond, en zijn niet allemaal even competent voor alle deeldomeinen van de gezondheidszorg – en dus ook niet voor de evaluatie van alle specifieke GZD. Het was daarom aangewezen om beroep te doen op externe inbreng. Er werden (voor GZD3, GZD5 en GZD7) werkgroepen samengesteld met de volgende opdracht:

1. Inventariseren van bestaand wetenschappelijk onderzoek rond de geformuleerde GZD (zowel internationaal, als specifiek voor België). Belangrijk daarbij is een beschrijving van de beschikbare wetenschappelijke informatie die de betreffende GZD koppelt aan de nagestreefde resultaten. Het gaat hierbij niet enkel om de gezondheidsdoelstellingen, maar om alle dimensies van de Quintuple Aim (of Sextuple Aim, als ook het milieueffect wordt meegenomen (Alami e.a. 2023)).
2. Op basis hiervan een meer duidelijke en scherpe formulering van de nu nog redelijk abstract en algemeen geformuleerde GZD, met concreet gespecifieerde *targets*.
3. Voorstellen van indicatoren die gebruikt kunnen worden om de doelstelling te operationaliseren: bij voorkeur en waar mogelijk kwantitatief, in elk geval specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema.

2.1 Samenstelling en werkwijze: principes

De werkzaamheden van de werkgroepen werden afgestemd op de werkzaamheden van GDOS. In alle werkgroepen waren leden van GDOS aanwezig, en de voorzitters waren leden van GDOS met relevante expertise binnen het domein van de desbetreffende GZD. De bedoeling van de werkgroepen (en van GDOS) is niet om politieke keuzes te maken, wel om *evidence* over de toepassing van de GZD te verzamelen. Bij de samenstelling van de werkgroepen werd er daarom gestreefd naar een zo ruim mogelijke aanwezigheid van academische experten, maar met voldoende inbreng van experten uit het veld. Op die manier konden twee complementaire soorten expertise aan bod komen: academische expertise en concrete kennis van het terrein. Alle rapporten en voorstellen van de werkgroepen werden gedeeld met de volledige GDOS commissie. De uiteindelijke tekst van dit advies is dan ook een advies van GDOS, en niet van de individuele werkgroepen.

2.2 GZD1 (data) en GZD2 (doelmatigheid)

De uitwerking van doelstellingen voor GZD1 en GZD2 werd toevertrouwd aan de administratie van het RIZIV. Enkele leden van GDOS (Gilbert Bejjani, Robby De Pauw, Martin Desseilles, Chantal Mathieu) waren in een eerste fase betrokken bij de voorbereidingen, maar daarna lag het initiatief volledig bij het RIZIV. De werkzaamheden werden gecoördineerd door Mickaël Daubie. Voor deze twee doelstellingen werden er bijgevolg geen werkgroepen opgericht. Zoals verder beschreven hoofdstuk 4, werkte het RIZIV nauw samen met andere relevante overheidsadministraties.

De werkzaamheden en voorstellen van het RIZIV worden echter wel teruggekoppeld naar, en besproken binnen GDOS. Bovendien blijft GDOS verantwoordelijk voor de evaluatie van de gemaakte vooruitgang. Dit is bijzonder cruciaal gezien de sterke overlap van deze twee doelstellingen met de andere GZD, waardoor coördinatie absoluut noodzakelijk is.

2.3 GZD3 (multidisciplinaire organisatie zorg en afstemming van de verschillende zorglijnen)

De beslissing om GZD3 als prioritaire doelstelling te kiezen, werd mede beïnvloed door het feit dat deze doelstelling handvaten biedt om doelstellingen die niet als prioritair gekozen werden alsnog onrechtstreeks op te nemen. Dit betreft voornamelijk GZD4 (persoonsgerichte zorg); GZD6 (hervorming gezondheidsberoepen) en GZD8 (tand- en mondzorg, GGZ). Dit heeft tot gevolg dat de uitwerking van GZD3 de capaciteiten van één enkele beperkte werkgroep overschrijdt. Er werd daarom gewerkt met een beperkte kerngroep van GDOS-leden, maar waarbij voor subthema's specifieke experten werden uitgenodigd om een uiteenzetting te geven. De werkgroep bestond uit Erik Schokkaert (voorzitter), Gilbert Bejjani, Jean-Luc Belche, Margot Cloet, Raf Meesen, Michael Storme, Nathan Wittock (allen GDOS), en Kristel De Vliegher (Wit-Gele Kruis) als toegevoegde expert.

De externe sprekers werden ter voorbereiding van hun deelname gebrieft over het doel van hun bijdrage. Hierbij werd gevraagd om op *evidence* gebaseerde concrete voorstellen te presenteren voor specifieke doelstellingen en (voor zover mogelijk voor) indicatoren. De volledige lijst van sprekers en behandelde thema's werd opgenomen als Annex I bij dit advies.

De (kern) werkgroep heeft beraadslaagd over de inhoud van deze uiteenzettingen en heeft de krachtlijnen ervan verwerkt in haar reeks van aanbevelingen. Die aanbevelingen werden dan voorgelegd aan de volledige GDOS commissie. De uitgenodigde experten kregen ook de kans om op de eerste teksten te reageren. Hun opmerkingen werden meegenomen als ze door GDOS als relevant beschouwd werden. De experten zijn echter niet verantwoordelijk voor deze tekst, die de exclusieve verantwoordelijkheid blijft van GDOS.

2.4 GZD5 (toegankelijkheid)

Ook de werkgroep voor GZD5 (toegankelijkheid) bestond hoofdzakelijk uit GDOS-leden met als voorzitter Carine Van de Voorde en verder Nicolas Bouckaert, Sofie Callens, Elise Derroitte, Samira Ouraghi, Nicolas Rossignol, Erik Schokkaert. Als niet GDOS-lid werd Raf Van Gestel (KU Leuven) toegevoegd. Wouter Spruyt woonde namens het RIZIV de vergaderingen bij.

De geplande werkzaamheden van deze werkgroep (uitwerking van concrete doelstellingen in lijn met het GDOS-advies van april 2025) werden doorkruist door de vraag van Minister Frank Vandenbroucke in december 2025 om een advies uit te brengen over een voorgenomen verhoging van het remgeld op medische verstrekkingen. Deze vraag kaderde binnen het akkoord over de begroting 2026, waarin de regering in december 2025 om budgettaire redenen besliste om de remgelden te verhogen met een jaarlijks bedrag van 125 miljoen euro. Na enig overleg aanvaardde GDOS deze opdracht en werd de concrete uitwerking ervan toevertrouwd aan de hoger beschreven werkgroep.

De werkgroep kwam in de loop van het traject meerdere keren samen, zowel fysiek als digitaal. Op basis van deze besprekingen werd een voorlopige tekst opgesteld, die ter bespreking en validatie werd voorgelegd aan GDOS. De definitieve versie van het GDOS-advies werd aan de Minister overhandigd begin mei 2026 en werd besproken op het Verzekeringscomité van 11 mei en de Algemene Raad van 18 mei 2026. Een samenvatting van de basisprincipes van dat advies wordt verder in deze tekst opgenomen.

De werkzaamheden rond de remgelden namen veel tijd in beslag. Er kon daarom enkel nog aandacht besteed worden aan één andere specifieke doelstelling: het opvolgen van de omvang van de eigen betalingen van patiënten in de Belgische ziekteverzekering.

2.5 GZD7 (preventie)

Zeker bij de uitwerking van deze GZD moest rekening gehouden worden met de bevoegdheidsverdeling tussen de federale en de gefedereerde entiteiten, waardoor er nood is aan duidelijke samenwerkingsovereenkomsten tussen de verschillende overheidsniveaus. Dit komt tot uiting in de samenstelling van de werkgroep, die werd voorgezeten door Brecht Devleesschauwer en naast een beperkt aantal GDOS-leden (Johan Bilsen, Robby De Pauw, Samira Ouraghi, Erik Schokkaert) vooral leden bevatte die het preventielandschap op het niveau van de deelstaten adequaat vertegenwoordigen. Hierdoor kon de diversiteit aan perspectieven en aanpakken binnen België tot zijn recht komen. Daarnaast werd de werkgroep ook aangevuld met academici om verdere technische kennis toe te voegen. De volledige samenstelling van de werkgroep werd opgenomen als Annex II van dit advies.

De werkgroep heeft in eerste instantie het speelveld grondig in kaart gebracht, waarbij werd nagegaan welke rol het RIZIV opneemt binnen het bredere preventielandschap. Parallel daarmee werd een situatieschets opgesteld van de huidige gezondheidstoestand in België, met bijzondere aandacht voor de belangrijkste uitdagingen en prioritaire noden waarop primaire en secundaire preventie een significante impact kunnen hebben (Vanrumste, H., Hemeryck, J., Schmidt, M., De Pauw, R. and Devleesschauwer, B. 2026). In aanvulling op de nationale aanpak werd ook internationale expertise actief aangesproken, via contact met Ardine de Wit van het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Tegelijk konden niet alle thema's met dezelfde diepgang besproken worden – dit geldt in het bijzonder voor geestelijke gezondheidszorg, tand- en mondzorg, en de sociale dimensie van gezondheid en welzijn, waaronder geweld tegen kinderen.

De gesprekken in de werkgroep leidden tot een reeks aanbevelingen die door de volledige GDOS commissie werden ondersteund. Zoals in het geval van GZD3 zijn de werkgroepleden en de uitgenodigde experten niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke tekst van dit advies.

3 Formulering specifieke gezondheidszorgdoelstellingen: algemene principes

Vooraleer we overgaan tot een meer gedetailleerde analyse voor de verschillende prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen bespreken we enkele belangrijke algemene principes, die gelden doorheen het hele advies.

3.1 Band met de interfederale gezondheidsdoelstellingen en met de Sextuple Aim

In het ideale scenario is er een hiërarchie tussen de interfederale gezondheidsdoelstellingen (GD) en de gezondheidszorgdoelstellingen (GZD) zoals die door GDOS worden geformuleerd. Een gezondheidsdoelstelling mikt op een verbetering van de gezondheid van de bevolking en op het verhogen van de algemene performantie en efficiëntie van het gezondheidsbeleid in ruime zin, d.w.z. met het oog op de levenskwaliteit in zijn verschillende dimensies. Hierbij gaat het om lange-termijn strategische doelstellingen. De gezondheidszorgdoelstellingen zijn meer operationele doelstellingen. Zij beogen de implementatie van de GD via gerichte interventies in zorgprocessen en zorgstructuren. Dat houdt vanzelfsprekend in dat er ook aandacht wordt besteed aan specifieke situaties waar de resultaten van het zorgsysteem problematisch zijn in het licht van de geformuleerde doelstellingen.

De huidige Interfederale Gezondheidsdoelstellingen zijn vastgelegd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (april 2024). Er wordt uitgegaan van drie grote gezondheidsdoelen: (GD):

1. Het verlengen van de levensduur in goede gezondheid
2. Het verminderen van de gezondheidsongelijkheden
3. Het verzekeren van een zo gezond mogelijke leefomgeving.

Deze doelstellingen zijn algemeen geformuleerd en worden momenteel verder geoperationaliseerd en SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema) geformuleerd door de technische werkgroep van de IKW preventie van de IMC Volksgezondheid. Zolang deze fase niet is afgewerkt, blijft de kloof tussen de vooropgestelde GD en de operationele GZD die van GDOS verwacht worden, groot. De algemene GD kunnen wel een brede richting schetsen, maar niet veel meer. In de gezondheidszorgdoelstellingen m.b.t. preventie hebben we de link met de GD1 wel meer expliciet gemaakt door de focus te leggen op de prioritaire ziektegroepen en de belangrijkste risicofactoren.

De Belgische wetgever heeft overigens uitdrukkelijk een brede visie op deze doelstellingen uitgetekend, waarbij niet alleen rekening gehouden wordt met de algemene gezondheid van de bevolking, maar ook met de andere elementen van de Quintuple Aim (rechtvaardigheid en toegankelijkheid, kosteneffectiviteit, gepercipieerde kwaliteit van de zorg, welzijn van de zorgprofessionals), en met ecologische duurzaamheid. Toevoeging van dat laatste element leidt tot de terminologie “Sextuple Aim” (Alami e.a. 2023). In deze visie moet de performantie van het gezondheidszorgsysteem beoordeeld worden in functie van de verschillende elementen van de Sextuple Aim. Wanneer er een afwijking is tussen het wenselijke resultaat voor deze doelstellingen en de actuele prestaties, moeten gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden die als bedoeling hebben dit verschil te verkleinen of weg te werken.

Verschillende van de uitgewerkte voorstellen en indicatoren hebben rechtstreeks impact op de verschillende items van de Sextuple Aim, maar het is niet altijd gemakkelijk om de impact ervan concreet in te schatten. Er is wel (voorlopig) relatief weinig aandacht voor de ecologische impact van de gezondheidszorg. Dat aspect moet in de toekomst wellicht meer aandacht krijgen, ook bij het vastleggen van de prioriteiten door de Algemene Raad.

3.2 De Belgische bevoegdheidsverdeling

In principe zouden alle overheidsniveaus, zowel federaal als gefedereerd, moeten vertrekken van dezelfde, in consensus bereikte GD, waarbij de daaruit volgende GZD op het niveau van de gefedereerde entiteiten in lijn met hun eigen bevoegdheden zouden worden vastgelegd. De GZD zoals voorgesteld door GDOS en vastgelegd door de Algemene Raad, hebben dan als bedoeling om richting te geven aan de besluitvorming op federaal niveau.

In de praktijk is deze taakverdeling echter niet eenduidig, omdat er veel overlap is tussen de verschillende bevoegdheden. Dit probleem is algemeen, maar is vooral zeer scherp voor de gezondheidszorgdoelstellingen rond de eerste lijn en rond preventie. Het wordt overigens nog acuter wanneer men rekening houdt met de wenselijke evolutie naar een breed concept van gezondheid en van individueel welzijn, waarbij de levensdoelen van de mensen worden geïntegreerd, en de daarmee samenhangende noodzaak om een gezondheidsbeleid te voeren dat breder is dan de enge sector van de gezondheidszorg. Vele van de beleidsinstrumenten voor dergelijk beleid van "*health in all policies*" zijn gesitueerd op het niveau van de gefedereerde entiteiten.

Wanneer GDOS zich enkel zou richten op specifieke GZD die volledig binnen de bevoegdheid vanhet RIZIV vallen en op zichzelf een direct effect hebben op de Sextuple Aim, zou dit leiden tot een oninteressante reductie van de scope van het beleid. Er zijn immers ook maatregelen die binnen de bevoegdheid van het RIZIV vallen, maar slechts positieve effecten kunnen hebben wanneer gunstige randvoorwaarden gecreëerd worden door de gefedereerde entiteiten. Anderzijds zijn er overigens ook maatregelen die binnen de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten vallen, maar waarbij het federale beleid noodzakelijke ondersteuning moet bieden. Er zal dus voortdurend aandacht moeten zijn voor de samenwerking van de overheden op de verschillende niveaus.

De concrete vorm van deze noodzakelijke samenwerking zal verschillend zijn voor verschillende GZD. De uitwerking hiervan hangt immers af van vele juridische en politieke factoren die onmogelijk mee konden worden genomen in dit advies. Niet in het minst worden we hier ook geconfronteerd met de reeds bestaande verschillen in prioritaire keuzes en beleidsplannen tussen de verschillende gefedereerde entiteiten. We laten daarom in dit advies vragen rond de concrete bevoegdheidsverdeling achterwege. We richten ons wel uitsluitend op domeinen waar het RIZIV-beleid impact kan hebben, maar we willen absoluut niet suggereren dat de bevoegdheid voor het nastreven van de door ons voorgestelde GZD volledig op het federale niveau zou liggen. Integendeel, we blijven benadrukken dat een effectief beleid vereist dat de verschillende beslissingsniveaus op een constructieve wijze samenwerken.

Een concrete stap in de richting van een structurering van deze samenwerking is het organiseren van formele vertegenwoordiging van de gefedereerde entiteiten, met raadgevende stem, in zowel de Algemene Raad als GDOS. Dit zou de communicatie en afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus stroomlijnen en bijdragen aan een coherenter en effectiever beleid. Deze vertegenwoordiging is binnen het huidige wettelijke kader voorzien en zou best zo snel mogelijk geïmplementeerd worden.

GZD0a. De samenwerking met de gefedereerde entiteiten wordt versterkt en gestructureerd, inclusief hun formele vertegenwoordiging in de Algemene Raad en in GDOS.

3.3 Lange versus korte termijn, GZD en indicatoren

Gezondheidszorgdoelstellingen zijn operationele doelstellingen die op relatief korte termijn kunnen nagestreefd worden. In de tijdslijn die door de wet wordt beschreven, gelden ze voor één legislatuur. Dat is nochtans een (veel) te korte termijn om de fundamentele hervormingen die door GDOS als essentieel beschouwd worden te realiseren. Een te exclusieve focus op de korte termijn kan ook tot gevolg hebben dat beleidsmaatregelen onvoldoende gedreven worden door een langetermijnvisie. Sommige GZD die in dit advies naar voor geschoven worden, moeten dan ook eerder gezien worden als richtinggevend op langere termijn, andere kunnen binnen de eerstvolgende jaren gerealiseerd worden. In dit advies worden overigens een groot aantal GZD geformuleerd. Prioritering moet door de beleidsmakers gebeuren, waarbij ook rekening kan worden gehouden met de haalbaarheid.

Zoveel mogelijk worden in dit advies aan de GZD concrete indicatoren gekoppeld. Dit is een delicate oefening. Soms is het formuleren van kwantitatieve doelstellingen onmogelijk en bestaat de indicator enkel uit een oordeel of de hervorming al dan niet (ja/neen) gerealiseerd werd. In andere gevallen worden wel kwantitatieve indicatoren naar voor geschoven, maar moet er voldoende aandacht zijn om te vermijden dat ze op zichzelf als doelstellingen gaan functioneren, waarbij streven naar betere waarden voor de indicatoren het streven naar betere fundamentele resultaten gedeeltelijk verdringt. Goede kwalitatieve informatie kan even nuttig (of zelfs nuttiger) zijn dan restrictieve kwantitatieve informatie.

Een ander mogelijk pijnpunt is de beschikbaarheid van de data die nodig zijn om de voorgestelde indicatoren te berekenen. In sommige gevallen kan de informatie uit reeds beschikbare bestanden worden afgeleid, of zijn met bestaande data minstens nuttige benaderingen mogelijk. In andere gevallen moet echter bijkomende informatie worden ingezameld. Soms is de verzameling van die informatie slechts zinvol of mogelijk nadat specifieke beleidsmaatregelen werden genomen. In die gevallen zou dat element van dataverzameling reeds moeten voorzien worden bij de uitwerking van het nieuwe beleid. Dat is ook een noodzakelijke voorwaarde om ex- postevaluatie mogelijk te maken. In elk geval moet er vermeden worden dat de verzameling van indicatoren tot een verhoging van de administratieve last voor de zorgverstrekkers zou leiden.

De in dit advies voorgestelde indicatoren moeten daarom gezien worden als tentatief en richtinggevend. De concrete operationalisering ervan zal in de nabije toekomst verder worden uitgewerkt. Dat is ook minder belangrijk dan de formulering van de gezondheidszorgdoelstellingen zelf. De indicatoren zijn slechts instrumenten, die de aandacht niet mogen afleiden van de meer fundamentele beleidskeuzes.

3.4 Samenhang tussen de verschillende GZD

Terwijl er in de teksten een duidelijke opsplitsing is voor de verschillende GZD is er in de realiteit natuurlijk veel overlap. Dat is per definitie het geval voor de transversale GZD1 en GZD2 en hun samenhang met het strategisch plan “Appropriate Care”. Een adequaat gebruik van data en het streven naar *appropriate care* zijn essentieel voor een hervorming van de eerste lijn (GZD3), voor de maatregelen die toegankelijkheid van de zorg voor iedereen willen realiseren (GZD5) en voor de formulering en implementatie van preventieve maatregelen (GZD7). Maar hetzelfde geldt in het algemeen zeker ook voor GZD5: bij alle hervormingen moet toegankelijkheid van de zorg een

belangrijke randvoorwaarde zijn. We benadrukken deze algemene principes hier om niet voortdurend hetzelfde punt expliciet te moeten vermelden bij de beschrijving van (praktisch alle) specifieke GZD.

Ook tussen andere GZD is er vanzelfsprekend overlap. Zo is de hervorming van de eerste lijn essentieel voor een meer adequaat preventiebeleid en zal die hervorming, indien goed doorgevoerd, de zorg ook meer toegankelijk maken voor kwetsbare groepen. De verschillende GZD die in de volgende secties beschreven worden, moeten dan ook steeds in hun samenhang gezien worden.

3.5 Budgettaire effecten en ex-postevaluatie

We gaan in dit advies niet dieper in op de kostprijs van de maatregelen die nodig zijn om de voorgestelde GZD te realiseren. Dit is niet enkel uit tijdsgebrek, maar ook omdat de evaluatie van specifieke beleidsmaatregelen niet tot de kerntaken van GDOS behoort. We zijn er ons natuurlijk van bewust dat innovatief beleid voeren in een periode van grote budgettaire schaarste geen gemakkelijke opdracht is. Dat vermindert echter niet het nut, zelfs de noodzaak, om gezondheidszorgdoelstellingen te formuleren. In dat verband kunnen minstens vier relevante overwegingen geformuleerd worden:

1. Ook bij de keuze van besparingsmaatregelen moet rekening gehouden worden met de doelstellingen van het beleid, al was het maar om keuzes te maken die zo weinig mogelijk schade aanrichten. In die optiek moet het tussentijdse GDOS-advies over de verhoging van de remgelden gelezen worden.
2. Sommige van de voorgestelde GZD kunnen gerealiseerd worden zonder bijkomende kosten te maken.
3. Het is ook mogelijk om verschuivingen binnen verschillende uitgavenposten te realiseren. Indien de inspanningen in de richting van *appropriate care* (GZD2) tot vermindering van de uitgaven leiden, kan de daardoor gecreëerde budgettaire ruimte het beste worden gebruikt voor initiatieven die bijdragen tot de realisatie van de GZD.
4. Zoals hoger reeds gesteld, kunnen sommige GZD het beste gezien worden als lange-termijnobjectieven. Ook wanneer ze niet onmiddellijk gerealiseerd kunnen worden, blijft een lange-termijnkompas toch nuttig.

Het besef van budgettaire schaarste maakt het overigens des te belangrijker om nieuwe initiatieven goed voor te bereiden, maar ook om ze ex post te evalueren, zowel met betrekking tot hun kostprijs als met betrekking tot hun effecten. Initiatieven die te duur zijn in vergelijking met de bereikte resultaten moeten worden stopgezet.

4 Beter gebruik van data (GZD1) / Verhogen van de doelmatigheid (GZD2)

4.1 Algemene inleiding

4.1.1 CONTEXT

Op 5 mei 2025 bepaalde de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op basis van onder meer het rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (Commissie GDOS) en rekening houdend met de budgettaire context, vijf gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de lopende legislatuur prioritair moeten worden nagestreefd: Beter gebruik van data (GZD 1), Verhogen van de doelmatigheid (GZD 2), Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen (GZD 3), Betere toegankelijkheid van zorg (GZD 5) en Meer inzetten op preventie en screening (GZD 7). Terwijl GZD 3, GZD 5 en GZD 7 verder worden uitgewerkt door expertengroepen van de Commissie GDOS, werd de uitvoering van dezelfde opdracht voor GZD 1 en GZD 2 toevertrouwd aan het RIZIV.

GZD 1 en GZD 2 werden in dit kader gepositioneerd als transversale en ondersteunende gezondheidszorgdoelstellingen, die noodzakelijk zijn voor de realisatie en opvolging van de andere prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen. GZD 1 is daarbij gericht op een beter gebruik van gezondheidsdata, wat de fundamentele randvoorwaarde is voor de vormgeving van een beter onderbouwd gezondheidsbeleid. GZD 2 bouwt hierop voort en richt zich op de impactgerichte vertaling van deze wetenschappelijk onderbouwde kennis en datagedreven inzichten naar een meer doelmatige organisatie en inzet van zorg, over de verschillende zorgdomeinen heen. Vanuit deze positionering werd de verdere concretisering van GZD 1 en GZD 2 benaderd.

4.1.2 AANPAK

Met het oog op de praktische uitvoering besloot het Managementcomité van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG, waarin de topmanagers van deze drie administraties zetelen, in het najaar van 2025 een gezamenlijke Taskforce op te richten. Er werd gekozen voor deze structuur gelet op de nauwe inhoudelijke samenhang tussen beide doelstellingen en de sterke verwevenheid van lopende en toekomstige initiatieven in beide domeinen, die vaak reeds onder co-governance plaatsvinden. De taskforce heeft als doel te zorgen voor inhoudelijke en procesmatige coherentie, die in de initiële fase werd beperkt tot deze drie administraties.

De Taskforce GZD 1 en GZD 2 is meermaals samengekomen. De eerste samenkomsten fungeerden als een voorbereidende stap. Meer bepaald lag de focus op het definiëren van de constituerende termen van de gezondheidszorgdoelstellingen en het inventariseren van lopende en toekomstige initiatieven en hun respectieve finaliteiten binnen beide domeinen. Deze inventarisatie vormde de inhoudelijke basis, aangezien de analyse gedeelde vraagstukken en daaruit voortvloeiende behoeften zichtbaar maakte. Op grond daarvan kon daarna gericht worden toegewerkt naar overkoepelende SMART-subdoelstellingen.

Voor de verdere uitwerking van die subdoelstellingen inzake data en doelmatigheid werd de werking dan opgesplitst in een subgroep GZD 1 en een subgroep GZD 2. Deze subgroepen zijn afzonderlijk, maar volgens een gelijklopende werkwijze, achtereenvolgens samengekomen om de prioritaire subdoelstellingen te formuleren, eerste mogelijke indicatoren in kaart te brengen en een meetmethode

uit te werken met het oog op de evaluatie. In een volgende stap werd de verwachte impact van de realisatie van de subdoelstellingen ingeschat, zowel op de dimensies van de Sextuple Aim (SA[1] [G12]) als op de federale gezondheidsdoelstellingen.

De werkzaamheden van de subgroepen werden gebundeld en uitgeschreven in dit document, dat vervolgens ter input werd voorgelegd aan de Taskforce GZD 1 en GZD 2 en aansluitend aan het Managementcomité. Uiteindelijk werd het ook besproken en goedgekeurd door GDOS.

Dit markeert de overgang naar een tweede fase, waarbij het actorenveld structureel wordt uitgebreid en voortaan ook andere gezondheidszorgadministraties en relevante partners worden betrokken voor de verdere verfijning van de uitwerking en de daaropvolgende stappen.

Nadat de respectieve subdoelstellingen, indicatoren en meetmethode finaal zijn gevalideerd, zal de monitoring en opvolging conform de gemaakte afspraken worden opgestart. Voor zowel GZD 1 als GZD 2 kan de rapportering over de voortgang van de realisatie van de subdoelstellingen logischerwijze worden geïntegreerd in de semestriële en jaarrapporten van de 7e Bestuursovereenkomst 2026-2030 van het RIZIV, waarin ook over andere actieverbintenissen binnen deze domeinen systematisch wordt teruggekoppeld. Meer bepaald sluit dit voor GZD 1 aan bij artikel 18 betreffende het verder uitvoeren van het Interfederaal Actieplan eGezondheid en bij artikel 45 betreffende een meer datagerichte organisatie door de invoering van datagovernance. Voor GZD 2 sluit dit dan weer naadloos aan bij artikel 33 betreffende het uitwerken en implementeren van het programma doelmatige zorg en value-based health care.

Tot slot wordt de verdere uitvoering opgevat als een cyclisch proces, waarin de SMART-subdoelstellingen, indicatoren en meetmethoden recurrent worden geëvalueerd en bijgestuurd. Zoals voor de andere GZD, is de concrete operationalisering van de indicatoren een taak voor de komende maanden. Daarbij zullen voor GZD 1 onder meer de finalisering en uitvoering van het voormeld Interfederaal Actieplan eGezondheid 2026-2029 alsook de actuele ontwikkelingen inzake datagovernance en registerbeleid een grote rol spelen, terwijl de verwevenheid tussen de gelijktijdige uitwerking van GZD 2 en het eerste Plan Appropriate Care 2026–2027 nog hechter is. Deze laatste zijn immers inhoudelijk op elkaar afgestemd en versterken elkaar: waar de subdoelstellingen het strategische en meerjarige beleidskader vastleggen, fungeert het Plan Appropriate Care als een eerste concreet en toetsbaar uitvoeringsinstrument. Op die manier voeden inzichten uit de opvolging, evaluatie en tussentijdse bijsturing van de verschillende meerjarenplannen de verdere operationalisering en verfijning van de subdoelstellingen, en omgekeerd bieden de subdoelstellingen het referentiekader voor de vormgeving van de volgende meerjarenplannen. Deze benadering ondersteunt een lerend beleid, waarin ervaringen en resultaten systematisch worden benut voor verdere beleidsontwikkeling.

[1] De referenties verwijzen naar het glossarium op het einde van hoofdstuk 4.

4.1.3 LEESWIJZER

De opbouw van de afdelingen in dit hoofdstuk is beknopt gehouden en volgt rechtstreeks de werkzaamheden van de subgroepen GZD 1 en GZD 2. Elk hoofdstuk start met een inleiding waarin ook de constituerende termen worden gedefinieerd en op relevante initiatieven wordt ingegaan. Vervolgens worden per gezondheidszorgdoelstelling vijf SMART-subdoelstellingen geformuleerd. Elke subdoelstelling omvat een beschrijving van de belangrijkste inhoudelijke kenmerken, de geïdentificeerde indicatoren en de bijbehorende meetmethoden, hetgeen een transparante en systematische monitoring van de voortgang mogelijk maakt. Tot slot volgt een impactanalyse die de verwachte bijdrage van de subdoelstelling afzet tegen een dubbel toetsingskader, zijnde de internationale Sextuple Aim en de drie federale gezondheidsdoelstellingen. Door de sterke inhoudelijke convergentie vallen de inschattingen voor deze drie doelstellingen samen met de Sextuple Aim-dimensies gezondheid van de bevolking (SA 2), rechtvaardigheid en toegankelijkheid (SA 4) en ecologische duurzaamheid (SA 6). Om redundantie te vermijden, focust de toelichting uitsluitend op de Sextuple Aim, terwijl de tabellen de analyse weergeven voor zowel de Sextuple Aim als de drie gezondheidsdoelstellingen.

4.2 Gezondheidszorgdoelstelling 1 – Beter gebruik van data

4.2.1 INLEIDING

Gezondheidszorgdoelstelling 1 (GZD 1) heeft tot doel het beter gebruik van gezondheidsdata structureel te versterken als fundament voor een onderbouwde, transparante en doelgerichte gezondheidszorg, en meer specifiek het gezondheidszorgbeleid, en voor onderzoek en ontwikkeling (dit ter ondersteuning van zowel praktijk als beleid). In haar rapport van juni 2025 benadrukte de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) dat verdere stappen noodzakelijk zijn om de digitalisering van de gezondheidszorg te versnellen en het verzamelen, delen en gebruiken van data van hoge kwaliteit systematisch te stimuleren, met inbegrip van geanonimiseerde gegevens op het niveau van de individuele patiënt. Daarbij werd gewezen op drie samenhangende beleidsopdrachten: het versterken van kwalitatief datagebruik, het versnellen van de implementatie van het Belgian Integrated Health Record (BIHR [G1]) en het ontwikkelen van een gecoördineerde strategie om risico's op cyberaanvallen te beperken.

GZD 1 creëert de structurele voorwaarden waarbinnen gezondheidsdata betrouwbaar, veilig en herbruikbaar worden ingezet voor beleid, financiering, kwaliteitssturing en toegankelijkheid van zorg. Het gaat daarbij nadrukkelijk niet louter om technologische modernisering, maar om het duurzaam organiseren van de volledige waardeketen van data: van vraagstelling en registratie tot analyse, besluitvorming en monitoring, binnen duidelijke kaders voor governance, privacy en informatiebeveiliging.

GZD 1 fungeert in die zin expliciet als een faciliterende doelstelling. De acties en resultaten binnen deze doelstelling leiden op zichzelf niet rechtstreeks tot verbeterde zorguitkomsten of verhoogde doelmatigheid, maar vormen wel een noodzakelijke randvoorwaarde voor de realisatie van andere gezondheidszorgdoelstellingen, zoals GZD3, GZD5, GZD7 en en meer in het bijzonder GZD 2. Zonder kwalitatieve, tijdige en goed toegankelijke data zijn structurele verbeteringen inzake kwaliteitsvolle en doelmatige zorg immers niet gefundeerd, moeilijk schaalbaar en beperkt opvolgbaar.

Hoewel in de verdere uitwerking bijzondere aandacht uitgaat naar de voorwaarden voor secundair gebruik van gegevens, richt GZD 1 zich uitdrukkelijk op zowel primair als secundair datagebruik. De versterking van digitale ondersteuning in de zorgpraktijk, onder meer via het BIHR, vormt daarbij een essentieel onderdeel en is in belangrijke mate gericht op het faciliteren van het primair gebruik van gezondheidsgegevens.

Terminologie

Binnen het kader van deze gezondheidszorgdoelstelling betekent *beter gebruik van data* het op een veilige, proportionele en privacy-beschermde manier maximaliseren van de beslissingswaarde van bestaande en nieuwe gegevens voor beleid, financiering, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Essentieel daarbij zijn een snelle toegang tot recente gegevens en het beschikbaar zijn van die gegevens in een gestandaardiseerde, herbruikbare vorm, zonder dat deze gegevens verzameld zijn op een voor de datahouder belastende wijze.

Beter verwijst uitdrukkelijk niet naar méér data, maar naar meer waarde uit data. Het accent verschuift van volumegerichte dataverzameling naar het doelgericht inzetten op relevante, kwaliteitsvolle, tijdige en FAIR [G3] georganiseerde gegevens.

- Relevantie: het gaat om de juiste data voor de juiste beleids- of zorgvraag, met het vermijden van redundante gegevensverzameling en een duidelijke afstemming op doelstellingen rond gezondheid, kwaliteit, efficiëntie en gelijkheid.
- Kwaliteit: data moeten betrouwbaar, volledig, correct, actueel en vergelijkbaar zijn, met duidelijke definities/ criteria en consistente coderingen, transparantie over beperkingen en een goed begrip van de context waarin gegevens zijn ontstaan.
- Snelheid en toegankelijkheid: *beter* impliceert kortere doorlooptijden tussen bron en analyse, vlotte en rol-gebaseerde toegang voor bevoegde actoren binnen een beveiligd kader, en een expliciete focus op recente of actuele data.
- Beslissingswaarde: data worden vertaald naar bruikbare indicatoren en inzichten voor beleidsbeslissingen, budgettaire keuzes, regelgeving en operationele sturing, met een evolutie van louter beschrijvende naar verklarende en, waar relevant, voorspellende of voorschrijvende analyses.
- Transparantie en verantwoording: onderbouwde keuzes vereisen duidelijke verantwoording en terugkoppeling naar stakeholders, waaronder zorgverleners, instellingen en burgers.

De FAIR-principes vormen hierbij een belangrijk kwaliteitskompas: gegevens moeten vindbaar zijn (via catalogi en metadata), toegankelijk binnen gestandaardiseerde en beveiligde protocollen, interoperabel door het gebruik van erkende standaarden en vocabularia, en herbruikbaar dankzij rijke metadata en heldere gebruiksvoorwaarden. Deze benadering vertrekt bovendien vanuit de vaststelling dat bepaalde gezondheidsgegevens vandaag nog niet of slechts gedeeltelijk beschikbaar, geharmoniseerd of vlot raadpleegbaar zijn, en dat beter datagebruik daarom ook een gefaseerd traject van opbouw en verbetering veronderstelt. In het bijzonder bestaan er momenteel in België nog belangrijke lacunes in de beschikbaarheid, kwaliteit, standaardisatie en ontsluiting van gegevens uit de eerste lijn en de ambulante zorg. Daarnaast blijven ook de gegevensbasis voor geestelijke gezondheidszorg, langdurige zorg en ouderenzorg, preventieve zorg en andere zorgtrajecten buiten het ziekenhuis relatief versnipperd en onvolledig. Het verder versterken van deze datadomeinen is essentieel om tot een meer geïntegreerd en representatief beeld van de gezondheidstoestand, zorgnoden en zorgtrajecten van de bevolking te komen. Het is ook essentieel om de vooruitgang voor GZD3 te kunnen evalueren.

De term *gebruik* bestrijkt de volledige waardeketen van data en gaat expliciet verder dan louter rapportering of statistische output. Het omvat de samenhang tussen vraagstelling, datavindbaarheid, analyse, interpretatie, besluitvorming en opvolging.

- Strategisch gebruik: data ondersteunen beleidsprioriteiten, hervormingen en financieringsmodellen en vormen een onderbouw voor keuzes op macroniveau.
- Operationeel gebruik: data maken de opvolging van activiteiten en uitgaven mogelijk en ondersteunen de sturing van nomenclatuur, overeenkomsten, programma's en acties inzake gepast gebruik van zorg.
- Evaluatief gebruik: gegevens worden ingezet voor effectmetingen van maatregelen, kosteneffectiviteits- en value-based analyses, alsook voor de opvolging van kwaliteit, veiligheid en, waar relevant, zelfevaluaties door zorgverleners, instellingen en patiënten.
- Preventief en prospectief gebruik: data laten toe toekomstige noden beter te anticiperen, onder meer op basis van demografische en morbiditeitstrends en ondersteunen vroegtijdige risicosignalering (financieel, organisatorisch of gezondheidskundig).

Binnen GZD 1 omvat *data* een breed maar gestructureerd domein van gezondheids- en gezondheidsgerelateerde gegevens, steeds voorzien van duidelijke metadata, gestandaardiseerde coderingen en juridische/ technische mogelijkheden tot koppeling.

- Administratieve en terugbetalingsdata: prestaties (nomenclatuur), geneesmiddelen en hulpmiddelen, financiële en budgettaire gegevens.
- Praktijk- en zorgpadgegevens: volumes, variaties, sequenties van zorg en samenwerking tussen disciplines en sectoren.
- Gestructureerde gezondheidsgegevens zoals ICD10-BE [G6], Snomed CT [G13]en andere
- Kwaliteit en uitkomsten: kwaliteitsindicatoren, beschikbare klinische uitkomsten en patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen (PROMs [G9] en PREMs [G10]).
- Context en populatie: demografische en socio-economische gegevens, ongelijkheden in toegang en gebruik, en publieke gezondheidsdata.
- Extern en gekoppeld: legale koppelingen met andere databronnen en Europese gegevensstromen, beheerd via datacatalogi en interoperabiliteitsstandaarden voor zowel primair als secundair gebruik.

Analytisch vertrekpunt

De basis voor de uitwerking van GZD 1 ligt bij een uitgebreide inventaris van lopende en toekomstige initiatieven zoals ook vervat in de strategische plannen van de betrokken gezondheidszorgadministraties. Hierbij zijn specifiek ook het Actieplan eGezondheid en de vernieuwde visie op het registerbeleid (inclusief de bijbehorende rollen en verantwoordelijkheden) en de missie en werking van de Health Data Agency (HDA [G4]) richtinggevend. Daarnaast vormt ook het interfederaal samenwerkingsakkoord inzake elektronische gegevensuitwisseling in de gezondheids- en sociale sector een belangrijk beleidskader, dat bijdraagt aan een coherente en afgestemde ontwikkeling van datagebruik over de verschillende beleidsniveaus heen. De concretisering van deze GZD bouwt direct voort op deze kaders, die gezamenlijk het fundament vormen voor een coherente en toekomstgerichte omgang met gezondheidsdata. Deze inventarisatie maakt ook duidelijk dat het bestaande datalandschap wordt gekenmerkt door hiaten in beschikbaarheid, verschillen in mate van harmonisatie tussen zorgdomeinen en beperkingen inzake vindbaarheid en ontsluiting van gegevens, wat de nood aan een samenhangend en structureel kader voor beter datagebruik onderstreept.

GZD 1 wordt vertaald in vijf onderling samenhangende SMART-subdoelstellingen. Deze subdoelstellingen focussen respectievelijk op een heldere nationale datagovernance (GZD 1.1), een gefedereerde data-infrastructuur (GZD 1.2), administratieve vereenvoudiging via het Only Once-principe [G8] en hergebruik (GZD 1.3), structurele verankering van datakwaliteit, semantiek en FAIR-principes (GZD 1.4) en het versterken van datageletterdheid en changemanagement (GZD 1.5). Samen vormen zij het fundament voor een coherent, veilig en waarde-gedreven gebruik van gezondheidsdata ten dienste van beleid en zorg.

Voor elk van deze doelstellingen wordt hieronder achtereenvolgens ingegaan op de inhoudelijke operationalisering, de bijhorende indicatoren en meetmethodiek, gevolgd door de verwachte impact. Deze aanpak laat toe om de voortgang van GZD 1 op een coherente en transparante manier te monitoren en om de bijdrage van beter datagebruik aan de Sextuple Aim alsook de gezondheidsdoelstellingen duidelijk te maken.

4.2.2 GZD 1.1 | INRICHTING VAN EEN HELDERE NATIONALE DATAGOVERNANCE MET DUIDELIJKE ROLLEN

Subdoelstelling

Conform de timing opgesteld voor de EHDS-implementatie in België wordt een eenduidige nationale governance voor gezondheidsgegevens geoperationaliseerd

Een coherent gebruik van gezondheidsdata veronderstelt een helder en gedeeld governancekader waarin rollen, verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocessen duidelijk zijn vastgelegd. In het kader van de implementatie van de European Health Data Space (EHDS [G2]) is het daarom noodzakelijk te evolueren naar een eenduidige nationale datagovernance die vertrouwen creëert, onzekerheden wegneemt en verdere digitalisering en hergebruik van gegevens mogelijk maakt, met respect voor privacy, gegevensbescherming en publieke verantwoording.

Een eerste cruciale bouwsteen van deze governance is de expliciete toewijzing van rollen en verantwoordelijkheden binnen het ecosysteem van gezondheidsgegevens. Duidelijke rolafbakening voorkomt overlap en ambiguïteit tussen actoren en maakt helder wie verantwoordelijk is voor onder meer dataverzameling, kwaliteitsborging, ontsluiting, toegang en toezicht. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om gegevens veilig, proportioneel en doelgericht te kunnen gebruiken voor zorgverlening, beleid, financiering, onderzoek en kwaliteitsopvolging.

Binnen dit kader neemt de Health Data Agency (HDA) een centrale faciliterende en coördinerende rol op. In overeenstemming met de EHDS-vereisten fungeert de HDA als coördinerende Health Data Access Body (HDAB [G5]) voor secundair datagebruik en als facilitator van registers en gegevensontsluiting. De HDA wordt daarbij uitdrukkelijk niet gepositioneerd als eigenaar van gegevens, maar als actor die het governancekader organiseert, stroomlijnt en transparant maakt, in nauwe samenwerking met de betrokken datahouders en andere stakeholders.

Een tweede essentiële pijler van de nationale datagovernance is transparantie. Transparantie draagt bij aan vertrouwen en gelijke spelregels en wordt gerealiseerd door het systematisch zichtbaar maken van authentieke en essentiële bronnen van gezondheidsgegevens. Publiek raadpleegbare datacatalogi maken inzichtelijk welke datasets bestaan, met welk doel ze worden gebruikt en onder welke voorwaarden hergebruik mogelijk is. Hierdoor wordt het gebruik van gezondheidsgegevens navolgbaar en publiek verantwoord. Aanvullend hierop wordt binnen deze governance onderzocht hoe voorzien kan worden in een meldingsplicht over het gebruik van gezondheidsgegevens, als instrument om publiek inzicht te bieden in wie gegevens gebruikt, voor welke doeleinden en binnen welk wettelijk kader.
De nationale datagovernance creëert daarnaast de organisatorische randvoorwaarden voor interoperabele gegevensuitwisseling tussen actoren. Binnen het afgesproken governancekader wordt gegevensdeling gefaciliteerd via gemeenschappelijke afspraken en standaarden, zonder de autonomie en verantwoordelijkheid van datahouders te ondermijnen. Dit zorgt ervoor dat technische infrastructuren en semantische afspraken effectief kunnen functioneren binnen een coherent en gedragen geheel.

Tot slot richt deze governance zich niet alleen op formele structuren, maar ook op effectief gebruik en werkbaarheid. De mate waarin governancemechanismen worden toegepast en benut, is bepalend voor de geloofwaardigheid en impact van het kader. Daarom wordt expliciet ingezet op een governance die proportioneel is, aansluit bij bestaande processen en schaalbaar is in functie van toekomstige noden.

Indicatoren en meetmethode

De realisatie van deze subdoelstelling wordt opgevolgd aan de hand van structurele en procesmatige indicatoren die inzicht geven in de operationalisering van de nationale datagovernance.

Een eerste indicator betreft het formele bestaan en de operationalisering van het governancekader, vastgesteld via de vastlegging van rollen en verantwoordelijkheden in lijn met de EHDS-vereisten en de effectieve opname van de coördinerende rol door de HDA. Dit wordt opgevolgd via periodieke statuschecks in functie van de EHDS-timing.

Daarnaast wordt de transparantie van gegevensbronnen gemonitord via het bestaan van operationele, publiek raadpleegbare datacatalogi met metadata over authentieke en essentiële gezondheidsdatabronnen. De aanwezigheid en toegankelijkheid van deze catalogi vormen een structurele indicator voor publieke verantwoording en vertrouwen.

In een latere fase kan de effectieve werking van het governancekader aanvullend worden opgevolgd via procesindicatoren, zoals het aantal gegevensaanvragen dat verloopt via de afgesproken procedures en de gemiddelde doorlooptijd van dergelijke aanvragen. Deze indicatoren geven inzicht in de performantie en werkbaarheid van de governance, zonder vooruit te lopen op operationele doelstellingen.

4.2.3 GZD 1.2 | REALISATIE VAN EEN GEFEDEREERDE DATA-INFRASTRUCTUUR ALS RUGGENGRAAT VAN BELEID EN ZORG

Subdoelstelling

Tegen eind 2029 is een gefedereerde nationale gezondheidsdata-infrastructuur operationeel voor primair en secundair gebruik, waarbij gezondheidsgegevens aan de bron blijven bij datahouders en dynamisch worden ontsloten voor wettelijk verankerde registers en EHDS-conforme gegevensaanvragen

Om het potentieel van gezondheidsgegevens maximaal te benutten voor kwaliteitsvolle zorg, doelmatig beleid en wetenschappelijk onderzoek is het noodzakelijk dat België evolueert naar een gefedereerde nationale gezondheidsdata-infrastructuur die zowel primair als secundair datagebruik ondersteunt. Deze infrastructuur vormt een cruciale hefboom binnen de nationale implementatie van de European Health Data Space (EHDS).

Kern van deze subdoelstelling is dat gezondheidsgegevens aan de bron blijven bij de datahouders en via een samenhangend geheel van technische en organisatorische afspraken dynamisch kunnen worden ontsloten. De infrastructuur is daarbij expliciet niet opgevat als een centrale databank, maar als een gefedereerd model dat hergebruik mogelijk maakt met minimale duplicatie, binnen duidelijke afspraken rond toegang, verwerking en beveiliging zoals uitgewerkt in het governancekader van GZD 1.1. Dit gefedereerde model creëert daarmee ook de structurele voorwaarden voor veilige en gestandaardiseerde gegevensdeling tussen zorgverleners, ter ondersteuning van de continuïteit en afstemming van zorg. Een effectieve toepassing hiervan in de zorgpraktijk wordt verder opgevolgd binnen GZD 3, waar een specifieke indicator inzake gegevensdeling is voorzien.

De gefedereerde infrastructuur steunt op drie samenhangende pijlers: interoperabiliteit voor gegevensuitwisseling en hergebruik, transparantie en vindbaarheid van gegevensbronnen via metadata en datacatalogi, evenals beveiligde verwerking van gegevens voor secundair gebruik binnen een gecontroleerde omgeving. Concreet impliceert dit dat gegevensstromen en datasets ontsloten worden volgens erkende interoperabiliteits- en semantische standaarden, dat bronnen en hun kenmerken zichtbaar worden gemaakt via gestandaardiseerde metadata, en dat hergebruik voor registers en EHDS-aanvragen kan plaatsvinden binnen een beveiligd verwerkingskader.

Binnen dit model wordt ook rekening gehouden met actoren of beroepsgroepen die (nog) niet beschikken over volledige integratie met de bestaande digitale bouwstenen. Daarom voorziet de infrastructuur in praktisch bruikbare “linking pathways” die toelaten om gegevens te kunnen aanleveren, raadplegen of ontsluiten binnen het gefedereerde model.

Daarnaast wordt de infrastructuur verder geconcretiseerd door de implementatie van CareSets als instrument om klinische gegevens in prioritaire domeinen gestandaardiseerd te structureren en bruikbaar te maken voor zowel de klinische praktijk als registers en secundair gebruik. In dit kader wordt voorzien in implementatie in prioritaire zorgdomeinen (o.a. perinatale zorg en prioritaire doelgroepen binnen geïntegreerde zorg), waarbij de concrete invulling en fasering stapsgewijs wordt opgebouwd.

Tot slot omvat de realisatie van de infrastructuur ook de uitbouw van een beveiligde verwerkingsomgeving (Secure Processing Environment – SPE [G14]) voor gedeeld en gecontroleerd secundair datagebruik, gedragen door een operationele Health Data Agency (HDA) in samenwerking met relevante actoren in het datalandschap. In dezelfde lijn wordt voorzien dat kerngegevensstromen die essentieel zijn voor continuïteit van zorg en hergebruik — waaronder een International Patient Summary (IPS [G7]) en medicatiegerelateerde gegevensstromen — in een interoperabel en beveiligd kader kunnen worden uitgewisseld.

Deze infrastructuur wordt ontwikkeld met expliciete aandacht voor cybersecurity en weerbaarheid, in lijn met geldende Europese en nationale kaders zoals de NIS2-richtlijn.

Indicatoren en meetmethode

De voortgang van de realisatie van deze subdoelstelling wordt opgevolgd via een beperkt aantal kernindicatoren die de mate van operationalisering van de gefedereerde infrastructuur objectief aantonen.

Ten eerste wordt de uitbouw van transparantie en vindbaarheid gemonitord via het aandeel datasets waarvoor gestandaardiseerde metadata beschikbaar zijn in operationele datacatalogi, conform de afgesproken metadata-standaarden. Dit geeft zicht op de mate waarin gegevensbronnen vindbaar, beschrijfbaar en bruikbaar zijn voor hergebruik.

Ten tweede wordt de realisatie van operationele interoperabele verbindingen opgevolgd door het aantal gerealiseerde en operationele koppelingen met kernbouwstenen binnen het gefedereerd model (waaronder de BIHR-werkomgeving en andere relevante knooppunten) af te zetten tegen het aantal geplande verbindingen, conform de implementatiekalender.

Ten derde wordt de implementatie van CareSets opgevolgd door periodiek vast te stellen hoeveel CareSets effectief geïmplementeerd en operationeel zijn, op basis van publicatie- en implementatiestatus.

Ten vierde wordt de operationele beschikbaarheid van een beveiligde verwerkingsomgeving (SPE) opgevolgd via een statuscheck conform de EHDS-timing, waarbij wordt vastgesteld of een SPE operationeel is voor gedeelde gegevensverwerking binnen het afgesproken kader.

Ten slotte kan de operationele status van essentiële gegevensuitwisselingen (zoals IPS en medicatiegerelateerde gegevensstromen) worden opgevolgd via periodieke vaststelling van de operationaliteit binnen het eHealth-kader, conform de overeengekomen fasering.

4.2.4 GZD 1.3 | ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING VIA ONLY ONCE EN HERGEBRUIK

Subdoelstelling

Tegen 2028 is het Only Once-principe effectief geïmplementeerd voor alle prioritaire zorgprocessen

Een performant en duurzaam gebruik van gezondheidsgegevens veronderstelt dat gegevens eenmalig worden geregistreerd aan de bron en vervolgens gecontroleerd hergebruikt kunnen worden, zodat zorgverleners en organisaties niet geconfronteerd worden met dubbele of meervoudige registraties van dezelfde informatie. Het Only Once-principe vormt daarmee een fundamenteel uitgangspunt voor verdere digitalisering en vereenvoudiging in de gezondheidszorg.

Deze subdoelstelling gaat expliciet verder dan louter technische interoperabiliteit. Ze vereist een structurele aanpak waarbij processen, registers en gegevensstromen zodanig worden ingericht dat dezelfde gegevens niet opnieuw moeten worden aangeleverd wanneer ze reeds beschikbaar zijn binnen een authentieke bron of een wettelijk verankerd kader.

Het beoogde resultaat is tweeledig: enerzijds een aantoonbare vermindering van dubbele registratie en administratieve lasten voor zorgverleners en zorginstellingen, anderzijds een betere basis voor hergebruik van gegevens voor zorgverlening, financiering, beleid en analyse. Door Only Once consequent toe te passen, wordt de dataketen efficiënter en wordt de kwaliteit en consistentie van gegevens versterkt, wat op zijn beurt het vertrouwen en de bruikbaarheid van datagedreven toepassingen ondersteunt.

Indicatoren en meetmethode

De opvolging van de realisatie van deze subdoelstelling gebeurt in eerste instantie via de implementatiegraad van Only Once in prioritaire zorgprocessen. Dit wordt gemeten als het percentage prioritaire zorgprocessen waarvoor het Only Once-principe effectief is geïmplementeerd, op basis van een overzicht van de prioritaire processen en een periodieke statusbepaling per proces.

Daarnaast wordt de samenhang met het registerbeleid opgevolgd door, op basis van een lijst van weerhouden registers, na te gaan hoeveel registers functioneel zijn overgeheveld en werken binnen het nieuwe registerkader dat hergebruik van bestaande bronnen maximaliseert.

Het hergebruik in de praktijk kan aanvullend worden gemonitord door het aantal toepassingen en/of gegevensaanvragen op te volgen waarvoor geen meervoudige inbreng van dezelfde gegevens vereist is, met andere woorden: het aantal gevallen waarin aantoonbaar hergebruik is gerealiseerd binnen de betrokken processen.

Om het meervoudig hergebruik over beleidsdomeinen heen zichtbaar te maken, kan bovendien worden opgevolgd hoeveel databronnen en/of datasets inzetbaar zijn voor meerdere gebruiksdoeleinden (bv. zorg, financiering, beleid), op basis van geregistreerde of gedocumenteerde gebruiksdoeleinden per dataset.

Ten slotte wordt de impact op de administratieve last bij zorgverleners gemonitord via periodieke bevragingen, waaronder een vergelijking van registratietijd vóór en na implementatie evenals een tweejaarlijkse meting van tevredenheid over administratieve lasten. In een latere maturiteitsfase kan bijkomend een meldmechanisme rond dubbele registraties bijdragen aan gerichte opvolging en bijsturing, door de verhouding tussen gemelde en opgeloste dubbele registraties te monitoren.

4.2.5 GZD 1.4 | STRUCTURELE VERANKERING VAN HET KADER VOOR DATAKWALITEIT, SEMANTIEK EN FAIR-PRINCIPES

Subdoelstelling

Vanaf maart 2029 voldoen alle gegevens die in registers of data-aanvragen worden gebruikt aan kwaliteits- en semantische criteria

Betrouwbare en herbruikbare gezondheidsdata zijn een noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg, onderbouwd beleid en verantwoord secundair datagebruik. Datakwaliteit en semantische eenduidigheid zijn daarbij geen vrijblijvende ambities, maar structurele vereisten die afdwingbaar en transparant moeten worden georganiseerd. Met deze subdoelstelling wordt daarom ingezet op de structurele verankering van een bindend kwaliteits- en semantisch kader voor gezondheidsgegevens. Dit kader legt vast onder welke inhoudelijke en technische voorwaarden gegevens kunnen worden ingezet voor zorgverlening, beleid, financiering, onderzoek en kwaliteitsopvolging. De criteria gelden ongeacht het gebruiksdoel en zijn van toepassing op gegevens die worden gebruikt in wettelijk verankerde registers en in gegevensaanvragen voor secundair gebruik. Daarmee wordt vermeden dat kwaliteitseisen variëren naargelang het toepassingsdomein, en wordt een uniforme basis gecreëerd voor hergebruik.

Een eerste bouwsteen van dit kader is de systematische documentatie van datakwaliteit aan de bron. Datahouders behouden hierbij hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en actualiteit van de gegevens, conform de rolverdeling binnen het registerbeleid. Datakwaliteit wordt transparant gemaakt aan de hand van gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren per dataset, waardoor gebruikers inzicht krijgen in de sterktes en beperkingen van de gegevens alvorens ze worden ingezet voor analyse of besluitvorming.

Een tweede essentiële component betreft semantische interoperabiliteit. Door het verplicht toepassen van erkende terminologieën en codestelsels voor de datasets en gegevensstromen die binnen de scope vallen, wordt verzekerd dat gegevens eenduidig interpreteerbaar, vergelijkbaar en geautomatiseerd herbruikbaar zijn over organisaties, sectoren en beleidsniveaus heen. Dit vormt een noodzakelijke voorwaarde voor schaalbare analyses en betrouwbare indicatorontwikkeling.

Daarnaast maakt ook transparantie integraal deel uit van het kwaliteitskader. Publiek toegankelijke metadata zorgen voor gelijke spelregels inzake datagebruik en versterken het vertrouwen van burgers, zorgverleners en instellingen. Daarom moeten datasets die worden gebruikt in registers of gegevensaanvragen beschikken over volledige en publiek raadpleegbare metadata, zodat helder is welke gegevens bestaan, wat hun inhoudelijke scope is en onder welke voorwaarden hergebruik mogelijk is.

Ten slotte omvat dit kader ook de systematische inschatting en beheersing van privacy- en heridentificatierisico's bij secundair datagebruik. Voor relevante gegevensaanvragen worden risicoanalyses uitgevoerd volgens vastgelegde methodieken, zodat potentiële risico's vooraf worden geïdentificeerd en gemitigeerd. Dit draagt bij aan een verantwoord gegevensgebruik en vormt een belangrijk element van het maatschappelijk draagvlak voor datagedreven beleidsvoering.

Indicatoren en meetmethode

De realisatie van deze subdoelstelling wordt opgevolgd via een systematische kwaliteitsopvolging. Een eerste indicator betreft de aanwezigheid van gedocumenteerde kwaliteitsindicatoren per dataset in de datacatalogi. Op basis hiervan kan worden vastgesteld welk aandeel van de gedocumenteerde datasets beschikt over een expliciete kwaliteitsbeschrijving volgens de afgesproken kwaliteitsstandaard.

Ten tweede wordt de toepassing van verplichte semantische terminologieën opgevolgd via het percentage datasets en registers waarin deze terminologieën correct zijn toegepast, op basis van een periodieke analyse van de datasets en gegevensstromen die binnen de scope zijn gebracht.

Ten derde wordt de volledigheid en beschikbaarheid van metadata gemonitord door via jaarlijkse controles na te gaan in welke mate datasets die worden gebruikt in registers of gegevensaanvragen beschikken over volledige en publiek toegankelijke metadata.

Daarnaast wordt de systematische uitvoering van risicoanalyses bij secundair datagebruik opgevolgd via het aandeel gegevensaanvragen waarvoor effectief een voorafgaande risico-inschatting is uitgevoerd, op basis van procesregistraties binnen het datagebruikskader.

In een latere maturiteitsfase kan aanvullend worden opgevolgd in welke mate registers en sjablonen voor gegevensaanvragen structureel zijn afgestemd op het bindende kwaliteits- en semantische kader, als indicatie voor de duurzame verankering ervan in processen en instrumenten.

4.2.6 GZD 1.5 | VERHOGING VAN DATAGELETTERDHEID EN VERSNELLING VAN DE DIGITALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG VIA CHANGEMANAGEMENT

Subdoelstelling

Vanaf 2026 wordt digitalisering in de gezondheidszorg ondersteund door een structureel change-programma, waarbij vertrouwen wordt opgebouwd door zichtbare meerwaarde en duidelijke verantwoordelijkheden

De realisatie van beter datagebruik vergt meer dan technologische oplossingen en formele kaders. Impact kan enkel worden bereikt wanneer digitale toepassingen en datagedreven processen worden begrepen, gedragen en correct toegepast door zorgverleners, zorginstellingen, beleidsactoren en burgers. Daarom richt deze subdoelstelling zich op de structurele verankering van datageletterdheid en *changemanagement* als essentiële randvoorwaarden voor duurzame digitale transformatie in de gezondheidszorg.

Een eerste pijler van deze aanpak is het versterken van datageletterdheid. Zorgverleners en relevante organisaties moeten inzicht hebben in het doel en belang van correcte, tijdige en kwaliteitsvolle dataregistratie en -gebruik. Dit veronderstelt dat datageletterdheid op een duurzame manier wordt geïntegreerd in opleiding, bijscholing en professionele ondersteuning, onder meer via universiteiten, hogescholen en beroeps- of wetenschappelijke organisaties, in afstemming tussen de betrokken overheden via interfederaal overleg.

Een tweede pijler betreft de vroegtijdige en structurele betrokkenheid van actoren bij digitaliserings- en dataprojecten. Door zorgverleners en hun vertegenwoordigers te betrekken bij prioritering, ontwerp en implementatie, wordt het draagvlak voor datagedreven hervormingen versterkt en sluiten oplossingen beter aan bij de praktijk. Deze betrokkenheid ondersteunt een gedeeld begrip van verantwoordelijkheden en bevordert de effectieve toepassing van nieuwe processen en instrumenten.

Een derde pijler focust op duidelijke communicatie en gerichte ondersteuning voor en na technische implementaties. Digitale transformatie is niet voor alle doelgroepen vanzelfsprekend; daarom zijn heldere informatie, opleiding en begeleiding noodzakelijk om correct gebruik van gegevens te stimuleren en digitale uitsluiting te beperken. Transparantie over hoe gegevens worden gebruikt, met welk doel en binnen welk beschermingskader, is daarbij essentieel om vertrouwen op te bouwen bij zowel professionals als burgers.

Tot slot richt deze subdoelstelling zich op bewustwording en transparantie richting burgers. Burgers moeten kunnen begrijpen welke gegevens worden gebruikt, waarvoor ze dienen en waar zij terechtkunnen voor informatie of ondersteuning. Door dit waar mogelijk structureel te verankeren via interfederaal overleg, wordt de legitimiteit van datagedreven zorg en beleid versterkt en ontstaat een bredere maatschappelijke draagkracht voor verdere digitalisering. Dit sluit aan bij lopende initiatieven inzake digitale gezondheidsgeletterdheid, waaronder het interfederaal actieplan digital health literacy, dat gericht is op het versterken van de competenties van burgers in het gebruik van gezondheidsinformatie en digitale toepassingen. Een verhoogd niveau van datageletterdheid draagt daarbij ook bij aan het versterken van het vertrouwen van burgers in het gebruik van gezondheidsgegevens. De Health Data Agency speelt in dit kader een belangrijke rol als transparant informatiepunt voor burgers met betrekking tot het gebruik van gezondheidsgegevens, met bijzondere aandacht voor duidelijke communicatie, toegankelijkheid van informatie en het versterken van maatschappelijk vertrouwen.

Indicatoren en meetmethode

De voortgang van deze subdoelstelling wordt opgevolgd aan de hand van indicatoren die inzicht geven in de structurele verankering van datageletterdheid, betrokkenheid en transparantie.

Een eerste indicator betreft de integratie van digitalisering en datageletterdheid in opleidings- en bijscholingskaders, gemeten via het aantal of aandeel opleidingen en organisaties dat deze thema's expliciet opneemt in opleidingsplannen of curricula.

Ten tweede wordt de uitrol en benutting van opleidings- en ondersteuningsinitiatieven opgevolgd via het aantal gevolgde trainingen of deelnemers binnen beschikbare programma's, uitgesplitst naar doelgroep en periode.

Daarnaast wordt de structurele betrokkenheid van actoren gemonitord door na te gaan in hoeveel prioriterings- of implementatietrajecten zorgverleners en hun organisaties aantoonbaar zijn betrokken, op basis van projectdocumentatie.

Ten slotte wordt de transparantie en bewustwording richting burgers opgevolgd via indicatoren zoals bereik en gebruik van informatiekanalen over datagebruik en digitalisering, bijvoorbeeld door het aantal bezoeken of interacties met publieke informatie- en portaaltoepassingen te monitoren.

4.3 Gezondheidszorgdoelstelling 2 – Verhogen van de doelmatigheid

4.3.1 INLEIDING

De ambities rondom het verhogen van de doelmatigheid zitten vervat in de gelijknamige gezondheidszorgdoelstelling en bijbehorende krachtlijnen die werden uitgezet in het rapport van de Commissie GDOS van juni 2025. Hierin werd gesteld dat er permanent moet worden gezocht naar specifieke verbeteringen in de richting van doelmatige en aangepaste zorg en dat een dialoog op gang moet worden gebracht over de grote variaties in medische praktijken, met als uiteindelijke bedoeling ongewenste variaties weg te werken. Deze doelstelling en krachtlijnen worden thans verder verfijnd tot concrete SMART-subdoelstellingen, vertrekkend vanuit achtereenvolgens de scherpstelling van de terminologie en de inventarisatie van geïdentificeerde initiatieven. In een latere fase worden de ambities dan via de realisatie van deze subdoelstellingen effectief geoperationaliseerd.

Terminologie

Verhogen van de doelmatigheid bestaat erin de zorg systematisch beter af te stemmen op de behoeften van de patiënt, zodat die noodzakelijk en relevant is, gebaseerd op Evidence Based Practice, en wordt verleend op het juiste moment, op de juiste plaats en door de meest geschikte zorgverlener. Daarnaast beoogt zij de best mogelijke resultaten voor de patiënt te bereiken aan de meest verantwoorde kost, vanuit een logica van proportionaliteit en houdbaarheid, met behoud van kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid en billijkheid.

De term *verhogen* duidt op het procesmatige karakter van een doelgerichte, continue verbetering van de gepastheid en waarde van de zorg, waarbij de volgende vier aspecten centraal staan.

Ten eerste wordt de zorgverlening aangepast aan de reële behoefte enerzijds door het verminderen van *low value care*, hier opgevat als situaties van *overuse*, *misuse* of *underuse* (waarbij dit laatste verwijst naar het feit dat aangewezen zorg niet wordt verleend, waardoor de verwachte waarde voor de patiënt niet wordt bereikt), en anderzijds door het afstemmen van de intensiteit en aard van zorg op de klinische situatie.

Ten tweede is dit afgestemd op wetenschappelijke evidentie of onderbouwde gegevens. Hierbij sluit het (para)medisch handelen aan bij richtlijnen, aanbevelingen en kwaliteitsstandaarden en vindt een systematische actualisering plaats zodra er nieuwe kennis beschikbaar is, omdat relevantie een dynamisch begrip is.

Ten derde wordt de waarde gewaarborgd door een focus op reële baten voor de patiënt, zoals klinische uitkomsten en kwaliteit van leven. Hierin worden de context, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt geïntegreerd en worden behandelingen vermeden waarvan de risico's of lasten de verwachte baten overschrijden.

Ten vierde wordt dit geheel gekenmerkt door een continu verbeterproces van meten, vergelijken, leren en aanpassen via cycli van evaluatie en implementatie.

Deze aanpak past ook in een strategie die erop is gericht om ongerechtvaardigde verschillen in de praktijk te identificeren en te verminderen, wanneer deze niet kunnen worden verklaard door verschillen in de behoeften van patiënten of in de klinische context. Daartoe is deze aanpak gebaseerd op een gestructureerde dialoog tussen professionals, instellingen, overheden en wetenschappelijke verenigingen, teneinde collectief leren en de uitvoering van gerichte verbeteringsmaatregelen te ondersteunen.

Inhoudelijk staan de termen *doelmatigheid, doelmatige zorg of appropriate care* vervolgens voor de juiste zorg voor de juiste patiënt, op het juiste moment en de juiste plaats, door de meest geschikte zorgverlener, volgens de best beschikbare evidentie en met een proportioneel gebruik van middelen, resulterend in optimale uitkomsten.

Concreet wordt de patiënt gedifferentieerd op basis van context, behoefte, voorkeur en risico's. De zorg vindt tijdig plaats zonder onnodige vertraging of overhaasting en binnen de meest geschikte setting zoals thuis, de eerstelijn, dagzorg of het ziekenhuis. De zorgverlener handelt binnen het gezondheidszorgteam rol- en competentieconform op basis van klinische expertise. De geleverde zorg is zowel noodzakelijk als evidence-based en systeemmiddelen worden proportioneel ingezet om voordelen voor de patiënt en waarde te maximaliseren en verspilling te vermijden.

De beoogde resultaten zijn betere klinische uitkomsten en patiëntervaringen, een hogere veiligheid en minder complicaties, heropnames en over- of ondergebruik. Daarnaast wordt gestreefd naar lagere totale kosten per episode of traject voor een gelijke of betere uitkomst en een vermindering van ongewenste praktijkvariatie ten gunste van meer guideline-conforme zorg. Deze verbeteringen moeten ten goede komen aan alle patiënten en bijdragen aan het verminderen van ongelijkheden op het gebied van toegang tot en resultaten van de gezondheidszorg. Het terugdringen van inefficiënte zorg draagt bovendien bij aan een duurzamere organisatie van de zorg en betere werkomstandigheden voor zorgverleners.

Analytisch vertrekpunt

De lopende en toekomstige initiatieven die in het kader van de tweede gezondheidszorgdoelstelling inzake het verhogen van de doelmatigheid van zorg in kaart werden gebracht, maken deel uit van een breed en zich voortdurend ontwikkelend geheel van beleids- en praktijkgerichte acties. Dit omvat zowel initiatieven uit de strategische plannen van de betrokken gezondheidszorgadministraties als daarbuiten geïdentificeerde initiatieven. Binnen dit geheel speelt het eerste strategisch meerjarenplan Appropriate Care 2026-2027 een sleutelrol als eerste operationele cyclus voor de realisatie van GZD 2. Dit plan vormt een eerste en essentiële hefboom om bepaalde prioriteiten van het meerjarig strategisch kader over een periode van twee jaar te vertalen. Terwijl GZD 2 het meerjarige strategische kader inzake doelmatigheid vastlegt, operationaliseert het Plan Appropriate Care (AC) een deel van deze ambities binnen een afgebakende tijdshorizon via een geïntegreerde aanpak waarin prioritaire beleidslijnen inzake passende, kwaliteitsvolle en doelmatige zorg worden uitgewerkt, getest en gefaseerd geïmplementeerd op basis van een analytisch kader rond twee centrale assen (praktijkvariaties en *low value care*) en een samenhangende interventie-instrumentenketen. Tegelijkertijd kunnen andere initiatieven, instrumenten of programma's die bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit, de relevantie, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg worden ontwikkeld en in dit gemeenschappelijke strategische kader en toekomstige plannen AC worden geïntegreerd.

Zowel dit plan als de overige geïdentificeerde initiatieven uit de inventarisatie werden vervolgens op basis van inhoudelijk samenhangende finaliteiten in drie clusters gegroepeerd. Deze clusters vormen het analytisch vertrekpunt voor de formulering van de vijf subdoelstellingen (GZD 2.1-2.5) die verder in dit hoofdstuk worden uitgewerkt.

Een eerste cluster betreft governance en coördinatie, met als onderliggende behoefte het beschikken over een solide, coherent en voldoende wendbaar kader om het beleid inzake doelmatigheid van de zorg te oriënteren, te ondersteunen en aan te sturen. Het gaat over het zorgen voor een gedeelde visie, een duidelijk besluitvormingskader en een samenhangende afstemming tussen de verschillende hefbomen die bijdragen aan hoogwaardige, relevante en doelmatige zorg. In GZD 2.1 wordt dit kader beleidsmatig geconcretiseerd via een heldere normering, een duidelijke rolverdeling en gedeelde verantwoordelijkheid, evenals structurele afstemming tussen de betrokken actoren en een consequente opvolging.

Een tweede cluster omvat data en inzichten, met als structurele behoefte het systematisch en objectief onderbouwen en gericht sturen van beleids- en zorgkeuzes. Deze behoefte ligt aan de basis van GZD 2.2 inzake de realisatie van meer datagedreven monitoring en transparantie, GZD 2.3 inzake de verankering van *evidence-based practice* en GZD 2.4 inzake de versterking van patiëntgerichte zorg. Via deze GZD's wordt respectievelijk verder ingezet op de ontsluiting van gegevens over zorgconsumptie en op de integratie van wetenschappelijke evidentie en het patiëntperspectief.

Een derde cluster focust op kwaliteitsverbetering, met als kernbehoefte het realiseren van concrete, meetbare en duurzame veranderingen in de zorgpraktijk. Dit vindt zijn praktische uitwerking in GZD 2.5. Daarin wordt gestuurd op de reductie van ongerechtvaardigde praktijkvariaties en *low value care*, voortbouwend op de bestaande beleidskaders en inzichten uit de andere clusters.

De volgorde van deze vijf SMART-subdoelstellingen weerspiegelt geen chronologische uitvoeringsvolgorde, maar onderscheidt parallelle en elkaar versterkende beleidsambities binnen één samenhangende strategie gericht op de effectiviteit en efficiëntie van het zorgsysteem.

4.3.2 GZD 2.1 | VERSTERKING VAN GOVERNANCE EN COÖRDINATIE

Subdoelstelling

Tegen december 2026 is een interadministratief governance-model voor kwaliteitsvolle en doelmatige zorg in een eerste vorm operationeel

Deze gezondheidszorgdoelstelling heeft betrekking op een interadministratief governance-model dat steunt op een welomschreven en gedeeld inhoudelijk en normatief kader om het beleid inzake de doelmatigheid en relevantie van de zorg op duurzame wijze te oriënteren, te ondersteunen en aan te sturen. Dit kader sluit aan bij de principes van appropriate care (AC) en maakt tegelijkertijd de afstemming mogelijk met andere hefbomen en initiatieven die bijdragen aan de voortdurende verbetering van het gezondheidszorgsysteem. Het model verankert een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners en -instellingen, patiënten, de farmaceutische industrie en de overheid voor passende en doelmatige zorg, met aandacht voor rolmodellen en een cultuur van continue verbetering. Het bouwt daarbij op de fundamentele elementen van AC — transparantie (monitoring en ontsluiting van zorgdata) en helderheid (duidelijke normen, richtlijnen en indicatoren) — en operationaliseert deze via een samenhangende instrumentenketen van ondersteunende en structurele maatregelen, begeleiding, incentives, communicatie, correctieve maatregelen en handhaving. In die context vormt het Plan Appropriate Care 2026–2027 een eerste belangrijk operationeel instrument voor de uitvoering van bepaalde prioriteiten van GZD 2. In essentie is het uiteindelijke doel van GZD 2.1 een slagvaardige coördinatie van kwaliteitsvolle en doelmatige zorg. Dit wordt bewerkstelligd via een coherent sturingskader dat gezamenlijk eigenaarschap, transparante data en heldere richtlijnen evenals een gedragsgerichte methodiek verankert. Zo wordt een consistente en duurzame vertaling van appropriate care naar de dagelijkse praktijk verzekerd.

De Commissie Appropriate Care vervult binnen dit governance-model een adviserende en coördinerende rol inzake beleidsinitiatieven betreffende passende en doelmatige zorg.

In de initiële fase (2026) fungeert zij als forum voor afstemming, prioritering en methodologische coherentie, onder meer bij de uitvoering van het Plan Appropriate Care 2026-2027. In latere fasen (maturiteitsopbouw vanaf 2027) wordt deze rol verder uitgebouwd en geïntegreerd binnen het bredere sturingskader van de gezondheidszorgdoelstellingen, in aanvulling op andere instanties, functies en bestuursstructuren.

Indicatoren en meetmethode

De verwezenlijking van de doelstelling komt tot uiting in de invoering en de effectieve werking van governance-structuren die de coördinatie, uitvoering en opvolging borgen. De werking rond AC krijgt vorm door de oprichting van de Commissie Appropriate Care en, waar aangewezen, ad-hoc kamers voor specifieke zorgthema's. Deze structuren worden nader ingevuld via de formele activering en vastlegging van de bijhorende modaliteiten. De institutionele verankering van het governance-model komt tot stand door de publicatie in het Belgisch Staatsblad van de samenstelling, opdrachten en werking van deze Commissie, aangevuld met een huishoudelijk reglement en het systematisch beschikbaar stellen van vergaderkalenders en verslagen. Het functioneren van dit geheel wordt gemonitord aan de hand van het effectief samenkomen van de Commissie en de operationele ad-hoc kamers, zowel bij de opstart als bij wijzigingen en via een jaarlijkse evaluatie van de werking.

Ten slotte worden de ontwikkeling en de geleidelijke implementatie van het governance-model gerealiseerd via instrumenten voor planning, opvolging en rapportering, die tevens dienen als meetmethode voor de maturiteitsgroei. Binnen dit sturingsmechanisme vormen tweejarenplannen AC een van de referentie-instrumenten. Ze maken het mogelijk om binnen een bepaalde periode prioritaire assen uit te werken, met name op het gebied van praktijkvariaties en low value care, via concrete thema's en acties die per werkjaar worden gedefinieerd. Deze plannen worden opgesteld, uitgevoerd, opgevolgd en geactualiseerd volgens een terugkerende cyclus, waarbij ook wordt gealigneerd met overige maatregelen en initiatieven die bijdragen aan de doelstellingen inzake kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (bv. NAP AMR, Actieplan eGezondheid). Dit omvat in de eerste cyclus het tweejarenplan 2026-2027, de bijhorende voortgangsrapporteringen en het geactualiseerd plan, alsook nadien het tweejarenplan 2028-2029. De betreffende documenten worden ter validatie voorgelegd aan de Commissie Appropriate Care en vervolgens aan de Algemene Raad. De evaluaties van het eerste plan zijn voorzien voor maart 2027 en maart 2028.

4.3.3 GZD 2.2 | REALISATIE VAN MEER DATAGEDREVEN MONITORING EN TRANSPARANTIE

Subdoelstelling

Uiterlijk eind 2027 beschikken de gezondheidszorgadministraties over een eerste versie van een gedeeld dataplatform inzake kwaliteit en doelmatigheid van zorg

In het kader van deze gezondheidszorgdoelstelling wordt een gedeeld dataplatform ontwikkeld als een (waar haalbaar) near-real-time dashboard. Het platform ontsluit gevalideerde kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren op een gestructureerde en transparante wijze om (niet-gevoelige) gegevens beter uit te wisselen. Door de integratie van onder meer analyses over praktijkvariaties, barometers voor *low value care* en andere relevante indicatoren faciliteert het platform een meer datagedreven monitoring van de zorgconsumptie. Wat de uitrol betreft, focust de eerste fase zich specifiek op het delen van deze parameters binnen de gezondheidszorgadministraties via een portaalsite met gedifferentieerde toegangen op basis van hun bevoegdheden.

Uiteindelijk fungeert dit platform als katalysator voor een transparanter en meer samenhangend doelmatigheidsbeleid: het maakt interadministratieve beleidssturing mogelijk op basis van objectieve, gevalideerde data en sluit inhoudelijk aan bij de transparantie-instrumenten uit het Plan Appropriate Care 2026–2027 (o.m. indicatorfeedback aan zorgverleners en instellingen, publieke rapportering en thematische dashboards). Door deze gelaagde opbouw ontstaat één consistent ecosysteem waarin data zowel het gesprek over praktijkvariatie en low value care voedt als de basis vormt voor gerichte beleidsinterventies en opvolging.

Indicatoren en meetmethode

De ontwikkeling van het dataplatform en de terbeschikkingstelling van informatie verlopen door middel van stapsgewijze, iteratieve opleveringen. De voortgang wordt hierbij systematisch opgevolgd via periodieke rapporteringen die inzicht bieden in de evolutie van de gedeelde gegevens en indicatoren, startend met datasets voor minstens één prioritair zorgdomein, bijvoorbeeld antibiotica. De formele activering (go-live) van het platform en de realisatie van de effectieve toegang voor de betrokken administraties vormen hierbij duidelijke ijkpunten. Daarna wordt de ontsluiting van gegevens stelselmatig opgeschaald en in een latere fase ook breder toegankelijk gemaakt.

4.3.4 GZD 2.3 | STRUCTURELE VERANKERING VAN EVIDENCE-BASED PRACTICE IN DE ZORGVERLENING

Subdoelstelling

Tegen eind 2027 wordt evidence-based practice (EBP) progressief geïntegreerd in de federale beleidsvoering

De structurele verankering van evidence-based practice veronderstelt een gefaseerde beleidsaanpak op drie niveaus. Ten eerste moet gevalideerde, actuele en voor de Belgische context relevante evidence duurzaam beschikbaar zijn. Ten tweede moet deze evidence tijdig en laagdrempelig toegankelijk zijn binnen de klinische workflow, onder meer via point-of-care-bronnen, decision support en koppelingen met elektronische dossiers. Ten derde moet de toepassing ervan in de praktijk systematisch worden ondersteund en opgevolgd, met aandacht voor gebruik, richtlijnconform handelen en de reductie van ongewenste praktijkvariatie en low value care.

Om deze gezondheidszorgdoelstelling te realiseren, wordt enerzijds de overgang van Evikey, het EBP-netwerk, naar het KCE Practice verdergezet tot volledige realisatie. Daarmee wordt, in lijn met het Plan Appropriate Care, de 'helderheid' versterkt via één meer gecentraliseerde, zichtbare en gevalideerde bron voor evidence en richtlijnen. Het ondersteunt tegelijk de instrumenten 'Normen' en 'Implementatie' binnen de AC-keten, door evidence sneller te vertalen naar bruikbare referentiekaders voor beleid en praktijk.

Anderzijds wordt de integratie van EBP in minstens twee prioritaire zorgprocessen aantoonbaar gemaakt door onder meer de structurele inbedding van heldere EBP-richtlijnen in beleidsmaatregelen en de systematische koppeling van deze richtlijnen aan kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren. In lijn met het Plan Appropriate Care 2026–2027 wordt daarbij ingezet op implementatie-instrumenten die zorgverleners op het moment van beslissen ondersteunen, zoals decision-support tools (o.m. Prescription Search Support (PSS [G11])-systemen) en gerichte opleiding, zodat richtlijnen effectief worden toegepast en ongewenste variatie/low value care reduceert.

Deze progressieve integraties moeten garanderen dat wetenschappelijk onderbouwde expertise alsmaar meer uitgroeit tot de hoeksteen van een kwaliteitsvolle, uniforme en doelmatige zorgverlening binnen het federale landschap. Deze ideeën komen verder aan bod in het volgende hoofdstuk bij de uitwerking van GZD3.

Indicatoren en meetmethode

De voortgang van deze doelstelling kan worden opgevolgd aan de hand van vier kernindicatoren: de operationalisering van een coherent Evidence Portal, het effectieve gebruik van point-of-care-EBP-bronnen, de integratie van EBP in de klinische workflow via decision support, en de toepassing van EBP in prioritaire zorgprocessen met aantoonbare impact op richtlijnconform handelen en de reductie van low value care.

Een eerste ijkpunt is de beschikbaarheid van een coherent digitaal Evidence Portal als centrale toegangspoort tot Belgische en internationale richtlijnen, point-of-care-informatie, systematische reviews en andere relevante tools voor alle Belgische zorgprofessionals, zowel medische als paramedische disciplines. De operationalisering en effectieve toegankelijkheid van dit portaal zijn voorzien in 2027. Nadien kan ook het gebruik ervan worden opgevolgd, bijvoorbeeld via het aantal

actieve gebruikers, consultaties en zoekopdrachten, desgevallend uitgesplitst per categorie van zorgverleners.

Daarnaast wordt de integratie van EBP in de praktijk concreet zichtbaar gemaakt via twee piloottrajecten rond decision support in prioritaire zorgprocessen. Een eerste traject betreft de nationale beschikbaarheid en uitrol van een PSS-systeem voor antibiotica, gekoppeld aan de elektronische medische dossiers van huisartsen in gehomologeerde softwarepakketten. De effectieve implementatie en functionele koppeling vormen hierbij een meetbare mijlpaal, met een beoogde realisatie begin 2027.

Een tweede traject heeft betrekking op een pilootproject voor radiologie, waaraan een selectie van ziekenhuizen en huisartsen deelneemt. De opstart in minstens één pilootcentrum tegen eind 2026 geldt als eerste stap. De resultaten van deze pilootfase worden vervolgens benut voor de verdere ontwikkeling en mogelijke opschaling van het systeem tegen midden 2027.

4.3.5 GZD 2.4 | VERSTERKING VAN PATIËNTGERICHTE ZORG VIA SYSTEMATISCHE INZET VAN PROMS EN PREMS

Subdoelstelling

Tegen eind 2028 worden PROMs en PREMs nationaal gebruikt in minstens één prioritair zorgdomein

Hoewel patiëntgerichte zorg deel uitmaakt van een bredere aanpak, waarbij met name individuele zorgplannen, gezamenlijke besluitvorming en interprofessionele follow-up een rol spelen, richt deze gezondheidszorgdoelstelling zich specifiek op PROM's en PREM's als ondersteunende instrumenten in dit kader en beoogt deze de systematische integratie ervan in de meting en monitoring van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In dat kader vormen de PROM- en PREM-indicatoren, naast analyses van praktijkvariaties en low value care, een extra element om de genoemde dimensies te objectiveren. Via transparantie- en monitoringprocessen bieden deze analyses inzicht in patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROM) en ervaringen (PREM), met inbegrip van de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Deze inzichten kunnen expliciet worden meegenomen bij de evaluatie en bijsturing van het beleid en de zorgverlening.

Deze inzet past binnen een bredere evolutie naar meer persoons- en populatiegerichte zorg, waarbij zorg op maat en populatiemanagement worden versterkt. Binnen het appropriate care model worden patiënten, naast zorgverleners, zorginstellingen en beleidsactoren, als volwaardige stakeholders erkend. PROMs en PREMs ondersteunen die positionering door het patiëntperspectief systematisch te objectiveren en – waar relevant – te integreren in transparantie en feedbackmechanismen. In een latere maturiteitsfase kan bovendien worden onderzocht hoe patiënten(vertegenwoordigers) ook op collectief niveau kunnen worden betrokken, bijvoorbeeld via consultatie in het kader van de werking van de Commissie Appropriate Care bij de selectie van prioritaire domeinen of bij de interpretatie van uitkomsten.

De uiteindelijke finaliteit van deze doelstelling is dan ook het realiseren van een zorgmodel waarin de stem van de patiënt niet langer louter informatief is, maar een structurele en sturende kracht vormt voor een meer waardegedreven en mensgerichte gezondheidszorg.

Indicatoren en meetmethode

De verwezenlijking van deze doelstelling wordt in de eerste fase opgevolgd via de formele selectie van minstens één prioritair zorgdomein door de Commissie Appropriate Care tegen eind december 2026, met bijzondere aandacht voor ook de eerstelijn (zie ook het volgende hoofdstuk over GZD3). Deze selectie legt het eerste toepassingskader vast voor de inzet van PROMs en PREMs. De inhoudelijke uitwerking wordt vervolgens gerealiseerd via de ontwikkeling en validatie van relevante vragenlijsten voor het geselecteerde zorgdomein, in overleg met andere gezondheidszorgadministraties en relevante expertengroepen.

De toepassing ervan wordt daarna gemeten via de dataverzameling van deze uitkomsten en ervaringen binnen een bestaand of nieuw digitaal register dat daartoe is aangewezen, waarbij wordt gestreefd naar een minimale administratieve last.

Ten slotte wordt de beleidsmatige benutting vastgesteld aan de hand van de effectieve integratie van deze resultaten in besluitvormingsprocessen, blijkend uit rapporten van bijvoorbeeld de Commissie AC, met als indicator dat deze resultaten in minstens één concrete beslissing of maatregel worden meegenomen.

4.3.6 GZD 2.5 | REDUCTIE VAN PRAKTIJKVARIATIE EN LOW VALUE CARE

Subdoelstelling

Tegen eind 2028 reduceren de gezondheidszorgadministraties de ongerechtvaardigde praktijkvariaties en low value care in minstens vijf prioritaire zorgdomeinen conform een gemeenschappelijk bepaald objectief per zorgdomein, waarbij eventuele collaterale effecten op de patiënten moeten worden vermeden

De methodologische aanpak voor de identificatie en prioritering van praktijkvariaties en low value care sluit aan bij het analysekader en de instrumentenketen zoals uitgewerkt in het Plan Appropriate Care 2026-2027. Eén mogelijke pathway voor de identificatie van overuse, misuse, underuse steunt op een analyse van variatiepatronen in geneeskundige verstrekkingen door het gebruik van practice-variation-mapping (cf. rapporten Healthy Belgium en andere bronnen, zoals ziekenhuisaudits). Zo worden verschillen in zorggebruik tussen zorgverleners, instellingen of regio's zichtbaar. Vastgestelde variaties die, na diepere analyse en in nauwe samenwerking met het terrein, niet verklaarbaar zijn door verschillen in patiëntbehoeften, casemix of epidemiologische kenmerken kunnen het onderwerp uitmaken van aanvullende acties conform deze instrumentenketen (van prioritering en normering tot implementatie, transparantie en monitoring, gerichte feedback, begeleiding, incentives, communicatie en – waar nodig – correctieve maatregelen en sancties).

Per zorgdomein wordt nauw samengewerkt met bestaande wetenschappelijke verenigingen om analyses klinisch te valideren en op basis van evidence-based expertise standaarden en verbeteracties te ontwikkelen, waarbij op de klinische relevantie en de organisatorische haalbaarheid wordt gelet.

Verder wordt ingezet op de implementatie van decision-support tools, zoals Prescription Search Support (PSS)-systemen en gevalideerde evidence-based practice (EBP)-richtlijnen om zorgverleners direct te ondersteunen bij kwaliteitsvolle en doelmatige keuzes. Dit wordt aangevuld met feedbackmechanismen en gestructureerde data-ontsluiting.

Ten slotte waarborgt een gecombineerde aanpak van structurele maatregelen, ondersteunende acties, incentives, sensibilisering en handhaving dat gewenst gedrag wordt gestimuleerd en ondoelmatige zorg ontmoedigd. Dit gebeurt binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid en betrokkenheid tussen alle relevante stakeholders, zodat de realisatie van de vooropgestelde objectieven duurzaam wordt verankerd.

Door deze gerichte reductie van praktijkvariatie en low value care worden niet alleen de effectiviteit en efficiëntie van het zorgsysteem versterkt, maar wordt bovenal gewaarborgd dat elke patiënt op het juiste moment de meest passende, kwaliteitsvolle zorg ontvangt.

Indicatoren en meetmethode

De opvolging van de realisatie van deze doelstelling wordt geborgd binnen een formeel sturings- en beslissingskader. In dit kader worden als eerste stap tegen eind december 2026 minstens vijf prioritaire zorgdomeinen geselecteerd, zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid om later andere domeinen te integreren, afhankelijk van gezondheidsprioriteiten, beschikbare analyses en geïdentificeerde behoeften. Voor elk geselecteerd domein wordt vervolgens tegen eind juni 2027 een objectief inzake de vermindering van variaties en ondoelmatigheden gemeenschappelijk bepaald, rekening houdend met de beschikbare gegevens, wetenschappelijke expertise en overwegingen betreffende de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg.

Daarenboven wordt, voor een consistente en transparante toepassing van dit kader, tegen eind december 2027 een procesbeschrijving uitgewerkt voor de selectie en prioritering van toekomstige zorgdomeinen en thema's. Dit proces is bedoeld als een gemeenschappelijk referentiekader voor de verschillende initiatieven die bijdragen tot de doelstellingen inzake doelmatigheid, zonder zich te beperken tot een specifiek instrument of programma.

De selectie van de specifieke zorgdomeinen, de vaststelling van de bijhorende objectieven en de procesbeschrijving worden ter validatie aan de Commissie Appropriate Care voorgelegd.

4.4 Glossarium

G1	**BIHR** – *Belgian Integrated Health Record*: federatief kader voor gedeelde gezondheidsinformatie ter ondersteuning van continuïteit van zorg en hergebruik van gegevens.
G2	**EHDS** – *European Health Data Space*: Europees regelgevend kader voor primair en secundair gebruik van gezondheidsgegevens.
G3	**FAIR** – *Findable, Accessible, Interoperable, Reusable*: principes voor duurzaam, transparant en herbruikbaar databeheer.
G4	**HDA** – *Health Data Agency*: centrale faciliterende en coördinerende actor voor registers, datacatalogi en secundair datagebruik.
G5	**HDAB** – *Health Data Access Body*: functie binnen het EHDS-kader voor het beoordelen en toekennen van toegang tot gegevens voor secundair gebruik.
G6	**ICD-10-BE** – *International Classification of Diseases, 10th Revision – Belgian Extension*: Belgische versie van de internationale ziekte- en diagnosestandaard, gebruikt voor de gestandaardiseerde registratie en codering van gezondheidsgegevens.
G7	**IPS** – *International Patient Summary*: minimale, gestandaardiseerde samenvatting van essentiële patiëntgegevens voor grens- en contextoverschrijdende zorg.
G8	**Only Once** – Principe waarbij gegevens slechts één keer aan de bron worden geregistreerd en vervolgens gecontroleerd hergebruikt.
G9	**PROMs** – *Patient-Reported Outcome Measures*: door patiënten gerapporteerde uitkomsten van zorg.
G10	**PREMs** – *Patient-Reported Experience Measures*: door patiënten gerapporteerde ervaringen met zorg.
G11	**PSS** – *Prescription Search Support*: decision-supportinstrument dat zorgverleners ondersteunt bij evidence-based en gepast voorschrijfgedrag.
G12	**SA** – *Sextuple* Aim: internationaal kader met zes dimensies, met name kwaliteit van zorg, gezondheid van de bevolking, kosteneffectiviteit, rechtvaardigheid en toegankelijkheid, welzijn professionals en ecologische duurzaamheid.
G13	**SNOMED CT** – *Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*: internationale klinische terminologiestandaard.
G14	**SPE** – *Secure Processing Environment*: beveiligde verwerkingsomgeving voor gecontroleerd secundair datagebruik.

5 Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen (GZD3)

5.1 Inleiding

Er is grote consensus over de stelling dat maatschappelijke ontwikkelingen en evoluties binnen de zorg nopen tot een reorganisatie van het zorglandschap. We geven hier slechts een korte samenvatting van de belangrijkste tendensen, die in talrijke andere publicaties in detail worden beschreven (zie bijvoorbeeld het overzicht in (Expertgroep in Opdracht van Interministeriële Conferentie Volksgezondheid 2025)).

Gedurende de laatste jaren is er een toename van de multimorbiditeit, gekoppeld aan een toename van het aantal chronische aandoeningen. Deze laatste zijn verbonden met vele factoren: milieu, socio-economische omstandigheden, organisatie van de economie, levensstijl. Dit illustreert het belang van een brede notie van preventie. Overigens tonen indicatoren over de kwaliteit van de opvolging van chronisch zieken dat er ruimte is voor verbetering (Schiøtz e.a. 2017; OECD 2025), en doet België het ook niet goed wat betreft ongelijkheden in zelf ervaren gezondheid en geestelijke gezondheid (CHAIN 2025). Er is groeiende aandacht voor de geestelijke gezondheid, en meer specifiek voor de toeleiding tot de geestelijke gezondheidszorg (Bruffaerts, R. 2024).

De oplossing van deze problemen wordt niet makkelijker gemaakt door wijzigingen in het zorglandschap (Expertgroep in Opdracht van Interministeriële Conferentie Volksgezondheid 2025). De schaarste aan zorgpersoneel neemt toe, ook bij de huisartsen waar steeds meer burgers worden geconfronteerd met patiëntenstops. Zorgtekorten worden mede veroorzaakt door de toenemende specialisatie en het gebrek aan stroomlijning en coördinatie binnen de zorg. Bij de ziekenhuizen is er een verkorting van de verblijfsduur, en een verschuiving naar meer ambulante zorg en dagkliniek. Dit leidt tot een toename van de druk op de eerste lijn, omdat ook bij meer complexe situaties thuiszorg wordt verwacht. Mogelijke hervormingen moeten bovendien doorgevoerd worden in een periode van sterke druk op het overheidsbudget.

De innovatie gaat steeds sneller, niet enkel op technologisch vlak maar ook op vlak van leiderschap. Vooral de structurele vertaling van *evidence* naar de dagelijkse klinische praktijk vormt een belangrijke uitdaging (Kemp 2019). Zorgverstrekkers worden geconfronteerd met een snel groeiende hoeveelheid richtlijnen, onderzoeksresultaten en digitale informatie, terwijl klinische beslissingen vaak onder grote tijdsdruk moeten worden genomen (Campbell e.a. 2015). Gebrek aan tijd, onvoldoende toegang tot betrouwbare bronnen en de moeilijkheid om *evidence* snel te vertalen naar concrete klinische beslissingen vormen belangrijke barrières voor *evidence-based practice (EBP).* Deze uitdaging is generiek over verschillende zorgberoepen (Paci e.a. 2021; Kemp 2019; Kwag e.a. 2016).

5.2 De noden van patiënt/zorgvrager: individuele levensdoelen en interprofessionele samenwerking

In deze context van een toename in multimorbiditeit, chronische aandoeningen, en complexiteit van de zorgvragen vereist goede zorg voor de patiënt nauwe samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals. Goede zorg vereist ook een proactieve houding van de zorgverstrekkers met oog voor zowel relationele, informationele en organisatorische continuïteit van de zorg. Hierbij moeten steeds de noden en de levensdoelen van de patiënt centraal staan. We gaan eerst in op deze basisprincipes en vervolgens op de gevolgen ervan voor de structurele organisatie van eerste en tweede lijn. Concrete gezondheidszorgdoelstellingen met daarbij horende indicatoren komen vooral aan bod wanneer we de structurele organisatie bespreken.

5.2.1 INDIVIDUELE LEVENSDOELEN ALS UITGANGSPUNT

De Belgische PaRis indicatoren (OECD 2025) voor de kwaliteit van de eerstelijnszorg suggereren dat patiënten in het algemeen tevreden zijn over de communicatie met hun huisarts en door hen betrokken worden bij de beslissingen. Deze inspraak is echter niet geformaliseerd en slechts voor een minderheid van de patiënten is er een uitgewerkt zorgplan beschikbaar. Zelfs in de context van levenseindezorg, waar wensen en doelen van de patiënt een pertinente plaats opeisen, is het opmaken en volgen van een zorgplan geen standaardpraktijk.

Traditioneel werd de aanpak van de zorg voor chronische aandoeningen in België gestuurd in de richting van de ontwikkeling van zorgtrajecten, specifiek gericht op één chronische aandoening (gerealiseerd zijn de zorgtrajeten voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie). Deze aanpak botst op zijn limieten in een situatie met multimorbiditeit, en in de literatuur is er ook toenemende bezorgdheid over “inequity by disease” (Groenewegen, Keskimäki, en Leyland 2026), waarbij patiënten met een gelijkaardig probleem verschillend behandeld worden naarmate ze al dan niet in een zorgprogramma zitten. Voor patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit moet daarom eerder gestreefd worden naar de uitwerking van individuele zorgplannen. Deze zorgplannen worden op een interprofessionele basis uitgewerkt en opgevolgd vanuit een patiëntgerichte logica met de nadruk op empowerment en zelfmanagement. De patiënt (of zijn of haar vertegenwoordiger) participeert in de besluitvorming binnen het interprofessionele team. Dat betekent natuurlijk ook dat er voldoende aandacht moet zijn voor gezondheidsgeletterdheid en dat participatie van patiënten een dynamisch proces van informatie-uitwisseling in alle richtingen veronderstelt (van patiënt naar zorgverstrekkers en vice versa).

Het zorgplan is geen statisch document, maar de reflectie van een samenwerkingsproces tussen de persoon, zijn of haar naasten en de betrokken zorgverleners (Coulter e.a. 2015). Het is een evoluerend instrument dat regelmatig moet kunnen worden aangepast aan veranderingen in de situatie van de persoon, zijn of haar omgeving, of in de organisatie van het netwerk en het zorgteam. Zo vereist de komst van een nieuwe professional in het actieve netwerk rond de persoon vaak een herziening van het plan om de samenhang van de begeleiding en de verdeling van de verantwoordelijkheden te behouden.

Doelgerichte, persoonsgerichte zorg vertrekt niet enkel van de aandoening(en), maar integreert zowel de gezondheidsdoelen als de levensdoelen van de persoon (De Maeseneer en Boeckxstaens 2012; Grudniewicz e.a. 2023). Tools zoals CLEVER (rekening houdend met Context, Levensverhaal, Engagement, Vaste waarden en Emoties op een Relevante manier) kunnen hierbij helpen (Van de Velde e.a. 2025), maar de klemtoon moet liggen op open en persoonsgerichte communicatie. De behandeling moet gericht zijn op zinvolle activiteiten en op deelname aan het maatschappelijke leven. Participatie

heeft op zichzelf al een positief effect op subjectief welzijn (Glass e.a. 1999). Tegelijk blijven gezondheidsdoelen, zoals symptoomcontrole, functionele status en klinische uitkomsten, natuurlijk ook een noodzakelijke pijler binnen het zorgproces. Beide dimensies worden met elkaar verbonden en vervolgens vertaald naar concrete zorgdoelen (SMART), en opgenomen in het persoonlijk patiëntendossier. De zorgdoelen worden ingepast in een coherent zorgplan.

GZD3a. Voor chronische patiënten wordt de zorg georganiseerd op basis van een individueel zorgplan, dat is opgesteld in overleg met de patiënt, vertrekt van hun persoonlijke levensdoelen, en wordt gedeeld door de patiënt (eventueel zijn of haar omgeving) en de verschillende actoren binnen een interprofessioneel team.

Indicator: aantal/aandeel chronische patiënten met een individueel zorgplan

5.2.2 INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

België scoort op dit ogenblik zeer slecht op de indicator "systematische inzet van niet-artsen ter ondersteuning van chronische zorg in de eerste lijn". Volgens de PaRis enquête (OECD 2025) zijn bij slechts 46% van de Belgische patiënten niet-artsen betrokken bij de chronische zorg, terwijl het gemiddelde voor de OESO PaRIS 83% bedraagt.

Er is nochtans veel en overtuigende *evidence* dat interprofessionele samenwerking in de eerste lijn de kwaliteit van zorg kan verhogen (Bates e.a. 2025; Carron e.a. 2021). Interprofessionele teams kunnen meer diensten aanbieden dan een huisarts alleen – andere professionals kunnen een belangrijke rol spelen in preventieve zorg en in de behandeling van chronisch zieken. Dit kan niet enkel de kwaliteit van de zorg verbeteren, het kan ook een partieel antwoord bieden op het zorgtekort (Porter e.a. 2022). Door de interprofessionele samenwerking worden inzichten uit verschillende disciplines samengebracht en kunnen soms ook nieuwe interdisciplinaire en transdiscipinaire inzichten ontstaan (Valentijn 2016; Valentijn e.a. 2013).

5.2.3 ONTSCHOTTING VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Om over de grenzen van de klassieke opdeling in zorgberoepen te kunnen uitstijgen ten voordele van de patiënt is er een duidelijke nood aan de ontschotting van de gezondheidszorgberoepen. Door rollen, verantwoordelijkheden en taken niet langer strikt aan één beroepsgroep te koppelen, kunnen zorgprofessionals flexibel ingezet worden. Ontschotting is geen doel op zich, maar een middel om geïntegreerde, persoonsgerichte en efficiënte zorg te realiseren. In de eerste lijn vertaalt dit zich vooral naar het basisprincipe van de juiste zorg op de juiste plaats door de meest geschikte zorgverlener, met heldere afspraken over competenties, verantwoordelijkheden en samenwerking, en gebaseerd op de principes van *Evidence Based Practice (EBP).* Er is sterke evidentie (Paier-Abuzahra e.a. 2024) dat taakverschuiving en takendeling de kwaliteit van de zorg verhogen (lagere mortaliteit, minder ziekenhuisopnames, grotere patiënttevredenheid, betere follow-up van patiënten, vergelijkbare klinische resultaten).

Om ontschotting in de praktijk werkbaar én veilig te maken, is taakdifferentiatie nodig: een expliciete, procesmatige verdeling van taken binnen het interprofessioneel team (wie doet wat, onder welke voorwaarden, met welke supervisie) (Porter e.a. 2022). Bij taakdifferentiatie gaat het over de verdeling van concrete taken binnen zorgprocessen, terwijl functiedifferentiatie (bv. via een klinische ladder) de rollen en verantwoordelijkheidsniveaus beschrijft waarbinnen die taken worden opgenomen. Daarbij kan het subsidiariteitsprincipe als leidraad dienen: elke taak wordt uitgevoerd door de meest passende zorgverlener – bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de patiënt en door het minst gespecialiseerde profiel dat de taak aantoonbaar competent en kwaliteitsvol kan uitvoeren – met duidelijke protocollen, '*red*

flags' en afspraken over verantwoordelijkheid. De (beperkte) mogelijkheid van directe toegang tot de kinesitherapeut is hiervan een goed recent voorbeeld. Zo versterkt ontschotting de toegankelijkheid en efficiëntie, zonder in te boeten aan kwaliteit of patiëntveiligheid.

5.2.4 TASK SHIFTING EN TASK SHARING

Bij *task shifting* worden taken, waar passend, verschoven van meer gespecialiseerd opgeleide zorgprofessionals naar zorgprofessionals met een andere (soms minder gespecialiseerde) opleiding of kwalificatie. Het gaat om de transfer of beweging van klinische, niet-klinische of administratieve taken over professionals heen (met respect voor een zekere professionele hiërarchie) (Das, Grant, en Fearon 2025; Das, Grant, en Weller 2024; Orkin e.a. 2021) . *Task shifting* kan een antwoord bieden op schaarste en stijgende zorgcomplexiteit, maar is enkel duurzaam wanneer de patiëntveiligheid en kwaliteit expliciet geborgd worden. Dit vraagt om:

- een helder wettelijk en regulerend kader dat aangeeft welke taken door wie, onder welke voorwaarden en met welke verantwoordelijkheid kunnen worden uitgevoerd.
- formele afspraken die ad hoc delegatie overstijgen (bv. afgebakende protocollen, richtlijnen en/of decision-support, met duidelijke '*red flags*' en verwijscriteria).
- opleiding, mentoring en supervisie, inclusief permanente professionele ontwikkeling (levenslang leren).
- middelen voor implementatie en borging (tijd, ICT-ondersteuning, veranderbeheer), zodat de verschuiving niet louter een tijdelijke noodoplossing is.

Bij *task sharing* wordt zorg geleverd door een mix van zorgprofessionals (en desgevallend mantelzorgers) in plaats van door één enkel profiel, waardoor teams intens samenwerken. Echte interprofessionele teamwerking vereist een gedeelde missie, transparante taakverdeling, tweerichtingscommunicatie en gezamenlijke opvolging van patiënten. *Task sharing* is dus meer dan 'werk verdelen': het is een manier om zorgprocessen te herontwerpen rond en met de patiënt en diens levensdoelen.

Task shifting en *task sharing* moeten verder gaan dan de eerste lijn, maar moeten ook mogelijk zijn tussen de eerste en de tweede lijn. Dit komt verder in dit advies nog aan bod.

5.2.4.1 Functiedifferentiatie

Een transparante allocatie van taken kan ondersteund worden door functiedifferentiatie, zoals bijvoorbeeld de hervorming van de verpleegkunde via de leer- en zorgladder. Deze klinische ladder creëert een kader waarin verpleegkundigen zich kunnen ontwikkelen in expertise en verantwoordelijkheidsopname en omvat verschillende niveaus (van zorgkundige tot klinisch verpleegkundig onderzoeker). Deze niveaus zijn geen parallelle eilanden, noch hiërarchische boomstructuren, maar op elkaar bouwende functies: competenties en verantwoordelijkheden worden meegenomen en verbreed naarmate men doorgroeit. Dit kan (i) zorgpersoneel doelgericht helpen inzetten, (ii) bijdragen aan toekomstgerichte rekrutering en instroom van middelen met oog op veilige en kwaliteitsvolle zorg, en (iii) groeipaden en levenslang leren versterken. Tegelijk is waakzaamheid nodig: functiedifferentiatie mag geen bijkomende 'schotten' creëren.

5.2.4.2 Hervorming van de Wet Uitoefening Gezondheidsberoepen (WUG)

Dit impliceert ook een hervorming van het regelgevend kader (o.m. WUG), waarbij de focus verschuift van een rigide piramide op basis van diploma's naar een kader dat competenties, verantwoordelijkheden, supervisie-afspraken en klinische context centraal stelt. Professionals moeten tijdens hun loopbaan bijkomende competenties kunnen verwerven, met bijhorende erkenning, kwaliteitsborging en aangepaste financiering die de juiste drivers creëert om de competenties efficiënt te integreren. Het uitgangspunt hierbij is: bekwaam is bevoegd.

GZD3b. Het regelgevend kader van de WUG wordt herzien om flexibele verwerving en erkenning van competenties tijdens de loopbaan mogelijk te maken.
Indicator: ja/neen

5.2.5 SYSTEEMVOORWAARDEN VOOR DUURZAME INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

Om duurzame interprofessionele samenwerking en ontschotting van de gezondheidszorgberoepen mogelijk te maken moet voldaan zijn aan een reeks voorwaarden op systeemniveau:

- Organisatiemodel: de eerste lijn moet uitgebouwd zijn met interprofessioneel georganiseerde eerstelijnspraktijken en -netwerken, met een passende financiering (niet enkel per prestatie/per beroepsgroep) en duidelijke loopbaanperspectieven zodat *task shifting/competency sharing*/differentiatie niet kwetsbaar en tijdelijk blijven.
- Communicatie en coördinatie op meso- en macroniveau (tussen en met zorglijnen/settings): gedeelde dossiervoering, interprofessionele co-creatie van informatie, structureel multidisciplinair/interprofessioneel overleg en duidelijke handover-protocollen.
- Kwaliteitsbewaking en monitoring: een meetbaar kwaliteitskader met indicatoren rond toegankelijkheid, persoonsgerichtheid, patiëntveiligheid, continuïteit van zorg, klinische uitkomsten en werkdruk.

Deze verschillende systeemvoorwaarden worden nu verder uitgewerkt en we stellen daaraan gekoppelde indicatoren voor.

5.3 Organisatiemodel: eerstelijnspraktijken, eerstelijnsnetwerken en locoregionale zones

Wij pleiten voor een territoriale organisatie van de zorg, waarbij actoren op de verschillende niveaus nauw met elkaar samenwerken (Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede, en K, Benahmed 2022; Valentijn 2016; Valentijn e.a. 2013).

- Aan de basis van de structuur hebben we interprofessioneel samengestelde eerstelijnspraktijken.
- Eerstelijnspraktijken werken samen met andere maatschappelijke en zorgactoren in eerstelijnsnetwerken. Die netwerken zijn georganiseerd op buurtniveau. Het zijn goed georganiseerde samenwerkingsverbanden waarbinnen de personen met zorgnood een grote mate van keuzevrijheid behouden.
- Eerstelijnspraktijken en eerstelijnsnetwerken worden op mesoniveau ondersteund door overkoepelende structuren.
- Er is gestructureerde samenwerking nodig tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen op het niveau van de locoregionale zones.

De eerstelijnsnetwerken zijn functionele samenwerkingsverbanden die gestructureerd zijn rond mensen met een zorg- en ondersteuningsnood. De twee andere niveaus zijn organisatorische verbanden die moeten zorgen voor een goede ondersteuning van eerstelijnspraktijken en eerstelijnsnetwerken en voor een betere afstemming op elkaar van de verschillende zorglijnen. Op dit ogenblik werden dergelijke ondersteunende structuren reeds op een enigszins verschillende wijze ontwikkeld in de verschillende delen van het land (eerstelijnszones, bassins de vie, organisations loco-régionales…). In Annex III geven we een overzicht van de huidige situatie. GDOS doet geen uitspraak (en is ook niet bevoegd om een uitspraak te doen) over de concrete organisatie van deze structuren op mesoniveau en locoregionaal niveau. We stellen voor om de concrete operationele keuzes over te laten aan de gefedereerde entiteiten, maar we schetsen wel een brede structuur waarvan de krachtlijnen overal kunnen worden toegepast.

GDOS is zich ervan bewust dat de huidige territoriale indeling (eerstelijnszones, bassins de vie, locoregionale zones, ziekenhuisnetwerken, Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen- en jongeren) niet coherent is. Hervormingen hier liggen moeilijk omdat ze botsen op gevestigde belangen en al (historisch) actieve structuren. Uitbouw van een coherente territoriale structuur voor de zorg zou een belangrijke prioriteit van het beleid moeten zijn.

5.3.1 DE EERSTELIJNSPRAKTIJK (EP)

Binnen de eerste lijn organiseren zorgverleners zich in eerstelijnspraktijken (EP). Een EP bevat, naast een of meerdere huisartsen, zeker een praktijkverpleegkundige, een praktijkassistent, aangevuld met administratieve ondersteuning. In functie van de noden van de lokale bevolking wordt ook samenwerking met andere zorgprofessionals (apotheker, tandarts, paramedici, psychologen, sociaal werk, specialisten…) in de EP opgezet. Zo is er bijvoorbeeld sterke *evidence* dat gestructureerde interprofessionele samenwerking binnen een EP positieve effecten heeft voor de geestelijke gezondheid, vooral bij depressie en angst (Carron e.a. 2021). Alle burgers worden geacht om zich te registreren bij één EP, maar ze behouden natuurlijk de vrijheid om een EP te kiezen binnen de

mogelijkheden die in hun wijk (of naburige wijken) worden aangeboden. We komen verder nog terug op de problematiek van de patiëntenstops.

We zullen verder in dit advies pleiten voor een meer doorgedreven vorm van forfaitaire financiering, omdat die het beste geschikt is (of zelfs noodzakelijk) voor echte interprofessionele samenwerking en preventie, maar in principe kan ook een eerstelijnspraktijk met dominant financiering per prestatie zich openen voor meerdere zorgverstrekkers en op die wijze aan de geformuleerde minimumvoorwaarden voldoen. Tussen dit model enerzijds en anderzijds medische huizen met capitatie-financiering liggen verschillende mogelijkheden, waaronder bv. ook de recent ingevoerde New Deal-praktijken. De optimale keuze tussen deze organisatiemodellen kan afhangen van de context (bv. een kleine rurale gemeente versus een grootstedelijke omgeving). Eerder dan te pleiten voor één van deze specifieke modellen, willen we het belang benadrukken van interprofessionele samenwerking. De zorgverstrekkers die samenwerken binnen een EP hoeven niet noodzakelijk onder één dak gelokaliseerd te zijn. Om te spreken over een EP moet er echter wel een duidelijk juridisch vastgelegd samenwerkingsverband zijn en continu overleg over de behandeling van de specifieke patiënten. EP's zijn geïntegreerd in een breder eerstelijnsnetwerk (zie verder), waarin wel alle relevante zorgverstrekkers betrokken zijn.

GZD3c. De eerstelijnszorg wordt georganiseerd op basis van eerstelijnspraktijken met naast een huisarts ook een substantiële inbreng van andere zorgprofessionals.

Indicator: aantal huisartsen die zich organiseren in een EP met minstens een verpleegkundige en administratieve ondersteuning en/of praktijkassistent.

Indicator: aantal EP die naast een huisarts en administratieve ondersteuning minstens twee andere zorgprofessionals omvatten.

5.3.1.1 Organisatie van task shifting en task sharing binnen de EP

Niet alle zorg komt in aanmerking voor verschuiving. De huisarts blijft de leidende rol spelen voor diagnostiek van ongedifferentieerde aanmeldingsklachten en voor instabiele en gecompliceerde zorg, in nauwe samenwerking met andere gespecialiseerde zorgprofessionals. Taakdelegatie kan maximaal zijn voor stabiele, voorspelbare, protocolleerbare zorg, binnen een kader dat competenties, supervisie en escalatiecriteria expliciteert. Het gaat hierbij in de eerste plaats om chronische en preventieve zorg.

Patiënten kunnen kiezen voor één contactpersoon, die hen tijdens een periode van zorg begeleidt. Dit verhoogt de zorgkwaliteit en de tevredenheid van de patiënten (cf. de PaRIS enquête (OECD 2025)). Die contactpersoon zal vaak, maar hoeft niet, de huisarts zijn. Binnen een EP is er geen strikte hiërarchie, maar werken alle professionals vanuit hun expertise en kennis complementair samen. Ook niet-artsen zijn vaak sterk gevormd in *evidence-informed* handelen, richtlijngebruik en kwaliteitsverbetering. Verschillende zorgberoepen beschikken over een duidelijke *body of knowledge*, afgebakende competenties en geborgd klinisch redeneren (incl. '*red flags*'), aangevuld met kwaliteitskaders en duidelijke samenwerkings- en doorverwijsafspraken. Vanuit die gedeelde expertise is een interprofessioneel zorgteam in de eerste lijn logisch. Er moet steeds communicatie zijn in verschillende richtingen. Een verpleegkundige moet toegang hebben tot de contactregistraties van de arts, van de apotheker,… en vice versa, gebaseerd op het principe *"need to know".* De kinesitherapeut kan een evolutierapport schrijven, dat dan door de arts moet worden opgevolgd. Sommige medicatieproblemen (bv. slikproblemen) dienen rechtstreeks aan de apotheker te worden gemeld. De apotheker doet aan medicatieopvolging en -review, therapietrouwondersteuning en deelt de bevindingen met de arts.

Bij dit alles moet de continuïteit van de zorg vanzelfsprekend altijd gewaarborgd worden. Delegatie van taken mag niet ad hoc gebeuren, maar binnen een duidelijk wettelijk en regulerend kader, dat zorgt voor veiligheid en duurzaamheid. Belangrijk is dat er "echte" teams ontstaan met een stabiele organisatie, goed gedefinieerde rollen, open en eerlijke communicatie. Zoals al eerder gesteld, zijn duidelijke protocollen noodzakelijk om een goede werking te verzekeren. Natuurlijk moet er daarnaast steeds een zekere ruimte voor variatie en flexibiliteit blijven.

5.3.1.2 Evidence-based practice

Protocolgestuurde taakdeling veronderstelt dat alle betrokken zorgprofessionals kunnen steunen op dezelfde betrouwbare en actuele *evidence* basis. *Evidence-based practice* mag daarbij niet worden opgevat als een individuele verantwoordelijkheid van de afzonderlijke zorgverlener, maar als een systeemvoorwaarde voor veilige, kwaliteitsvolle en consistente interprofessionele samenwerking. Richtlijnen, *point-of-care*-informatie, implementatie-instrumenten en beslissingsondersteuning moeten vlot toegankelijk zijn voor alle beroepsgroepen die binnen de eerstelijnspraktijk en het eerstelijnsnetwerk verantwoordelijkheid opnemen.

Point-of-care-informatiebronnen kunnen hierin een belangrijke hefboom zijn. Zij vatten actuele en methodologisch beoordeelde *evidence* samen in een vorm die snel consulteerbaar is tijdens het zorgproces en klinisch toepasbaar is voor verschillende beroepsgroepen. Studies tonen aan dat dergelijke bronnen zorgprofessionals kunnen helpen om sneller en met meer vertrouwen antwoorden te vinden op klinische vragen, en dat elektronische kennisbronnen en *clinical decision support* kunnen bijdragen tot beter klinisch handelen en betere patiëntgerelateerde uitkomsten (Baxter e.a. 2022; Bradley-Ridout e.a. 2021; Campbell e.a. 2015; Kwag e.a. 2016; Maggio e.a. 2019; Mebrahtu e.a. 2021; Wasserman e.a. 2024). Daarom moeten de protocollen voor *task shifting* en *task sharing* niet enkel lokaal afgesproken, maar ook systematisch gekoppeld worden aan gevalideerde EBP-bronnen. Alleen zo kunnen taakdelegatie, taakdeling en competentiegerichte samenwerking leiden tot consistente zorg, minder ongewenste praktijkvariatie en een reductie van *low value care*.

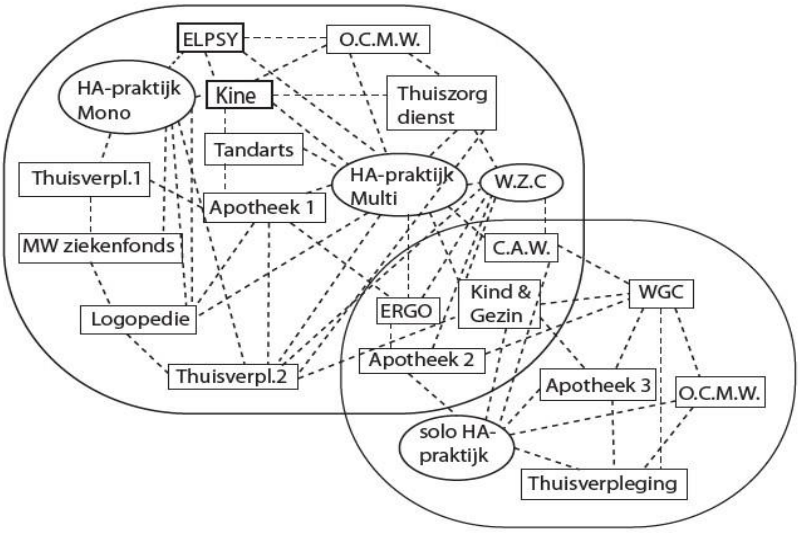
GZD3d. Binnen de eerstelijnspraktijken worden taken gedeeld tussen verschillende zorgprofessionals op basis van duidelijk gedefinieerde protocollen, die steunen op actuele wetenschappelijke inzichten.

> ***Indicator: aantal/aandeel EP dat werkt met duidelijk gedefinieerde protocollen voor taakdelegatie***
> ***Indicator: aantal/aandeel EP dat protocollen voor taakdelegatie koppelt aan gevalideerde EBP-bronnen***
> ***Indicator: aantal/aandeel EP waarbij niet-artsen een actieve rol spelen in de begeleiding van chronische patiënten.***

5.3.2 EERSTELIJNSNETWERKEN

Alle eerstelijnszorgverleners binnen een buurt of wijk (tussen de 5000 en 15000 burgers, afhankelijk van de omgeving) werken samen binnen één of meerdere "eerstelijnsnetwerken". Eerstelijnsnetwerken zijn georganiseerde samenwerkingsverbanden die alle relevante zorgprofessionals omvatten (EP's, thuisverpleging, thuiszorgdiensten, eerstelijnspsychologen en andere professionals in geestelijke gezondheidszorg, kinepraktijken, logopedisten, ergotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers, straathoekwerkers, …), ook wanneer ze niet onder één dak samengebracht worden, en die verantwoordelijkheid opnemen voor de patiënten die in het netwerk zijn ingeschreven.

Binnen het eerstelijnsnetwerk worden afspraken gemaakt om samen de zorg te organiseren op buurtniveau. Wanneer noodzakelijk kan er een interprofessioneel eerstelijnszorgteam samengesteld worden rond individuele patiënten met participatie van de betrokkene en zijn omgeving. De patiënten behouden hierbij de volledige zeggenschap en hebben een grote mate van keuzevrijheid. Onderstaande figuur illustreert de structuur van een eerstelijnsnetwerk.



Bron: (TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! 2022)

De samenwerking binnen het netwerk moet hecht zijn, en niet enkel op papier bestaan: het eerstelijnsnetwerk wordt gekenmerkt door een gedeelde missie en visie, en een duidelijke taakverdeling tussen de verschillende zorgprofessionals. Om deze structurele samenwerking mogelijk te maken, is er behoefte aan ondersteuning (infrastructuur, bv. gedeelde verpleegposten, gedeelde aanwervingen op niveau van netwerk met mogelijke detachering naar individuele EP's, zwaar materiaal). Hiertoe is dus ook bijkomende financiële ondersteuning nodig. De concrete organisatie hiervan (zowel wat financiering als wat *governance* betreft) zal afhangen van de beslissingen die genomen worden over de overkoepelende structuur op mesoniveau.

Een eerstelijnsnetwerk neemt verantwoordelijkheid op voor de toegankelijkheid van de eerstelijnsvoorzieningen en -hulpverleners voor alle betrokken inwoners. Dit impliceert een acceptatieplicht voor nieuwe bewoners van de buurt of wijk op het niveau van het eerstelijnsnetwerk, niet noodzakelijk op elk moment op het niveau van elke eerstelijnspraktijk die deel uitmaakt van het netwerk.

De eerstelijnsnetwerken passen in het kader van het interfederaal programma 'Geïntegreerde Zorg'. Het programma omschrijft zorgcoördinatie als "een collaboratief proces van evaluatie, planning, afstemming en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale zorgbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden". Wanneer de zorgcoördinatie niet volstaat om de persoon en zijn mantelzorger de vereiste zorg en ondersteuning te bieden, kan een casemanager ingeschakeld worden, waarbij de rol van de casemanager erin bestaat "de zorgsituatie van de patiënt en de zorgcoördinatie te herstellen en te stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen" Wij stellen voor de rol van casemanager te introduceren op het verder in dit advies geïntroduceerde mesoniveau.

GZD3e. Op buurt- of wijkniveau worden eerstelijnsnetwerken gevormd die alle relevante zorgprofessionals omvatten.

Indicator: aantal patiënten met een GMD bij een eerstelijnspraktijk die deel uitmaakt van een eerstelijnsnetwerk.

Indicator: aantal zorgprofessionals in de eerste lijn met actieve betrokkenheid bij een eerstelijnsnetwerk

Indicator: aantal eerstelijnsnetwerken dat beroep kan doen op een casemanager Indicator: aantal eerstelijnspraktijken aangesloten bij een eerstelijnsnetwerk zonder patiëntenstop.

5.3.3 SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

De reorganisatie van de eerste lijn op basis van interprofessionele samenwerking kan ook een significante bijdrage leveren voor de aanpak van prioritaire knelpunten die al in ons advies van juni 2025 aan de orde gesteld zijn: tand- en mondzorg, geestelijke gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid.

5.3.3.1 Tand- en mondzorg in de eerste lijn

Er is gedurende het laatste decennium een duidelijke verbetering van de mondgezondheid (zie bv. de gegevens in (Interuniversity Consortium Epidemiology 2025)), maar die verbetering is minder uitgesproken dan in andere landen en er zijn grote sociale en regionale verschillen. Om die problemen op te vangen zouden tandartsen best worden geïntegreerd in de EP. Als dit om praktische redenen moeilijk ligt, moeten toegankelijke eerstelijnsmondzorgteams geïntegreerd worden in de eerstelijnsnetwerken. Vanuit het standpunt van preventie moet er binnen die netwerken zeker ruimte gecreëerd worden voor de inzet van mondhygiënisten.

GZD3f. Tand- en mondzorg worden geïntegreerd in de eerstelijnspraktijken.

GZD3g. Binnen de eerstelijnsnetwerken wordt ruimte gecreëerd voor mondhygiënisten.

Indicator: aandeel van adolescenten en jongvolwassenen en van personen met verhoogde tegemoetkoming die jaarlijks een tandarts bezoeken

5.3.3.2 Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Gedurende de laatste jaren zijn er grote inspanningen gedaan voor de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Het spreekt vanzelf dat deze inspanningen moeten verdergezet worden. Hierbij moet echter vermeden worden dat de geestelijke gezondheidszorg zich binnen een eigen niche ontwikkelt, waardoor geestelijke en somatische zorg niet optimaal op elkaar kunnen afgestemd worden. Het is aangewezen dat ook de geestelijke gezondheidszorg vanuit de EP wordt opgebouwd. Voor de meeste personen met mentale problemen is de huisarts nu reeds het eerste toegangspunt tot de zorg. We hebben hoger al gewezen op de *evidence* dat interprofessionele samenwerking binnen een EP zeer positieve effecten heeft bij patiënten met depressie en angst (Carron e.a. 2021).

Integratie van de geestelijke gezondheidszorg binnen een EP ligt ook in de lijn van de doelstelling om meer en meer af te stappen van het 1-op-1 model van klassieke hulpverlening en op een laagdrempelige wijze te starten met outreachend en vindplaatsgericht werken en groepsinterventies die streven naar het vergroten van het probleemoplossend vermogen en de verhoging van weerbaarheid en veerkracht van de deelnemers (Al-Dhahir e.a. 2022; Sokol en Fisher 2016). De eerstelijnsnetwerken kunnen hiervoor een ondersteunend kader en infrastructuur bieden.

Preventie op jonge leeftijd is een belangrijk aandachtspunt (Bruffaerts, R. 2024). Primaire preventie is mogelijk vanuit de gezondheidszorg, door extra aandacht te hebben voor de sociale determinanten van geestelijke gezondheid – aspecten zoals sociale connectie, maar ook alertheid voor alle mogelijke vormen van kindermishandeling. Momenteel stellen personen met psychische problemen het zoeken van zorg lang uit en komt men niet tijdig in de zorg terecht. Nochtans is een tijdige toeleiding van mensen met een psychische zorgnood naar de aangepaste zorg essentieel om latere meer ernstige problemen te voorkomen. Vroegdetectie van problemen en vroeginterventie kan gebeuren op verschillende plaatsen en door verschillende actoren, maar start vaak op de eerste lijn. Een goed uitgebouwd eerstelijnsnetwerk is optimaal om die informatie te verwerken en verder op te volgen.

GZD3h. De geestelijke gezondheidszorg wordt opgebouwd vanuit de eerste lijn. De eerstelijnsnetwerken besteden specifiek aandacht aan de vroegdetectie van mensen met psychische problemen.

> ***Indicator: gemiddelde wachttijd tussen begin van de mentale problemen en het eerste contact met de zorgsector (indien mogelijk territoriaal en socio-economisch uitgesplitst)***

In hoofdstuk 2 werd er reeds op gewezen dat de in dit advies voorgestelde indicatoren moeten beschouwd worden als richtinggevend. Dit geldt zeker in dit geval omdat de noties “begin van de mentale problemen” en “eerste contact met de zorgsector” nog op een ondubbelzinnige wijze moeten worden ingevuld.

5.3.3.3 De eerste lijn en de arbeidsongeschiktheid

In de plannen voor de hervorming van het systeem van arbeidsongeschiktheid speelt de EP een centrale rol, en wordt er gestreefd naar een efficiënte samenwerking tussen de patiënt, de behandelende arts, de adviserend arts en de arbeidsarts. De behandelende huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten die arbeidsongeschikt zijn, en speelt een sleutelrol in de medische opvolging en de ondersteuning van patiënten richting re-integratie op de arbeidsmarkt. Terugkeer naar werk moet expliciet worden erkend als een gezondheids- én gezondheidszorgdoelstelling, aangezien participatie aan werk een belangrijke determinant is van fysiek en mentaal herstel. Dit impliceert dat eerstelijnszorg niet enkel focust op diagnose en behandeling, maar ook actief inzet op werkbehoud en duurzame re-integratie, in nauwe samenwerking met de relevante terug-naar-werk (TNW)-actoren. Het digitaal communicatieplatform TRIO moet daarin de samenwerking tussen de huisarts

(behandelend arts), de arbeidsarts (preventieadviseur-arbeidsarts), en de adviserend arts van het ziekenfonds begeleiden.

Eerstelijnsnetwerken spelen hierbij een sleutelrol door structurele samenwerking en gecoördineerde doorverwijzing te faciliteren, waardoor de huidige fragmentatie tussen zorg en werk wordt overbrugd. Tegelijk is een duidelijke taakafbakening en vereenvoudiging van het TNW-landschap essentieel om drempels voor patiënten en zorgverleners te verlagen en de efficiëntie te verhogen. Tot slot moet de integratie van instrumenten zoals de TNW-wijzer in het elektronisch medisch dossier, samen met gerichte opleiding van huisartsen en andere zorgprofessionals, ervoor zorgen dat terugkeer naar werk een vanzelfsprekend en operationeel onderdeel wordt van de eerstelijnszorgpraktijk. Op korte termijn wordt het elektronisch ziektebriefje ingevoerd en gedeeld met arbeidsarts en de invoering van een fitnote gepland. Binnen een EP kan het "terug-naar-werk" traject worden uitgewerkt met niet enkel inbreng van de huisarts, maar ook van andere zorg- en TNW professionals, zowel in de eerste als de tweede lijn.

Dat alles betekent natuurlijk niet dat de EP als de hoofdverantwoordelijke kan gezien worden voor het succes of de mislukking van het terug-naar-werk beleid, dat immers ook van de bredere economische en sociale context zal samenhangen. Maar de eerste lijn is wel een essentiële speler in dit beleid.

GZD3i. Alle zorgprofessionals binnen een eerstelijnsnetwerk werken samen bij de uitbouw van gepersonaliseerde "terug naar werk"-trajecten.

> ***Indicator: aantal eerstelijnspraktijken met duidelijke protocollen voor de inzet van verschillende zorgprofessionals in een terug-naar-werk strategie.***

5.3.4 ONDERSTEUNENDE STRUCTUREN OP MESONIVEAU

De eerstelijnsnetwerken zijn in de eerste plaats functionele samenwerkingsverbanden die georganiseerd zijn rond de individuele personen met een zorgnood. Ze moeten organisatorisch ondersteund worden op mesoniveau. Dat mesoniveau moet instaan voor de coördinatie van verschillende EP's en eerstelijnsnetwerken en voor de uitbouw van gestructureerde samenwerking met andere actoren, inclusief de lokale besturen. In Vlaanderen wordt die rol ingevuld door de eerstelijnszones, in het Franstalig landsgedeelte wordt gewerkt aan de uitbouw van een gelijkaardige territoriale structuur (zie de tabel in Annex III). Zoals reeds aangegeven laten we de concrete organisatievorm op mesoniveau open, omdat, in lijn met onze algemene principes, de keuze van de specifieke invulling van deze structuur moet gemaakt worden door de gefedereerde entiteiten.

We kunnen wel in algemene termen de functies van deze mesostructuren omschrijven. Zij zorgen voor een sterke verbindende structuur tussen de traditionele zorgprofessionals, de sociale sector, de vertegenwoordigers van personen met een zorg- en ondersteuningsnood en de lokale besturen. Zij kunnen daardoor belangrijk zijn in de vorming en stimulering van de eerstelijnsnetwerken. Via hun contacten met het lokale bestuur kunnen zij ook de infrastructurele componenten bekijken. Zij kunnen een belangrijke ondersteunende rol spelen bij populatiemanagement (zie verder) en in de gesprekken met de ziekenhuizen. Wij hebben reeds eerder gesuggereerd dat op dit niveau casemanagers zouden kunnen aangesteld worden.

5.3.5 LOCOREGIONALE ZONES

"Bovenop" dit eerste mesoniveau moet er ook werk gemaakt worden van governance structuren op een hoger territoriaal niveau, waarin ook de ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn. Herziening van de structuur van de ziekenhuisnetwerken is daarvoor noodzakelijk. Locoregionale zones zijn nodig om de afstemming van eerste en tweede lijn te structureren. Evoluties zoals de verkorting van de ligduur en de verschuiving naar dagkliniek leggen bijkomende druk op de eerste lijn, die in de eerste plaats verantwoordelijk blijft voor de zorgcontinuïteit. De noodzakelijke hervorming van het ziekenhuislandschap moet rekening houden met de organisatie van de eerste lijn – en, vice versa, moet de reorganisatie van de eerste lijn ook aansluiten bij de hervorming van het ziekenhuislandschap.

GDOS ondersteunt de aanbevelingen van de expertgroep, die werd opgericht door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (Expertgroep in Opdracht van Interministeriële Conferentie Volksgezondheid 2025). Ook deze commissie pleit voor zorgzones met een populatiegerichte aanpak. De expertgroep stelt voor lokale medische centra (LMC) voor ambulante specialistische zorg op te zetten. Een LMC staat in voor planbare, ambulante specialistische zorg. Het zorgaanbod kan er, naast dagchirurgie, ook internistische interventies, poliklinische consultaties, low care dialyse omvatten. Daarnaast kan een LMC ambulante revalidatie of revalidatie in dagkliniek organiseren, na ziekenhuisontslag en in overleg en afstemming met de eerste lijn. We gaan in een latere afdeling meer specifiek in op de transitiezorg. We pleiten voor een verregaande samenwerking tussen de eerste lijn(snetwerken) en de LMC's met respect voor ieders rol en functie. Lokaal kan dit verschillende vormen krijgen, variërend van de uitbouw van goede en sluitende afspraken in het belang van de patiënt tot het fysiek samenbrengen van de activiteiten. Gezien de nood aan een voldoende grote schaal, zijn de mesostructuren waarschijnlijk een belangrijke intermediaire speler.

De EP's blijven het eerste aanspreekpunt voor de patiënten, maar moeten vanuit de tweede lijn ondersteund worden waar dit mogelijk en noodzakelijk is. De interprofessionele eerstelijnsnetwerken moeten open staan voor transmurale multidisciplinaire samenwerking met de ziekenhuizen, de LMC's en met residentiële structuren (woonzorgcentra, voorzieningen voor mensen met een beperking, …). Anderzijds moeten de LMC's openstaan voor een intensieve samenwerking met de eerstelijnsprofessionals in het belang van een goede ondersteuning van de patiënt. Ook deze samenwerking moet structureel verankerd worden, binnen het kader van een geïntegreerd zorgmodel, met teams die opgebouwd zijn rond de patiënt en met zorgplannen die gebaseerd zijn op duidelijke protocollen. Voor complexe en chronische aandoeningen kan de casemanager een grote rol spelen.

Er zijn gedurende de laatste jaren belangrijke initiatieven genomen voor de reorganisatie van de spoedeisende hulp, en voor de afstemming van EP, huisartsenwachtpost (in een eerstelijnsnetwerk) en spoeddiensten. GDOS steunt volledig de plannen om informatie en oriëntatie van zorgvragers op een doeltreffende wijze te organiseren via 1733, zowel voor de somatische zorg als de geestelijke gezondheidszorg.

GZD3j. Er wordt een coherente structuur voor samenwerking tussen alle zorgactoren in eerste en tweede lijn opgezet met ondersteunende structuren op mesoniveau en met locoregionale zones.

> ***Indicator: aantal eerstelijnsnetwerken die gezamenlijke zorgplannen ontwikkelen met ziekenhuizen in hun verschillende verschijningsvormen***
> ***Indicator: aantal huisartsenwachtposten dat kan gekoppeld worden aan een efficiënt werkende 1733.***

5.3.6 SOEPELE SAMENWERKING TUSSEN DE VERSCHILLENDE LIJNEN

We zijn geen voorstander van strikte echelonnering, omdat dit de flexibiliteit te veel hindert. We vinden natuurlijk wel dat voor mensen met een zorgnood de EP waar ze ingeschreven zijn het eerste aanspreekpunt moet zijn. Sommige specialisten (pediaters, gynaecologen, psychiaters) zouden nauw moeten samenwerken binnen een EP – en zeker binnen een eerstelijnsnetwerk.

Andere specialisten zullen niet binnen een eerstelijnsnetwerk opgenomen worden, maar nauw samenwerken met de eerstelijnsnetwerken. Op dat niveau zullen ook afspraken moeten gemaakt worden rond zorgprocessen.

Contacten tussen EP en specialisten kunnen via teleconsultatie verlopen, zeker wanneer die specialisten niet actief ingeschakeld zijn in het eerstelijnsnetwerk. Momenteel leidt een advies van een specialist tot een dubbel financieel verlies voor hem/haar: de specialist stopt tijd in het advies zonder ervoor betaald te worden en, als het advies leidt tot een succesvolle behandeling, heeft hij/zij ook geen contact met de patiënt. Om contacten tussen EP en specialisten te stimuleren, kan overwogen worden om een vergoeding voor dat specialistisch advies in te voeren. Studies hebben duidelijk aangetoond dat dit soort samenwerking een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg, het gebruik van middelen en de professionele tevredenheid (Damsin e.a. 2020, 2023; Frederix e.a. 2019; Kips e.a. 2019; Scherpbier-de Haan e.a. 2013).
Contacten op afstand kunnen ook de ecologische afdruk van het gezondheidszorgsysteem reduceren, en ze kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen, vooral bij kwetsbare groepen waarvoor transport een barrière vormt.

GZD3k. Er worden financiële incentieven gecreëerd om contacten tussen EP en specialisten (ook via teleconsultaties) te stimuleren.
Indicator: ja/neen

5.3.7 TRANSITIEZORG

Specifieke uitdagingen rijzen bij de organisatie van transitiezorg, d.w.z. de uitdaging om zorgcontinuïteit te verzekeren bij de transfer van patiënten tussen verschillende locaties (van thuis naar ziekenhuis/woonzorgcentrum, van ziekenhuis naar thuis/woonzorgcentrum en terug). De uitdaging is vooral groot bij de transfer van oudere, meer kwetsbare en minder zelfstandige patiënten met een complexe zorgnood, als gevolg van multimorbiditeit en polymedicatie, een sociaal precaire situatie of psychische problemen. Er is overtuigende *evidence* dat goed uitgebouwde transitiezorg leidt tot een betere zorgkwaliteit (bv. vermindering van de kans op heropname – (Fønss Rasmussen e.a. 2021; Leppin e.a. 2014)).

We zullen verder in dit advies het belang benadrukken van de implementatie van een elektronisch patiëntendossier waardoor informatie kan gedeeld worden tussen verschillende zorgverstrekkers en elke zorgverstrekker ook kan bijdragen tot de creatie van informatie. Het spreekt vanzelf dat de uitrol van zo een Belgian Integrated Health Record ook essentieel is voor de uitbouw van goede transitiezorg.

5.3.7.1 Van ziekenhuis naar huis

Zodra iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen, moet al worden begonnen met de voorbereiding van het ontslag. Dit houdt met name in dat moet worden nagegaan wie de naaste mantelzorgers zijn, welke hulp er thuis al beschikbaar is en welke hulpbronnen er rondom de persoon kunnen worden ingezet. De informatie moet tijdig worden doorgegeven. Als de melding pas 48 uur na het ontslag wordt gedaan, kan dat al te laat zijn om bepaalde diensten in staat te stellen adequaat in te grijpen. De regeling van thuiszorg moet bijvoorbeeld van tevoren worden gepland, omdat de organisatie daarvan meerdere dagen, of zelfs tot een week, in beslag kan nemen. Zonder deze voorbereiding kunnen sommige mensen in bijzonder problematische situaties terechtkomen: een tekort aan medicijnen als niemand deze bij de apotheek kan ophalen, een tekort aan voedsel in huis, of een gebrek aan aangepast materiaal. Dit geldt ook voor de uitrusting die nodig is voor de terugkeer naar huis. Wanneer iemand bijvoorbeeld de bovenverdieping niet meer kan bereiken en tijdelijk in de woonkamer moet slapen omdat er niet op tijd een verpleegbed is geleverd, kan dit grote gevolgen hebben voor de veiligheid en het comfort (Fønss Rasmussen e.a. 2021; Leppin e.a. 2014).

Het doel is ervoor te zorgen dat de persoon bij het ontslag onmiddellijk kan beschikken over een begeleidingsaanbod dat is afgestemd op zijn of haar behoeften en mogelijkheden en die van zijn of haar omgeving. In het ziekenhuis moeten middelen ingezet worden voor het vroeg opstarten van revalidatie, review van geneesmiddelengebruik, *advance care planning* en telefonische follow-up. Correcte en tijdige informatiedoorstroming is essentieel. Zolang het Belgisch Geïntegreerd Gezondheidsdossier (BIHR voor *Belgian Integrated Health Record*) nog niet volledig operationeel is, moet een specifieke ontslagbrief bij transitie naar de thuissituatie gericht zijn naar alle relevante zorgverleners (huisarts, thuisverpleegkundige, kiné, apotheker,…). Zodra het BIHR operationeel is, kan de informatie erin deze ontslagbrieven vervangen.

Het steeds snellere ontslag van patiënten mits vaak zeer geavanceerde opvolgingstechnieken en telemonitoring heeft als gevolg dat de patiënt zich dan wel thuis bevindt, omgeven door technologie, maar soms met weinig of geen menselijke contactmomenten. Patiënten zonder sociaal vangnet dreigen in die mate geïsoleerd te raken dat een nieuw probleem van mentaal welzijn wordt gecreëerd. Een intensieve multidisciplinaire betrokkenheid en opvolging vanuit de eerste lijn kan hierin een wezenlijk verschil maken.

Bij het ontslag uit het ziekenhuis moet de participatie in de maatschappij een centrale bekommernis blijven, ook via het werk. Dit kan ook een essentieel scharniermoment zijn in de “terug naar werk” strategie.

5.3.7.2 Van thuis naar ziekenhuis

Ook hier is zorg-coördinatie met een individueel zorgplan noodzakelijk (Sempé, Billings, en Lloyd-Sherlock 2019).

5.3.7.3 Van woonzorgcentrum (WZC) naar ziekenhuis

Noodzakelijk zijn een geriatrisch onderzoek en een medicatiereview in het WZC, de beschikbaarheid van een gespecialiseerde verpleegkundige in het WZC om de patiënt voor te bereiden en op te volgen, coördinatie met huisarts en coördinerende en raadgevende arts (CRA) en *advance care planning* (Graverholt, Forsetlund, en Jamtvedt 2014)

5.3.7.4 Van thuis naar een WZC

De eerste lijn speelt vanzelfsprekend ook een cruciale rol bij de voorbereiding en begeleiding van een transitie van thuis naar een WZC (Groenvynck, de Boer, e.a. 2021; Groenvynck, Fakha, e.a. 2021; Kraun e.a. 2023, 2024). Belangrijke elementen hierbij zijn de tijdige en gedeelde voorbereiding van de opname (inclusief een multidimensionele beoordeling van functionele status, cognitieve en psychosociale noden), overdracht van kerninformatie (actuele probleemsamenvatting, zorg- en levensdoelen, contactgegevens mantelzorg), medicatiereconciliatie en hulpmiddelen-/zorgmaterialenplan, *advance care planning*
(wilsverklaringen, voorkeuren rond behandeling/noodinterventies), en structurele ondersteuning van patiënt en mantelzorger met opvolging en herevaluatie in de eerste weken na opname (continuïteit en bijsturing van het individueel zorgplan). Bij voorkeur worden de meeste elementen hiervan opgenomen in het BIHR.

Uitbouw van transitiezorg past in de hervormingen van de eerste lijn, zoals die hier werden voorgesteld, waarbij de klemtoon ligt op gepersonaliseerde zorg met aandacht voor de eigen levensdoelen van de patiënten. Binnen deze context moeten gestandaardiseerde protocollen voor de planning van transities uitgewerkt worden en gedeeld tussen de betrokken actoren in de eerste en de tweede lijn.

GZD3l. Er wordt specifiek ingezet op de uitbouw van protocollen voor alle mogelijke transities tussen verschillende zorginstellingen/-niveaus.

> ***Indicator: aandeel van de ziekenhuisopnames waarbij een uitgewerkt zorgplan aanwezig was***
> ***Indicator: aantal eerstelijnsnetwerken met een gestandaardiseerd protocol voor de planning van transities van patiënten met een complexe zorgnood***
> ***Indicator: aantal opnames en ontslagen van patiënten met polyfarmacie voor wie ten laatste drie dagen na het ontslag een medicatiereview wordt opgemaakt door een apotheker die deel uitmaakt van het eerstelijnsnetwerk***
> ***Indicator: aandeel gehospitaliseerde patiënten voor wie de EP binnen de 24 uur na het ontslag een ontslagbrief heeft ontvangen***
> ***Indicator: aandeel patiënten die binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis contact hebben met hun EP***
> ***Indicator: aantal WZC met een uitgebouwd interprofessioneel team (met een geriater, een gespecialiseerde verpleegkundige en de huisarts/CRA) om transitie naar ziekenhuis (en terug) te begeleiden***

5.4 Preventie en population health management

De samenwerking van verschillende zorgprofessionals binnen een eerstelijnsnetwerk en de nauwe samenwerking tussen eerste en tweede lijn creëren kansen voor preventie (Leese, Al-Zubaidi, en Smith 2024; Piessens e.a. 2025) We werken deze aspecten verder uit bij de bespreking van GZD7 rond preventie.

5.5 Financiering

Hervormingen in de richting van een interprofessionele organisatie van de zorg vereisen ook wijzigingen in de financiering. In de literatuur (zie bv. de scoping review van (Archer e.a. 2025) is er brede consensus over de nood aan vermindering (Baxter e.a. 2022) van het aandeel van prestatiegerichte financiering ten voordele van praktijk- en/of capitatiefinanciering (zeker voor niet-patiëntgerichte activiteiten en voor de financiering van zorgprofessionals die binnen een EP gezamenlijk instaan voor de opvolging van patiënten). Een overzicht van de literatuur over ziekenhuizen kan gevonden worden in (Lefèvre, Van den Heede, en Van de Voorde 2026).
Een grote hervorming kan slechts slagen als ze aanvaard wordt op het terrein, en wordt dan ook best op vrijwillige basis ingevoerd. In de praktijk zien we dat ook in de nog steeds overwegend "betaling per prestatie"-geneeskunde reeds meer en meer forfaitaire financieringsmodaliteiten worden ingevoerd (zoals het reeds langer bestaande GMD, de geïntegreerde praktijkpremie, de financiering van de zorgtrajecten). Ook op andere domeinen zijn er thans al experimenten aan de gang, bv. de invoering van praktijkfinanciering in de artikel 56 projecten in de thuisverpleging. Evaluatie van deze initiatieven zal nuttige informatie opleveren over de wenselijkheid van verdere wijzigingen in de toekomst.

De ervaringen (Danhieux 2025) met de capitatiefinanciering van medische huizen tonen aan dat deze financieringsvorm zeer geschikt is voor het stimuleren van uitgebreide interprofessionele samenwerking. Zeer relevant binnen deze context is ook de creatie van New Deal-praktijken, met een gemengde financiering en een groot aandeel capitatie- en praktijkfinanciering. De capitatiefinanciering van de medische huizen en het financieringsmodel van de New Deal kunnen als inspiratie dienen voor verdere hervorming van de financiering van de (ook breder uitgebouwde) EP's.

Zonder afbreuk te doen aan de noodzaak van grondige wijzigingen kunnen nu al op relatief korte termijn nieuwe incentieven voor interprofessionele samenwerking geïntroduceerd worden. We hebben reeds gewezen op de mogelijke introductie (en financiering) van casemanagers op het niveau van de mesostructuren. We hebben ook gesuggereerd een expliciete vergoeding te voorzien voor specialisten die door een EP, mogelijk op afstand, geconsulteerd worden. Verder is het mogelijk om van de interprofessionele samenstelling van de EP (volgens de hoger beschreven minimumvoorwaarden) een noodzakelijke voorwaarde te maken voor de toekenning van de geïntegreerde praktijkpremie. Ook het GMD kan hierin belangrijk zijn: tot nu toe werden de voorwaarden voor toekenning van het GMD amper gecontroleerd. Aanscherping dringt zich op, zeker met betrekking tot de vereisten van preventie, en wordt later in dit advies verder uitgewerkt. Een meer fundamentele hervorming zou de aard van het GMD zelf kunnen wijzigen, bv. door het te integreren in het globaal patiëntendossier en daar financieringsvoorwaarden aan te koppelen (zoals hoger al beschreven).

We hebben ook al eerder gepleit voor de financiering van een organisatiestructuur op het niveau van het eerstelijnsnetwerk. De vraag rijst of er op mesoniveau of op het niveau van de locoregionale zones bijkomende financiering moet voorzien worden. Dit kan dan best gebeuren op een capitatiebasis, gepaard gaande met de uitwerking van mechanismen van *shared savings*. Om de risico's te beperken kan begonnen worden met "milde" toepassingen van *shared savings*, waar de financiële verantwoordelijkheid asymmetrisch wordt toegepast (wel voor overschotten, niet voor tekorten) en/of maar voor een bepaald percentage. Ervaringen in het buitenland (Kaufman e.a. 2017; Reindersma e.a. 2022) en in België met de projecten geïntegreerde zorg hebben geleerd dat *shared savings* een positief effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg maar (zeker in een eerste fase) niet leidt tot een daling van de uitgaven. Waar er winsten worden gemaakt, is dat vooral via een betere afstemming tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Dit is een argument om *shared savings*-mechanismen in te voeren op het niveau van de locoregionale zones. Er is meer onderzoek nodig om dit soort van mechanismen binnen de Belgische context uit te werken, bv. om vast te leggen hoe de financiering van de EP's en van de structuren op mesoniveau op elkaar moet worden afgestemd, maar op langere termijn kan dit

beschouwd worden als een nuttige denkpiste. Het spreekt vanzelf dat er bij de invoering van shared savings mechanismen moet over gewaakt worden dat de solidariteit tussen de verschillende mesoniveaus en/of locoregionale zones niet in het gedrank komt.

GZD3m. Forfaitaire (praktijk- of capitatie)financiering krijgt een groter belang in de financiering van de EP. In lijn daarmee, wordt ook de geïntegreerde praktijkpremie geherdefinieerd.

Indicator: aantal EP die opteren voor een systeem met minstens 50% forfaitaire (praktijk- en capitatie-) financiering

Indicator: aantal EP die in aanmerking komen voor de geherdefinieerde geïntegreerde praktijkpremie.

GDOS is van oordeel dat de financiering van de zorgverstrekkers in het verplichte systeem van ziekteverzekering moet opgezet worden op een wijze die verdere commercialisering van de sector afremt. Twee bekommernissen zijn daarbij zeer belangrijk. In de eerste plaats moet erover gewaakt worden dat de oprichting van nieuwe, op winst gerichte entiteiten, de continuïteit van de zorg niet in gevaar brengt. In de tweede plaats is er een acuut gevaar van risicoselectie en *cherry picking*: wanneer bv. commerciële gespecialiseerde chirurgische klinieken zich richten op gemakkelijk te behandelen aandoeningen, blijven de algemene ziekenhuizen achter met de moeilijke en duurdere patiënten.

5.6 Noodzakelijke voorwaarden

5.6.1 GEGEVENSINFRASTRUCTUUR: BIHR

Er bestaat een zeer brede consensus over de nood aan een gedeelde gegevensinfrastructuur (BIHR/EPD) met gedeelde informatie op zorg-episodeniveau, met registratie van levensdoelen van de patiënt, zorgdoelen, interventies en uitkomsten (De Maeseneer en Boeckxstaens 2012; Tange, Nagykaldi, en De Maeseneer 2017). Digitalisering ondersteunt zowel niet-hiërarchische teamwerking als patiëntgerichte besluitvorming. Het is ook een absoluut noodzakelijk instrument voor een effectieve afstemming van eerste en tweede lijn. Er moet daarbij voldoende aandacht zijn voor de uitwerking van duidelijke protocollen voor het delen en de co-creatie van informatie.

De gegevens van een contact worden gestructureerd op basis van de 'zorg-episode'. De gegevens in een zorg-episode, hebben betrekking op één specifiek gezondheidsprobleem, vanaf het moment dat de patiënt voor het eerst om professionele hulp vraagt tot en met het laatste contact voor dit gezondheidsprobleem. Dankzij de volledige informatisering van patiëntdata behoort een geïntegreerde actie van de verschillende zorgactoren ((huis)artsen,
(thuis)verpleegkundigen, apothekers en andere relevante actoren in de eerste en de tweede lijn) tot de mogelijkheden. Heldere communicatie met de patiënt, vermijden van dubbele onderzoeken, een betere planning en uitkomstmetingen kunnen het zorgproces kwalitatiever en efficiënter laten verlopen. Uiteraard dienen daarbij waarborgen voor de privacy te worden ingebouwd. Burgers/patiënten moeten op een geïntegreerde en gebruiksvriendelijke manier toegang hebben tot hun gezondheidsgegevens, deze mee kunnen beheren en ook persoonlijke gegevens kunnen toevoegen in functie van gezamenlijke besluitvorming.

Momenteel communiceren veel systemen onvoldoende met elkaar: elektronische patiëntendossiers (EPD) bestaan vaak uit losse PDF's, zonder automatische koppeling met sociale dossiers. Bovendien hebben niet alle essentiële zorgverleners toegang tot de beschikbare systemen, wat de ongelijkheid in toegang voor de patiënten nog vergroot. De implementatie van de *European Health Data Space* (EHDS) zou dit op termijn moeten oplossen.

GZD3n. Er wordt werk gemaakt van de zo snel mogelijke invoering van het BIHR (Belgian Integrated Health Record), als essentieel element om de realisatie van de andere GZD te faciliteren.

Indicator: implementatie van het BIHR (ja/neen)

Indicator: aantal eerstelijnsprakrijken dat data deelt met andere zorgverstrekkers (buiten de EP).

5.6.2 INTEGRATIE VAN AI, 'CLINICAL DECISION SUPPORT' EN TELEMONITORING

Op termijn kunnen innovaties zoals Artificiële Intelligentie (AI) en Machine Learning (ML) zorgverleners ondersteunen bij diagnose en voorspelling van ziekteverloop op basis van grote datasets. *Point-of-care* technologie maakt snelle testen technisch mogelijk, zoals continue bloedsuikermeting. De huidige behandelingen zijn vaak minder invasief, wat het herstel van de patiënt versnelt. Chatbots en health apps kunnen patiënten actiever betrekken bij hun zorg en hen meer controle over hun gezondheid geven. Klinische beslissingsondersteunende systemen kunnen best op het centrale niveau worden ontwikkeld en aangestuurd, en dan ter beschikking gesteld van de zorgactoren op het terrein.

We hebben in de inleiding reeds gewezen op de noodzaak om de reorganisatie van de eerste lijn gepaard te laten gaan met structurele toegang tot betrouwbare, actuele en praktisch toepasbare *evidence* op het moment van klinische besluitvorming, toegankelijk voor alle zorgprofessionals en geïntegreerd in hun dagelijkse workflow. Daarom moet de digitale infrastructuur, naast het delen van patiëntgegevens, ook bijdragen tot de structurele verankering van *evidence-based practice* in de klinische workflow. Structurele verankering betekent dat betrouwbare en actuele EBP-informatie niet enkel passief beschikbaar wordt gesteld, maar laagdrempelig wordt ontsloten op het moment van klinische besluitvorming en systematisch wordt opgevolgd op gebruik en impact. Dit veronderstelt duidelijke kwaliteitscriteria voor betrouwbaarheid, methodologische transparantie, actualisering en bruikbaarheid van point-of-care-informatiebronnen (Lenaerts e.a. 2020). Integratie in elektronische dossiers is hierbij belangrijk om *evidence* beschikbaar te maken binnen de klinische workflow zelf (Marceau e.a. 2025).

In 2026-2027 worden de EBP-processen geïntegreerd en gecentraliseerd binnen het KCE. Deze reorganisatie van de eerste lijn met betrekking tot toegang tot *evidence* werd doorgevoerd met als doel de EBP-activiteiten beter te integreren en beter af te stemmen op beleidsprioriteiten, het taalevenwicht te verbeteren en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te versterken. Een van de belangrijkste acties binnen deze reorganisatie van het EBP landschap is de ontwikkeling van één centraal *evidence* portaal. Dit portaal heeft als doel om de best beschikbare evidentie, aangepast aan de Belgische context en in een *point-of-care* formaat, toegankelijk te maken voor alle Belgische zorgverleners. Om dit te realiseren zullen de huidige disseminatieplatformen (zoals ebpracticenet en CDLH) gecentraliseerd en geïntegreerd worden binnen een nieuw KCE Practice Evidence Portaal.

GZD3o. *Evidence-based practice* wordt structureel verankerd in de klinische workflow van eerstelijnspraktijken en eerstelijnsnetwerken, zodat alle betrokken zorgprofessionals toegang hebben tot betrouwbare en snel consulteerbare *evidence* op het moment van besluitvorming.

> ***Indicator: gebruik van EBP-bronnen, gemeten via aantal actieve gebruikers, consultaties en zoekopdrachten per jaar, waar mogelijk uitgesplitst naar beroepsgroep en taalrol via het KCE Practice Evidence Portaal***
>
> ***Indicator: aantal prioritaire zorgprocessen waarin richtlijnen, implementatie-instrumenten en monitoringindicatoren geïntegreerd zijn, met opvolging van richtlijnconform handelen, ongewenste praktijkvariatie en low value care.***

Telegeneeskunde en beeldvorming op afstand verbeteren de toegankelijkheid van expertise, vooral wanneer lokale specialisten ontbreken. Interessante mogelijkheden tot samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn zullen in de toekomst worden geboden door fundusfotografie, tele-oftalmologie en teledermatologie. Beelden van oog of huid kunnen gemaakt worden in de EP en dan via een digitale verbinding doorgestuurd naar oftalmoloog of dermatoloog. Het analyseren van slaapapneu kan eveneens op afstand gebeuren. Deze technieken worden omwille van de schaalvoordelen het beste geïmplementeerd op het niveau van het eerstelijnsnetwerk.

Introductie van AI en telemonitoring kunnen ook een bijdrage leveren om het tekort aan zorgpersoneel op te vangen. Innovaties in die richting moeten actief geëxploreerd worden. Natuurlijk moeten bij elke concrete maatregel eerst steeds de effectieve klinische meerwaarde voor de patiënt en de mogelijke risico's op het vlak van patiëntveiligheid grondig geëvalueerd worden. In de huidige stand van zaken blijft de nodige voorzichtigheid geboden.

Het breder implementeren van dergelijke innovatieve technologieën door verschillende zorgprofessionals moet mee in overweging worden genomen bij de discussies rond de herziening van de WUG-wetgeving. Vroegdetectie is bijvoorbeeld de exclusieve bevoegdheid van artsen terwijl de patiëntenpopulaties die hier baat bij hebben niet per definitie vaak in contact komen met artsen.

GZD3p. De implementatie van nieuwe digitale technologieën wordt aangemoedigd, maar tegelijkertijd wordt de toepassing ervan ook kritisch geëvalueerd.

> ***Indicator: aantal eerstelijnsnetwerken die beschikken over aangepaste technologie voor telemonitoring***

5.6.3 KWALITEITSMONITORING

Hervormingen in de eerste lijn moeten gepaard gaan met systematische monitoring van kwaliteit, continuïteit en effecten. Betrouwbare, vergelijkbare en dynamische benchmarkindicatoren zijn nodig om de performantie van de eerste lijn op te volgen en om sterke punten en knelpunten zichtbaar te maken. De PaRIS-indicatoren (OECD 2025), die onder meer vijf PROMs en vijf PREMs bevatten, kunnen hiervoor een relevante inspiratiebron vormen, omdat zij uitkomsten en ervaringen vanuit het perspectief van patiënten met chronische aandoeningen in kaart brengen.

Tegelijk volstaat kwaliteitsmonitoring niet wanneer zij beperkt blijft tot registratie van zorgprocessen of algemene tevredenheid. Om hervormingen werkelijk te richten op persoonsgerichte zorg, moet ook duidelijk worden hoe zorg bijdraagt aan functioneren, participatie en betekenisvolle levensdoelen. Daarin ligt het specifieke belang van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (zie https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health).). BelRAI registreert zorgnoden, PROMs/PREMs monitoren uitkomsten en ervaringen, terwijl ICF het noodzakelijke referentiekader biedt om deze informatie te interpreteren vanuit functioneren, participatie, context en levensdoelen.

Om de registratielast te beperken, moeten BelRAI, PROMs/PREMs en ICF niet naast elkaar als afzonderlijke registratiesystemen worden uitgerold, maar inhoudelijk en digitaal op elkaar worden afgestemd. De ICF moet daarbij niet worden opgevat als een bijkomend meetinstrument, maar als een gedeelde taal en ordeningsstructuur die helpt om gegevens uit verschillende bronnen te verbinden met persoonsgerichte en doelgerichte zorgplanning. In die zin kan de BelRAI Screener bijdragen aan administratieve vereenvoudiging, terwijl ICF bewaakt dat de verzamelde informatie niet beperkt blijft tot zorgnoden, maar wordt geïnterpreteerd vanuit functioneren, participatie, context en levensdoelen.

De BelRAI Screener kan een belangrijk antwoord zijn op de bezorgdheid rond administratieve belasting, op voorwaarde dat hij gebruikt wordt als een getrapt instrument: een korte eerste inschatting die enkel waar nodig leidt tot een meer uitgebreide beoordeling. De Screener mag echter niet beschouwd worden als een volledige oplossing voor kwaliteitsmonitoring of doelgerichte zorgplanning. Daarvoor blijft een bredere afstemming nodig met PROMs/PREMs en met de ICF als gemeenschappelijk referentiekader voor functioneren, participatie, context en levensdoelen.

GZD3q. Er wordt een gestructureerd systeem van kwaliteitsmonitoring uitgebouwd, waarin de informatie van BelRAI en ICF wordt geïntegreerd en PROMS en PREMS worden gemeten en beoordeeld.

> ***Indicator: aantal EP dat participeert in een systeem van continue monitoring van kwaliteit met een vastliggende, coherente set van indicatoren.***

5.7 Barrières en overgangsmaatregelen

Belgische zorgprofessionals hebben niet veel ervaring met dit soort van minder hiërarchische samenwerkingsverbanden en de weerstand tegen hervorming is substantieel. In de literatuurreview van (Rawlinson e.a. 2021) worden vier belemmeringen voor een hervorming in de richting van interprofessionele teams benoemd: 1) gebrek aan stabiele langetermijnfinanciering (ook op systeemniveau); 2) tijdgebrek, onvoldoende opleiding en gebrek aan leiderschap op organisatieniveau; 3) gebrek aan duidelijke afbakening van rollen en verantwoordelijkheden; 4) twijfels en weerstand tegen verandering op individueel niveau (zie ook (Mulvale, Embrett, en Razavi 2016).

Om die belemmeringen weg te werken, zijn wijzigingen in de opleiding van de zorgprofessionals nodig, waarbij de focus ligt op het verwerven van gemeenschappelijke competenties om doelgericht, gecoördineerd en geïntegreerd interprofessioneel samen te werken (Frenk e.a. 2010; IPEC 2023). Ook bij de stages moet er actief gestreefd worden naar interprofessionele leer- en werkvormen. Hoewel wijzigingen in het basiscurriculum buiten de directe bevoegdheid van het federale gezondheidszorgbeleid vallen, is een gecoördineerde systeembenadering tussen onderwijs en volksgezondheid cruciaal om de kloof met de praktijk te dichten. Het transformeren van de professionele cultuur vraagt bovendien om actieve beleidssturing via concrete structuren (Frenk e.a. 2010).

Er kan effectief gebruik gemaakt worden van bestaande instrumenten om deze hervormingen te stimuleren. Zo kunnen de voorwaarden voor accreditatie aangescherpt worden, en kan het via levenslang leren inoefenen van interprofessionele competenties, bijvoorbeeld binnen interprofessionele kwaliteitsgroepen, verplicht deel uitmaken van de accreditatie op de werkvloer (Cox e.a. 2016). Accreditatie wordt het beste toegekend op het niveau van de praktijk. Dat sluit natuurlijk niet uit dat ook van individuele zorgverstrekkers wordt verwacht dat zij blijven participeren aan vormingsactiviteiten. Minimum één LOK per jaar zou interprofessioneel moeten georganiseerd worden, naar analogie met het al bestaande (niet verplichte) Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO) voor artsen en apothekers.

Belangrijk lijkt ook te zijn dat de hervormingen niet van boven worden opgelegd, maar dat aan de zorgverstrekkers op het terrein voldoende keuzevrijheid wordt gelaten. Wel moeten “coalitions of the willing” financieel en organisatorisch ondersteund worden.

GZD3r. Bij de opleiding van de zorgprofessionals verschuift de focus naar het verwerven van gemeenschappelijke competenties om doelgericht, gecoördineerd en geïntegreerd interprofessioneel samen te werken.
GZD3s. Bestaande systemen van accreditatie worden aangepast om de incentieven voor de uitbouw van interprofessioneel georganiseerde EP's te versterken.

> ***Indicator: aandeel geaccrediteerde EP's (na aanscherping van de voorwaarden van interprofessioneel overleg)***
> ***Indicator: aandeel van interprofessionele LOK's.***

6 Toegankelijkheid van zorg (GZD5)

Het GDOS-advies van april 2025 beschreef verschillende pijnpunten met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg. Eén daarvan is de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg – wat inhoudt dat eigen bijdragen van de patiënten voldoende beperkt zijn om het gebruik van zorg niet te ontmoedigen en dat het gebruik van gezondheidsdiensten patiënten niet in financiële moeilijkheden brengt. Dit is natuurlijk een essentiële dimensie, maar ook andere dimensies van toegankelijkheid zijn belangrijk:

- de gevoeligheid voor behoeften op het gebied van gezondheidszorg, wat overeenkomt met het vermogen van het systeem om gezondheidsproblemen of -risico's te identificeren;
- de beschikbaarheid, wat inhoudt dat de diensten bereikbaar zijn (fysiek of op afstand, op voor patiënten aanvaardbare tijdstippen, binnen een redelijke termijn en op een redelijke afstand);
- de aanvaardbaarheid, wat betekent dat de kwaliteit van de zorg door alle patiënten wordt gepercipieerd als voldoende om gebruik te maken van de gezondheidszorg.

Als krachtlijnen werden in dat advies volgende punten naar voor geschoven:

- Om de financiële toegankelijkheid te verbeteren, moet speciale aandacht uitgaan naar de supplementen. Het verhogen van de conventioneringsgraad door een hervorming van het conventiesysteem is daarvoor essentieel.
- De geografische beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel vormt een groeiende uitdaging voor de toegankelijkheid, vooral door de ongelijke geografische spreiding van de graad van conventionering van de zorgverstrekkers.
- Er moet blijvende aandacht zijn voor de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen.
- Verschillen in kwaliteit en aangepastheid van zorg tussen socio-economische groepen dienen weggewerkt te worden.

GDOS pleitte in het advies ook voor een grondige analyse van de sterke en zwakke kanten aan het statuut van verhoogde tegemoetkoming.

Zoals voor de andere GZD was het de bedoeling van GDOS en van de werkgroep rond toegankelijkheid om deze algemene principes concreter in te vullen. Deze plannen werden echter doorkruist door de vraag van Minister Frank Vandenbroucke in december 2025 om een advies uit te brengen over een voorgenomen verhoging van het remgeld op medische verstrekkingen. Het uitwerken van dat aparte advies (Nota ARGVCGSS 2026/013/1) nam het grootste deel van de tijd in beslag. Dat betekent natuurlijk niet dat de punten die hierboven beschreven werden niet meer relevant zouden zijn.

6.1 De structuur van de remgelden

De geplande verhoging van de remgelden met 125 miljoen euro werd vooral ingegeven door budgettaire overwegingen en de focus op dit onderwerp paste niet volledig in de oorspronkelijke taakomschrijving van GDOS in het algemeen en de werkgroep rond toegankelijkheid in het bijzonder. Voor de toekomstige werkzaamheden van GDOS blijft het echter wel relevant om de principes te expliciteren die kunnen gevolgd worden om het niveau van remgelden vast te leggen.

6.1.1 PRINCIPES VOOR EEN VERHOGING VAN HET REMGELD

6.1.1.1 Bescherming van kwetsbare patiënten

Kwetsbare patiënten moeten beschermd blijven bij een verhoging van de remgelden. Op deze manier wordt gegarandeerd dat financiële drempels de toegang tot noodzakelijke zorg voor kwetsbare groepen niet verder beperken. Het is hierbij natuurlijk van groot belang dat het statuut van "kwetsbare patiënt" op een sociaal correcte wijze wordt toegekend. Bij de voorstellen rond de huidige remgeldverhoging zijn we echter blijven werken binnen het huidige kader van de verhoogde tegemoetkoming.

6.1.1.2 Bescherming van preventie en eerstelijnszorg

Eén van de belangrijkste principes bij het invoeren of verhogen van remgelden is dat preventieve zorg en eerstelijnszorg zoveel mogelijk worden gevrijwaard. Hogere remgelden in deze domeinen kunnen patiënten ontmoedigen om tijdig zorg te zoeken, wat kan leiden tot verergering van aandoeningen en vermijdbare (ziekenhuis)interventies. Daarom is het essentieel dat de remgelden in de eerste lijn en voor preventieve zorg duidelijk lager blijven dan die voor meer gespecialiseerde of zwaardere zorg, zodat de financiële drempel het gebruik van tijdige en gepaste zorg niet ondergraaft. Op die manier worden ook ongewenste substitutie-effecten vermeden, waarbij patiënten zouden uitwijken van laagdrempelige naar zwaardere zorg. Het belang van eerstelijnszorg en preventie worden in dit advies verder uitgewerkt als GZD3 en GZD7.

6.1.1.3 Differentiatie op basis van de waarde van zorg

Het principe om remgelden te differentiëren op basis van de waarde van zorg is op zich logisch: zorg met hoge klinische relevantie en bewezen effectiviteit zou dan een lager remgeld kennen, terwijl zorg van lage waarde relatief hogere remgelden zou krijgen. Dit versterkt het gebruik van zorg die daadwerkelijk bijdraagt aan gezondheidswinst en vermindert overbodige of inefficiënte zorg. De differentiatie van de remgelden moet coherent zijn met de inspanningen die geleverd worden in de richting van *appropriate care* (GZD2). Deze aanpak sluit volledig aan bij de werkzaamheden in het kader van het strategisch plan "Appropriate Care", waarin het terugdringen van "*low value care*" als een prioriteit wordt aangemerkt.

In de praktijk blijkt echter dat dit beter te sturen is via aanbodzijde-maatregelen, zoals richtlijnen, zorgstandaarden of financieringsmechanismen. Het effectief koppelen van remgeld aan zorgwaarde vergt bovendien diepgaande analyses per type prestatie, omdat de klinische relevantie en potentiële impact op patiëntuitkomsten sterk kunnen variëren tussen verschillende prestaties. Zonder dergelijke gedetailleerde inzichten is het risico groot dat financiële prikkels niet het gewenste effect hebben of dat onbedoeld essentiële zorg wordt ontmoedigd.

6.1.1.4 Consistentie en transparantie

Een goed remgeldbeleid draagt bij aan consistentie en transparantie, wat ook invloed heeft op het gedrag en de keuzes van patiënten. Consistentie zorgt ervoor dat vergelijkbare zorgvormen, ongeacht setting of organisatie, gelijk worden belast, waardoor ongewenste verschuivingen tussen zorgvormen worden vermeden. Transparantie betekent dat remgelden en de toepassing ervan helder en begrijpelijk zijn, zodat patiënten bewust keuzes kunnen maken over hun zorggebruik.

6.1.2 VOORSTEL

Bij het formuleren van de voorstellen voor remgeldverhoging werd vertrokken van deze algemene principes. Er moest echter rekening worden gehouden met de praktische haalbaarheid op korte termijn. Gezien het beperkte tijdsbestek van de opdracht, was het niet mogelijk om voorstellen uit te werken die aanpassingen aan de nomenclatuur vereisen (bv. het creëren van nieuwe codes). Het opgelegde tijdsschema liet ook weinig ruimte voor het evalueren van meer complexe alternatieven. De focus lag daarom op maatregelen die binnen het huidige systeem kunnen worden toegepast.

Bij de beslissingen over de remgeldverhogingen moeten steeds verschillende voor- en nadelen tegen elkaar worden afgewogen. Wetenschappelijke *evidence* draagt ertoe bij om die voor- en nadelen beter in te schatten, maar het relatieve belang dat aan de verschillende elementen wordt toegekend blijft een keuze waarover door de beleidsmakers moet worden beslist. Zeker voor het optimaal vastleggen van de verhogingspercentages is de thans beschikbare wetenschappelijke *evidence* over gedrags- en verschuivingseffecten onvoldoende. Het advies van GDOS liet daarom bewegingsruimte voor de beleidsmakers.

Op basis van deze principes werd een becijferd voorstel gedaan, waarbij de volgende remgeldverhogingen werden voorgesteld:

Sector	Maatregel	Remgeldbedrag Totaal	Remgeldbedrag Gemiddelde per nomenclatuurcode	Aantal codes
Medische beeldvorming	+25%	19 mio euro	0,62 euro	553
Klinische biologie	+25%	35 mio euro	1,01 euro	14
Dagopname- klassieke opname	Harmonisatie remgeld	11,5 mio euro	10 euro	10
Medisch specialisten	+20%	62 mio euro	2,4 euro	127
Totaal		**127,5 mio euro**		

Daarnaast werden ook enkele alternatieven voorgesteld, maar niet verdedigd. Omwille van de relevantie voor het lopende debat ging daarbij vooral aandacht uit naar de verhoging van de remgelden bij de huisarts:

Doelgroep	Maatregel	Remgeldbedrag Totaal	Remgeldbedrag Gemiddelde per nomenclatuurcode	Aantal codes
Met en zonder GMD	+10%	14,5 mio euro	0,40 euro	4
Met en zonder GMD	+1 euro	36 mio euro	1 euro	4
Zonder GMD	+10%	270 000 euro	0,60 euro	4

Het advies van GDOS werd overgemaakt aan de regering en voorgesteld op het Verzekeringscomité van 11 mei 2026 en de Algemene Raad van 18 mei 2026.

6.1.3 VERDERE STAPPEN

Het advies van GDOS over de verhoging van de remgelden moet beschouwd worden als een "sneladvies". Verschillende uitgangspunten zouden in de toekomst grondiger moeten onderzocht worden. Zo werd bij de berekeningen uitgegaan van het huidige statuut van verhoogde tegemoetkoming en werden de effecten van de maximumfactuur niet meegenomen. Er kunnen echter vragen gesteld worden bij de huidige definitie van beschermde personen: zoals reeds eerder vermeld in ons advies van april 2025 zijn sommige groepen van (vooral) chronische patiënten wellicht onvoldoende beschermd, terwijl economisch relatief sterke groepen (bijvoorbeeld met een laag inkomen maar een groot vermogen) ten onrechte van bescherming genieten. Er moet daarom gedacht worden over de invoering van een statuut van "beschermde patiënt", dat tot doel heeft te voorkomen dat patiënten door terugkerende zorgkosten worden geconfronteerd met zeer zware zorguitgaven. In tegenstelling tot de verhoogde tegemoetkoming zou deze status niet in eerste instantie gebaseerd zijn op de financiële situatie van de patiënten, maar eerder op de chronische aard, de omvang en de kosten van de zorg.

GZD5a. Er wordt een conceptueel kader uitgewerkt ter ondersteuning van de invoering van een statuut van „beschermde patiënt", dat tot doel heeft bepaalde patiënten extra financiële bescherming te bieden op basis van bijvoorbeeld de chronische aard van de aandoening, de pathologie en de omvang van de uitgaven waarmee zij worden geconfronteerd, teneinde zeer zware zorguitgaven te voorkomen.

Indicator: ja/neen

GZD5b. Er wordt onderzocht op welke wijze verschillende beschermingsmechanismen (zoals de verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur en het nieuw in te voeren concept van beschermde patiënt) op elkaar kunnen worden afgestemd.

Indicator: ja/neen

Bovendien ontbreekt in de Belgische context essentiële informatie die nodig is om de gedragseffecten van remgeldwijzigingen op een betrouwbare wijze in te schatten. De implicaties van de nu doorgevoerde verhogingen zouden nauwkeurig moeten onderzocht en opgevolgd worden. Zelfs wanneer dit op een relatief eenvoudige wijze gebeurt, zou dat toch reeds een eerste voorzichtige stap zijn in de richting van ex-postevaluatie van doorgevoerde maatregelen.

GZD5c. De effecten van de recent doorgevoerde remgeldverhogingen worden opgevolgd om empirische informatie te verzamelen over de gedragsreacties.

Indicator: ja/neen

Op een meer fundamenteel niveau is het aangewezen om in een volgende fase een bredere en meer coherente analyse te maken van de huidige verschillen in remgeld tussen zorgdisciplines, ook wat betreft de interactie met de supplementen. Vandaag bestaan er immers aanzienlijke variaties in het persoonlijk aandeel van de patiënt, waarbij bepaalde vormen van eerstelijnszorg relatief laagdrempelig blijven, terwijl andere – zoals individuele sessies bij een klinisch psycholoog voor volwassenen – gepaard gaan met een hoger remgeld. Deze verschillen roepen de vraag op in welke mate zij nog stroken met de beoogde beleidsdoelen.

Een mogelijke piste bestaat erin om het remgeldbeleid sterker te enten op de functie van de zorgverstrekking. De remgelden voor kinesitherapie en logopedie zouden in die ruimere reflectie kunnen worden meegenomen. Daarbij kan overwogen worden om zorg met een eerstelijns- of preventieve rol systematisch financieel toegankelijker te maken. Hierbij moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat het duurder maken van sommige effectieve zorgvormen kan leiden tot uitstel van zorg en een verschuiving naar later, minder effectief zorggebruik. Tegelijk kan onderzocht

worden of voor meer gespecialiseerde of minder essentiële zorgvormen een andere differentiatie aangewezen is, rekening houdend met billijkheid en doelmatigheid. De afweging van de relatieve effecten van financiële incentieven voor verstrekkers enerzijds en patiënten anderzijds is daarbij essentieel. Financiële prikkels voor patiënten hebben vooral zin wanneer ze zelf beslissingen kunnen nemen. Hierbij liggen zeker mogelijkheden in het domein van preventie. Dit komt verder aan bod onder GZD7.

GZD5d. Er komt een grondige analyse van de huidige structuur van remgelden en van de coherentie met de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen (naast toegankelijkheid, ook de concrete GZD die in dit advies worden voorgesteld: *appropriate care*, organisatie van de eerste lijn en preventie)
Indicator: ja/neen

6.2 De omvang van de eigen betalingen

In een internationaal perspectief blijven de eigen betalingen van de patiënten (als % van de totale uitgaven voor zorg) in België zeer hoog. Problemen van financiële toegankelijkheid hangen niet enkel samen met de remgelden, maar in de Belgische context in de eerste plaats met (a) de niet-terugbetaling van gezondheidsdiensten en -producten die niet of slechts gedeeltelijk opgenomen zijn in het verzekerde pakket (zoals brillen, hoorapparaten, dure tandprotheses en sommige geneesmiddelen) en (b) het aanrekenen van supplementen.

De gegevens over de supplementen zijn niet altijd volledig, en bovendien is de interactie met de vrijwillige aanvullende verzekering hier essentieel. Overigens kunnen de premies voor die aanvullende verzekering al dan niet als eigen betalingen worden beschouwd. Ook over de niet- terugbetaalde gezondheidsdiensten bestaat onduidelijkheid. In de eerste plaats is er de ethisch-sociale vraag welke goederen en diensten echt als “gezondheids”diensten moeten beschouwd worden. In de tweede plaats is het ook geen evidente opdracht om alle relevante empirische informatie daarover samen te brengen.

Deze mengeling van empirische en conceptuele vragen leidt vaak tot begripsverwarring. De meest coherente oefening om die informatie samen te brengen en internationaal vergelijkbaar te maken is die opgezet door de OESO. De technische uitwerking van deze benadering wordt opgenomen als Annex III. Deze oefening is inderdaad zeer nuttig omdat ze vertrekt van een duidelijk gedefinieerd denkkader, dat het mogelijk maakt om consistente internationale vergelijkingen te maken. Vanuit het standpunt van de Belgische beleidsmakers zou het echter ook nuttig zijn om een duidelijke opsplitsing te maken tussen de verschillende componenten van de eigen betalingen (remgelden, supplementen, niet-terugbetaalde gezondheidsdiensten en -producten) en de evolutie van die componenten doorheen de tijd op te volgen. Deze opslitsing is, minstens bij benadering, mogelijk.

GZD5e. Op basis van de beschikbare data worden de eigen betalingen zo goed als mogelijk opgesplitst in hun verschillende componenten, zodat het relatieve belang van die componenten en de evoluties ervan doorheen de tijd op een coherente wijze kunnen worden opgevolgd.
Indicator: ja/neen

Wanneer het relatieve belang van de componenten beter bekend is, kan er ook specifieke aandacht zijn voor belangrijke, thans wellicht ondergewaardeerde aspecten van toegankelijkheid, zoals de niet of zeer partiële terugbetaling van gezondheidsdiensten en -producten (zoals wondverzorgingsmateriaal of hoorapparaten), die kan leiden tot grotere gezondheidszorguitgaven in de toekomst.

6.3 Een bredere kijk op toegankelijkheid

Omwille van de hoger beschreven omstandigheden zijn de werkzaamheden van GDOS rond GZD5 beperkt gebleven tot aspecten van financiële toegankelijkheid. Andere essentiële aspecten van toegankelijkheid en ongelijke behandeling van verschillende socio-economische groepen, die vermeld werden in het advies van GDOS van april 2025, zijn daardoor onderbelicht gebleven. Dat betekent vanzelfsprekend niet dat ze daarom minder belangrijk zouden zijn. Ook zonder uitwerking in de richting van meer specifieke GZD (met daarbij horende indicatoren) moet er door het beleid reeds onmiddellijk aandacht aan deze aspecten worden besteed. De keuze door de Algemene Raad van GZD5 als prioritaire doelstelling beperkte zich immers niet tot het engere perspectief dat in dit advies reeds beter werd uitgewerkt. In de nabije toekomst zullen dus ook voor de andere dimensies meer specifieke doelstellingen uitgewerkt moeten worden.

7 Preventie (GZD7)

De formulering van gezondheidszorgdoelstellingen rond preventie vertrekt vanuit enkele basisuitgangspunten (Vanrumste, H., Hemeryck, J., Schmidt, M., De Pauw, R. and Devleesschauwer, B. 2026):

(a) Het relatieve falen van de preventieve zorg in België vertaalt zich onder meer in een hoge vermijdbare sterftegraad, die boven het EU-gemiddelde ligt (Sciensano 2025). Deze vaststelling verwijst vooral naar de impact van vroegtijdige sterfte, terwijl preventie ook gericht moet zijn op het beperken van niet-fatale ziektelast, zoals jaren geleefd met chronische aandoeningen, beperkingen of verminderde levenskwaliteit. In een *burden-of-disease*-benadering moet preventie daarom bijdragen aan een vermindering van zowel verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte (YLL) als jaren geleefd met ziekte of beperking (YLD). Een sterfgeval wordt als vermijdbaar beschouwd als het vermeden had kunnen worden door effectieve interventies op het gebied van volksgezondheid en preventie. Primordiale, primaire, secundaire en tertiaire preventie moeten een centrale plaats krijgen in het beleid. In lijn met de interfederale gezondheidsdoelstellingen kan de *"burden of disease"* het beste gereduceerd worden door te focussen op zes ziektegroepen (mentale en middelengerelateerde aandoeningen, kanker, cardiovasculaire aandoeningen, chronische respiratoire aandoeningen, musculoskeletale aandoeningen en neurologische aandoeningen). De belangrijkste risicofactoren zijn tabaks- en alcoholgebruik, ongezonde voeding, onvoldoende lichaamsbeweging en een zittende levensstijl, evenals omgevingsfactoren zoals luchtverontreiniging en geluidsoverlast.

(b) Om een gezondere levensstijl te bevorderen, is een samenhangende inzet van diverse beleidsinstrumenten vereist, waarbij de sectoren gezondheidszorg, economie, financiën, onderwijs, landbouw en milieu betrokken zijn. In plaats van zich te richten op individualisering en toewijzing van schuld, moet de overheid prioriteit geven aan het creëren van een gezondheidsbevorderende leefomgeving. Het is essentieel om socio-economische verschillen in blootstelling te monitoren en aan te pakken. Dit beleid overstijgt het domein van de gezondheidszorg in enge zin en wijst op het belang van een "*health in all policies*" benadering.

(c) Gezondheidsbevordering en ziektepreventie vallen onder de bevoegdheden van de gemeenschappen, maar vormen ook een gedeelde verantwoordelijkheid met het federale niveau. Samenwerking en het delen van gegevens, met respect voor de bevoegdheden van elke partij, zijn daarom essentiële principes voor een effectief preventief gezondheidsbeleid. We zijn eerder in dit advies reeds ingegaan op de positie van GDOS tegenover de bevoegdheidsverdeling. We focussen op acties, processen en structuren waarop RIZIV invloed kan uitoefenen, zonder afbreuk te willen doen aan de huidige bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten. Concrete afspraken zullen noodzakelijkerwijze verschillen van domein tot domein. In sommige gevallen kan RIZIV een leidende rol opnemen, in andere gevallen zal ze initiatieven van de gefedereerde entiteiten moeten ondersteunen.

Het is nuttig om hier toch ook nog eens expliciet te vermelden dat er veel overlap is tussen GZD7 en de andere gezondheidszorgdoelstellingen die in dit advies worden uitgewerkt:

a) Het gebruik van gegevens (GZD1) vormt een essentiële hefboom ter ondersteuning van preventie-inspanningen. Dit houdt niet alleen het verzamelen en analyseren van relevante gegevens over zorgpraktijken in, maar ook het actief gebruiken ervan om beslissingen te sturen en zorgprocessen te verbeteren. Zoals reeds eerder benadrukt, moet de daaruit voortvloeiende transparantie niet alleen worden gezien als een hulpmiddel voor besluitvorming op overheidsniveau, maar ook als een instrument voor verbetering voor de zorgverleners zelf. Uiteraard blijft het streven naar passende zorg (GZD2) ook relevant voor preventie-inspanningen. De kosteneffectiviteit van interventies moet vooraf worden beoordeeld en er moet systematisch worden toegezien op mogelijk overmatig of ondermatig gebruik van preventieve interventies, om een efficiënt gebruik van middelen te waarborgen. Bovendien draagt dit bij aan het versterken van de legitimiteit van financieringsbeslissingen en maakt het consistente evaluaties mogelijk. Deze aanpak sluit aan bij de logica van het strategisch plan "Appropriate Care", dat met name gericht is op het terugdringen van low value care, ook op het gebied van preventie. Oneigenlijk gebruik van de nomenclatuur – bijvoorbeeld het overmatig gebruik van osteoporosescreening en niet-aanbevolen laboratoriumtests – moet worden teruggedrongen, in overeenstemming met de principes van quaternaire preventie en gepaste zorg. Er moet ook zorg voor gedragen worden dat het budget toegewezen wordt aan de juiste doelgroepen.

   Zoals reeds aangegeven in het vorige advies van GDOS moet er grote aandacht zijn voor de ex-postevaluatie van ingevoerde beleidsmaatregelen, gebruik maken van een coherent evaluatiekader. Maatregelen die de beoogde doelstellingen niet bereiken, moeten worden aangepast of ingetrokken.

b) Ook bij het preventiebeleid is het streven naar toegankelijkheid voor iedereen (GZD5) belangrijk. Toepassing van de principes van proportioneel universalisme vereist enerzijds universele beschikbaarheid voor iedereen maar anderzijds ook specifieke acties gericht op bepaalde doelgroepen. Lopende initiatieven moeten worden geëvalueerd op hun impact op gezondheidsongelijkheden. Monitoring van alle maatregelen moet expliciet rechtvaardigheidsgevoelige indicatoren omvatten die socio-economische verschillen in blootstelling, toegang en gebruik weergeven. Een dergelijk op rechtvaardigheid gericht monitoringkader maakt een nauwkeurigere beoordeling mogelijk van welke groepen worden bereikt en waar extra inspanningen nodig zijn.

c) Bij de concrete implementatie van het preventiebeleid speelt de eerste lijn een cruciale rol. We zijn bij de bespreking van GZD3 reeds uitvoerig ingegaan op de noodzaak van een reorganisatie van de eerste lijn in de richting van meer multidisciplinaire samenwerking en we hebben gewezen op de mogelijkheden die deze organisatie creëert voor de uitbouw van preventie. We zullen dat verder concretiseren in deze afdeling.

d) Vroegdetectie en preventie zijn ook van bijzonder groot belang in de geestelijke gezondheidszorg en in de tandzorg. Beide sectoren kwamen in dit advies reeds eerder aan bod.

7.1 Een visie

Ondanks het feit dat een groot deel van de verantwoordelijkheden op het gebied van preventie is toegewezen aan de gefedereerde entiteiten, kan het RIZIV toch door zijn bevoegdheden op het gebied van financiering, regelgeving en coördinatie een hefboomeffect creëren om preventie structureel in het Belgische gezondheidszorgstelsel te verankeren. Die ambitie is ook opgenomen in haar lange-termijn plannen, maar er is nood aan een meer expliciete en alomvattende visie op preventie, in combinatie met een welomschreven formalisering van de verantwoordelijkheden van het RIZIV. Deze visie moet een duidelijke afbakening bevatten van wat als preventie wordt beschouwd en de samenwerking en toegewezen rollen tussen het RIZIV en andere beleidsmakers op federaal niveau en in de gefedereerde entiteiten beschrijven. Er kan desgevallend overwogen worden om binnen het RIZIV een formele structuur of een specifieke functie in te stellen om ervoor te zorgen dat preventie een zichtbare en institutioneel verankerde plaats binnen de organisatie inneemt.

GZD7a. Er wordt een expliciet RIZIV-preventiekader ontwikkeld op basis van een duidelijke definitie van preventie.

Indicator: ja/neen

De implementatie van deze visie moet gepaard gaan met een structurele versterking van de preventiemiddelen binnen de ziekteverzekering. Volgens de OESO en op basis van de OESO-definitie vertegenwoordigen de uitgaven voor preventie momenteel 2,5% van de totale gezondheidsuitgaven in België, wat onder het EU-27-gemiddelde van 4,3% ligt (Sciensano 2025). Om de evolutie van het budget te monitoren, moeten de preventiebudgetten op zowel federaal als gefedereerd niveau verduidelijkt worden. Dit vereist, naast de gezamenlijk overeengekomen definitie van preventie, ook een nomenclatuur die preventieve activiteiten helder identificeert. Vandaag maakt de nomenclatuur geen onderscheid tussen georganiseerde en opportunistische screening (behalve voor borstkanker), wat een nauwkeurige monitoring en evaluatie bemoeilijkt.

Door samen met de deelstaten één uniform referentiekader te ontwikkelen, kunnen preventieve handelingen duidelijker worden geïdentificeerd, vergeleken en opgevolgd. Tegelijk moet worden vermeden dat voor elke afzonderlijke preventiehandeling aparte codes ontstaan, zodat preventie een geïntegreerd onderdeel blijft van het medisch handelen. Een heldere en coherente nomenclatuur maakt het mogelijk om burgers correct en transparant te informeren over de kosten, waardoor financiële onzekerheid geen drempel vormt voor deelname aan screeningsprogramma's, zeker voor financieel kwetsbare groepen.

GZD7b. De nomenclatuur wordt aangepast om preventieve zorg beter te identificeren en te herkennen.

Indicator: ja/neen

7.2 Samenwerking tussen beleidsniveaus

In lijn met de uitgewerkte visie op preventie, kan het RIZIV de samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten ondersteunen, helpen bij de ontwikkeling van preventie-initiatieven en interfederale plannen en strategieën ondersteunen. Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL) moeten hun krachten verder bundelen om het gezondheidsbeleid op federaal niveau te sturen. Voortbouwend hierop kan een nauwere afstemming tussen het RIZIV en de FOD VVVL de *Health in All Policies*-aanpak effectiever ondersteunen en stimuleren. Dit houdt in dat er wordt samengewerkt met andere beleidsdomeinen, zoals mobiliteit, huisvesting, stedenbouw, onderwijs, werkgelegenheid, landbouw, milieu en economie. Om een gedeelde visie over de beleidsdomeinen heen te waarborgen, kan een nationale *taskforce* of interadministratieve werkgroep worden opgericht die zich richt op specifieke thema's kaderend binnen preventie. Over de modaliteiten van die samenwerking kan nog verder worden overlegd, maar het principe is belangrijk.

GZD7c. Er wordt samen met de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een Taskforce Preventie uitgebouwd om een beleid van *'Health in All Policies'* te ondersteunen.

Indicator: ja/neen

Deze samenwerking kan concreet vorm gegeven worden in het kader van de interfederale initiatieven inzake alcoholgebruik, tabaksgebruik, eGezondheid en geïntegreerde zorg. Een consistente betrokkenheid van het RIZIV blijft essentieel om de uitvoering van deze initiatieven te waarborgen, terwijl tegelijk nieuwe interfederale plannen nodig zijn om preventie verder te versterken en beter af te stemmen tussen beleidsniveaus. Toekomstige mogelijkheden voor betrokkenheid van het RIZIV omvatten deelname aan de maatregelen die momenteel worden ontwikkeld binnen de programma's voor geïntegreerde zorg voor kwetsbare groepen en obesitas bij kinderen en adolescenten, vergelijkbaar met de bestaande ondersteuning voor het programma voor perinatale geïntegreerde zorg. Daarnaast is de Interfederale Strategie voor het Drugsbeleid een ander potentieel toepassingsveld voor toekomstige bijdragen.

GZD7d. De verdere ontwikkeling van interfederale plannen en strategieën wordt actief ondersteund.

Indicator: ja/neen

Zoals reeds vaak benadrukt, is versterkte samenwerking met de gefedereerde entiteiten cruciaal om ervoor te zorgen dat initiatieven elkaar versterken en contraproductief beleid wordt vermeden. Deze aanpak kan het bereik en de kosteneffectiviteit vergroten en zorgen voor consistente prikkels en ondersteuning voor preventie. Gezien de bevoegdheidsverdeling in België is deze samenwerking ook essentieel om een *Health in All Policies*-benadering te implementeren en gezondheidsongelijkheden aan te pakken. We hebben eerder in dit advies reeds gewezen op het belang van de formele vertegenwoordiging van de gefedereerde entiteiten in de Algemene Raad en in GDOS (zie hoger GZD0a).

7.3 Ondersteuning van de eerstelijnszorg bij de uitvoering van preventiestrategieën

We zijn bij de uitwerking van GZD3 uitvoerig ingegaan op de noodzaak aan en de modaliteiten van hervormingen in de eerstelijnszorg in de richting van meer interprofessionele samenwerking. Zoals daar reeds benadrukt, kan deze hervorming ook een belangrijke rol spelen bij de uitbouw van de preventie (Leese, Al-Zubaidi, en Smith 2024; Piessens e.a. 2025). Onderzoek heeft aangetoond dat eerstelijnsverpleegkundigen en andere zorgprofessionals preventieve taken kunnen uitvoeren met dezelfde kwaliteit als huisartsen. Door een multidisciplinaire aanpak kunnen preventieve activiteiten structureel worden ingebed in de dagelijkse praktijk, waardoor de toegankelijkheid en continuïteit van preventieve zorg worden versterkt. We richten ons nu op enkele specifieke voorstellen, die coherent zijn met de voorstellen in het kader van GZD3.

Het Globaal Medisch Dossier (GMD) kan een essentiële rol spelen in het stimuleren van preventie. De regelgeving rond het GMD bevat bepalingen ter ondersteuning van preventie, maar deze worden momenteel onvoldoende benut en gecontroleerd. Er moeten nieuwe preventieve maatregelen (bv. beoordeling van de HPV-vaccinatiestatus) worden toegevoegd, die ook van belang zijn voor jongere leeftijdsgroepen.

De invoering van een algemeen preventieschema, dat informatie biedt over relevante preventieve interventies en screenings op basis van leeftijd en geslacht, zou een aanzienlijke meerwaarde kunnen hebben. In het bijzonder dient in lijn met de interfederale gezondheidsobjectieven, prioriteit gegeven aan de ziektegroepen (1) Mentale en middelengerelateerde aandoeningen; (2) Kanker; (3) Cardiovasculaire aandoeningen; (4) Chronische respiratoire aandoeningen; (5) Musculoskeletale aandoeningen; (6) Neurologische aandoeningen; (7) Overdraagbare aandoeningen en tenslotte (8) Overgewicht en obesitas alsook aan de volgende gedragsrisicofactoren: (1) alcohol; (2) tabak; (3) drugsgebruik; (4) gezonde voeding; en (5) lichaamsbeweging.

Dit schema zou kunnen bijdragen tot de valorisatie van bestaande regionale programma's (bv. georganiseerde bevolkingsonderzoeken, tabaksstopinitiatieven, hittecampagnes, vaccinatieprogramma's…). Daarnaast moet het schema begrijpelijk zijn voor alle niveaus van gezondheidsgeletterdheid, zodat zowel zorgverleners als burgers het effectief kunnen gebruiken. Door het preventieschema te integreren in het GMD en te koppelen aan automatische herinneringen, kunnen preventieve acties eenvoudiger worden opgevolgd. Noteer dat we bij de bespreking van GZD3 ervoor hebben gepleit om het GMD niet toe te wijzen aan de individuele huisarts, maar wel aan de eerstelijnspraktijk.

GZD7e. Er worden nieuwe preventiebepalingen ingebouwd in de regelgeving van het GMD, bij voorkeur op basis van een coherent preventieschema.

Indicator: ja/neen

Het is niet voldoende om preventieve modules in het GMD in te bouwen: het is absoluut noodzakelijk dat voldoende wordt gecontroleerd of ze inderdaad worden toegepast. De financiële vergoeding voor gebruik van het GMD zou strikt moeten gekoppeld worden aan het opvolgen door de eerstelijnspraktijk van de preventieve modules. Op korte termijn is het wellicht enkel mogelijk om minimumnormen voor financiering vast te leggen. Op langere termijn kan gedacht worden aan een modulair vergoedingsmodel voor het GMD, waarbij de vergoeding evenredig is aan meetbare criteria met betrekking tot volledigheid en kwaliteit.

GZD7f. De financiële prikkels voor het gebruik van het Globaal Medisch Dossier als preventie-instrument worden verscherpt.

Indicator: aandeel patiënten dat verbonden is aan een eerstelijnspraktijk met een positief beoordeeld GMD

De eerstelijnsnetwerken die onder GZD3 werden voorgesteld, kunnen de rol van maatschappelijke zorgactoren in de preventie versterken. Niet-gezondheidsactoren zoals welzijnsdiensten, jeugdwerk, scholen en straathoekwerk kunnen bijdragen aan preventie door vroegtijdige signalen op te merken**,** laagdrempelige gesprekken te voeren, en mensen gericht toe te leiden naar de eerstelijnszorg wanneer dat nodig is. Het RIZIV kan hierbij een stimulerende rol spelen door de implementatie van uniforme screeninginstrumenten te ondersteunen voor zorgactoren binnen de eerstelijnszorg.

Ook is efficiëntere gegevensuitwisseling en doorverwijzing tussen actoren nodig om het synergetische potentieel volledig te benutten. Dit omvat interoperabiliteit tussen de systemen van de eerstelijnsnetwerken en maatschappelijke dienstverlening, wat resulteert in centrale opslag van informatie, waarbij bijvoorbeeld gegevens van praktijkverpleegkundigen, gegevens over gewicht en lengte verzameld door de ONE of Kind en Gezin, informatie van maatschappelijke dienstverlening, enz. worden gekoppeld. De samenwerking tussen verschillende eerstelijnsactoren in de zorg is een essentieel kenmerk van de netwerken die onder GZD3 werden beschreven. Samenwerking met niet-zorgactoren is wellicht een nog grotere uitdaging. We hebben ook reeds gewezen op het belang van ondersteunende structuren op mesoniveau.

GZD7g. In het kader van preventie wordt de sector van maatschappelijke dienstverlening geïntegreerd in de eerstelijnsnetwerken.

Indicator: aandeel eerstelijnsnetwerken met een gestructureerde samenwerking met niet-gezondheidsactoren gericht op preventie

Om preventie in de eerstelijnszorg te versterken, moeten professionals worden toegerust met *evidence-based* kennis, methodologieën en vaardigheden om deze effectief toe te passen in de dagelijkse praktijk. Programma's zoals HALT2Diabetes, Bewegen Op Verwijzing, en trajecten voor valpreventie bieden gestructureerde, gestandaardiseerde benaderingen die preventie systematisch maken in plaats van ad hoc. Even belangrijk is training in motiverende gespreksvoering en in het op een persoonsgerichte manier aanpakken van
levensstijlonderwerpen – zoals voeding, lichaamsbeweging, roken, alcoholgebruik en geestelijk welzijn. Zowel impliciete als expliciete vooroordelen met betrekking tot geslacht, migratieachtergrond, socio-economische status of gezondheidsgeletterdheid kunnen leiden tot ongelijke toegang tot preventieve zorg en bestaande gezondheidsongelijkheden versterken. Het bewustmaken van deze vooroordelen is daarom essentieel om ervoor te zorgen dat preventieve zorg consistent, respectvol en rechtvaardig aan alle patiënten wordt aangeboden.

Door deze methoden te verankeren in het onderwijs, de permanente professionele ontwikkeling en de praktijkorganisatie wordt preventie een kerncompetentie van de eerstelijnszorg, wat leidt tot meer consistentie, kwaliteit en meetbare verbeteringen in de volksgezondheid. Dit hoort vanzelfsprekend niet tot het bevoegdheidsdomein van RIZIV, maar het RIZIV kan hier wel aan bijdragen door accreditatie te verlenen voor het volgen van deze educatieve initiatieven of door een competentiekader voor preventie en gezondheidsbevordering op te stellen.

GZD7h. Kennis en vaardigheden op het gebied van preventieve zorg worden geïntegreerd in de accreditatievoorwaarden voor de eerstelijnspraktijken.

Indicator: aandeel eerstelijnspraktijken die aan de preventievoorwaarden voor accreditatie voldoen

In het hoofdstuk over GZD3 hebben we het deelnemen aan een multidisciplinair samenwerkingsverband gezien als een voorwaarde voor accreditatie. De opbouw van kennis van preventieve vaardigheden kan parallel daarmee worden beoordeeld. De twee vallen niet noodzakelijk samen: monodisciplinaire praktijken kunnen gestructureerde preventievaardigheden ontwikkelen, multidisciplinaire praktijken kunnen onvoldoende aandacht hebben voor preventie. In de praktijk echter zullen beide voorwaarden vaak samenvallen.

Proefprojecten bieden de mogelijkheid om innovatieve preventiebenaderingen te testen en te evalueren. Initiatieven zoals gezondheidsadviseurs of preventiemedewerkers en mobiele preventie-eenheden of kiosken vergroten het bereik en verbeteren de toegankelijkheid van preventieve zorg, met name voor kwetsbare of moeilijk bereikbare doelgroepen. Deze initiatieven kunnen het beste geïntegreerd worden op mesoniveau. Door deze projecten systematisch te monitoren op effectiviteit en haalbaarheid, kunnen beste praktijken worden geïdentificeerd en opgeschaald binnen de bredere eerstelijnszorg. Deze initiatieven kunnen gealigneerd worden op de inspanningen voor preventie die thans reeds door de ziekenfondsen worden geleverd.

GZD7i. Er worden innovatieve projecten opgezet om gezondheidsongelijkheid te verminderen via preventie, waarbij gebruik gemaakt wordt van gezondheidsadviseurs of preventiemedewerkers binnen de eerstelijnszorgnetwerken (eventueel gedeeld tussen verschillende netwerken). Als de effectbeoordeling positief is, worden deze initiatieven geconsolideerd.

Indicator: aantal eerstelijnsnetwerken dat gezondheidsadviseurs of preventiemedewerkers inschakelt in hun preventiebeleid

Indicator: bereik door de projecten van de leden van doelgroepen die ver afstaan van de klassieke preventievoorzieningen

7.4 Versterken en gebruiken van gegevens om preventie te monitoren en te sturen

Een effectief preventiebeleid vereist dat actoren in de gezondheidszorg bijdragen aan de systematische verzameling van gezondheids- en gedragsgegevens. Het is essentieel om preventie-indicatoren te integreren in het Belgisch Geïntegreerd Gezondheidsdossier (BIHR). Gegevensanalyse moet plaatsvinden op praktijkniveau, op het niveau van de eerstelijnsnetwerken, op het mesoniveau en op dat van de locoregionale structuren, met het oog op het faciliteren van bevolkingsgezondheidsbeheer. Hierbij moet waar mogelijk samengewerkt worden met het IMA en met de studiediensten van de ziekenfondsen, waar thans reeds talrijke analyses worden uitgevoerd op data over het gebruik van gezondheidszorg.

Op het niveau van de eerstelijnspraktijk hebben we reeds gewezen op de noodzakelijke registratie van preventiegegevens in het GMD. De introductie van een globaal preventieschema en de monitoring hiervan zullen automatisch leiden tot de opvolging van preventie-indicatoren op praktijkniveau. Dit is echter onvoldoende. Gerichte aandacht voor het managen van de gezondheid op bevolkingsniveau (*population health management)* is noodzakelijk. De nodige data moeten in de eerste plaats verzameld worden door de eerstelijnsnetwerken en de ziekenhuizen, maar moeten geanalyseerd en in beleid vertaald worden op mesoniveau en door de locoregionale zones. Die populatie-informatie wordt dan vanzelfsprekend teruggespeeld naar ziekenhuizen, eerstelijnsnetwerken en -praktijken. Een veilige en transparante gegevensdeling is daarbij essentieel om zowel de kwaliteit van de analyses als de bescherming van patiëntgegevens te garanderen.

Lokale (of regionale) data over de gezondheid van de bevolking moeten gebruikt worden voor de ontwikkeling van populatiegerichte preventiestrategieën, die afgestemd zijn op de concrete kenmerken van een specifieke lokale bevolking. Daartoe moet een effectief monitoringsysteem voor populatieanalyse ontwikkeld worden. Er dient data verzameld te worden voor de opstelling van opvolgsystemen op praktijk- en populatieniveau. Bij de verzameling van die data moet er voldoende aandacht zijn voor contextuele (sociale, economische, ecologische) factoren.

GZD7j. Eerstelijnsnetwerken en ziekenhuizen verzamelen gestructureerde data over gezondheid en gedrag van de bevolking. Die data worden doorgespeeld naar en geanalyseerd op mesoniveau en door de locoregionale structuren, en de bevindingen worden dan teruggekoppeld naar de eerste lijn en naar de ziekenhuizen

> ***Indicator: aantal chronische patiënten dat in een population health management opvolgsysteem geregistreerd wordt***
> ***Indicator: aandeel eerstelijnspraktijken en eerstelijnsnetwerken dat actief geïntegreerd is in netwerken voor population health management***

Een proactief preventiebeleid vereist voortdurende monitoring van de gezondheidstoestand van de bevolking en het vermogen om te anticiperen op opkomende gezondheidsbehoeften. Structurele en langetermijninvesteringen zijn noodzakelijk om systematische monitoring van gedrags-, milieu- en klimaatgerelateerde gezondheidseffecten mogelijk te maken met expliciete aandacht voor socio-economische verschillen. Door het versterken van de voorspellende capaciteit via demografische en epidemiologische prognoses kunnen beleidsmakers en actoren in de gezondheidszorg anticiperen op trends en kwetsbare groepen identificeren. Tegelijkertijd moet monitoring ook reactieve doelen dienen: het evalueren van lopend beleid en het bijsturen daarvan waar nodig. Op deze manier ondersteunt monitoring zowel toekomstgerichte preventie als de voortdurende verbetering van het gezondheidsbeleid.

GZD7k. De gezondheidstoestand wordt gemonitord op populatieniveau en er wordt geanticipeerd op toekomstige gezondheidsnoden met speciale aandacht voor de ontwikkeling van passende preventieve maatregelen ter vermindering van ongelijkheden in gezondheid.

> ***Indicator: ja/neen***

Naast anticipatie van toekomstige gezondheidsnoden, is ook monitoring en ex-post-evaluatie van beleidsmaatregelen een belangrijk element van *population health management*. Door systematische dataverzameling kan over- en ondergebruik van preventieve zorg worden gedetecteerd, en kunnen het daadwerkelijke bereik van de verschillende doelgroepen en de effectiviteit van de ingezette middelen worden verbeterd. Aanvullende dataverzameling op mesoniveau is noodzakelijk om huidige en toekomstige RIZIV-maatregelen ex post te evalueren. Deze initiatieven (bv. telemonitoring van patiënten met chronisch hartfalen) moeten worden gemonitord aan de hand van indicatoren voor toegankelijkheid, deelname, effectiviteit en resultaten.

Om ervoor te zorgen dat preventie zowel effectief als rechtvaardig wordt geïmplementeerd, is het belangrijk om indicatoren op te nemen die gevoelig zijn voor ongelijkheden. Deze bekommernis slaat niet enkel op socio-economische verschillen in blootstelling, toegang en gebruik, maar ook op andere ongelijkheden, zoals die verbonden met gender, leeftijd of regio. Een op rechtvaardigheid gericht monitoringsysteem maakt het mogelijk om nauwkeuriger vast te stellen welke groepen worden bereikt en waar extra inspanningen nodig zijn.

De uitbouw van een volledig systeem van beheer van de bevolkingsgezondheid is een werk van lange adem. Op korte termijn kan reeds gewerkt worden met de indicatoren die opgenomen zijn in de performantierapporten van het KCE. Daartoe moet de informatie over preventie in die rapporten wel versterkt worden. Het KCE werkt momenteel aan een rapport over preventie. De indicatoren die daaruit voortkomen zullen richtinggevend zijn.

GZD7l. De monitoring van preventie via de performantierapporten in het kader van *Health Systems Performance Assessment* wordt versterkt.
Indicator: ja/neen

7.5 Innovatieve financieringsmodellen en financiële prikkels

We zijn in het hoofdstuk over GZD3 meer in detail ingegaan op de modaliteiten van de financiering van de eerstelijnspraktijken. Een beweging in de richting van (gedeeltelijke) forfaitaire financiering, gekoppeld aan een gericht gebruik van de geïntegreerde praktijkpremie en de monitoring van de preventieve activiteiten in het GMD zouden voldoende financiële prikkels moeten genereren voor preventieve activiteiten. Zoals daar uiteengezet, kan ook gedacht worden aan de uitbouw van "*shared savings"* mechanismen op het niveau van de mesostructuren.

De deelstaten investeren al geruime tijd in diverse preventieprogramma's. Het RIZIV kan hierbij een ondersteunende rol opnemen door bestaande preventie-initiatieven te versterken en de deelname aan innovatieve initiatieven te stimuleren. Dit kan onder meer door zorgverleners te sensibiliseren en te motiveren om deel te nemen aan initiatieven zoals Bewegen Op Verwijzing en rookstopbegeleiding, en door *good practices* uit de verschillende deelstaten samen te brengen zodat succesvolle aanpakken breder kunnen worden toegepast. Ook de mogelijkheden om individuele inwoners te stimuleren moeten verder onderzocht worden. Hierbij moet de voorkeur gaan naar positieve incentieven, en niet naar sanctionerende maatregelen, om culpabilisering en een toename van sociale ongelijkheden te vermijden.

GZD7m. Er worden financiële prikkels voor preventie ingevoerd, zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënten.
Indicator: ja/neen

In de toekomst kan geëxperimenteerd worden met de introductie van P4P-mechanismen waarbij de performantie ook indicatoren bevat voor preventieprocessen (evolutie van BMI, FINDRISC screening) en concrete preventieresultaten, zoals vaccinatiegraad, vermindering van obesitas of deelname aan screening. P4P kan zowel ingevoerd worden in eerstelijnspraktijken als in ziekenhuizen. Er kan geëxperimenteerd worden met ziekenhuisbudgetten waarin een deel van de financiering afhankelijk is van aantoonbare preventieve *outreach*, bijvoorbeeld gericht op chronische ziekten. Dit zou ziekenhuizen kunnen aanmoedigen om preventie systematisch in hun dienstverlening te verankeren en samenwerking met actoren in de eerstelijnszorg te bevorderen. Bij het ontwikkelen van dergelijke initiatieven is het echter cruciaal te vermijden dat achtergestelde regio's of zorgverleners die werken met patiënten met complexe noden onbedoeld worden benadeeld.

Grote voorzichtigheid is geboden bij de introductie van dergelijke P4P-mechanismen. Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat de effecten ervan zeker niet onverdeeld positief zijn. De introductie van P4P in de Belgische ziekenhuizen wordt momenteel door het KCE onderzocht. Het verdient aanbeveling om preventie-indicatoren mee op te nemen in dat onderzoek en in mogelijke experimenten.

GZD7n. De mogelijke effecten van pay-for-performance initiatieven in de sfeer van preventie worden onderzocht.

Indicator: ja/neen

Het blijft bij dit alles essentieel om innovatieve prikkels voor preventie te behouden en nieuwe preventieprogramma's te verkennen via pilootprojecten, in nauwe samenwerking met de deelstaten. Dit kan zowel klinische als *outreach*gerichte benaderingen omvatten, zoals de persoonlijke prenatale consultatie, mobiele mammografiebussen en andere mobiele preventie-eenheden die de toegankelijkheid van preventieve zorg vergroten. De ziekenfondsen kunnen via preventiemedewerkers hun leden, in het bijzonder kwetsbare groepen, proactief begeleiden naar preventief gezondheidsgedrag via gerichte opvolging en doorverwijzing naar gepaste diensten, zoals reeds uitgerold in pilootstudies. Ook sociaal georiënteerde modellen verdienen aandacht: projecten zoals de Community Health Workers en de preventieprogramma's van Fedris tonen hoe interventies die inspelen op sociale determinanten van gezondheid kwetsbare groepen effectief kunnen bereiken.

Door dergelijke pilootprojecten systematisch te monitoren op effectiviteit en haalbaarheid, kunnen *best practices* worden geïdentificeerd en opgeschaald binnen de eerstelijnszorg. Buitenlandse voorbeelden kunnen daarbij inspireren.

GZD7o. Innovatieve preventieprogramma's, in nauwe samenwerking met de gefedereerde entiteiten, worden verkend en ondersteund.

Indicator: ja/neen

8 Perspectieven voor de toekomst

Dit advies bevat een hele reeks GZD, en het is evident dat prioriteiten zullen moeten geformuleerd worden. Dat is niet de rol van GDOS, maar van de beleidsmakers. Wij gaan nu in op wat wel de rol van GDOS kan zijn in de nabije toekomst.

8.1 Opvolging

Binnen het wettelijk kader wordt aan GDOS de taak toebedeeld om de voortgang van het beleid te evalueren en daarover jaarlijks een rapport in te dienen. Er moet een procedure uitgewerkt worden om die opvolging te structureren. GDOS stelt voor om voor elk van de voorgestelde GZD, en op basis van de indicatoren die werden voorgesteld, een *fact sheet* op te stellen en regelmatig te actualiseren. Een belangrijke opdracht hierbij is om verschillende concepten die nu tentatief in de voorgestelde indicatoren werden opgenomen concreet te operationaliseren (bv. de definitie van chronische patiënt of van het begin van mentale problemen). Daarbij zal ook duidelijk worden welke additionele data op regelmatige basis moeten verzameld worden en moet er een tijdslijn worden uitgewerkt voor de aangewezen meetmomenten. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de formulering van de gezondheidszorgdoelstelling onderhevig kan zijn aan een constante (her)evaluatie, en dat GZD herzien kunnen worden gedurende de legislatuur. In de wet is bovendien uitdrukkelijk een evaluatie voorzien op het einde van de legislatuur.

8.2 Ex-postevaluatie

Een meer ambitieuze doelstelling, die niet expliciet in het wettelijk kader wordt vermeld maar er wel zeer nauw bij aansluit, is de ex-postevaluatie van specifieke beleidsmaatregelen. Dit is een complexe taak, waarvoor bijkomende wetenschappelijke inbreng noodzakelijk is. Er moet een duidelijke beschrijving zijn van de startsituatie voor de betrokken GZD(s) (de zogenaamde nulmeting) en een voorspelling van de "*counterfactual*" evolutie, d.i. een voorspelling van hoe de indicatoren zouden evolueren bij ongewijzigd beleid. GDOS vraagt om verder te onderzoeken welke middelen hiervoor zullen ter beschikking staan en in welke mate op een structurele wijze beroep kan worden gedaan op medewerking van andere instellingen (bv. de universiteiten, het KCE en Sciensano).

8.3 Toekomstige rol van de werkgroepen

De huidige werkgroepen hadden een duidelijke en beperkte taakomschrijving: het concretiseren van de aanvankelijk eerder abstract geformuleerde doelstellingen en het suggereren van mogelijke indicatoren. In principe is deze opdracht nu voorbij. Hierbij moet wel een uitzondering gemaakt worden voor de werkgroep rond GZD5, die omwille van de specifieke opdracht over de verhoging van de remgelden, de andere elementen van toegankelijkheid die in het GDOS-advies van april 2025 vermeld werden niet heeft kunnen uitwerken. Voor GZD7 zou de werkgroep ook verder kunnen ingaan op de specifieke thema's die tot dusver nog niet aan bod zijn kunnen komen, als verdieping op het globale kader dat nu geschetst is.

De behoefte aan bijkomende expertise blijft echter wel bestaan met betrekking tot de opvolging, actualisering en evaluatie van de GZD, en de verdere operationalisering van de voorgestelde indicatoren. Het lijkt nuttig om hiervoor opnieuw beroep te doen op werkgroepen. Daarbij kan vertrokken worden van de huidige werkgroepen, maar het kan ook opportuun zijn om de bestaande samenstelling te wijzigen in functie van de specifieke GZD, waarop de klemtoon wordt gelegd. Zoals nu het geval was, blijven de uiteindelijke adviezen natuurlijk de exclusieve bevoegdheid van de complete GDOS commissie.

8.4 Budgettaire aspecten

In dit advies werden de budgettaire aspecten verwaarloosd. Die moeten in de toekomst meer expliciet opgenomen worden, zeker in het advies van het najaar waarin GDOS een rapport moet indienen over de consistentie van het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité met de gezondheidszorgdoelstellingen. Hiervoor moet een gestructureerde vorm van samenwerking worden opgezet met de Commissie voor Budgetcontrole.

8.5 Afstemming op de interfederale gezondheidsdoelstellingen

De werkzaamheden van GDOS moeten gecoördineerd worden met de evoluties rond de specifieke operationalisering van de Federale Gezondheidsdoelstellingen. Het moet inderdaad de bedoeling blijven dat de GD de basis vormen voor het vastleggen van de GZD. We pleiten er daarom voor dat GDOS expliciet bij het overleg over de GD betrokken wordt.

Zoals reeds eerder benadrukt, wordt bij de omschrijving van de opdracht van GDOS expliciet verwezen naar de Quintuple Aim en naar duurzaamheid. Die benadering is ruimer dan de algemene GD waarover de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een akkoord heeft bereikt en omvat, naast gezondheid van de bevolking en verminderen van de ongelijkheden, ook het welzijn van de zorgverstrekkers, de kwaliteit van de zorg zoals ervaren door de patiënt en de betaalbaarheid van de zorg. Als de huidige formulering van de GD behouden blijft, bieden ze geen houvast voor de formulering van GZD die slaan op andere componenten van de Sextuple Aim. In de toekomst zou het eerder medische perspectief van waaruit de GD benaderd worden, wellicht ook moeten verruimd worden naar een bredere visie op gezondheidszorg met voldoende aandacht voor de individuele levensdoelen van de patiënten.

8.6 Vertegenwoordiging van de gefedereerde instellingen

We herhalen nog eens dat de huidige bevoegdheidsverdeling in België hervormingen in de organisatie van eerste en tweede lijn en bijkomende inspanningen voor preventie soms bijzonder gecompliceerd maakt. Samenwerking met de gefedereerde instellingen is absoluut noodzakelijk. GDOS pleit daarom opnieuw voor de formele vertegenwoordiging van de gefedereerde instellingen binnen de GDOS commissie (en de Algemene Raad), zoals die reeds in de wet voorzien is.

8.7 Inspraakprocedure

Bij de beschrijving van de wettelijke opdracht van GDOS wordt ook voorzien in het opzetten van een brede inspraakprocedure. In de nabije toekomst moet er nagedacht worden over een gestructureerd inspraakproces dat voldoende open is, niet in conflict komt met de bestaande concertatiestructuur, en inspirerend kan werken voor de vastlegging en implementatie van een set van samenhangende GZD. Er moet ook onderzocht worden of de patiëntenorganisaties met hun ervaringsexpertise expliciet in dit proces kunnen worden opgenomen.

9 ANNEX I. GERAADPLEEGDE EXPERTEN GZD3

Lucia Alvarez (UC Louvain) – afstemming van eerste en tweede lijn

Dagmar Annaert (Sciensano) – PaRiS

Ronny Bruffaerts (KU Leuven) – GGZ en eerste lijn

Laetitia Buret (Uliège) – ontschotting gezondheidsberoepen

Jan De Maeseneer (Ugent) – organisatie eerste lijn

Mieke Deschodt (KU Leuven) – zorgtransities

Fabienne Glowacz (Uliège) – GGZ en eerste lijn

Lode Godderis (KU Leuven) – langdurig zieken

Geert Goderis (KU Leuven) – organisatie eerste lijn

Eva Goossens (Uantwerpen) – ontschotting gezondheidsberoepen

Martijn Lambert (Ugent) – tand- en mondzorg

Peter Pype (Ugent) – organisatie eerste lijn

Quentin Vanderhofstadt (ULB) – organisatie eerste lijn

Dominique Vandevelde (Ugent) – integratie levensdoelen patiënt

10 ANNEX II. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP PREVENTIE

INSTELLING		WG LID
Leden GDOS		Brecht Devleesschauwer
		Johan Bilsen
		Robby De Pauw
		Pascal Meeus
		Samira Ouraghi
		Erik Schokkaert
Deelstaten	Wallonië (AVIQ)	Didier Agazzi
		Nathanaël Eyer
		Aurélie Pierard
	Vlaanderen (Departement Zorg)	Iris De Schutter
		Machteld Wauters
		Karen Colaert
		Alexander Witpas
	Brussel (Vivalis)	Olivier Gillis
		Sarah Missinne
		David Hercot
Universiteiten	UCLouvain	Ségolène Malengreaux
	Uantwerpen	Guido Van Hal
	VUB	Koen Putman
Mutualiteiten	Onafhankelijke Ziekenfondsen	Katrien De Reu
Preventieorganisaties	Wallonië (Fédération Wallone de la Promotion de la Santé)	Pascale Marcoux
		Michel Candeur
	Vlaanderen (Preventieplatform)	Patricia Van Pelt
	Brussel (Fédération Bruxelloise de la Promotion de la Santé)	Ségolène Malengreaux
FOD VVVL		Miguel Lardennois
Sciensano		Masja Schmidt
		Julie Hemeryck
		Hanne Vanrumste

Specifieke expertise werd ingewonnen om de hervormingen in de eerste lijn op deelstaatniveau toe te lichten:

- Elke Wijnants – Departement Zorg
- Vladimir Martens – Vivalis
- Anaïs Legrand – AVIQ

11 ANNEX III. TERRITORIALE ORGANISATIE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË

Niveau	**Micro**	**Meso**	**Macro**
Definitie	Lokaal gebied waar personen/gemeenschappen/patiënten interageren met dienstverleners uit de gezondheids- en sociale sector, maar ook met actoren op het gebied van lokale ontwikkeling – gemeenten, kinderopvang, RVT's, scholen...	Lokaal-regionaal gebied waar sprake is van een geformaliseerd gedeeld bestuur. Dit bestuur moet beslissen over maatregelen ter ondersteuning van de initiatieven ontwikkeld op op microniveau, maar ook over de uitvoering van gerichte programma's ter ondersteuning van de ontwikkeling op microniveau (leefgebieden of wijkgroepen)	Regionaal of federaal gebied waar het beleidskader wordt vastgesteld (organisatie van e-gezondheid, financieringsvoorwaarden, wetgeving, enz.)

Functionele definitie van het zorgniveau	De meest voorkomende problematieken : 80-90% van de situaties
	
	Functies:
	
	Op het gebied van gezondheid:
	
	• Toegankelijkheid voor „iedereen"
	• Continuïteit tussen episodes
	• Holistische benadering
	• Persoonsgerichte aanpak
	Met betrekking tot lokale actoren:
	
	• Gedeelde verantwoordelijkheid voor de bevolking
	
	Hieruit vloeit een proactieve aanpak voort
	
	Ondersteuning, begeleiding en strategische monitoring door het operationele team op mesoniveau
		Aansluitingspunt tussen het microniveau en de meer specifieke benaderingen: 10-20%
		
		Ondersteunende functies voor de „micro"-gebieden:
		
		• Technische ondersteuning
		• Ondersteuning met expertise
		• Specifieke ondersteuning (activiteitenplanning/monitoring/opvolging van acties) op het gebied van:
		  ○ preventie/gezondheidsbevordering,
		  ○ specifieke thema's: geestelijke gezondheid, verslavingen, enz.
		Platform voor overleg met ziekenhuisinstellingen
			Verantwoordelijk voor het creëren van een gunstig beleidsklimaat, ter ondersteuning van lokale en regionaal-lokale besturen

Omvang van het verantwoordelijkheidsgebied *Afweging tussen nabijheid en kennis van het terrein enerzijds en de beschikbaarheid van expertise of middelen anderzijds*	Een beperkter gebied om inzicht te hebben in de specifieke lokale omstandigheden	Gebied: • Voldoende groot (en met een grotere bevolking) om aan strategisch populatiemanagement te kunnen doen • Voldoende beperkt om in contact te blijven met de lokale en regionale specifieke kenmerken	Regio/land
Soorten actoren	Eerstelijnsactoren Sociale en gezondheidsactoren in de buurt of wijk Lokale overheden Burgers en gemeenschappen	Vertegenwoordigers van lokale/micro actoren: eerstelijnsactoren, burgers en lokale overheden Platforms voor gespecialiseerde zorg Ziekenhuisnetwerken Operationeel 'meso'-team	Regionaal en federaal beleid

Regionale organisaties			
Vlaanderen *Vlaamse hervorming van de eerstelijnszorg: 2019*	Het concept van buurtgerichte zorg of actieve buurtondersteuning: • zeer lokaal, op lokaal niveau of in de wijk; • aangesloten bij de ELZ ○ lokaal contract of project voor lokale initiatieven • niet gestandaardiseerd of gestructureerd; komt meer overeen met een niet-institutioneel lokaal niveau	Eerstelijnszone(s) (ELZ): 60, waarvan 1 in Brussel Minimaal 60.000 inwoners. Operationeel team: zorgraad (vzw), bestaande uit minimaal 4 activiteitsclusters: zorg, welzijn, lokale overheden, personen met zorg- of ondersteuningsbehoeften; (NB: in Brussel is de zorgraad geen vzw.) Verschillende bovenlokale structuren: • Regionale zorgzones („regionaal zorgplatform", bestaande uit min. 2 ELZ'en, min. 300.000 inwoners; voor de coördinatie rond specifieke thema's (palliatieve zorg, expertisecentra voor dementie, geestelijke gezondheid) en met de ziekenhuisstructuren; *momenteel in opbouw.* • Te onderscheiden van de 'referentieregio's', die gericht zijn op bredere intersectorale samenwerking; er zijn 15 bestaande zones.	VIVEL Vlaamse Regering
Wallonië (Lambert, A.-S., Scholtes, B., Herbaux, D. & Macq, J. 2023) *Proxisanté-hervorming* *(2024-25)*	Indeling in leefgebieden (bassins de vie) 10-50.000 inwoners Gebied vastgesteld (top-down) en aangepast door de OLS. = 'teams voor eerstelijnszorg', onder één dak en/of in een netwerk • Voor samenwerkingsinitiatieven tussen actoren uit de gezondheids- en sociale sector en lokale structuren (buurtverenigingen, gemeenten met plannen voor sociale cohesie)	Lokale en regionale organisatie(s): OLS 10 OLS op het Waalse grondgebied (vastgelegd in een besluit van de Waalse Regering-2024); minimaal 300.000 inwoners Operationeel team: *in oprichting* • *op basis van consortia van vzw's, waarvan de taken vallen onder de eerstelijnsbegeleiding en -zorg, met uitsluiting van ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken en verzekeringsinstellingen,* • *technische competenties moeten nog worden ontwikkeld; ondersteuning door Horizys.* • *Andere structuren die op OLS-niveau moeten worden ontwikkeld: bestuursstructuur,* lokale groepen en specifieke groepen • *Coördinatiepunt voor: geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, verslavingen, enz.*	• Horizys *Met in de toekomst het Waals Instituut voor de eerstelijnszorg – Forum 1re ligne (nog niet bestaand)* • Begeleidingscomité (met vertegenwoordiger van de OLS) • AVIQ • Waals Ministerie van Volksgezondheid

	• Ondersteund door het hogere niveau (OLS, *op middellange termijn is het delen van lokale middelen mogelijk)*		
Brussel *Geïntegreerd sociaal-gezondheidsplan (2022)*	Indeling in (groeperingen van) sociale gezondheidswijken: 56 zones Uitvoering via lokale sociale-gezondheidscontracten (CLSS) met een looptijd van 5 jaar. Operationeel team: sociale coördinatie door de OCMW's van de betrokken gemeenten; ondersteund door CeRAPSS; uitgevoerd door de COCOM	Indeling in hulp- en zorggebieden: 5 in de regio 200.000 tot 350.000 inwoners, moeten minimaal 5 sociale-gezondheidswijken omvatten Operationeel team: één vestiging per gebied met toegewijde professionals, ondersteund en gecoördineerd door BRUSANO (ondersteunende structuur voor de eerstelijns hulp en zorg) Andere lokale en regionale structuren: raad voor hulp en zorg (orgaan voor participatief bestuur), specifieke werkgroepen, permanente workshops	• BRUSANO • Vivalis Brussels • Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Duitstalige Gemeenschap	~=60.000 mensen ~= ELZ?		

12 ANNEX IV. EIGEN BETALINGEN IN BELGIE: DE OESO-BENADERING

12.1 Inleiding

12.1.1 CONTEXT

Eigen betalingen kunnen, afhankelijk van hun hoogte en opbouw, de toegang tot noodzakelijke zorg bemoeilijken. Daarom is het essentieel om een duidelijk en gedetailleerd beeld te hebben van deze kosten. Betrouwbare informatie over de omvang van eigen betalingen maakt het mogelijk om financiële drempels tijdig te identificeren en gerichte beleidsmaatregelen te ontwikkelen die de toegankelijkheid van zorg beschermen of versterken.

De berekening van de omvang van eigen betalingen door patiënten vormt een belangrijk, maar in de praktijk vaak onduidelijk onderdeel van de financiering van de gezondheidszorg. Verschillende definities, uiteenlopende en retroactief aangepaste berekeningsmethoden en het gebruik van meerdere databronnen maken het lastig om tot een eenduidig en transparant beeld te komen van wat patiënten uiteindelijk zelf moeten bijdragen.

Deze technische nota licht toe hoe de omvang van eigen betalingen in de praktijk wordt berekend. Daarbij wordt stap voor stap uiteengezet welke databronnen worden geraadpleegd en hoe deze elementen samenkomen in de uiteindelijke berekening. Op die manier biedt deze nota inzicht in de werkwijze en de achterliggende logica van de berekeningen.

Het uitgangspunt voor de berekening is de methodologie van gezondheidsrekeningen (*System of Health Accounts*) ontwikkeld door de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie), Eurostat (het Europees Statistiekbureau) en OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), in samenwerking met hun lidstaten. Het doel van deze gezamenlijke methodologie is een internationale standaard te creëren die als referentiekader wordt gebruikt om eigen betalingen van patiënten op een consistente en vergelijkbare manier te meten tussen landen. Door deze benadering als basis te nemen, wordt aangesloten bij een internationaal erkende methodologie, waardoor de resultaten beter vergelijkbaar zijn en in een breder internationaal perspectief kunnen worden geplaatst.

De productie van de gezondheidsrekeningen is verplicht voor de EU-lidstaten (nl. door Verordening (EU) 2015/359) vanaf het referentiejaar 2014. Heel wat landen verstrekken deze gegevens echter al langer op vrijwillige basis, waaronder België, dat de gezondheidsrekeningen sinds 2003 opstelt binnen de FOD Sociale Zekerheid.[1b]

Volgens de berekeningen van de OESO bedroegen de eigen betalingen in België in 2024 21,8% van de totale gezondheidsuitgaven.

[b] De referenties bij Annex 4 werden op het einde van de Annex opgenomen.

12.1.2 WERKMETHODE

De vraag naar de omvang van de eigen betalingen van de patiënt werd behandeld binnen de werkgroep toegankelijkheid van de Commissie GDOS. Deze werkgroep bestaat uit leden van GDOS, aangevuld met een domeinexpert:

- Leden Commissie GDOS: Erik Schokkaert (voorzitter Commissie GDOS), Nicolas Bouckaert (KCE), Sofie Callens (FAGG), Elise Derroitte (MC), Samira Ouraghi (SPF Santé publique), Nicolas Rossignol (MC), Carine Van de Voorde (KCE – voorzitter werkgroep toegankelijkheid)
- Extern lid: Raf Van Gestel (KU Leuven)

12.1.3 STRUCTUUR VAN DE NOTA

Hoofdstuk 2 behandelt het concept van eigen betalingen. Hoofdstuk 3 gaat in op de gezondheidsrekeningen, terwijl Hoofdstuk 4 de methodologie voor de berekening van de eigen betalingen uiteenzet. Daarbij worden achtereenvolgens de nationale rekeningen, de correcties door de FOD Sociale Zekerheid en de componenten van de eigen betalingen besproken. Hoofdstuk 5 sluit af met een overzicht van de belangrijkste cijfers.

12.2 Wat zijn eigen betalingen?

In het algemeen dekt de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering niet de volledige kostprijs van een zorgprestatie. De eigen betalingen van patiënten bestaan uit drie componenten (Figuur 1).

- Enerzijds is er het remgeld: het verschil tussen het conventietarief en de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Dit betreft een officieel vastgelegd tarief.
- Zorgverleners kunnen in bepaalde situaties ook supplementen aanrekenen boven op dit officiële tarief. Supplementen worden gedefinieerd als het verschil tussen het totaal betaalde bedrag en het conventietarief.
- Daarnaast zijn sommige prestaties niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. In die gevallen bestaat er geen conventietarief en betaalt de patiënt de volledige kost zelf. Dit geldt onder meer voor niet-terugbetaalde implantaten, geneesmiddelen uit categorie D of niet-vergoede esthetische ingrepen.

Figuur 1 – Eigen betalingen voor gezondheidszorg

<table>
<tr><td colspan="3">Totale kostprijs van een prestatie gedekt door de verplichte ziekteverzekering</td></tr>
<tr><td colspan="2">Conventietarief</td><td></td></tr>
<tr><td>Terugbetaling</td><td>Remgeld</td><td>Supplement</td></tr>
<tr><td colspan="3">Totale kostprijs van een prestatie niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering</td></tr>
<tr><td colspan="3">Eigen betaling</td></tr>
</table>

12.3 Gezondheidsrekeningen

De OESO, de WGO en Eurostat hebben een methodologie ontwikkeld om op basis van het *System of Health Accounts* (SHA)[2] de eigen betalingen voor gezondheidszorg te berekenen. Ze doen dit in samenwerking met de lidstaten van de Europese Unie. Het doel ervan is een instrument te bieden waarmee de gezondheidszorgsystemen van verschillende landen op een vergelijkbare manier kunnen worden geanalyseerd.

Het *System of Health Accounts* (SHA) is een handleiding om gegevens te verzamelen en te verwerken met betrekking tot de uitgaven voor gezondheidszorg. Aan de hand van de SHA worden gezondheidsrekeningen geproduceerd die de totale financiering van de gezondheidszorg beschrijven. De gezondheidsrekeningen worden geproduceerd door de FOD Sociale Zekerheid, gebruik makend van cijfers over de overheidsuitgaven in de gezondheidszorg, uitgaven van aanvullende verzekeringen en de raming van de finale consumptie van huishoudens door het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR)[c3]. De methodologie, gehanteerd door de FOD Sociale Zekerheid, wordt ook mede bepaald door toegang tot de gegevens (en hun detail).

Binnen het SHA-kader wordt de geraamde finale consumptie van gezondheidszorg geanalyseerd volgens drie dimensies:[3]

- Functie ('HC'): beschrijft welke types zorg worden gebruikt, zoals preventieve zorg of langdurige zorg;
- Aanbieder ('HP'): geeft weer via welke zorgverleners of instellingen de zorg wordt verstrekt, bv. ziekenhuizen of apotheken;
- Financieringsregeling ('HF'): toont hoe de totale uitgaven worden verdeeld over de verschillende financieringsbronnen, met andere woorden welke actor welk deel van de uiteindelijke kosten draagt.

Voor de berekening van de eigen betalingen wordt vertrokken van de dimensie 'financieringsregeling'. De **totale financiering** ('HF') omvat:

- Overheidsfinanciering en verplichte bijdragen voor gezondheidszorg. Dit omvat bijdragen voor de sociale zekerheid aangevuld met algemene overheidsmiddelen, maar ook uitgaven voor administraties zoals AVIQ, Iriscare, Vlaamse Sociale Bescherming en specifieke medische componenten in departementen zoals Defensie (medische component, Neder-over-Heembeek), Binnenlandse Zaken (112), Buitenlandse Zaken (Instituut voor Tropische Geneeskunde), Justitie (bepaalde zorg in gevangenissen en detentiecentra), Rode Kruis, Vlaamse Kruis, Controledienst voor de Ziekenfondsen, Fedris (Federaal agentschap voor beroepsrisico's), etc. Er wordt geen rekening gehouden met het gemeentelijke niveau, zoals bv. de OCMW's.
- Vrijwillige ziekteverzekering, aangeboden door de ziekenfondsen en door privé verzekeraars;
- Eigen betalingen ten laste van de patiënt

---

[c] Het INR bestaat uit een samenwerking van de Nationale Bank van België (NBB), het federaal planbureau en FOD Economie (in het bijzonder Statbel).

12.4 Berekening eigen betalingen

12.4.1 DE NATIONALE REKENINGEN

De nationale rekeningen vormen het vertrekpunt voor de raming van de eigen betalingen door huishoudens voor gezondheidszorg binnen de gezondheidsrekeningen. Vooral de finale consumptie van huishoudens voor gezondheidszorg zijn daarbij relevant. Deze geeft het deel van de gezondheidsuitgaven weer dat finaal aan huishoudens wordt toegerekend.

De nationale rekeningen bieden een gestandaardiseerd kader om de economische activiteit te meten. In België worden ze opgesteld volgens het *European System of Accounts* (ESA 2010) en gebruikt voor indicatoren zoals het bruto binnenlands product (bbp) en het bruto nationaal inkomen (bni). Ze beschrijven de economie vanuit drie invalshoeken: productie, inkomens en bestedingen.

12.4.2 METHODE

De berekening van de finale consumptie van huishoudens in de nationale rekeningen steunt op verschillende bronnen en methoden. Voor veel producten en diensten vormt het huishoudbudgetonderzoek een belangrijk uitgangspunt.[4] Deze enquête heeft enkel betrekking op private huishoudens, wat tot een vertekening kan leiden.

Voor sommige productcategorieën, waaronder gezondheidszorg, wordt echter een specifieke berekening gebruikt. Dat komt door twee kenmerken van de sector. Ten eerste is de betalingsstructuur complex. De patiënt betaalt vaak slechts een deel van de ontvangen zorg, terwijl een ander deel wordt gefinancierd via de verplichte ziekteverzekering. In de nationale rekeningen worden deze bedragen toegewezen aan de sector die ze finaal financiert, namelijk huishoudens of overheid. Deze verdeling kan niet duidelijk afgeleid worden uit het huishoudbudgetonderzoek. Ten tweede is de afbakening soms moeilijk, bijvoorbeeld tussen medische en andere uitgaven in woonzorgcentra, of tussen ambulante zorg en klassieke opname in ziekenhuizen.

***Supply and use tables* als basis voor de berekening**

Voor de berekening van de finale consumptie van gezondheidszorg door huishoudens wordt gebruikgemaakt van de *supply and use tables* (SUT), of aanbod- en gebruikstabellen. Deze tabellen brengen enerzijds per product de waarde van het aanbod in de economie in kaart (*supply*). Anderzijds beschrijven zij per product het gebruik ervan, met name door welke economische sectoren of eindgebruikers het beschikbare aanbod wordt aangewend (*use*). De basislogica is:

Aanbod = productie + invoer + belastingen op producten – subsidies op producten

Gebruik = intermediair verbruik + finale consumptie + uitvoer + kapitaalvorming

Om de rekeningen in evenwicht te brengen, moet voor elk product gelden:

Aanbod = Gebruik

In de Belgische SUT wordt gewerkt met 139 bedrijfstakken, gebaseerd op NACE-codes,[5] en met 355 SUT-producten – deze omvatten ook diensten. Voor de berekening van de finale consumptie wordt gewerkt op het niveau van deze SUT-producten. Voor gezondheidszorg zijn onder meer de volgende SUT-producten relevant:

SUT code	Benaming SUT-product	Dénomination produit SUT
21A01	Farmaceutische grondstoffen	Produits pharmaceutiques de base
21A02	Geneesmiddelen	Médicaments
21A03	Overige farmaceutische producten; industriële diensten ivm farmaceutische producten	Produits pharmaceutiques divers; services industriels pour préparations pharmaceutiques
32B04	Medische en tandheelkundige instrumenten en benodigdheden	Instruments et fournitures à usage médical et dentaire
86A01	Diensten van ziekenhuizen (behalve revalidatie, psychiatrie en geriatrie)	Services hospitaliers (hors rééducation, psychiatrie et gériatrie)
86A02	Diensten van ziekenhuizen voor revalidatie, psychiatrie en geriatrie	Services hospitaliers de rééducation, psychiatrie et gériatrie
86B01	Huisartspraktijken; praktijken van specialisten	Services des médecins généralistes et spécialistes
86C01	Tandartspraktijken	Services des dentistes
86D01	Medische laboratoria, bloedbanken en diagnostische beelden	Services des laboratoires médicaux, des banques de sang et d'imagerie diagnostique
86D02	Verpleging, fysiotherapie and andere menselijk gezondheidszorg	Services de soins infirmiers, de physiothérapie et autres services de santé humaine
87A01	Verpleegtehuizen en welzijnszorg door bejaardentehuizen	Services d'hébergement médicalisé et d'hébergement social pour personnes âgées
87A02	Tehuizen (behalve verpleegtehuizen en welzijnszorg door bejaardentehuizen), markt	Services d'hébergement social (hors hébergement médicalisé et hébergement social pour personnes âgées), marchand

Raming van de productie

De eerste stap in het bepalen van het aanbod is de raming van de productie van gezondheidsgoederen en -diensten. De productie wordt eerst geraamd op het niveau van bedrijfstakken en daarna vertaald naar de relevante SUT-producten. Deze ramingen steunen op een brede waaier aan administratieve en statistische bronnen, onder meer: het ondernemingsregister; jaarrekeningen van vennootschappen en verenigingen; BTW-aangiften; RSZ- en RSZPPO-aangiften (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten); aangiften in de personenbelasting voor zelfstandigen en vrije beroepen; enquête naar de structuur van de ondernemingen; jaarrapporten van bepaalde grote instellingen (bv. Rode Kruis, Artsen zonder grenzen); de gedetailleerde ziekenhuisboekhouding (Finhosta).

De nationale rekeningen vertrekken van een zo volledig mogelijk register van productie-eenheden die toegewezen worden aan een bedrijfstak via de NACE-code.

Voor gezondheidszorg is het onderscheid tussen vennootschappen en zelfstandige zorgverstrekkers belangrijk. Voor zorgverstrekkers die via een vennootschap werken, worden vooral jaarrekeningen, socialezekerheidsgegevens en andere administratieve bronnen gebruikt. Voor zelfstandige zorgverstrekkers is de personenbelasting een belangrijke bron, omdat (para)medische activiteiten doorgaans vrijgesteld zijn van BTW.

Ziekenhuizen (en woonzorgcentra) worden in de nationale rekeningen beschouwd als marktproducenten, ook wanneer ze juridisch een publieke of non-profit vorm hebben. Finhosta wordt gebruikt om de productie van ziekenhuisdiensten te ramen en toe te wijzen aan de relevante producten.

Raming van invoer, uitvoer, belastingen en subsidies

De SUT bevat invoer, uitvoer, belastingen en subsidies op producten. Voor gezondheidsdiensten zijn invoer en uitvoer doorgaans beperkt, maar ze kunnen voorkomen wanneer niet-inwoners zorg in België ontvangen of Belgische inwoners zorg in het buitenland consumeren. De raming steunt vooral op de betalingsbalans, met gebruik van RIZIV-gegevens en krediet- en debetkaartgegevens voor gezondheidsuitgaven. Informatie over belastingen en subsidies op SUT-producten komt hoofdzakelijk uit overheidsrekeningen.

Raming van intermediaire consumptie

Een deel van de gezondheidsgoederen en -diensten wordt gebruikt als input in de productie van andere goederen en diensten, bijvoorbeeld arbeidsgeneeskunde of bepaalde laboratoriumdiensten of diagnostische beeldvorming. Deze intermediaire consumptie wordt geraamd op basis van de enquête naar de structuur van de ondernemingen en, voor ziekenhuizen, via Finhosta.

Raming van kapitaalvorming

Voor gezondheidsgoederen en -diensten speelt kapitaalvorming in principe geen rol. Zij worden geconsumeerd op het moment dat ze worden aangekocht of geleverd en dus niet als investering of kapitaalgoed geboekt.

Raming finale consumptie: overheid en huishoudens

Aan de gebruikszijde wordt de finale consumptie opgesplitst naar institutionele sector: huishoudens, overheid en instellingen zonder winstoogmerk ten behoeve van huishoudens. Voor gezondheidszorg zijn enkel overheid en huishoudens relevant.

De finale consumptie van de overheid omvat de zorg die door huishoudens wordt gebruikt, maar door de overheid of sociale zekerheid wordt gefinancierd. In de gezondheidszorg gaat het vooral om terugbetalingen en tussenkomsten van de verplichte ziekteverzekering. Het RIZIV is hiervoor de centrale gegevensbron. Via conversietabellen worden de RIZIV-uitgaven gekoppeld aan de relevante SUT-producten.

De finale consumptie van huishoudens omvat het deel dat huishoudens zelf betalen. Deze uitgaven worden meestal niet rechtstreeks waargenomen, maar berekend als residu binnen de SUT:

Finale consumptie huishoudens = Aanbod − intermediair verbruik − uitvoer − finale consumptie overheid

Deze *commodity-flow*-methode zorgt ervoor dat de raming van eigen betalingen door huishoudens consistent blijft met het totale aanbod en gebruik per product. Dit wordt toegepast voor de gezondheidszorg omdat er vaak betrouwbare informatie bestaat over de productie en de terugbetalingen door de overheid, terwijl het door huishoudens betaalde aandeel minder gemakkelijk rechtstreeks observeerbaar is. De kwaliteit van de raming hangt daardoor af van de kwaliteit van alle andere componenten in de SUT.

Tot slot kunnen de ramingen per SUT-product via een conversietabel worden vertaald naar COICOP-categorieën (*Classification of Individual Consumption by Purpose)*, de standaardclassificatie voor de rapportering van finale consumptie van huishoudens naar productgroep.

Herziening in 2024

In 2024 heeft België, in overeenstemming met de aanbevelingen van Eurostat, een methodologische herziening van de nationale rekeningen doorgevoerd voor de periode 2009-2023.[3, 6] Dergelijke herzieningen gebeuren om de vijf jaar en dienen om de kwaliteit van de statistieken te verbeteren. Als gevolg van deze herziening werden ook de eerder gepubliceerde gegevens voor de voorgaande jaren aangepast, zodat de volledige tijdreeks volgens de nieuwe methodologie consistent is.

Voor de finale consumptie van huishoudens werden onder meer de nieuwe COICOP 2018-classificatie ingevoerd, de huishoudbudgetenquête 2022 geïntegreerd en de ramingsmethoden voor e-commerce en grensoverschrijdende uitgaven herzien. Ook voor bepaalde diensten, waaronder gezondheidszorg, verzekeringen en financiële diensten, werden methodologische aanpassingen doorgevoerd.

De nieuwe COICOP-classificatie wijzigt niet het totale niveau van de huishoudconsumptie, maar wel de verdeling over consumptiecategorieën. De integratie van de huishoudbudgetenquête 2022 en nieuwe gegevensbronnen, zoals betalingskaartgegevens, leidde daarnaast tot een herziening van het consumptieniveau vanaf 2011.

12.4.3 VERDUIDELIJKEND VOORBEELD

We kunnen deze methode illustreren voor ambulante zorg.[3] De productie wordt eerst geraamd per bedrijfstak en daarna toegewezen aan SUT-producten. Het gaat onder meer om algemene en gespecialiseerde medische praktijken (NACE 86.21 en 86.22), tandartspraktijken (NACE 86.23) en andere menselijke gezondheidszorg (NACE 86.9).

De gebruikte bronnen hangen af van de juridische vorm van de zorgverstrekker. Voor zorgverstrekkers met vennootschap wordt de productie geraamd op basis van jaarrekeningen of, waar nodig, geëxtrapoleerd op basis van lonen. Voor zelfstandige zorgverstrekkers zonder vennootschap worden aangiften in de personenbelasting gebruikt. Omdat deze gegevens pas met vertraging beschikbaar zijn, worden de meest recente jaren geëxtrapoleerd aan de hand van de evolutie bij zorgverstrekkers met vennootschap en de evolutie van de terugbetalingen door de overheid.

De productie wordt toegewezen aan SUT-producten zoals diensten van huisartsen en specialisten (86B01), tandartspraktijken (86C01), medische laboratoria, bloedbanken en diagnostische beeldvorming (86D01) en verpleging, fysiotherapie en andere menselijke gezondheidszorg (86D02). Ambulante zorg in ziekenhuizen wordt via Finhosta geïdentificeerd en toegevoegd.

Daarna worden de andere componenten van de SUT bepaald. Intermediaire consumptie, bijvoorbeeld arbeidsgeneeskunde of laboratoriumdiensten gebruikt door andere producenten, wordt geraamd op basis van de enquête naar de structuur van de ondernemingen. Invoer en uitvoer zijn beperkt en worden meegenomen vanuit de betalingsbalans. Netto belastingen zijn beschikbaar via de overheidsrekeningen.

De finale consumptie van de overheid wordt gelijkgesteld aan de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering. Die RIZIV-uitgaven worden toegewezen aan de relevante SUT-producten. De finale consumptie van huishoudens wordt vervolgens berekend als residu en omvat het deel van de ambulante zorg dat finaal aan huishoudens wordt toegerekend, namelijk remgelden, supplementen en niet-terugbetaalde prestaties.

12.5 Correcties door de FOD sociale zekerheid

Het doel van de methodologie 'SHA', is te komen tot een raming van de 'finale consumptie van goederen en diensten van gezondheids- en langdurige zorg'. Consumptie van goederen en diensten die geen rechtstreekse gezondheidscomponent hebben, dienen dus uitgesloten te worden, ook al worden zij misschien door verstrekkers geleverd, die tot de gezondheidssectoren gerekend worden.

Binnen de FOD Sociale Zekerheid worden deze cijfers verder verwerkt en gecorrigeerd om tot meer accurate gezondheidsrekeningen te komen. Daarbij worden: (1) eigen betalingen voor niet-medische zorg uitgesloten; (2) uitkeringen en terugbetalingen die niet door het INR werden opgenomen alsnog meegerekend; en (3) uitgaven die ontbreken in de cijfers van het INR toegevoegd.

12.5.1 VERWIJDEREN EIGEN BETALINGEN NIET-MEDISCHE ZORG

Dit betreft onder andere:

a) Niet-medische zorg in de ziekenhuizen, bv. parking, cafetaria, etc. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de boekhoudkundige gegevens van Finhosta[7] (op basis van de rekeningen 'uitzonderlijke opbrengsten').

b) Niet-medische zorg bij de publieke apotheken, bv. verzorgings- of schoonheidsproducten. Dit gebeurt op basis van data van Pharma.be. Zij beschikken over verkoopgegevens van apotheken voor zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven geneesmiddelen, berekend evenwel op basis van de aanbevolen verkoopprijs terwijl de INR-gegevens uitgaan van de reële omzet van de apotheken. Het verschil tussen de cijfers van het INR en deze verkoopgegevens wordt vervolgens geïnterpreteerd als niet-medische consumptie. Vandaag is het verschil tussen de cijfers van Pharma.be en die van het INR echter beperkt. Dit wijst erop dat de uitgaven voor niet-medische consumptie mogelijk worden onderschat. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de kortingen die worden toegekend op de aanbevolen verkoopprijs van niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Een andere nog te onderzoeken vraag is of handelskanalen zoals medipharma als apotheek worden gerekend binnen de nationale rekeningen, of niet.

c) Niet-medische zorg in de woonzorgcentra, bv. kapper, animatie. Dit wordt geschat op 10% van de uitgaven op basis van historische cijfers van Waalse woonzorgcentra. Deze vermindering wordt toegepast op de totale uitgaven.

d) Sociale component woonzorgcentra, bv. bewoners met onvoldoende hoge zorgzwaarte die toch in een rusthuis zitten. Data komt van Vlaamse ziekenhuizen op basis van de Katz-schaal. Bewoners met Katz-schaal O of A worden beschouwd als onvoldoende zwaar om meegerekend te worden als gezondheidsuitgave. Deze verdeelsleutel wordt eveneens toegepast op de totale uitgaven (dus ook Brussel, Wallonië en Duitse Gemeenschap, ook al kan de patiëntmix daar anders zijn) en dit betreft ongeveer 10% van de uitgaven.

Voor andere deelsectoren kunnen gelijkaardige correcties niet worden uitgevoerd wegens een gebrek aan beschikbare gegevens.

12.5.2 CORRECTIE VOOR UITKERINGEN EN TERUGBETALINGEN AANVULLENDE VERZEKERING

Het INR houdt geen rekening met bepaalde uitkeringen die rechtstreeks verbonden zijn aan gezondheidszorg noch met de terugbetalingen die plaatsvinden binnen het kader van een aanvullende verzekering. Die moeten echter afgetrokken worden van de eigen betalingen.

Het is echter niet duidelijk in welke mate deze uitkeringen en terugbetalingen uit de aanvullende verzekering kunnen worden toegewezen aan de drie componenten van de eigen betalingen. Hierdoor is het lastig om de precieze omvang van elk van deze componenten nauwkeurig in te schatten. We nemen als voorbeeld het RIZIV. De uitgaven (met inbegrip van de remgelden) zijn onderverdeeld in ongeveer 1 500 codes, terwijl de terugbetalingen door de aanvullende verzekering niet rechtstreeks aan deze codes kunnen worden gekoppeld. Dit gebeurt vandaag op basis van verdeelsleutels die berekend worden op basis van de remgelden, maar dit veroorzaakt een vertekening, bv. omwille van het feit dat geen rekening wordt gehouden met de niet-terugbetaalde medische prestaties door de ziekteverzekering, die in een aantal sectoren toch belangrijk zijn.

Volgende correcties worden uitgevoerd op de resultaten van het INR:

a) Terugbetalingen via de aanvullende verzekering (via de ziekenfondsen en privé verzekeraars): hiervoor worden gegevens gebruikt van Assuralia en de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Deze bedragen worden toegewezen op basis van een verdeelsleutel die gebaseerd is op de remgelden beschikbaar bij het RIZIV: 80% voor ziekenhuisuitgaven, 10% voor ambulante artsenzorg en 10% voor ambulante tandzorg, waarna zij verder 'verdeeld' worden op basis van een verdeelsleutel op basis van de corresponderende groep prestaties van het RIZIV (remgelden).

b) Uitkeringen voor zorgverlof van de RVA: deze worden toegewezen aan langdurige zorg.

c) Uitkeringen van de Vlaamse Sociale Bescherming en de Franstalige tegenhangers met betrekking tot tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Deze worden eveneens toegewezen aan langdurige zorg.

d) Uitgaven in het kader van arbeidsongevallen, op basis van gegevens van Fedris.

12.5.3 BIJKOMENDE EIGEN BETALINGEN

De uitgaven van brillen/lenzen en hoorapparaten zitten niet in de finale consumptie-uitgaven voor gezondheidszorg in de nationale rekeningen. Deze uitgaven zitten vervat in de cijfers voor kleinhandel en zijn niet apart identificeerbaar.

Er wordt als alternatief een schatting gemaakt van de eigen betalingen op basis van de terugbetalingen voor deze medische hulpmiddelen geregistreerd door het RIZIV.

12.6 Enkele cijfers over de totale uitgaven en eigen betalingen

Tabel 1 toont voor 2024 de uitgaven volgens de SHA-classificatie, uitgesplitst naar aanbieder en financieringsregeling (zie Hoofdstuk 12.3). Op basis van de gegevens uit de nationale rekeningen en na verwerking van de correcties door de FOD Sociale Zekerheid bedraagt het aandeel van de eigen betalingen door patiënten in de totale uitgaven voor gezondheids- en langdurige zorg 21,8%.

Tabel 2 geeft een overzicht van de correcties die door de FOD Sociale Zekerheid worden toegepast (zie sectie 12.5), geïllustreerd aan de hand van concrete bedragen. De (meeste) gegevens die het INR aan de FOD Sociale Zekerheid overmaakt, zijn niet publiek beschikbaar en konden niet gepubliceerd worden in deze nota.

Voor de beleidsmaker is inzicht in de omvang van de drie componenten van eigen betalingen – remgelden, supplementen en niet-verzekerde zorg – essentieel om de toegankelijkheid van de zorg correct te beoordelen. Wanneer verschillen in eigen betalingen voornamelijk worden verklaard door niet-verzekerde zorg, kan dit immers anders worden geïnterpreteerd dan wanneer ze voortkomen uit hoge remgelden of supplementen binnen de verzekerde zorg. Op basis van de hierboven beschreven berekeningsmethode en cijfers is momenteel het echter niet mogelijk om de omvang van remgelden, supplementen en/of niet-verzekerde zorg op een betrouwbare manier afzonderlijk te bepalen.

Tabel 1 – Totale uitgaven en eigen betalingen voor gezondheids- en langdurige zorg (in € miljoen) (2024)

Aanbieder	Financieringsregeling			
	HF.1 Overheden en verplichte sociale zekerheid	HF.2 Private verzekeringen	HF.3 Eigen betalingen	Totaal
HP.1 Ziekenhuizen	20 261,574	1 874,405	1 434,300	23 570,279
HP.2 Residentiële lange-termijninstellingen	7 104,265	0,119	2 355,387	9 459,771
HP.3 Aanbieders van ambulante zorg	15 672,724	568,152	7 251,352	23 492,227
HP.4 Aanbieders van ondersteunende diensten	917,149	92,575	1 259,300	2 269,024
HP.5 Kleinhandel en andere aanbieders van medische goederen	4 256,990	3,718	2 653,240	6 913,948
HP.6 Aanbieders van preventieve gezondheidszorg	374,069	78,421	/	452,489
HP.7 Aanbieders van beheer- en financieringsdiensten van het gezondheidszorgsysteem	1 773,114	700,701	/	2473,815
HP.8 Rest van de economie	23,800	0,001		23,801
Totaal	50 383,685	3 318,091	**14 953,579**	**68 655,355**

Tabel 2 – Berekening eigen betalingen (in € miljoen) (2024)

Stap in sectie 4.2	Correctie door de FOD Sociale Zekerheid	Bedrag correctie
1.a: Ziekenhuizen en gelijkgestelde diensten	Niet-medische zorg	-65,1
1.b: Geneesmiddelen	Verschil tussen gegevens INR en verkoop van geneesmiddelen door Pharma.be	-9,2
	Aftrek van terugbetalingen door het RIZIV	-3 675,3
1.c: Verpleegtehuizen en welzijnszorg door woonzorgcentra	10% niet-medische zorg	-476,3
1.d: Verpleegtehuizen en welzijnszorg door woonzorgcentra	Verdeling van saldo (= 4 763,4 – 476,3) tussen sociale langetermijnzorg en langetermijnzorg gerelateerd aan gezondheid (78,2%)	-934,8
2.a	Tussenkomsten aanvullende verzekering: private verzekeraars	-1 227,5
	Tussenkomsten aanvullende verzekering: ziekenfondsen	-1 219,7
	Tussenkomsten aanvullende verzekering: extralegale voordelen NMBS	-26,9
2.b	Tussenkomst RVA	-80,5
2.c	Uitkeringen sociale bescherming	-1 186,21
2.d	Arbeidsongevallen	*
3	Brillen/lenzen, hoorapparaten	*

** Geen detailgegevens ontvangen van de FOD Sociale Zekerheid*

Referenties voor Annex IV

1. Gezondheidsrekeningen (SHA): verklarende nota (versie juni 2025) Available from: https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/sz-in-kaart-brengen/sha/verklarende-nota-sha-nl.pdf
2. OECD, Eurostat, World Health Organization. A System of Health Accounts 2011. Revised edition. Paris: 2017. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0?t=1491984661000
3. National Accounts Institute. Gross National Income. Methodological inventory; BELGIUM. ESA2010 – Version 2021 – reference year 2016. Available from: https://www.nbb.be/doc/dq/e_method/gni_methodological_inventory_belgium_esa_2010_version_october_2024.pdf
4. STATBEL. Huidhoudbudget [Web page]. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/huishoudbudget
5. Eurostat. NACE [Web page]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/nace/overview
6. Nationale Bank van België. Methodologische herziening van de nationale rekeningen in 2024 [Web page]. Available from: https://www.nbb.be/nl/statistieken/nationaleregionale-rekeningen/methodologie/methodologische-herziening-van-de-national-0
7. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu. Finhosta: onmisbare inzamelingen voor Belgische ziekenhuizen [Web page]. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/organisatie-gezondheidszorg/organisatie-financiering-ziekenhuizen/finhosta

13 REFERENTIES

Alami, Hassane, Pascale Lehoux, Fiona A. Miller, Sara E. Shaw, en Jean-Paul Fortin. 2023. "An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet". *The International Journal of Health Planning and Management* 38(2): 289-95. doi:10.1002/hpm.3616.

Al-Dhahir, Isra, Thomas Reijnders, Jasper S Faber, Rita J van den Berg-Emons, Veronica R Janssen, Roderik A Kraaijenhagen, Valentijn T Visch, Niels H Chavannes, en Andrea W M Evers. 2022. "The Barriers and Facilitators of eHealth-Based Lifestyle Intervention Programs for People With a Low Socioeconomic Status: Scoping Review". *Journal of Medical Internet Research* 24(8): e34229. doi:10.2196/34229.

Archer, Jessica, Jessica Rogalsky, Emiliana Guerra, Ted Brown, en Luke Robinson. 2025. "The impact of healthcare funding on interprofessional collaboration and integrated service delivery in primary and allied healthcare: a scoping review". *Journal of Interprofessional Care* 39(2): 296-313. doi:10.1080/13561820.2025.2452958.

Bates, Shona Marie, Jialing Lin, Luke N. Allen, Michael Wright, en Michael Kidd. 2025. "Can multidisciplinary teams improve the quality of primary care? A scoping review". *eClinicalMedicine* 88: 103497. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103497.

Baxter, Sally L., Lina Lander, Brian Clay, John Bell, Kristen Hansen, Amanda Walker, en Ming Tai-Seale. 2022. "Comparing the Use of DynaMed and UpToDate by Physician Trainees in Clinical Decision-Making: A Randomized Crossover Trial". *Applied Clinical Informatics* 13(01): 139-47. doi:10.1055/s-0041-1742216.

Bradley-Ridout, Glyneva, Erica Nekolaichuk, Trevor Jamieson, Claire Jones, Natalie Morson, Rita Chuang, en Elena Springall. 2021. "UpToDate versus DynaMed: a cross-sectional study comparing the speed and accuracy of two point-of-care information tools". *Journal of the Medical Library Association* 109(3). doi:10.5195/jmla.2021.1176.

Bruffaerts, R., Erik Bootsma, Mark Leys, Gwendolyn Portzky, Kris Van den Broeck, Gorik Kaesemans, Leontien Jansen, Rozemarijn Jeannin. 2024. *De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023.* Zorgnet Icuro.

Campbell, Jared M., Kandiah Umapathysivam, Yifan Xue, en Craig Lockwood. 2015. "Evidence-Based Practice Point-of-Care Resources: A Quantitative Evaluation of Quality, Rigor, and Content". *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 12(6): 313-27. doi:10.1111/wvn.12114.

Carron, Tania, Cloe Rawlinson, Chantal Arditi, Christine Cohidon, Quan Nha Hong, Pierre Pluye, Ingrid Gilles, en Isabelle Peytremann-Bridevaux. 2021. "An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness". *International Journal of Integrated Care* 21(2). doi:10.5334/ijic.5588.

CHAIN, EuroHealthNet & Centre For Health Equity Analytics. 2025. *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* red. Brussels EuroHealthNet.

Coulter, Angela, Vikki A Entwistle, Abi Eccles, Sara Ryan, Sasha Shepperd, en Rafael Perera. 2015. "Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(3). doi:10.1002/14651858.cd010523.pub2.

Cox, Malcolm, Patricia Cuff, Barbara Brandt, Scott Reeves, en Brenda Zierler. 2016. "Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes". *Journal of Interprofessional Care* 30(1): 1-3. doi:10.3109/13561820.2015.1111052.

Damsin, Thomas, Gregory Canivet, Pauline Jacquemin, Laurence Seidel, Pierre Gillet, Didier Giet, en Arjen F. Nikkels. 2020. “Value of Teledermoscopy in Primary Health Care Centers: Preliminary Results of the TELESPOT Project in Belgium”. doi:10.6084/M9.FIGSHARE.12906749.

Damsin, Thomas, Gr?gory Canivet, Pauline Jacquemin, Laurence Seidel, Gilles Absil, Didier Giet, Pierre Gillet, en Arjen F. Nikkels. 2023. “Evaluation of a 3?year teledermoscopy project in primary healthcare centres in Belgium”. *JEADV Clinical Practice* 3(1): 160-68. doi:10.1002/jvc2.254.

Danhieux, Katrien. 2025. *Let’s get organized! Evaluating the implementation of Integrated Care for Chronic Diseases in Belgium*. Universiteit Antwerpen: PhD.

Das, Shukanto, Liz Grant, en David Fearon. 2025. “Mapping the global landscape of task shifting and sharing: trends, geographic disparities, and terminology from 1970 to 2022”. *Critical Public Health* 35(1). doi:10.1080/09581596.2025.2501495.

Das, Shukanto, Liz Grant, en David Weller. 2024. “Conceptualisation of the SHIFT–SHARE: A New Strategic Healthcare Implementation Framework for Task Shifting, Sharing and Resource Enhancement”. *Global Implementation Research and Applications* 4(4): 394-403. doi:10.1007/s43477-024-00132-8.

De Maeseneer, Jan, en Pauline Boeckxstaens. 2012. “James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity”. *British Journal of General Practice* 62(600): e522-24. doi:10.3399/bjgp12x652553.

Expertgroep in Opdracht van Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. 2025. *Voor de hervorming van het Belgisch ziekenhuislandschap*.

Fønss Rasmussen, Lisa, Louise Bang Grode, Jeppe Lange, Ishay Barat, en Merete Gregersen. 2021. “Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review”. *BMJ Open* 11(1): e040057. doi:10.1136/bmjopen-2020-040057.

Frederix, Ines, Enrico G Caiani, Paul Dendale, Stefan Anker, Jeroen Bax, Alan B?hm, Martin Cowie, e.a. 2019. “ESC e-Cardiology Working Group Position Paper: Overcoming challenges in digital health implementation in cardiovascular medicine”. *European Journal of Preventive Cardiology* 26(11): 1166-77. doi:10.1177/2047487319832394.

Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, e.a. 2010. “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”. *The Lancet* 376(9756): 1923-58. doi:10.1016/s0140-6736(10)61854-5.

Glass, T. A, C. M. de Leon, R. A Marottoli, en L. F Berkman. 1999. “Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans”. *BMJ* 319(7208): 478-83. doi:10.1136/bmj.319.7208.478.

Graverholt, Birgitte, Louise Forsetlund, en Gro Jamtvedt. 2014. “Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review”. *BMC Health Services Research* 14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-36.

Groenewegen, Peter P., Ilmo Keskimäki, en Alastair H. Leyland. 2026. SpringerBriefs in Public Health *Health Systems, Health Services and Inequality in Population Health*. Springer Nature Switzerland. doi:10.1007/978-3-032-02565-4.

Groenvynck, Lindsay, Bram de Boer, Jan P.H. Hamers, Theo van Achterberg, Erik van Rossum, en Hilde Verbeek. 2021. “Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The

TRANSCIT Model". *Journal of the American Medical Directors Association* 22(2): 351-56. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.041.

Groenvynck, Lindsay, Amal Fakha, Bram de Boer, Jan P H Hamers, Theo van Achterberg, Erik van Rossum, en Hilde Verbeek. 2021. "Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review" red. Patricia C Heyn. *The Gerontologist* 62(7): e369-83. doi:10.1093/geront/gnab036.

Grudniewicz, Agnes, Carolyn Steele Gray, Pauline Boeckxstaens, Jan De Maeseneer, en James Mold. 2023. "Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care". *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 16(6): 569-78. doi:10.1007/s40271-023-00645-8.

Interuniversity Consortium Epidemiology. 2025. *Oral Health Data Registration & Examination Sirvey Among the Belgian Population 2023-2024*. Commissioned by RIZIV/INAMI.

IPEC, Interprofessional Education Collaborative. 2023. *IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Version 3)*.

Kaufman, Brystana G., B. Steven Spivack, Sally C. Stearns, Paula H. Song, en Emily C. O'Brien. 2017. "Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review". *Medical Care Research and Review* 76(3): 255-90. doi:10.1177/1077558717745916.

Kemp, Lynn. 2019. "Translational Research: Bridging the Chasm Between New Knowledge and Useful Knowledge". In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Springer Singapore, 367-89. doi:10.1007/978-981-10-5251-4_72.

Kips, Julie, Jo Lambert, Katia Ongenae, An De Sutter, en Evelien Verhaeghe. 2019. "Teledermatology in Belgium: a pilot study". *Acta Clinica Belgica* 75(2): 116-22. doi:10.1080/17843286.2018.1561812.

Kraun, Lotan, Theo van Achterberg, Ellen Vlaeyen, Bram Fret, Sarah Marie Briké, Moriah Ellen, en Kristel De Vliegher. 2023. "Transitional care decision-making through the eyes of older people and informal caregivers: An in-depth interview-based study". *Health Expectations* 26(3): 1266-75. doi:10.1111/hex.13743.

Kraun, Lotan, Kristel De Vliegher, Elise Keldermans, Moriah E Ellen, en Theo van Achterberg. 2024. "Capturing Potential Interventions for the Empowerment of Older People and Informal Caregivers in Transitional Care Decision-Making: A Qualitative Study Using Focus Groups". *Journal of Advanced Nursing* 81(5): 2644-56. doi:10.1111/jan.16510.

Kwag, Koren Hyogene, Marien González-Lorenzo, Rita Banzi, Stefanos Bonovas, en Lorenzo Moja. 2016. "Providing Doctors With High-Quality Information: An Updated Evaluation of Web-Based Point-of-Care Information Summaries". *Journal of Medical Internet Research* 18(1): e15. doi:10.2196/jmir.5234.

Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede, en K, Benahmed. 2022. *Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development.* Brussels: Health Services Research (HSR): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Lambert, A.-S., Scholtes, B., Herbaux, D. & Macq, J. 2023. *Territorialisation et système social santé intégré : options pour le futur en Wallonie*. UCLouvain (IRSS) - Université de Liàge - ULB/PAOS.

Leese, Callum J., Hussain Al-Zubaidi, en Blair H. Smith. 2024. “Delivery of Interventions for Multiple Lifestyle Factors in Primary Healthcare Settings: A Narrative Review Addressing Strategies for Effective Implementation”. *Lifestyle Medicine* 5(3). doi:10.1002/lim2.110.

Lefèvre, Mélanie, Koen Van den Heede, en Carine Van de Voorde. 2026. “Impact of prospective payment systems: An umbrella review of systematic reviews”. *Health Policy* 165: 105552. doi:10.1016/j.healthpol.2025.105552.

Lenaerts, Gerlinde, Geertruida E Bekkering, Martine Goossens, Leen De Coninck, Nicolas Delvaux, Sam Cordyn, Jef Adriaenssens, en Patrick Vankrunkelsven. 2020. “Tools to Assess the Trustworthiness of Evidence-Based Point-of-Care Information for Health Care Professionals: Systematic Review”. *Journal of Medical Internet Research* 22(1): e15415. doi:10.2196/15415.

Leppin, Aaron L., Michael R. Gionfriddo, Maya Kessler, Juan Pablo Brito, Frances S. Mair, Katie Gallacher, Zhen Wang, e.a. 2014. “Preventing 30-Day Hospital Readmissions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials”. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608.

Maggio, Lauren A, Christopher A Aakre, Guilherme Del Fiol, Jane Shellum, en David A Cook. 2019. “Impact of Clinicians’ Use of Electronic Knowledge Resources on Clinical and Learning Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis”. *Journal of Medical Internet Research* 21(7): e13315. doi:10.2196/13315.

Marceau, Marlika, Sevan Dulgarian, Jacob Cambre, Pamela M Garabedian, Mary G Amato, Diane L Seger, Lynn A Volk, e.a. 2025. “Clinician Attitudes and Perceptions of Point-of-Care Information Resources and Their Integration Into Electronic Health Records: Qualitative Interview Study”. *JMIR Medical Informatics* 13: e60191. doi:10.2196/60191.

Mebrahtu, Teumzghi F, Sarah Skyrme, Rebecca Randell, Anne-Maree Keenan, Karen Bloor, Huiqin Yang, Deirdre Andre, e.a. 2021. “Effects of computerised clinical decision support systems (CDSS) on nursing and allied health professional performance and patient outcomes: a systematic review of experimental and observational studies”. *BMJ Open* 11(12): e053886. doi:10.1136/bmjopen-2021-053886.

Mulvale, Gillian, Mark Embrett, en Shaghayegh Donya Razavi. 2016. “‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework”. *BMC Family Practice* 17(1). doi:10.1186/s12875-016-0492-1.

OECD. 2025. *Does Healthcare Deliver? Results ftom the Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing, Paris.

Orkin, Aaron M., Sampreeth Rao, Jeyasakthi Venugopal, Natasha Kithulegoda, Pete Wegier, Stephen D. Ritchie, David VanderBurgh, e.a. 2021. “Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study”. *Human Resources for Health* 19(1). doi:10.1186/s12960-021-00605-z.

Paci, Matteo, Gianni Faedda, Alessandro Ugolini, en Leonardo Pellicciari. 2021. “Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: a systematic review and meta-analysis”. *International Journal for Quality in Health Care* 33(2). doi:10.1093/intqhc/mzab093.

Paier-Abuzahra, Muna, Nicole Posch, Klaus Jeitler, Thomas Semlitsch, Christina Radl-Karimi, Ulrike Spary-Kainz, Karl Horvath, en Andrea Siebenhofer. 2024. “Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews”. *Human Resources for Health* 22(1). doi:10.1186/s12960-024-00956-3.

Piessens, Veerle, Laura Rodriguez Benito, Serdar Öztora, Carlos Martins, en John Brandt Brodersen. 2025. “Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine - a EUROPREV position paper to spark debate on prevention”. *European Journal of General Practice* 31(1). doi:10.1080/13814788.2025.2531880.

Porter, Justin, Cynthia Boyd, M. Reza Skandari, en Neda Laiteerapong. 2022. “Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care”. *Journal of General Internal Medicine* 38(1): 147-55. doi:10.1007/s11606-022-07707-x.

Rawlinson, Cloe, Tania Carron, Christine Cohidon, Chantal Arditi, Quan Nha Hong, Pierre Pluye, Isabelle Peytremann-Bridevaux, en Ingrid Gilles. 2021. “An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators”. *International Journal of Integrated Care* 21(2): 32. doi:10.5334/ijic.5589.

Reindersma, Thomas, Sandra Sülz, Kees Ahaus, en Isabelle Fabbricotti. 2022. “The Effect of Network-Level Payment Models on Care Network Performance: A Scoping Review of the Empirical Literature”. *International Journal of Integrated Care* 22(0): 3. doi:10.5334/ijic.6002.

Scherpbier-de Haan, N. D., V. A. van Gelder, C. Van Weel, G. M. M. Vervoort, J. F. M. Wetzels, en W. J. C. de Grauw. 2013. “Initial Implementation of a Web-Based Consultation Process for Patients With Chronic Kidney Disease”. *The Annals of Family Medicine* 11(2): 151-56. doi:10.1370/afm.1494.

Schiøtz, Michaela L., Anders Stockmarr, Dorte Høst, Charlotte Glümer, en Anne Frølich. 2017. “Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study”. *BMC Public Health* 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4314-8.

Sciensano. 2025. “For a Healthy Belgium”. https://www.healthybelgium.be.

Sempé, Lucas, Jenny Billings, en Peter Lloyd-Sherlock. 2019. “Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review”. *BMJ Open* 9(11): e030687. doi:10.1136/bmjopen-2019-030687.

Sokol, Rebeccah, en Edwin Fisher. 2016. “Peer Support for the Hardly Reached: A Systematic Review”. *American Journal of Public Health* 106(7): e1-8. doi:10.2105/ajph.2016.303180.

Tange, Huibert, Zsolt Nagykaldi, en Jan De Maeseneer. 2017. “Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches”. *European Journal of General Practice* 23(1): 257-60. doi:10.1080/13814788.2017.1374367.

TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! 2022. *Een toekomst voor de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg*.

Valentijn, P. 2016. “Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care”. *International Journal of Integrated Care* 16(2). doi:10.5334/ijic.2465.

Valentijn, P.., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, en Marc A. Bruijnzeels. 2013. “Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care”. *International Journal of Integrated Care* 13(1). doi:10.5334/ijic.886.

Van de Velde, Dominique, Dagje Boeykens, Vanessa Gauwe, Greet Steyaert, Liesbeth Ryssen, Mike Jarrey, Pauline Boeckxstaens, Peter Pype, en Patricia De Vriendt. 2025. “Goals should be defined as CLEVER before specifying them into SMART goals: A phenomenological hermeneutical study to facilitate the implementation of goal-oriented care in primary care”. *British Journal of Occupational Therapy* 88(6): 379-89. doi:10.1177/03080226241311683.

Vanrumste, H., Hemeryck, J., Schmidt, M., De Pauw, R. and Devleesschauwer, B. 2026. *Prevention in the Belgian Healthcare System: Context Challenges and Opportunities. A Synthesis of Expert Exchanges within the GDOS/COSS Prevention Working Group (2025–2026)*. Brussels: Sciensano.

Wasserman, Rachel Leah, Diane L. Seger, Mary G. Amato, Zoe Co, Aqsa Mugal, Angela Rui, Pamela M. Garabedian, e.a. 2024. "Straight to the point: evaluation of a Point of Care Information (POCI) resource in answering disease-related questions". *Journal of the Medical Library Association* 112(1): 13-21. doi:10.5195/jmla.2024.1770.