



INAMI-RIZIV

Meerjarenplan “Appropriate Care”

2026-2027

Strategisch luik

Directie Appropriate Care

Dienst voor geneeskundige verzorging

3 juni 2026

Inhoudsopgave

I	Inleiding	3
II	Contextueel kader	5
II.1	Een internationaal breed gedocumenteerde vaststelling	5
II.2	Een dynamiek die in België aanwezig is, maar gefragmenteerd	6
II.3	Naar een geïntegreerde aanpak van “Appropriate Care”	10
III	Conceptueel kader	12
III.1	Definitie van “Appropriate Care”	12
III.2	Conceptueel model	13
III.3	Prioritaire assen	17
IV	Instrumenten	23
IV.1	Prioritering	23
IV.2	Normen	24
IV.3	Implementatie	24
IV.4	Data	24
IV.5	Begeleiding	25
IV.6	Incentives	25
IV.7	Communicatie	26
IV.8	Corrigerende maatregelen	26
IV.9	Handhaving / Enforcement	26
IV.10	De conceptuele matrix	27
V	Governance en uitvoering van de strategie	28
V.1	Algemene positionering van de strategie	28
V.2	Aansluiting bij de gezondheidszorgdoelstellingen	28
V.3	Rol van de Commissie Appropriate Care	29
V.4	Rol van het RIZIV	31
V.5	Rol van de institutionele partners en de VI	32
V.6	Prioritaire assen voor de periode 2026–2027	34
V.7	Algemene uitvoeringsmodaliteiten	35
VI	Conclusie	40

I Inleiding

De gezondheidszorg staat vandaag voor een dubbele en toenemende beleidsuitdaging: enerzijds het waarborgen en versterken van de kwaliteit en relevantie van de zorg, anderzijds het veiligstellen van de financiële houdbaarheid van de overheidsmiddelen. In deze context dringt het concept “Appropriate Care” zich geleidelijk op als een structurerend beginsel van het gezondheidsbeleid. Daarbij wordt gestreefd naar een optimaal gebruik van medische interventies in het licht van de noden van de patiënt, de beschikbare wetenschappelijke gegevens en de limieten van het systeem (financieel, organisatorisch, ...). Hoewel in de internationale literatuur verschillende, verwante invullingen van dit concept circuleren, vertrekt dit plan vanuit een duidelijke, operationele definitie van “Appropriate Care” (uitgewerkt in punt III.1) als gemeenschappelijk referentiekader. Deze definitie wordt in het hele document consistent gebruikt als basis voor de analytische, methodologische en operationele keuzes die de voorgestelde strategie structureren.

Reeds in het richtinggevende werk van Berwick en Hackbarth werd gewezen op de omvang van “verspilling” en van praktijken “zonder toegevoegde waarde” in de gezondheidszorg, evenals op de aanzienlijke verbetermarges die daarmee samenhangen¹. Verschillende internationale studies bevestigen sindsdien dat een aanzienlijk deel van de zorg potentieel ondoelmatig is. Een Canadese systematische review schat dat de mediaan van ondoelmatige zorg (inclusief overgebruik, verkeerd gebruik en ondergebruik) ongeveer 30 % bedraagt, met een aanzienlijke variabiliteit naargelang de context en de methodologie (IQR 12–56 %)². Bovendien tonen recentere analyses die specifiek gericht zijn op overgebruik een vergelijkbare omvang aan.

¹ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307(14):1513–1516. doi:10.1001/jama.2012.362.

² Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, Bell R, Bornstein S, Brien SE, Decary S, Varin MD, Dobrow M, Estabrooks CA, Graham ID, Greenough M, Grinspun D, Hillmer M, Horsley T, Hu J, Katz A, Krause C, Lavis J, Levinson W, Levy A, Mancuso M, Morgan S, Nadalin-Penno L, Neuner A, Rader T, Santos WJ, Teare G, Tepper J, Vandyk A, Wilson M, Grimshaw JM. Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *CMAJ*. 2022 Feb 28;194(8):E279-E296. doi: 10.1503/cmaj.211416. PMID: 35228321; PMCID: PMC9053971.

Het rapport van het Canadian Institute for Health Information (2022) benadrukt dat een aanzienlijk deel van de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen vermeden zou kunnen worden, zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënten^{3,4}. De bevindingen van deze studies wijzen, ondanks verschillen in afbakening en methodologische benadering, in dezelfde richting en bevestigen dat het om een structureel fenomeen gaat, waarbij aanzienlijke marges bestaan om de doelmatigheid van de zorg verder te verbeteren.

Deze bevindingen komen ook op nationaal niveau naar voren. In België wijzen recente analyses en rapporten, met name van het KCE, het RIZIV of de FOD Volksgezondheid, op het bestaan van een niet te verwaarlozen deel van de zorg waarvan de doelmatigheid in twijfel kan worden getrokken. Dit betreft zowel niet passende praktijken als het gebruik van ingrepen waarvan de klinische waarde beperkt of onvoldoende onderbouwd is, wat wijst op aanhoudende uitdagingen op het vlak van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

In deze context wil het RIZIV een geïntegreerde strategie uitwerken om zowel zorg met een lage toegevoegde waarde (“Low Value Care”) als ongerechtvaardigde praktijkvariëaties terug te dringen, door alle beschikbare instrumenten op gecoördineerde wijze in te zetten: het opstellen van normen, het benutten van gegevens, het begeleiden van zorgverleners, incentives en corrigerende maatregelen. Dit meerjarenplan 2026–2027 beoogt de basis te leggen voor deze strategie, door een rigoureuze wetenschappelijke aanpak te combineren met concrete implementatie op het terrein. Het past in een logica van geleidelijke transformatie van het systeem, gebaseerd op nauwe samenwerking met de belangrijkste actoren in het Belgische gezondheidslandschap (KCE, FOD Volksgezondheid, Sciensano, FAGG, wetenschappelijke verenigingen, zorgverleners en zorginstellingen).

³ Levinson W, Born K, Franco JVA, Kopitowski KS. Top 15 Choosing Wisely international campaign recommendations to reduce low-value care. *BMJ Evid Based Med.* 2025 Sep 22;30(5):355-357. doi: 10.1136/bmjebm-2025-113804. PMID: 40467097.

⁴ Canadian Institute for Health Information. *Overuse of Tests and Treatments in Canada — Progress Report.* Ottawa, ON: CIHI; 2022.

II Contextueel kader

II.1 Een internationaal breed gedocumenteerde vaststelling

De vaststellingen die aan de basis liggen van de ontwikkeling van het concept “Appropriate Care” zijn vandaag de dag grondig gedocumenteerd in de wetenschappelijke literatuur en in rapporten van internationale organisaties. Hierin wordt “Appropriate Care” over het algemeen beschouwd als een doelstelling van het gezondheidsbeleid die erop gericht is de waarde van de zorg voor de patiënt en de samenleving te maximaliseren. Op het niveau van de gezondheidszorg past dit in een benadering van het type “Value-Based Health Care”. Rapporten van de OESO, de Europese Commissie en talrijke systematische reviews komen in dit verband tot een aantal belangrijke conclusies:

- Een aanzienlijk deel van de zorg is onnodig, ineffectief, of zelfs potentieel schadelijk (“overuse” en “misuse”).
- Een niet te verwaarlozen deel van de patiënten krijgt niet de nodige zorg (“underuse”).
- De gezondheidszorgsystemen vertonen aanzienlijke praktijkvariaties, waarvan sommige niet kunnen worden verklaard door relevante klinische of contextuele verschillen en daarom een potentieel signaal zijn van “overuse” of “misuse”.
- Deze verschijnselen wijzen op uitdagingen op het vlak van kwaliteit, billijkheid en efficiëntie.

Vanuit het perspectief van de gezondheidszorgsystemen worden deze vaststellingen in het Europese kader vertaald in het concept van “Low Value Care”, aansluitend bij een Value-Based Health Care-benadering.

In dit verband benadrukt het rapport van de Europese Commissie⁵ over het meten en terugdringen van “Low Value Care”, dat deze verschijnselen niet marginaal, maar structureel van aard zijn en dat ze daarom een systemische aanpak vereisen die de volgende elementen combineert:

- ontwikkeling van instrumenten voor het meten van “Low Value Care”;
- kennisontwikkeling (richtlijnen, Health Technology Assessment, ...);
- meting en monitoring op basis van data;
- op maat gemaakte implementatiestrategieën met meerdere componenten;
- incentives en reguleringsmechanismen.

II.2 Een dynamiek die in België aanwezig is, maar gefragmenteerd

Binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem neemt het RIZIV een centrale positie in op het gebied van de regulering, de financiering en de facto ook de aansturing van de zorg. De toegang tot medisch-administratieve gegevens, de hefboven inzake terugbetaling en het overlegmodel maken het mogelijk om concreet in te grijpen op de praktijkvoering. Historisch gezien waren de taken met betrekking tot de doelmatigheid van de zorg verdeeld over verschillende interne entiteiten, met name de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV). Hoewel deze organisatie de ontwikkeling van specifieke expertise mogelijk heeft gemaakt, heeft ze ook geleid tot een zekere versnippering van de initiatieven en tot een soms beperkte afstemming tussen de verschillende beschikbare instrumenten. De oprichting van de Directie Appropriate Care binnen de DGV is een antwoord op deze vaststelling en past in een duidelijk streven om de samenhang en de doeltreffendheid van de inzet van het RIZIV op dit gebied te versterken. Door de belangrijkste

⁵ European Commission. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025. DOI: 10.2875/371258.

functies op het gebied van analyse, opvolging en verbetering van de praktijkvoering te centraliseren, wil deze directie de basis leggen voor een meer geïntegreerde en gestructureerde aanpak van “Appropriate Care”. Daarnaast ondersteunt ze de strategische coördinatie op dit gebied en versterkt ze de samenwerking met interne en externe partners. Daarbij maakt de inzet van het RIZIV deel uit van een breder institutioneel ecosysteem, waarin verschillende actoren een complementaire rol spelen.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) speelt voornamelijk een rol in de analyse en het ter beschikking stellen van wetenschappelijke kennis, zoals het opstellen van klinische richtlijnen en de analyse van de performantie van het gezondheidszorgsysteem. Deze rol zal nog worden versterkt door de geleidelijke integratie, vanaf begin 2026, van de activiteiten van het Evikey-netwerk, dat tot nu toe belast was met de coördinatie van initiatieven op het gebied van Evidence-Based Practice (EBP) in de eerstelijnszorg. Deze ontwikkeling heeft tot doel de samenhang, de zichtbaarheid en de impact van de EBP-initiatieven te verbeteren.

De FOD Volksgezondheid speelt een essentiële rol in de structurering van het algemene kader waarbinnen het beleid inzake “Appropriate Care” vorm krijgt. Naast het vaststellen van de prioriteiten op het gebied van de volksgezondheid behoren ook de uitrol, de opvolging en de verankering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg tot de kerntaken van de FOD, met name via de Federale Toezichtscommissie, die belast is met het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet. In die hoedanigheid omvat het mandaat van de FOD de sturing en de uitvoering van de pijler met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening. Deze functie van oriëntatie, transversale integratie, functionele sturing en controle vormt een belangrijke aanvulling op de rol van het RIZIV, door ervoor te zorgen dat de maatregelen ter verbetering van de doelmatigheid van de zorg passen in een coherent normatief kader dat door alle beroepsbeoefenaars wordt nageleefd.

Sciensano levert een aanvullende bijdrage door de inzet van expertise op het gebied van volksgezondheid en epidemiologie, waardoor de gezondheidsbehoeften op bevolkingsniveau objectief in kaart kunnen worden gebracht. Analyses van de gezondheidstoestand van de bevolking (“Health Status Report”), morbiditeit, vermijdbare sterfte, ziektekost en ongelijkheden helpen om de uitdagingen inzake “Appropriate Care” ruimer te benaderen dan louter vanuit het perspectief van terugbetaling. Daarbij brengen ze ook andere dimensies in beeld, zoals de toegang tot zorg en de outcome voor de patiënt. In het kader van dit plan vormen deze analyses een ondersteuning voor de prioritering van de actiedomeinen en de interpretatie van de bevindingen, in samenhang met de werkzaamheden van het KCE op het gebied van “Health Services Research”, die meer rechtstreeks gericht zijn op de evaluatie van interventies en de analyse van het zorggebruik.

Parallel met deze institutionele dynamiek heeft ook het federale beleidsniveau de voorbije jaren stapsgewijs verschillende bakens uitgezet om de samenhang van het overheidsbeleid inzake gezondheidszorg te versterken, met een expliciete verankering van de principes van doelmatigheid.

Vooreerst benadrukt het federale regeerakkoord 2025–2029⁶ de noodzaak om het gezondheidsbeleid te baseren op expliciete gezondheidszorgdoelstellingen, met nadruk op het efficiënte gebruik van middelen, de aanpak van onnodige of niet-effectieve zorg en de versterking van responsabiliseringsmechanismen, evenals op een nauwere afstemming tussen strategische doelstellingen en budgettaire beslissingen. Vervolgens concretiseert de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid⁷ deze oriëntaties door de nadruk te leggen op de ontwikkeling van noodzakelijke, evidence-based zorg en op de reductie van ongerechtvaardigde

⁶ Belgische federale regering. (2025). Federaal regeerakkoord 2025-2029. Brussel. https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart_De_Wever_nl.pdf

⁷ De Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. (2025). Beleidsverklaring – Volksgezondheid (Doc. 56 0767/009, pp. 3-7). Brussel. <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/56/0767/56K0767009.pdf>

praktijkvariaties. In het verlengde daarvan reikt het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD)⁸ een expliciet kader aan inzake gezondheidszorgdoelstellingen. De twee transversale gezondheidszorgdoelstellingen, met name het verhogen van de doelmatigheid en een beter gebruik van data, vormen de kern van “Appropriate Care”. Ten slotte vertaalt de nota van de Algemene Raad van het RIZIV over de gezondheidszorgbegroting 2026⁹ deze beleidsoriëntaties in concrete budgettaire keuzes. Ze bevestigt de rol van de gezondheidszorgdoelstellingen als kompas voor de allocatie van middelen en benadrukt de noodzaak om onnodige uitgaven te vermijden, teneinde ruimte te creëren voor gerichte investeringen. Samen bevestigen deze elementen een convergerende beleidslijn, gericht op een meer doelmatig, data-gedreven en strategisch gestuurd gezondheidszorgbeleid.

Deze evoluties passen ook in een bredere beweging op Europees niveau. De Europese Commissie heeft, met name via onderzoeksprogramma's zoals Horizon Europe¹⁰, de steun versterkt voor onderzoek naar het identificeren, meten en terugdringen van zorg met een lage toegevoegde waarde, evenals naar de analyse van de mechanismen die aan de grondslag liggen van ondoelmatige praktijken. Deze dynamiek weerspiegelt een groeiend bewustzijn op Europees niveau van het structurele karakter van deze problematiek en van de noodzaak om zich niet te beperken tot geïsoleerde interventies. In dit opzicht lijkt het gebruik van expliciete analytische kaders en prioriteringsinstrumenten een centrale uitdaging voor de governance van het “Appropriate Care”-beleid. Het NEED-kader, ontwikkeld door het KCE en reeds ingezet in België, past in deze dynamiek door een gestructureerde aanpak voor een meer behoeftegerichte in plaats van aanbods-gedreven ontwikkeling van gezondheidszorginterventies.

⁸ Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD). (2025). Advies gezondheidszorgdoelstellingen. Brussel: RIZIV. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/advies_GDOS_april_2025.pdf

⁹ RIZIV – Algemene Raad. (2025). Gezondheidszorgbegroting 2026 (Nota ARGV 2025/069). Brussel. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/RIZIV_ARGV_2025.pdf

¹⁰ Europese Commissie. (2021). Horizon Europa – Kaderprogramma van de Europese Unie voor onderzoek en innovatie (2021-2027). Brussel: Europese Commissie. https://commission.europa.eu/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/horizon-europe_en

Vandaag ligt de uitdaging niet langer uitsluitend in de beschikbaarheid afzonderlijke initiatieven, analyses of instrumenten, maar veeleer in de integratie ervan in een samenhangende strategische visie die beleidsprioriteiten, analytische kaders en operationele hefboomen met elkaar verbindt. Het voorliggende meerjarenplan sluit aan bij deze logica en heeft tot doel deze convergentie te structureren en te operationaliseren door een kader voor te stellen dat verder reikt dan de perimeter van het RIZIV.

II.3 Naar een geïntegreerde aanpak van “Appropriate Care”

Ondanks de positieve evoluties binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem ligt de grootste uitdaging actueel in het vermogen om de verschillende bestaande initiatieven en functies op een samenhangende manier op elkaar af te stemmen. Hoewel de competenties op het gebied van kennisontwikkeling, het vaststellen van referentiekaders, het analyseren van de praktijkvoering en kwaliteitsbewaking weliswaar aanwezig zijn, worden ze nog te vaak parallel ingezet, zonder dat dit altijd leidt tot een concrete en gecoördineerde transformatie van de praktijkvoering. De uitdaging ligt niet langer uitsluitend in het genereren van méér kennis, of het versterken van de bestaande instrumenten te versterken, maar veeleer in het organiseren van een volwaardige interventieketen voor “Appropriate Care”. Een dergelijke benadering veronderstelt dat de silo-aanpak wordt doorbroken om coherente en complementaire interventies te structureren, waarbij de verschillende beschikbare hefboomen gecoördineerd worden ingezet. Dit veronderstelt ook duidelijke rollen voor de verschillende actoren in het systeem, zodat prioritering, kennisontwikkeling, begeleiding van zorgpraktijken en gedragsverandering beter op elkaar aansluiten. Deze transversale aanpak veronderstelt echter voldoende gedetailleerde expertise en een grondig inzicht in de specifieke dynamiek van de verschillende sectoren en beroepsgroepen, om de ingezette hefboomen daarop aan te passen en een concrete impact op het terrein te verzekeren. Vanuit dat perspectief is voor het RIZIV, en in het bijzonder voor de Directie Appropriate Care, een centrale rol weggelegd op het vlak van afstemming en coördinatie.

Deze evolutie past in een bredere transformatie van het gezondheidsbeleid, waarbij de focus verschuift van zorgvolumes naar de waarde van de zorg. Naast klinische of economische evaluaties van interventies, beoogt deze aanpak collectieve keuzes inzake de allocatie van middelen te verduidelijken, met het oog op de duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem en maximale gezondheidswinst voor de patiënt.

III Conceptueel kader

III.1 Definitie van “Appropriate Care”

Om te beschikken over een duidelijk en gedeeld conceptueel kader, steunt dit plan op een eigen operationele definitie van “Appropriate Care”, die het mogelijk maakt om de klinische, organisatorische en economische dimensies van de zorg op een coherente manier met elkaar te verbinden. Deze definitie is bedoeld om een gemeenschappelijke basis te bieden voor de analyse van de praktijkvoering en voor de structurering van de hefboomen die verderop in het document aan bod komen. In dit kader heeft “Appropriate Care” in ruime zin betrekking op de volgende elementen:

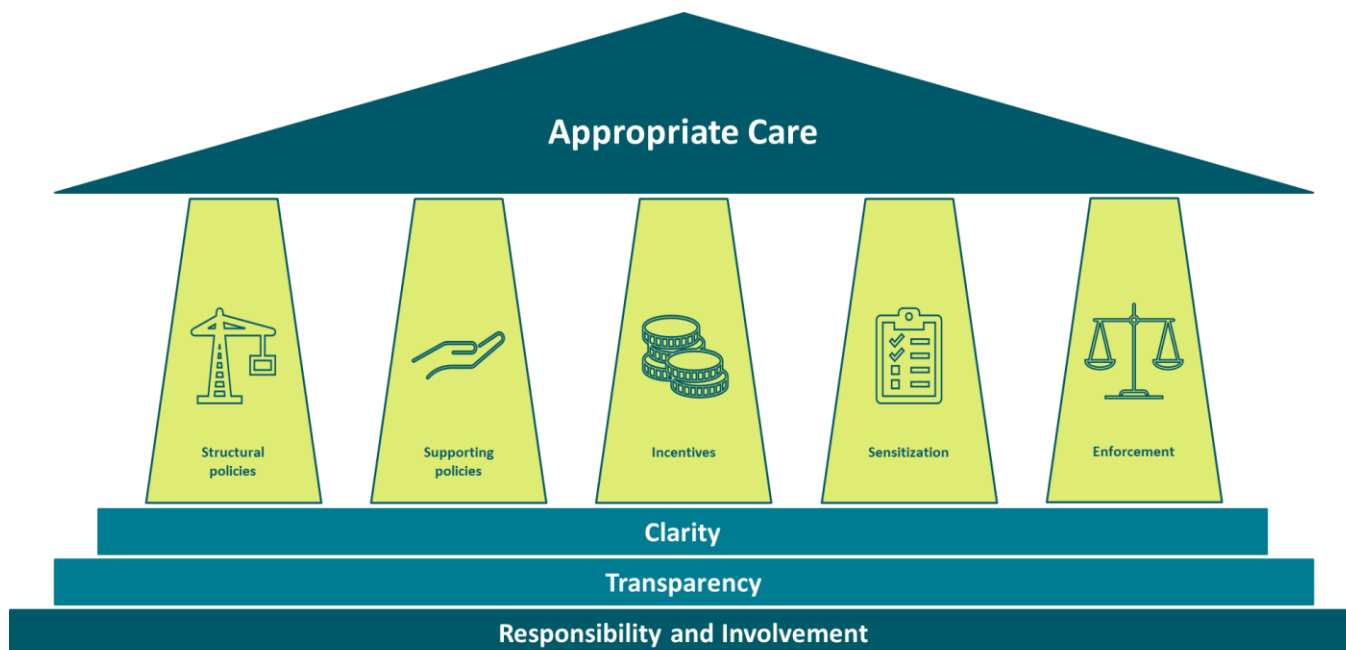
- **Type zorg:** Zorg die noodzakelijk en relevant is voor de patiënt en die voldoet aan de principes van “Evidence-Based Practice”. Dit houdt in dat de verstrekte zorg het resultaat is van een combinatie van de beste beschikbare wetenschappelijke gegevens, de klinische expertise van de zorgverlener en de voorkeuren van de patiënt.
- **Wijze van zorgverlening:** Toegankelijke zorg die op het juiste moment, op de juiste plaats en door de meest geschikte zorgverlener wordt verleend, dat wil zeggen degene wiens vaardigheden, opleiding en positie in het zorgteam het mogelijk maken om het meest doeltreffende en evenredige antwoord op de behoeften van de patiënt te bieden.
- **Kost:** Zorg die zodanig wordt verleend dat de best mogelijke resultaten voor de patiënt worden behaald tegen de meest verantwoorde kost, in een logica van evenredigheid en duurzaamheid, waarbij het gebruik van de middelen van het gezondheidszorgsysteem wordt geoptimaliseerd.

Deze definitie impliceert een geïntegreerde aanpak, waarbij klinische relevantie, kwaliteit van zorg en efficiënt gebruik van de ingezette middelen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, terwijl tegelijkertijd de duurzaamheid van de ziekteverzekering en de toegankelijkheid van de zorg voor de bevolking worden gewaarborgd, in al haar verschillende dimensies (beschikbaarheid, financiële toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en afstemming op de behoeften). Ze is er ook op gericht de domeinen te identificeren waarin het gezondheidszorgsysteem ondermaats presteert, expliciete verbeterdoelstellingen vast te leggen

en proportionele maatregelen te bepalen om deze te bereiken. Ten slotte past de definitie in een globaal conceptueel model, weergegeven in de vorm van een **tempel**, dat het mogelijk maakt de fundamentele principes en de verschillende actiemechanismen van dit plan op een coherente manier te structureren.

III.2 Conceptueel model

Het conceptuele model van “Appropriate Care” vormt de algemene architectuur van dit meerjarenplan. Het werd intern uitgewerkt aan de hand van een modelleringssoefening waarbij de reeds bestaande acties, instrumenten en hefboomen in kaart werden gebracht, met als doel een geïntegreerde benadering van “Appropriate Care” te structureren en te verduidelijken. Het model wordt weergegeven als een tempel en is opgebouwd uit vier complementaire niveaus: een basis, fundamentele elementen, pijlers en een top die symbool staat voor de strategische sturing. Deze structuur maakt het mogelijk om de verantwoordelijkheden, de leidende principes, de actiemechanismen en de governance van het systeem op een coherente manier met elkaar te verbinden.



Figuur III-1: Conceptueel model van “Appropriate Care”

III.2.1 Basis: verantwoordelijkheid en betrokkenheid

De basis van het model legt de culturele en collectieve fundamenten die nodig zijn voor de aanpak inzake “Appropriate Care”. Ze herinnert eraan dat de werking van het systeem in de eerste plaats berust op ieders engagement en op een collectieve verantwoordelijkheid van alle actoren, met inachtneming van het bestaande wettelijke en regelgevende kader.

Verantwoordelijkheid en betrokkenheid: zorgverleners, patiënten en alle andere belanghebbenden (waaronder de farmaceutische industrie) hebben, net als de overheid, een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de gezondheidszorg en moeten ook ter verantwoording geroepen kunnen worden voor hun handelen. Deze verantwoordelijkheid past eveneens binnen het gestructureerde overlegmodel waaraan de verzekeringsinstellingen (VI) deelnemen. Ook de meerwaarde van de voorbeeldfunctie verdient hier aandacht, waarbij zorgverleners of zorginstellingen als voorbeeld fungeren voor hun collega’s en anderen inspireren en motiveren om de best practices te volgen en bij te dragen aan een cultuur van voortdurende verbetering.

III.2.2 Fundamentele elementen

De fundamentele elementen bepalen de transversale principes waarop het hele model steunt en die richting geven aan de sturing en implementatie van “Appropriate Care”. Ze specificeren de voorwaarden die nodig zijn om de praktijkvoering te analyseren, te vergelijken en te sturen.

Transparantie: dit houdt in dat gezondheidszorggegevens systematisch worden opgevolgd en dat zorgverleners, zorginstellingen en patiënten inzicht krijgen in het daarmee overeenstemmende zorggebruik. Deze gegevens moeten de sectoren en de beroepsgroepen in staat stellen hun werkwijzen te verfijnen, de overheid en het Verzekeringscomité in staat stellen gerichte beleidsmaatregelen te nemen of voor te stellen, en zorgverleners in staat stellen hun gedrag aan te passen. Bovendien draagt openbare transparantie bij tot het versterken van het vertrouwen van patiënten en burgers in het gezondheidszorgsysteem.

Duidelijkheid: dit houdt in dat verwachtingen en normen duidelijk gecommuniceerd worden, zodat zorgverleners en patiënten, evenals andere belanghebbenden, weten wat van hen wordt verwacht. Gevalideerde richtlijnen en EBP-bronnen zijn noodzakelijk om duidelijk te bepalen wat onder “Appropriate Care” moet worden verstaan, evenals welke kwaliteitsindicatoren daaruit voortvloeien. Deze richtlijnen, EBP-bronnen en kwaliteitsindicatoren moeten op een heldere manier aan zorgverleners worden gecommuniceerd.

Samen waarborgen deze twee elementen een duidelijk en gedeeld kader dat het mogelijk maakt de verbetering van de praktijkvoering duurzaam te verankeren, op voorwaarde dat het gezamenlijk wordt uitgewerkt met de betrokken sectoren, de zorgverleners en de VI.

III.2.3 Pijlers

De pijlers van het model bundelen de actiemechanismen waarmee de doelstellingen van “Appropriate Care” concreet kunnen worden vertaald naar het terrein. De implementatie van deze hefboomen is er ook op gericht te garanderen dat alle patiënten effectief toegang hebben tot doelmatige zorg, met inbegrip van patiënten die het risico lopen op onderbenutting, door verschillen in toegang tot de zorg in kaart te brengen en door acties die zijn afgestemd op de specifieke context van verschillende patiëntengroepen.

Structurele maatregelen: dit houdt in dat duidelijke normen en richtlijnen worden vastgesteld om doelmatige praktijkvoering te bevorderen, met inachtneming van het in de Kwaliteitswet vastgelegde kader inzake kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Dit betreft bijvoorbeeld duidelijke regelgeving in de vorm van vergoedingsvoorwaarden en nomenclatuur, evenals zorgpaden, die een efficiënte allocatie van middelen bevordert.

Ondersteunende maatregelen: dit betreft het ter beschikking stellen van de nodige hulpmiddelen om “Appropriate Care” te bevorderen. Voorbeelden daarvan zijn opleiding en navorming (Continuous Professional Development (CPD)), evenals het ter beschikking stellen van instrumenten en ondersteuning, zoals de Evidence Linker en een PSS-systeem (Prescription Search Support System).

Incentives: dit betreft stimulerende maatregelen om een doelmatige praktijkvoering aan te moedigen. Denk onder meer aan het gebruik van financiële incentives om gewenst gedrag te stimuleren en ongewenst gedrag te ontmoedigen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van premies voor zorgverleners die voldoen aan bepaalde kwaliteitsnormen of die deelnemen aan projecten ter verbetering van de kwaliteit.

Sensibilisering: dit houdt in dat zowel zorgverleners, patiënten, als alle andere belanghebbenden bewust worden gemaakt van hun verantwoordelijkheden binnen het gezondheidszorgsysteem en van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om dit systeem in stand te houden. Dit kan gebeuren via campagnes, gerichte communicatie of individuele feedback.

Handhaving: deze hefboom wordt ingezet wanneer voorgaande mechanismen niet volstaan om de naleving van de geldende normen te waarborgen. De opname ervan in het model benadrukt het belang van een duidelijke definitie van wat “Appropriate Care” impliceert. Deze pijler omvat de implementatie van toezichts- en handhavingsmechanismen om naleving van de vastgestelde normen te waarborgen. Dit kan gebeuren door middel van audits, nationale onderzoeken, individuele controles met diverse maatregelen en, in uiterste gevallen, door middel van sancties.

Deze pijlers vormen samen een coherent systeem dat regelgeving, begeleiding, stimulering en controle combineert om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

III.2.4 Top: strategische sturing

De top van het model staat symbool voor het niveau van de strategische sturing, dat de samenhang van het geheel en de richting van de acties inzake “Appropriate Care” waarborgt.

Strategische sturing: dit omvat de oriëntatie, coördinatie en opvolging van de aanpak. Het betreft een governance functie die de beleidsprioriteiten vastlegt, de analyses aanstuurt, de indicatoren valideert en toeziet op de coherente afstemming van de verschillende ingezette hefbomen. Deze sturing resulteert aan het einde van het proces in concrete actievoorstellen voor de bevoegde overlegorganen.

In dit plan wordt deze rol opgenomen door de Commissie Appropriate Care, die belast is met het structureren van de werkzaamheden, het samenbrengen van de relevante expertise en het waarborgen dat de beslissingen in lijn zijn met de door de regering vastgestelde strategische doelstellingen. De top vormt zo de hoeksteen van het conceptuele model en zorgt voor de samenhang en de continuïteit van de strategie.

III.3 Prioritaire assen

De vaststelling van de prioritaire assen van dit strategisch plan is gebaseerd op een geïntegreerde analyse van eerdere werkzaamheden van het RIZIV, bevindingen uit recente gegevens en Europese aanbevelingen. Deze keuze steunt dus op verschillende betrouwbare bronnen, die eensluidend dezelfde uitdagingen aanwijzen.

Een eerste essentiële pijler is het **plan “Aanklampend Beleid”**, dat in 2014 door het RIZIV werd ontwikkeld. Dit plan legde de methodologische basis voor een modern “Appropriate Care”-beleid. Het benadrukte dat de verbetering van de kwaliteit van zorg zowel afhangt van een grondig inzicht in de waargenomen praktijken als van het vermogen om situaties te identificeren waarin bepaalde zorgprestaties te veel worden gebruikt (“overuse”), verkeerd worden gebruikt (“misuse”) of juist te weinig worden gebruikt (“underuse”). Het plan benadrukte ook de centrale rol van praktijkvariaties, verschillen tussen zorgverleners of instellingen die niet verklaard kunnen worden door de behoeften van de patiënten, en die een duidelijke aanwijzing vormen voor potentieel ondoelmatige zorg. Deze dubbele vaststelling – de aanwezigheid van “Low Value Care” en het bestaan van ongerechtvaardigde praktijkvariaties – heeft een blijvende stempel gedrukt op de strategische reflectie van het RIZIV en vormt een belangrijke conceptuele basis die onder meer heeft geleid tot de ontwikkeling van instrumenten zoals de rapporten over praktijkvariaties of variaties in het geneesmiddelengebruik, die beschikbaar zijn op de website [Naar een gezond België](#). Naast deze analytische vaststellingen bracht het plan ook een centraal methodologisch inzicht naar voren: de noodzaak van een geïntegreerde en systematische aanpak, waarbij verschillende beleidsinstrumenten op een coherente manier worden

gecombineerd en alle actoren van het gezondheidszorgsysteem worden betrokken. Deze aanpak was gebaseerd op de idee dat de verbetering van de doelmatigheid van de zorg niet het resultaat kan zijn van geïsoleerde of punctuele interventies, maar moet worden ingebed in een gecoördineerde, geleidelijke en meersporige aanpak. De aanpak werd bovendien expliciet geoperationaliseerd door de identificatie van vier prioritaire actiethema's:

- nieuwe technologieën en efficiëntere zorgverlening;
- goed gebruik van geneesmiddelen;
- screening van de bevolking;
- het aantal ingrepen en heringrepen.

In het verlengde van deze dynamiek werden tussen 2016 en 2019 diverse acties ontwikkeld, met name rond transparantie en feedbackmechanismen, die tot doel hadden bepaalde variaties in de eerstelijnspraktijk te objectiveren. Het RIZIV heeft, in samenwerking met het InterMutualistisch Agentschap (IMA), individuele activiteitenverslagen opgesteld voor huisartsen over hun voorschrijfgedrag en het gebruik van bepaalde onderzoeken, om een vergelijking met “peer groups” mogelijk te maken en een aanpak ter verbetering van de praktijkvoering te ondersteunen¹¹.

De tweede pijler voor de keuze van de prioritaire assen is gebaseerd op **recent onderzoek op Europees niveau**, en in het bijzonder op het eerder vermelde rapport “Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment (2025)”. Dit rapport levert een aantal belangrijke inzichten op die rechtstreeks bepalend zijn geweest voor de strategie die in dit plan is gekozen:

- Ten eerste stelt het rapport vast dat “Low Value Care” een systemisch fenomeen is dat in alle Europese gezondheidszorgsystemen voorkomt, en niet louter een geïsoleerd

¹¹ RIZIV. (z.d.). Individuele activiteitenverslagen en feedback – Verslag van uw activiteit als huisarts over voorschrijfgedrag in 2016. Brussel: RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/individuele-activiteitenverslagen-en-feedback/verslag-van-uw-activiteit-als-huisarts-over-voorschrijfgedrag-in-2016>

probleem. Het toont aan dat “Low Value Care” zich niet beperkt tot het overgebruik van bepaalde verstrekkingen, maar ook het oneigenlijk gebruik en het ondergebruik van noodzakelijke zorg omvat, waardoor de reikwijdte die traditioneel wordt geassocieerd met het begrip “Appropriate Care” wordt verruimd. Deze holistische benadering leidt ertoe dat “overuse”, “misuse” en “underuse” tegelijkertijd worden beschouwd als complementaire uitingen van eenzelfde performantieprobleem van het gezondheidszorgsysteem.

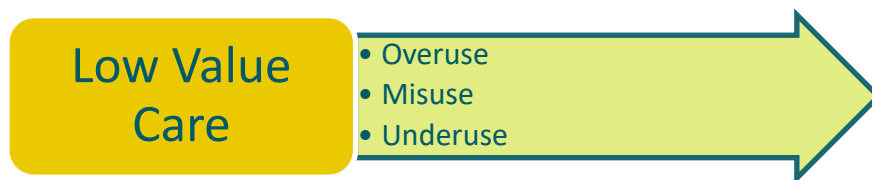
- Vervolgens benadrukt het rapport dat ongerechtvaardigde praktijkvariaties een belangrijke rol kunnen spelen bij het identificeren van domeinen waar “Low Value Care” zich, naar verwachting, vooral concentreert. Wanneer deze variaties niet kunnen worden verklaard door verschillen in de behoeften van patiënten, kunnen ze zowel op overgebruik, als op ondergebruik wijzen. Er wordt ook benadrukt dat de analyse van geografische variaties of variaties tussen patiëntengroepen vaak een van de weinige, beschikbare instrumenten is om deze verschijnselen op systeemniveau te objectiveren, in het bijzonder wanneer er geen gedetailleerde klinische indicatoren of klinische gegevens beschikbaar zijn.
- Ten slotte benadrukt het rapport dat het terugdringen van “Low Value Care” een systemische en uit meerdere componenten bestaande aanpak vereist, waarin meting, prioritering en actie op elkaar zijn afgestemd. In dit verband beveelt het rapport expliciet aan om een sterk analytisch kader te hanteren als basis voor de respectievelijke nationale strategieën.

Vanuit dit perspectief leidt de samenloop tussen eerdere werkzaamheden van het RIZIV en de recente Europese aanbevelingen tot een duidelijke en coherente structurering van de strategie rond **twee operationele prioritaire assen**. Enerzijds betreft het de analyse en reductie van “Low Value Care”, dat wil zeggen alle situaties van overgebruik, oneigenlijk gebruik of ondergebruik van zorg. Anderzijds betreft het de analyse van ongerechtvaardigde **praktijkvariaties**, die met name worden waargenomen op basis van geografische dimensies of

patiëntkenmerken (zoals leeftijd, sociaaleconomische status of verzekeringsstatuut), en die worden beschouwd als een signaal waarmee de domeinen kunnen worden geïdentificeerd, geprioriteerd en opgevolgd waarin deze situaties zich, naar verwachting, vooral concentreren. Deze twee assen, die complementair en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, vormen het operationele analytische kader dat in dit plan wordt gehanteerd.

Naast deze twee operationele prioritaire assen identificeert het plan ook **twee transversale prioritaire assen**, als randvoorwaarden voor een coherente sturing van “Appropriate Care”.

III.3.1 Operationele as 1: “Low Value Care”



Figuur III-2 : Operationele as 1

De operationele as “Low Value Care” heeft tot doel de doelmatigheid van de zorg te benaderen vanuit het perspectief van een **structureel** en **systemisch** probleem in de organisatie van de gezondheidszorg. Deze as heeft betrekking op het veralgemeende gebruik van zorg die, gelet op de beschikbare wetenschappelijke kennis, onvoldoende klinische meerwaarde biedt, en dit op uniforme wijze binnen het hele systeem. In deze betekenis omvat “Low Value Care” logischerwijs alle situaties van overgebruik (“overuse”) en verkeerd gebruik (“misuse”), zoals gedefinieerd in de internationale literatuur en overgenomen in dit plan, maar ook van ondergebruik (“underuse”) van zorg, wat verwijst naar situaties waarin patiënten noodzakelijke zorg niet ontvangen, terwijl ze daar wel baat bij zouden hebben. Dit laatste aspect heeft rechtstreeks betrekking op uitdagingen op het gebied van billijkheid en toegang tot doelmatige zorg, en omvat in voorkomend geval ook preventie. Deze verschijnselen wijzen op een

discrepanctie tussen de verstrekte zorg en de werkelijke behoeften van patiënten, en vormen een indicator van mogelijke tekortkomingen van het systeem.

De analyse van “Low Value Care” maakt het dus mogelijk om een **algemeen niveau** van ondoelmatigheid te objectiveren, door zorg aan te wijzen waarbij de verwachte waarde onvoldoende of onzeker is. Het doel is niet om individueel gedrag of geïsoleerde afwijkingen te identificeren, maar om een systemisch fenomeen in kaart te brengen dat aanleiding geeft tot een reflectie over normen, referentiekaders en de algemene organisatie van de zorg. In die zin vormt de as “Low Value Care” een eerste pijler van de strategie, gericht op de aard en het volume van de op macroniveau terugbetaalde zorgprestaties, en tracht zij een antwoord te bieden op de volgende vraag:

→ “Welke beleidsmatige hefboomen kunnen worden ingezet om “Low Value Care” binnen de gezondheidszorg systematisch te identificeren en terug te dringen?”

III.3.2 Operationele as 2: Praktijkvariaties



Figuur III-3: Operationele as 2

De prioritaire operationele as “Praktijkvariaties” benadert de doelmatigheid van de zorg vanuit een complementair perspectief, en focust op **spreiding** en **heterogeniteit** binnen het gezondheidszorgsysteem. Deze as beoogt te analyseren hoe het gebruik van zorg varieert tussen zorgverleners, instellingen, regio's of patiëntengroepen, wanneer deze verschillen niet kunnen worden verklaard door objectiveerbare klinische behoeften. Praktijkvariaties worden met name waargenomen op basis van geografische dimensies, alsook op basis van patiëntkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, verzekeringsstatuut, ...). Wanneer deze variaties ongerechtvaardigd zijn, vormen ze een sterk signaal van potentiële onevenwichten, die wijzen op gelokaliseerd over- of

ondergebruik, zonder dat het globale zorggebruik daarom noodzakelijk buitensporig of ontoereikend is. De beoordeling van het “ongerechtvaardigde” karakter is gebaseerd op een analyse waarin data en expertise van het terrein (ad-hoc wetenschappelijke kamers, klinische experts uit de sector, ...) worden gecombineerd, om de verklaarbare variaties (casemix, context, ...) te onderscheiden van de variaties die kunnen wijzen op verschillen in zorggebruik die een grondigere analyse vereisen.

In tegenstelling tot de vorige as is de analyse van praktijkvariaties niet bedoeld om het totale volume aan zorg met een lage toegevoegde waarde te meten, maar om vast te stellen **waar, hoe en voor wie** er binnen het systeem verschillen in zorggebruik optreden. Hiermee kunnen verschillen aan het licht worden gebracht die vragen oproepen over de billijkheid van de toegang tot evidence-based zorg en over de consistentie van de beroepspraktijk. In dit perspectief vormt de as “Praktijkvariaties” een tweede essentiële pijler voor het identificeren, prioriteren en opvolgen van de uitdagingen inzake “Appropriate Care”, zoals waarneembaar via het gebruik van door de ziekteverzekering gedekte zorgprestaties, en tracht zij een antwoord te bieden op volgende complementaire vraag:

→ “Welke beleidsmatige hefboomen kunnen worden ingezet om ongerechtvaardigde verschillen in de praktijkvoering systematisch te identificeren en terug te dringen?”

III.3.3 Transversale assen

De transversale assen omvatten alle acties die nodig zijn om het kader te creëren en te consolideren waarin de twee operationele assen worden ingebed. Ze beogen niet zozeer een specifiek klinisch domein te behandelen, maar veeleer de voorwaarden te creëren om analytische vaststellingen om te zetten in coherente interventies. Concreet veronderstelt dit de uitbouw van een gerichte governance structuur (met name via de operationalisering van de Commissie Appropriate Care), de versterking van het continuüm “data → indicatoren → transparantie/feedback” ter ondersteuning van de objectivering van de praktijkvoering en de dialoog met het terrein, evenals de verankering van gedeelde, evidence-based referentiekaders,

in samenhang met de geleidelijke centralisatie van de EBP-functies. Deze transversale assen vormen zo de gemeenschappelijke basis voor de coördinatie tussen het RIZIV, de institutionele partners en de VI en bepalen mee in welke mate het systeem acties op een gestructureerde manier kan prioriteren en uitrollen.

IV Instrumenten

De strategie inzake “Appropriate Care” steunt op een coherent geheel van instrumenten waarover het RIZIV en de betrokken partners beschikken om de analytische bevindingen om te zetten in gerichte verbetertrajecten. Deze instrumenten zijn rechtstreeks gestructureerd volgens het conceptuele model dat in punt III.2 wordt voorgesteld en passen in een **sequentiële en complementaire logica**, gaande van strategische sturing tot responsabiliseringsprocessen. Ze vormen een **gemeenschappelijke interventieketen**, die geleidelijk en evenredig kan worden ingezet naargelang de geïdentificeerde uitdagingen. Deze inzet gebeurt met inachtneming van de bevoegdheidsverdeling tussen de betrokken overheden en instellingen. Elke actor treedt daarbij op binnen zijn eigen opdrachten, met name inzake terugbetaling, kwaliteit en veiligheid van de zorg, of de organisatie van het gezondheidszorgsysteem. In dit hoofdstuk worden deze instrumenten, hun doel en hun verankering in het conceptuele kader beschreven.

IV.1 Prioritering



Prioritering vormt het startpunt van elke interventie op het gebied van “Appropriate Care”. Dit valt onder **de strategische sturing**, die wordt opgenomen door de Commissie Appropriate Care, en heeft tot doel om, op basis van de beschikbare analyses, de domeinen te identificeren waar “Low Value Care” of ongerechtvaardigde praktijkvariaties zich naar verwachting vooral voordoen. Daarbij wordt ook rekening gehouden met bredere volksgezondheidsoverwegingen, met name in verband met de noden van de bevolking,

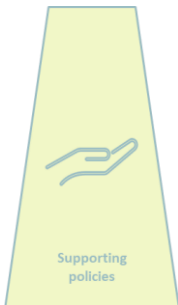
ongelijkheden en de mogelijke impact op de kwaliteit en de billijkheid van de zorg. Deze stap bepaalt de volgorde en de combinatie van de instrumenten die vervolgens worden ingezet.

IV.2 Normen

Clarity

Normen zijn bedoeld om **duidelijkheid te scheppen over de verwachtingen** inzake doelmatige zorg. Zij maken het mogelijk te bepalen welke zorg wetenschappelijk onderbouwd is, afgestemd op de behoeften van de patiënt en in overeenstemming met de doelstellingen van het gezondheidszorgsysteem. Om de relevantie ervan te waarborgen, is het van cruciaal belang dat ze steunen op wetenschappelijk onderbouwde en methodologisch robuuste richtlijnen. Duidelijkheid over de verwachtingen is een essentiële voorwaarde om te zorgen voor een gedeeld begrip van de standaarden voor kwaliteit en relevantie van de zorg.

IV.3 Implementatie



Implementatie omvat de instrumenten die bedoeld zijn om **de effectieve toepassing** van de vastgestelde normen en richtlijnen **te ondersteunen** en heeft tot doel de invoering van de doelmatige praktijkvoering te faciliteren door organisatorische, technische of cognitieve drempels weg te nemen, zonder dat er een beroep hoeft te worden gedaan op afdwingbare mechanismen.

IV.4 Data

Transparency

De instrumenten op het gebied van data vormen een centrale hefboom om domeinen te identificeren waar normen onvoldoende worden nageleefd, waar “Low Value Care” zich concentreert en waar praktijkvariëaties moeilijk verklaarbaar zijn. Ze zijn gebaseerd op de beschikbaarheid van betrouwbare gegevens die het volledige spectrum van verstrekte en

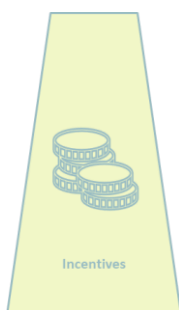
voorgeschreven zorg bestrijken, met inbegrip van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Om de ontwikkeling van voldoende gedetailleerde indicatoren mogelijk te maken, moeten deze gegevens onderling kunnen worden gekoppeld, zowel op het niveau van de zorgverlener als van de rechthebbende, met inachtneming van de vereisten inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Ze beogen de **transparantie** van het systeem te versterken door informatie beschikbaar te maken voor het terrein, voor beleidsmakers en, waar relevant, voor het brede publiek.

IV.5 Begeleiding

Responsibility and Involvement

Begeleiding beoogt de **verantwoordelijkheid en betrokkenheid** van de actoren in het gezondheidszorgsysteem te versterken om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Het gaat erom de toe-eigening van de bevindingen en de verwachtingen door de zorgverleners te ondersteunen, door samen met hen een actieve betrokkenheid bij verbetertrajecten te versterken. Dit gaat verder dan de loutere terbeschikkingstelling van instrumenten of informatie.

IV.6 Incentives



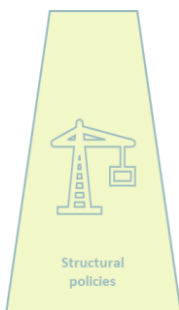
Incentives zijn instrumenten, zoals financieringsmechanismen of accreditering, die bedoeld zijn om **doelmatig gedrag aan te moedigen** door individuele of collectieve belangen af te stemmen op de doelstellingen die met de strategie worden nagestreefd.

IV.7 Communicatie



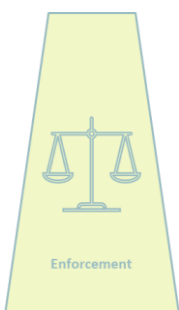
Communicatie en **sensibilisering** beogen het inzicht in de uitdagingen inzake “Appropriate Care” te vergroten en een draagvlak te creëren voor verbetering van de praktijkvoering. Ze dragen bij tot het uitdragen van coherente boodschappen, het vergroten van de betrokkenheid van de actoren en het ondersteunen van de overige ingezette instrumenten.

IV.8 Corrigerende maatregelen



Corrigerende maatregelen vallen onder **het structurele beleid** en zijn bedoeld om het systeem bij te sturen wanneer er aanhoudende situaties van niet-“Appropriate” zorg worden geïdentificeerd. Ze omvatten de aanpassing van regels, vergoedingsvoorwaarden, of de organisatie van de zorg, en vormen binnen het bevoegdheidsdomein van het RIZIV een hefboom voor systemische bijsturing, los van louter sanctionerende mechanismen.

IV.9 Handhaving / Enforcement

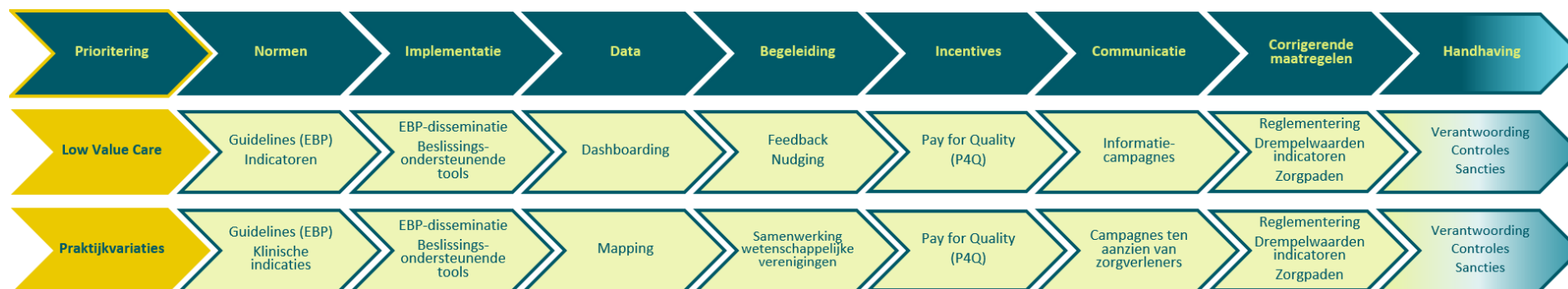


De handhavingsmechanismen beantwoorden aan het begrip “**enforcement**” en vormen de laatste schakel in de interventieketen. Ze beogen de naleving van de vastgestelde normen te waarborgen wanneer de voorgaande instrumenten er niet in zijn geslaagd het gedrag bij te sturen. De inzet ervan gebeurt op een evenredige en omkaderde manier, om de billijkheid en de duurzaamheid van het systeem te vrijwaren.

IV.10 De conceptuele matrix

Deze negen instrumenten worden samengebracht in een **conceptuele matrix**, die hieronder wordt weergegeven en een centraal onderdeel vormt van dit plan. Deze matrix kruist enerzijds de prioritaire operationele assen (“Low Value Care” en praktijkvariaties) en anderzijds het beschikbare instrumentarium, gestructureerd volgens het conceptuele model van “Appropriate Care”. Ze beoogt een expliciete koppeling te maken tussen de geïdentificeerde types van problematieken en de inzetbare instrumenten, zodat interventies op coherente wijze kunnen worden gestructureerd. De matrix maakt het mogelijk om op het snijvlak van de operationele assen en de instrumenten de meest relevante hefboomen te identificeren, in samenhang met het conceptuele kader en de strategische uitgangspunten.

De matrix vormt geen gedetailleerd actieplan, maar een structurerend kader voor de operationalisering van de strategie, bedoeld om de geleidelijke inzet van de instrumenten te sturen en de samenhang te waarborgen van de acties die in het kader van “Appropriate Care” worden ondernomen.



Figuur IV-1: Conceptuele matrix van het plan AC

V Governance en uitvoering van de strategie

Dit hoofdstuk beschrijft het governance kader en de uitvoeringsmodaliteiten van de strategie inzake “Appropriate Care”. Na een algemene positionering wordt eerst de verankering van de strategie in de federale gezondheidszorgdoelstellingen toegelicht. Vervolgens worden de rollen van de betrokken instanties en partners beschreven, evenals de operationele modaliteiten en de prioriteiten voor 2026–2027.

V.1 Algemene positionering van de strategie

Het voorliggende plan “Appropriate Care” past in een logica van geleidelijke transformatie van het gezondheidszorgsysteem, met als doel de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg op een gestructureerde manier te versterken. Het vormt een strategisch kader dat het mogelijk maakt de beschikbare hefboomen op een coherente manier op elkaar af te stemmen, waarbij een duidelijk verband wordt gelegd tussen de analyse van de praktijkvoering, de vaststelling van prioriteiten, de ontwikkeling van referentiekaders en de effectieve implementatie ervan op het terrein. In dit opzicht is de strategie gebaseerd op een geïntegreerde aanpak, waarbij de verschillende institutionele en sectorale actoren op gecoördineerde wijze worden ingezet, met inachtneming van hun respectieve bevoegdheden.

V.2 Aansluiting bij de gezondheidszorgdoelstellingen

De strategie inzake “Appropriate Care” sluit aan bij de op federaal niveau vastgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en in het bijzonder bij de doelstellingen met betrekking tot:

- beter gebruik van data (GZD1);
- verhogen van de doelmatigheid (GZD2).

In dit kader vormen de gezondheidszorgdoelstellingen het strategische meerjarenkader, waarin de prioriteiten van het systeem en de ambities op het gebied van kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid worden vastgelegd. Het strategisch plan “Appropriate Care” vormt in dat verband een instrument voor de uitvoering op kortere termijn, dat tot doel heeft een aantal van deze prioriteiten om te zetten in concrete interventies, in het bijzonder wat betreft het terugdringen van “Low Value Care” en van ongerechtvaardigde praktijkvariaties. De samenhang tussen deze twee niveaus berust op een logica van complementariteit en voortdurende interactie:

- De gezondheidszorgdoelstellingen bepalen de strategische koers.
- Het plan “Appropriate Care” maakt de geleidelijke operationalisering ervan mogelijk.
- De resultaten en inzichten bij de operationalisering van het plan worden vervolgens gebruikt voor het vaststellen en bijstellen van de prioriteiten.

Deze aanpak versterkt een cyclus van voortdurende verbetering, door de samenhang tussen strategie, uitvoering en evaluatie te consolideren.

V.3 Rol van de Commissie Appropriate Care

De Commissie Appropriate Care vormt het centrale orgaan voor de strategische sturing van het systeem. Zij vervult een structurerende rol in de oriëntatie, de coördinatie en de samenhang van het beleid dat erop gericht is de doelmatigheid van de zorg te versterken. In die hoedanigheid draagt zij in de eerste plaats bij aan de prioritering van de operationele thema’s, op basis van de beschikbare analyses en met integratie van de verschillende informatiebronnen. Deze kunnen voortvloeien uit gegevensanalyses, wetenschappelijk onderzoek, signalen vanuit het terrein of input van institutionele actoren. Op die manier maakt de Commissie Appropriate Care het mogelijk om de strategische keuzes te objectiveren en de inspanningen te richten op de domeinen met de grootste potentiële impact.

De Commissie speelt ook een centrale rol bij de validatie van de beleidsoriëntaties en actievoorstellen, door een onderbouwde afweging te maken tussen de verschillende mogelijke opties. Zij zorgt ervoor dat de geselecteerde interventies overeenstemmen met de gezondheidszorgdoelstellingen, evidence-based zijn en in verhouding staan tot de geïdentificeerde uitdagingen. In het kader van deze functie kan de Commissie een beroep doen op ad-hoc wetenschappelijke kamers, samengesteld volgens de behandelde thema's. Zij bieden een aanvullende wetenschappelijke en praktijkgerichte invalshoek op de geobjectiveerde vaststellingen, helpen de vastgestelde afwijkingen te duiden en ondersteunen de identificatie van mogelijke acties die aansluiten bij de realiteit op het terrein.

Naast deze oriënterende functie vervult de Commissie een essentiële opdracht inzake coördinatie en afstemming tussen de verschillende betrokken actoren en ingezette instrumenten? Zij vormt een gestructureerd platform voor dialoog en overleg, waardoor de bijdragen van overheidsinstanties, academici, verzekeringsinstellingen, wetenschappelijk deskundigen en vertegenwoordigers van zorgverleners op een coherente manier kunnen worden gebundeld. In dit kader ziet zij erop toe dat de ondernomen acties worden afgestemd op de ruimere strategische kaders. Zij draagt er zo toe bij dat de interventies worden ingebed in een samenhangend geheel, waarbij een gefragmenteerde benadering wordt vermeden en de initiatieven beter op elkaar aansluiten.

Als strategisch sturingsorgaan vormt de Commissie Appropriate Care dan ook een centraal onderdeel van het systeem en waarborgt zij de samenhang, geloofwaardigheid en continuïteit van de strategie.

V.4 Rol van het RIZIV

V.4.1 De Directie Appropriate Care

De Directie Appropriate Care speelt een centrale rol in de structurering en de operationalisering van de strategie. Haar opdrachten concentreren zich rond drie hoofdfuncties:

- analyse en objectivering van de praktijkvoering, aan de hand van data en indicatoren;
- ondersteuning van de strategische prioritering, door het identificeren van domeinen met een groot verbeterpotentieel;
- begeleiding van verbetertrajecten, in samenwerking met de actoren op het terrein.

De directie zorgt voor samenhang tussen de verschillende ingezette instrumenten en ziet erop toe dat deze coherent op elkaar aansluiten, van de identificatie van de problematiek tot de opvolging van de impact.

V.4.2 Rol van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

De DGEC draagt bij aan het waarborgen van een optimaal gebruik van het budget van de ziekteverzekering door in te grijpen op het voorschrijf- en attesteringsgedrag. In die hoedanigheid is de dienst een sleutelspeler in het onderdeel “Handhaving/Enforcement” van het plan “Appropriate Care”. Op basis van de gegevens die de Directie Appropriate Care aanlevert, zal de DGEC een gedetailleerde analyse uitvoeren. Vervolgens kan zij, afhankelijk van de situatie, de meest passende acties ondernemen en maatregelen nemen (informatie, evaluatie, controle).

V.5 Rol van de institutionele partners en de VI

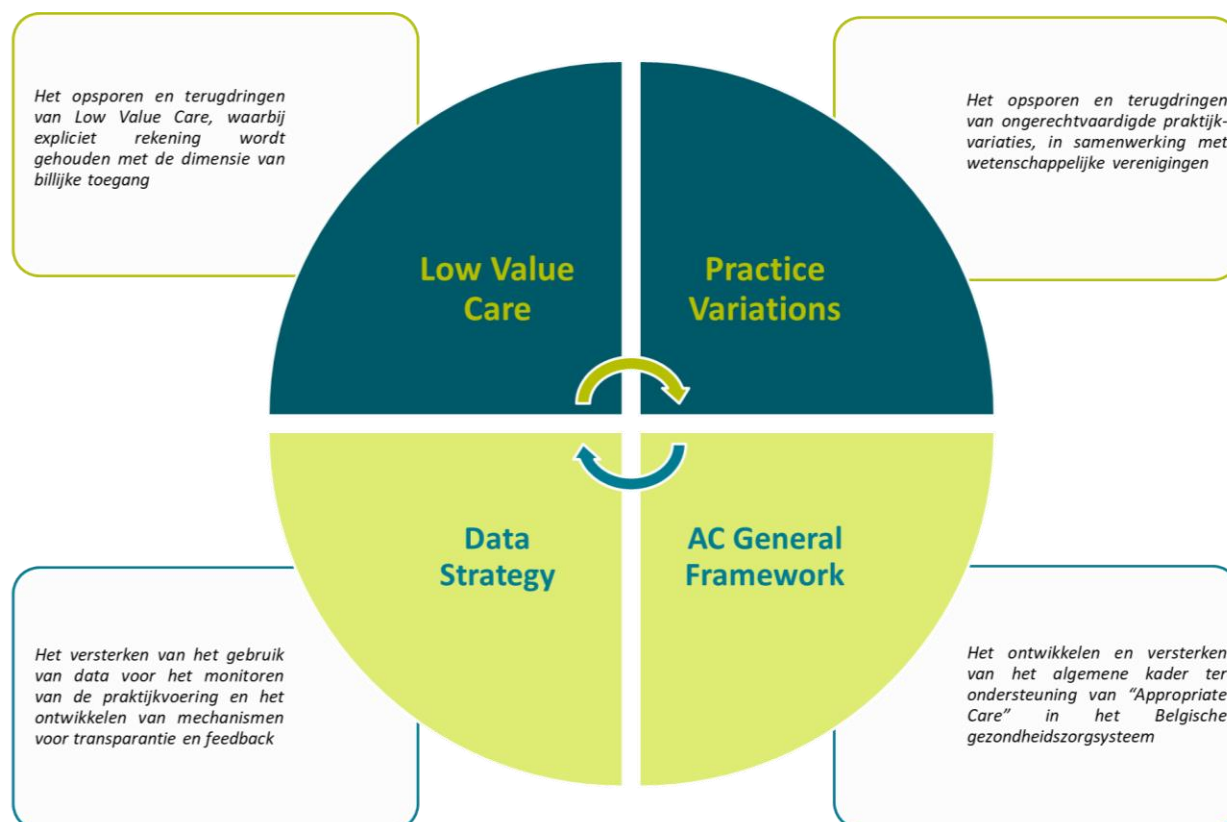
De uitvoering van de strategie berust op een nauwe samenwerking tussen verschillende actoren, waarvan de rollen complementair zijn:

- Het KCE vervult een centrale rol als autoriteit op het gebied van EBP, door in te staan voor de ontwikkeling, validatie en actualisering van wetenschappelijke kennis en klinische richtlijnen die als referentiekader dienen voor de uitrol van een “Appropriate Care”-beleid. De geleidelijke centralisatie van de EBP-activiteiten binnen het KCE (waaronder Evikey) heeft tot doel de samenhang tussen de ontwikkeling van referentiekaders, de ondersteuning van de implementatie en de opvolging te versterken. Via de “Horizon Scanning” en in samenwerking met de Commissie Appropriate Care draagt het KCE bij aan de prioritering van thema's inzake “Low Value Care” en praktijkvariaties, en slaat het de brug tussen wetenschappelijke onderbouwing, prioriteiten van het gezondheidsbeleid en de uitvoering daarvan. Ten slotte vormt het evaluatieprogramma van het KCE een aanvullende ondersteuning van het plan “Appropriate Care” door proces- en impactevaluatie van zorginterventies en -programma's.
- De FOD Volksgezondheid ziet erop toe dat het plan aansluit bij het federale kader voor kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daartoe stuurt en coördineert de FOD transversale beleidsmaatregelen (met name in verband met de Kwaliteitswet), stemt zij af op de prioriteiten inzake volksgezondheid en mobiliseert zij de bevoegde instanties om de samenhang in de regelgeving en de uitrol van kwaliteits- en veiligheidsmaatregelen ter ondersteuning van acties inzake “Appropriate Care” te waarborgen. Daarnaast draagt de FOD ook bij aan de versterking van de patiëntgerichte benadering, met name via de geleidelijke integratie van PROM's en PREM's in de kwaliteitsinitiatieven en de opvolgingsmechanismen. Ten slotte vervult de FOD een belangrijke rol als communicatiekanaal naar het brede publiek en de patiënten, via campagnes die aansluiten bij de prioriteiten van de strategie inzake “Appropriate Care”.

- Sciensano stelt expertise op gebied van bevolking en epidemiologie ter beschikking, die de prioritering van onderwerpen en de evaluatie van acties kan ondersteunen: analyses van de gezondheidstoestand, ziektelast, vermijdbare sterfte, ongelijkheden en indicatoren inzake volksgezondheid. Hierdoor kunnen de vaststellingen op basis van terugbetalingsgegevens in de juiste context worden geplaatst en kan de impact van de acties op de noden van de bevolking en de billijkheid van de toegang tot zorg worden beoordeeld.
- De verzekeringsinstellingen spelen een cruciale rol bij de operationele uitvoering van de strategie, via hun betrokkenheid bij het huidige overlegmodel of bij de toekomstige thematische ad-hoc wetenschappelijke kamers. Ze dragen bij aan de objectivering en opvolging van het zorggebruik aan de hand van terugbetalingsgegevens, aan de opstelling en opvolging van indicatoren (bijv. volumes, voorschrijfprofielen, gebruik van bepaalde verstrekkingen, variaties en evoluties), en aan de identificatie van signalen die nuttig zijn in het kader van prioritering. In het kader van hun bevoegdheden nemen zij ook deel aan de opvolging van de correcte toepassing van de terugbetalingsregels en, indien nodig, aan maatregelen ter versterking van de efficiëntie. Afhankelijk van de gekozen maatregelen kunnen zij ten slotte bijdragen aan het beschikbaar stellen van feedback aan hun verzekerden.

V.6 Prioritaire assen voor de periode 2026–2027

Voor de periode 2026–2027 concentreert de strategie inzake “Appropriate Care” zich dus op vier prioritaire assen, die kunnen worden gegroepeerd in **operationele prioritaire assen** (die betrekking hebben op gerichte actiegebieden) en **transversale prioritaire assen** (die structurerende voorwaarden of vereisten vormen).



Figuur V-1: Prioritaire assen

De hierboven voorgestelde prioriteiten vergen in het vervolg van dit hoofdstuk niet allemaal dezelfde uitwerking. De transversale assen versterken het algemene kader voor de uitvoering van de strategie, terwijl de volgende paragrafen vooral ingaan op de algemene uitvoeringsmodaliteiten van de operationele assen. Het doel is niet om deze assen al volledig uit te werken, maar om de algemene logica te schetsen waarbinnen de in hoofdstuk IV beschreven instrumenten, afhankelijk van de vastgestelde uitdagingen, kunnen worden ingezet.

V.7 Algemene uitvoeringsmodaliteiten

De uitvoering van de strategie inzake “Appropriate Care” berust op de gecoördineerde inzet van een gestructureerd geheel van instrumenten, zoals gedefinieerd in het conceptuele kader. Deze instrumenten passen in een sequentiële en complementaire logica en vormen een coherente interventieketen, van de prioritering van de uitdagingen tot de responsabilisering van de actoren. In dat perspectief vormt de eerder voorgestelde conceptuele matrix een nuttig afstemmingskader. Voor elk van beide operationele assen maakt zij zichtbaar welke instrumenten kunnen worden ingezet en hoe die in samenhang met elkaar kunnen worden toegepast. De matrix is geen gedetailleerd actieplan, maar wel een leidraad om de overgang van diagnose naar actie te structureren.

V.7.1 Toepassing op de as “Low Value Care”

Voor de as “Low Value Care” ligt de voornaamste uitdaging in het identificeren van thema’s die gepaard gaan met een structurele productie van zorg met een lage toegevoegde waarde of, omgekeerd, met onvoldoende toegang tot noodzakelijke zorg. De aanpak richt zich dus in de eerste plaats op het in kaart brengen van de te behandelen situaties, het consolideren van de geldende referentiekaders en het inzetten van hefboven die kunnen ingrijpen op de algemene organisatie van de zorg. Dit omvat situaties van “overuse”, “misuse” maar ook van “underuse”, ook wanneer het preventieve interventies betreft.

- Prioritering: selectie van de thema's van “Low Value Care” met de grootste potentiële impact op basis van gekruiste analyses (frequentie, winstpotentieel, haalbaarheid, verwachte impact op kwaliteit en billijkheid, evenals overwegingen op het gebied van volksgezondheid) en organisatie van de aanpak ervan met de bevoegde partners.
- Normen: identificatie, ontwikkeling of consolidatie van aanbevelingen en referentiekaders die het mogelijk maken situaties van zorg met een lage toegevoegde waarde duidelijk af te bakenen. Deze aanbevelingen en referentiekaders maken het ook

mogelijk om situaties te identificeren waarin noodzakelijke zorg onvoldoende wordt verleend, ook op het gebied van preventie. Indien van toepassing, kunnen daarbij ook relevante klinische uitzonderingen nader worden gespecificeerd.

- Implementatie: invoering van maatregelen ter bevordering van de toepassing van de geldende referentiekaders (verspreiding van EBP, beslissingsondersteunende hulpmiddelen, implementatiemateriaal, gerichte acties), rekening houdend met sector-specifieke belemmeringen en, indien van toepassing, met specifieke obstakels voor preventie of voor de toegang tot noodzakelijke zorg.
- Data: operationalisering van de opvolging door middel van indicatoren en dashboards, waarmee volumes, evoluties en verschillen in toegang tot de zorg kunnen worden geobjectiveerd en waarmee deze informatie ter beschikking kan worden gesteld aan de actoren op het terrein, beleidsmakers en, waar relevant, het brede publiek.
- Begeleiding: organisatie van een gestructureerde dialoog met de sectoren en de actoren op het terrein om de bevindingen te interpreteren, verbetertrajecten te ondersteunen en de toe-eigening van de nagestreefde doelstellingen te bevorderen.
- Incentives: waar nodig inzet van stimulerende maatregelen om het gedrag en de organisatie van de zorg af te stemmen op de nagestreefde doelstellingen, met name wanneer de huidige structuur van het systeem een buitensporig, oneigenlijk of ontoereikend gebruik van bepaalde zorgprestaties in de hand werkt.
- Communicatie: bevordering van de duidelijkheid van de boodschappen en de verwachtingen ten aanzien van zorgverleners en, indien van toepassing, patiënten, in overeenstemming met de gekozen referentiekaders en de vastgestelde prioriteiten.
- Corrigerende maatregelen: wanneer structurele aanpassingen noodzakelijk blijken, kan worden overwogen om de regels, de vergoedingsvoorwaarden, de nomenclatuur of de organisatie van zorgpaden aan te passen. Indien nodig kunnen daarbij ook drempels worden vastgelegd voor bepaalde bestaande of nieuw ontwikkelde indicatoren binnen het instrument "Data". Deze aanpassingen zijn erop gericht het gebruik van zorg met een lage toegevoegde waarde structureel te verminderen of, omgekeerd, de toegang tot noodzakelijke zorg te ondersteunen.

- Handhaving: in laatste instantie, wanneer de voorgaande instrumenten ontoereikend zijn en er aanhoudende afwijkingen worden vastgesteld ten opzichte van de geldende normen, inzet van de evenredige controle- en handhavingsmechanismen zoals beschreven in het onderdeel over de rol van de DGEC, op basis van een analyse van de relevante elementen en, indien nodig, door middel van informatie-, evaluatie- of controle-acties die aan de situatie zijn aangepast.

V.7.2 Toepassing op de as “Praktijkvariaties”

Voor de as “Praktijkvariaties” is de aanpak anders: het gaat er niet zozeer om een thema meteen als “Low Value Care” te kwalificeren, maar om verschillen in praktijkvoering te objectiveren en vervolgens de betekenis daarvan samen met de betrokken actoren te interpreteren. Deze as steunt dus meer rechtstreeks op vergelijkende data-analyses, op de samenwerking met wetenschappelijke verenigingen rond sleutelthema's en op het gebruik van de reeds vermelde ad-hoc kamers om de verklaarbare variaties te onderscheiden van de variaties die om actie vragen.

- Prioritering: inventarisering van de thema's en onderwerpen van variatie die op basis van signalen vanuit het terrein, met name van wetenschappelijke verenigingen en andere betrokken actoren, onder de aandacht van het RIZIV zijn gebracht. Deze inventaris kan worden aangevuld met bijkomende onderwerpen die op basis van de beschikbare analyses als relevant worden beschouwd. Vervolgens wordt, op basis van een nog te ontwikkelen instrument en vooropgestelde criteria, een coherente keuze gemaakt, rekening houdend met de inzetbare middelen.
- Normen: inzet van bestaande aanbevelingen en, waar nodig, samenwerking met de betrokken wetenschappelijke verenigingen om de interpretatie ervan te verduidelijken, met name, binnen de reeds vermelde ad-hoc kamers.

- Implementatie: invoering van gerichte verbetermaatregelen in functie van de vastgestelde knelpunten, met aandacht voor de lokale, organisatorische of professionele context.
- Data: uitvoering van robuuste analyses van de variaties, inclusief relevante standaardisaties en stratificaties. De verkregen informatie wordt ter beschikking gesteld van de actoren op het terrein, de beleidsmakers en, waar relevant, het brede publiek, zodat zij zich kunnen situeren en de evolutie van de praktijkvariaties kunnen opvolgen.
- Begeleiding: analyse en interpretatie van de waargenomen verschillen in de ad-hoc thematische kamers, samen met de wetenschappelijke verenigingen, de actoren op het terrein en de bevoegde overheden. Daarbij wordt beoogd de mogelijke oorzaken van die verschillen te objectiveren. Er wordt ook nagegaan welke variaties verklaarbaar zijn en welke aanleiding geven tot actie. Op basis daarvan worden oplossingen en verbeterpistes uitgewerkt die zijn afgestemd op de vastgestelde knelpunten.
- Incentives: waar nodig inzet van stimulerende maatregelen om het gedrag en de organisatie van de zorg af te stemmen op de nagestreefde doelstellingen, met name wanneer de huidige structuur van het systeem een buitensporig, oneigenlijk of ontoereikend gebruik van bepaalde zorgprestaties in de hand werkt.
- Communicatie: uitwerking van recurrente, duidelijke en vergelijkende feedbackmechanismen, afgestemd op de betrokken doelgroepen, met als doel de waargenomen verschillen te visualiseren en de betrokken actoren aan te moedigen om deze inzichten actief te vertalen naar hun praktijk.
- Corrigerende maatregelen: Wanneer aanhoudende en onvoldoende gerechtvaardigde verschillen worden vastgesteld, kan worden overwogen om de regels, de vergoedingsvoorwaarden, de nomenclatuur of de organisatie van zorgpaden aan te passen. Indien nodig kunnen daarbij ook drempels worden vastgelegd voor bepaalde bestaande of nieuw ontwikkelde indicatoren binnen het instrument “Data”. Deze aanpassingen zijn erop gericht de vastgestelde variaties structureel te verminderen.
- Handhaving: in laatste instantie, wanneer de voorgaande instrumenten niet volstaan en er aanhoudende en onvoldoende gerechtvaardigde afwijkingen worden vastgesteld ten

opzichte van de geldende normen, inzet van de evenredige controle- en handhavingsmechanismen zoals beschreven in het onderdeel over de rol van de DGEC, op basis van een analyse van de relevante elementen en, indien nodig, door middel van informatie-, evaluatie- of controle-acties die aan de situatie zijn aangepast.

V.7.3 Een geleidelijke en iteratieve uitvoering

De strategie wordt gefaseerd en proportioneel uitgevoerd, waarbij de in hoofdstuk IV beschreven instrumenten worden ingezet in functie van de vastgestelde uitdagingen en de context van de betrokken sectoren. Daarbij wordt prioritair ingezet op het verankeren van een helder kader met duidelijke verwachtingen, referentiekaders en transparantie. Waar aangewezen, wordt in eerste instantie voorrang gegeven aan verbeter- en begeleidingstrajecten, met behoud van de mogelijkheid om meer structurele hefboomen in te zetten, in functie van de vaststellingen. Deze uitrol maakt deel uit van een proces van continue bijsturing en verfijning, waarbij analyses, indicatoren en signalen vanuit het terrein worden benut om de prioritering aan te passen, de referentiekaders verder te verfijnen en de inzet van instrumenten gericht te laten evolueren.

Ten slotte zal er geleidelijk aan, op verschillende sleutelmomenten tijdens de uitvoering, een ex-post-evaluatie worden uitgevoerd om de progressie in het licht van de operationele prioriteiten te objectiveren en daaruit nuttige lessen te trekken voor een volgende periode. Al deze modaliteiten zullen concreet en gedetailleerd worden uitgewerkt in een operationeel plan dat verder bouwt op deze strategie.

VI Conclusie

Dit strategisch meerjarenplan voor 2026–2027 heeft tot doel een geïntegreerde strategie inzake “Appropriate Care” te consolideren, door bevindingen, referentiekaders en hefboomen expliciet met elkaar te verbinden. Het past in een logica van geleidelijke transformatie van het gezondheidszorgsysteem, om de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, en tegelijk de billijkheid en de duurzaamheid van de ziekteverzekering te versterken.

De strategie is opgebouwd rond vier **prioritaire assen**. Twee **operationele** assen (de reductie van “Low Value Care” en de reductie van ongerechtvaardigde praktijkvariaties) en twee **transversale** assen (de versterking van het gebruik van gegevens en de ontwikkeling van het algemene kader en een governance structuur) worden met elkaar verbonden. Samen vormen ze een gemeenschappelijk kader dat toelaat de interventiedomeinen te prioriteren, een combinatie van instrumenten in te zetten die afgestemd is op de uitdagingen en de samenhang te waarborgen van de acties die worden ondernomen met de institutionele partners, de sectoren en de VI.

De uitvoering zal gefaseerd verlopen, onder coördinatie van de Commissie Appropriate Care, en wordt op sleutelmomenten geëvalueerd om de koers, waar nodig, bij te sturen. De gedetailleerde operationalisering van de strategie zal worden vastgelegd in een **operationeel plan** waarin, voor de betreffende periode, de vastgestelde prioriteiten, de verantwoordelijkheden, de tijdslijn en de modaliteiten voor de opvolging worden gespecificeerd.