



Jaarprogramma 2026

Dit document geeft een overzicht van de nieuwe projecten die werden goedgekeurd door het Bestuursorgaan van het IMA van 28 mei 2025 en 5 november 2025. Het jaarprogramma 2026 herneemt ook de nog lopende projecten uit het vorig jaarprogramma, en een overzicht van de belangrijkste permanente opdrachten en jaarlijks terugkerende projecten. Voor bijkomende informatie kan u contact opnemen met

sofie.vanassche@intermut.be of catherine.lucet@intermut.be.

Doelpubliek: partners van het IMA

Publicatiedatum: december 2025

VZW Inter mutualistisch Agentschap • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel

ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be • KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

Inhoud

1. Inleiding: visie en strategische doelstellingen van het IMA.....	3
• Visuele samenvatting.....	4
2. IMA als onderzoekscentrum.....	5
2.1. ONDERZOEKSLIJN FINANCIËLE EN SOCIALE TOEGANKELIJKHEID VAN GEZONDHEIDSZORG.....	5
2.2. ONDERZOEKSLIJN ARBEIDSONGESCHIKTHEID.....	8
2.3. ONDERZOEKSLIJN POPULATION HEALTH MANAGEMENT	9
2.4. ONDERZOEKSLIJN KWALITEIT VAN ZORG.....	9
2.5. ONDERZOEKSLIJN DOELMATIGE & CORRECTE UITGAVEN BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG / FRAUDEBESTRIJDING	11
3. Data expertisecentrum	14
3.1. Brondata: beheer en kwaliteit	15
3.2. De Permanente Steekproef [EPS, recurrent].....	18
3.3. De IMA Atlas [IMAB, recurrent]	18
3.4. Metadata	22
3.5. Datascience (data mining en machine learning technieken).....	23
3.6. Recurrente dataleveringen en statistieken.....	23
3.7. Gekoppelde databanken	26
3.8. Ter beschikking stellen van data (of anonieme statistieken na analyse) voor wetenschappelijk onderzoek en beleid	27
4. IMA als communicator en informatieplatform.....	31
5. Samenwerking.....	33

1. Inleiding: visie en strategische doelstellingen van het IMA

Alle activiteiten van het IMA kaderen binnen de visie en missie en de bijhorende strategische doelstellingen. Elke strategische doelstelling steunt op een aantal pijlers die verwijzen naar de onderliggende operationele doelstellingen. De meerderheid van de projecten kunnen we inhoudelijk

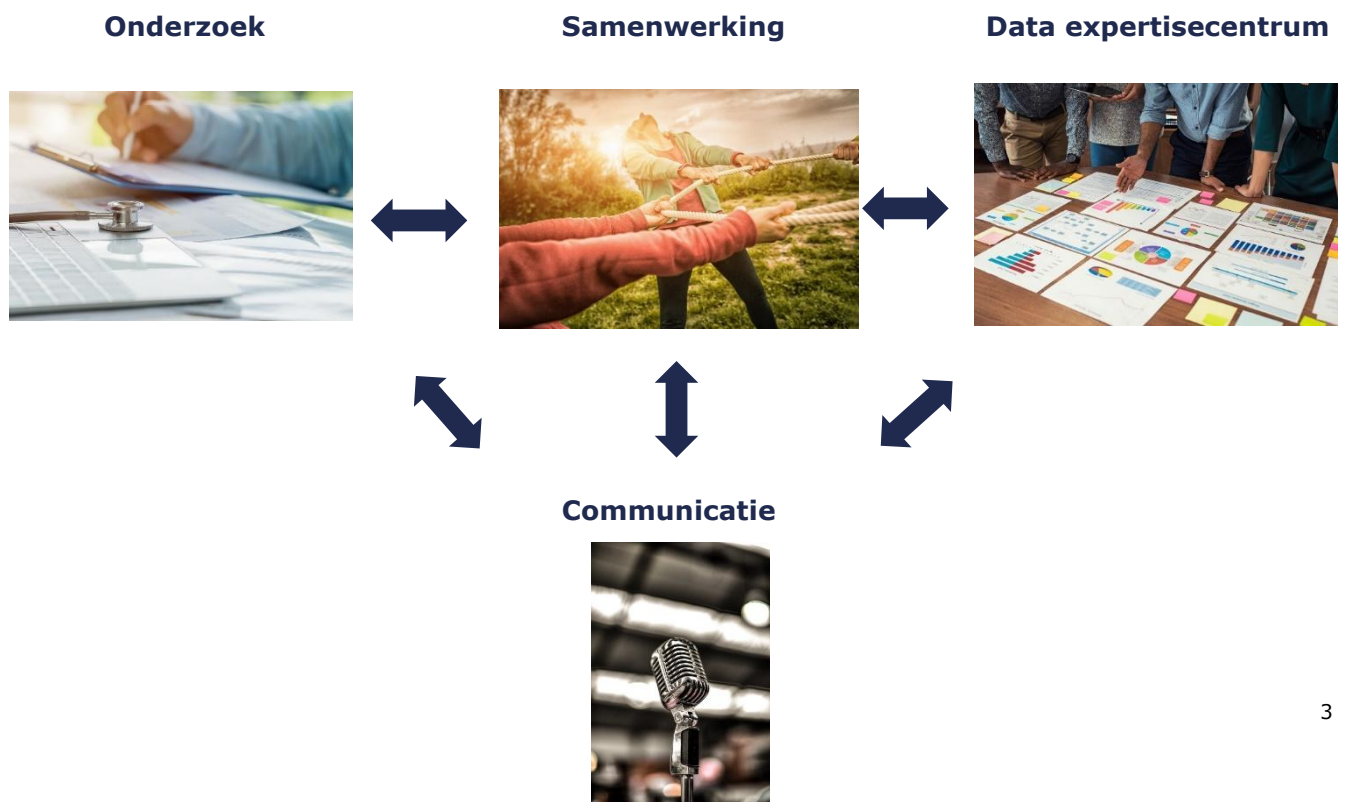


ook toekennen aan één of meerdere thema's. We vermelden de projecten in de visuele samenvatting binnen hun hoofdthema. Uiteraard ondersteunen strategische doelstellingen elkaar en behandelen projecten meerdere thema's. Om de leesbaarheid te bevorderen besteden we in dit document geen aandacht aan deze interacties.

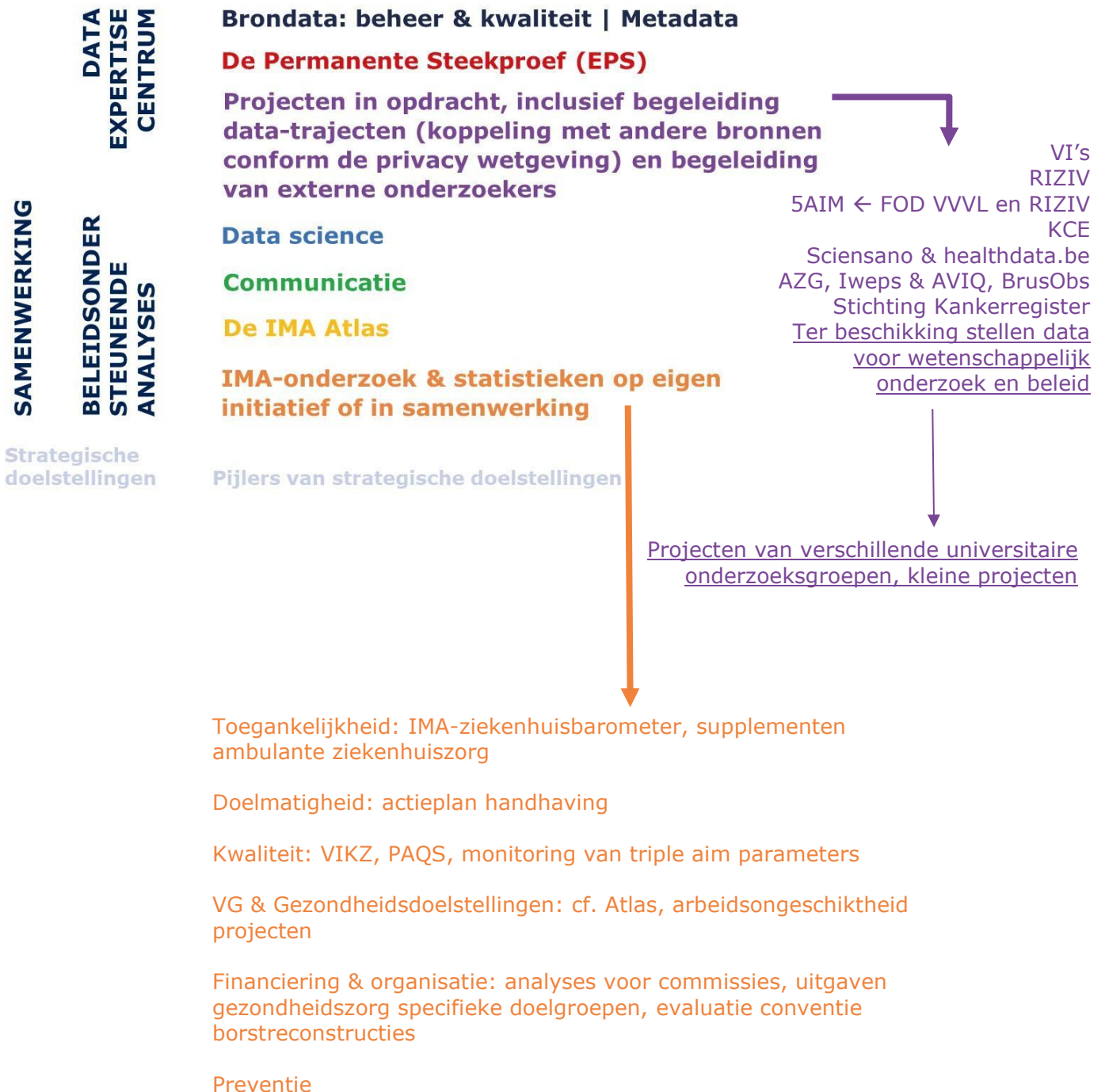
Het IMA verzamelt, beheert en bewaart de gegevens van de 7 Belgische verzekeringsinstellingen (VI), stelt de gegevens ter beschikking en analyseert de gegevens op eigen initiatief of op vraag van de partners voor het behoud en de verbetering van de performantie, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg en ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Progressief streeft het IMA naar een verhoogde toegankelijkheid en efficiënt gebruik van haar data, inclusief via koppeling aan — en verrijking met — andere data. Dit alles gebeurt met respect voor de privacy en de veiligheid van de gegevens.

Via de IMA Atlas wenst het IMA een bron van open data met gezondheidsindicatoren aan te bieden aan een breed publiek.



- Visuele samenvatting



2. IMA als onderzoekscentrum

Strategische doelstelling I

Het IMA ondersteunt de rol van de ziekenfondsen **door registraties, analyses en studies, met als doel het behoud en de permanente verbetering van een performant systeem van gezondheidszorg en ziekte- en invaliditeitsverzekering.** De visie van het Nationaal Intermutualistisch College dient daarbij als kompas.

De opdrachten van het IMA concentreren zich rond volgende thema's:

Toegankelijkheid van zorg (financieel, geografisch, sociaal, ...) | Doelmatig, correct en rationeel gebruik van de beschikbare middelen | Kwaliteit van zorg | Opvolgen van volksgezondheid en gezondheidsdoelstellingen | Financiering en organisatie van zorg, de ziekte- en invaliditeitsverzekering | Preventie

De ambitie is om in 2026 verder evolueren naar strategische onderzoekslijnen waarrond IMA eigen onderzoeksprogramma's opzet, op eigen initiatief en in samenwerking met partners. Dit vereist een denktraject met het voltallige IMA-team, de Program Board & de studiediensten van de verzekeringsinstellingen. Om dit te realiseren wordt ingezet op de creatie van thema-specifieke consortia, samengesteld uit collega's van het IMA, de VI's en waar relevant ook externe partners (kennisinstellingen en middenveld). Daarnaast wordt ook meer ingezet op onderzoeksprojecten op lange termijn en op recurrente basis. Dit zal leiden tot een duidelijkere inhoudelijke profilering en expertiseopbouw van het IMA als onderzoekscentrum, en zal daardoor ook een hefboom vormen naar externe projectfinanciering. Deze externe middelen worden in de eerste plaats gezien als cofinanciering om de capaciteit voor interne projecten te verhogen.

2.1. ONDERZOEKSLIJN FINANCIËLE EN SOCIALE TOEGANKELIJKHEID VAN GEZONDHEIDSZORG

2.1.1. Toegankelijkheid van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg [PELZ, opgestart in 2025]

De doelstellingen voor dit deelproject met focus op de geestelijke gezondheidszorg moeten nog concreet worden uitgewerkt. Het doel is om indicatoren in de IMA Atlas toe te voegen met betrekking tot dit domein.

IMA is ook partner binnen het consortium dat op 2 december 2024 intekende op de Openbare Aanbesteding voor de evaluatie van de conventie geestelijke gezondheidszorg.

Concreet gaat het om het EPCAP-3.0 project ("EVALUATION OF PRIMARY CARE PSYCHOLOGY-3.0 ") ism de KULeuven, ULB, VUB en Université de Liège. Binnen dit project coördineert IMA de evaluatie van het (publieke en private) dashboard Mental Health Care, en ontwikkelt ze samen met de andere onderzoekspartners indicatoren voor de evaluatie van de conventie.

2.1.2. Financiële toegang tot ziekenhuizen [FITO, recurrent project]

Het terugkerende project "Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt" van IMA heeft als doel de verschillende componenten van de rekening van de patiënt voor een ziekenhuisverblijf te evalueren en hun evolutie op te volgen, met een grondige analyse van de medische honorariumsupplementen.

Afhankelijk van de beschikbaarheid van volledige gegevens wordt de analyse geleidelijk uitgebreid tot andere diensten die verband houden met het zorgtraject, in het bijzonder ambulante diensten vóór en na de ziekenhuisopname en andere soorten zorg (bv. ziekenhuisopname thuis).

2.1.3. Lorenz curves [CLLC, recurrent project]

Jaarlijkse update van Lorenz-curves die laten zien in welke mate de uitgaven voor gezondheidszorg geconcentreerd zijn.

2.1.4. Financiële toegankelijkheid van ambulante diensten [Recurrente deelprojecten]

Analyse van de supplementen die worden gefactureerd voor ambulante diensten in de verschillende sectoren. Deze studie wordt in verschillende fasen uitgevoerd en is afhankelijk van de beschikbaarheid van supplementen die correct worden geregistreerd in de facturatiegegevens:

- Actualisering van de analyse van de supplementen voor zware medische beeldvorming; (**CAIM**)
- Het opzetten van de monitoring van niet-vergoedbare supplementen en diensten in de tandheelkunde (**TRSP**) en geneeskunde na de inwerkingtreding van de "transparantiewet";
- Tandzorg: identificatie van patiënten met bijzondere noden (**IPBN**);
- Impact wijziging derdebetaler 2022 (**DDBT**).

2.1.5. Uitgaven en toegankelijkheid gezondheidszorg van specifieke doelgroepen, inclusief kwetsbare personen [SPEC, in verkenning]

Het objectief van deze deelstudie is om (o.a. op basis van nieuwe indicatoren in de IMA Atlas) de uitgaven/consumptie in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg te documenteren voor verschillende specifieke doelgroepen.

In verkenning voor heroriëntering: bijzondere aandacht gaat hierbij naar het beoordelen van de toegang van kwetsbare bevolkingsgroepen tot gezondheidszorg in het kader van de bestrijding van ongelijkheden op gezondheidsgebied en van het effect van verschillende maatregelen op deze toegang, door de consumptie van bepaalde soorten zorg door specifieke doelgroepen te analyseren.

2.1.6. GMD, gezondheidszorg- en kosten [VGMD, afgerond in 2025]

De deelvragen die in dit project voorliggen waren: 1) Is er een significant verschil tussen de gezondheidskosten van patiënten met en zonder GMD? 2) Is er een verband tussen het al dan niet hebben van een GMD en het aantal keer dat de huisarts geconsulteerd wordt? Het finale rapport is beschikbaar sedert juli 2025.

Pauline Lammertyn, Ruud Saerens (Juli 2025). <i>Globaal Medisch Dossier. Evaluatie van de gezondheidskosten en zorggebruik bij patiënten met en zonder GMD</i> . IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.
--

2.1.7. Onderzoek naar de impact van het werk van de Community Health Workers in opdracht van de verzekeringsinstellingen en het projectteam [ICHW, in verkenning]

Het project 'community health workers' (CHW) is actief sinds 2021 in bepaalde wijken van Oostende, Gent, Antwerpen, Tienen, Genk, Brussel, Charleroi, Luik, Verviers en Eupen. Het project is verlengd tot eind 2025 en men wenst de impact van het werk objectief te meten.

Na een eerste evaluatie in 2024 is een vervolgonderzoek nog in verkenning. Onderzoeksvraag: Is er een evolutie in het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg sinds de CHW op het terrein zijn verschenen?

De onderzoeksopzet zou erin bestaan de CHW-wijken met controlewijken te vergelijken voor een aantal uitkomstindicatoren om een antwoord te krijgen op volgende specifieke vragen:

- Zien we een toename van mensen die beroep doen op een huisarts of tandarts?
- Zien we een toename van mensen die zijn ingeschreven in een medisch huis?
- Zien we een afname in gebruik van spoed? Of net een toename?

- Zien we meer mensen ingeschreven bij het ziekenfonds? (niet mogelijk met IMA-gegevens)

2.1.8. IMA-RIZIV | Evaluatie conventie borstreconstructie [BORS, in verkenning]

In verkenning: update van de evaluatie van de impact van de vernieuwde conventie met de chirurgen over ereloon-supplementen bij borstreconstructie op basis van IMA-data. De specifieke objectieven van de actualisatie moeten nog worden uitgewerkt.

2.2. ONDERZOEKSLIJN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

2.2.1. Professioneel traject na arbeidsongeschiktheid [PTAO, lopend]

De voorliggende onderzoeksvragen in dit project zijn :

- Keert de werknemer na een periode van arbeidsongeschiktheid terug bij zijn oorspronkelijke werkgever (voltijds of deeltijds)?
- Verandert de werknemer na een periode van arbeidsongeschiktheid van werkgever (voltijds of deeltijds)?
- Komt de werknemer na een periode van arbeidsongeschiktheid terecht in het regime van werkloosheid of pensioen?

Dit onderzoek vereist een koppeling van de gegevens invaliditeit, terugbetaalde zorg (ziekenhuizen, geneesmiddelen, arts contacten) met de gegevens van de KSZ.

2.2.2. De relatie tussen invaliditeit en het laatst uitgeoefende beroep [INBE, lopend]

Objectief van deze studie is om een antwoord te vinden op volgende vragen: Hebben sommige beroepen een groter risico op arbeidsongeschiktheid? Welk beroep genereert proportioneel meer arbeidsongeschiktheid van lange duur? Observeren we significante verschillen tussen sectoren? In welke sector, welke beroepen observeren we proportioneel het meest arbeidsongeschiktheid of invaliditeit? Wat is de gemiddelde duur van een periode van arbeidsongeschiktheid volgens het type beroep of volgens de sector? Welke zorgen (pathologieën?) komen het meest voor tijdens arbeidsongeschiktheid/invaliditeit in functie van het beroep (voor de periode van arbeidsongeschiktheid/invaliditeit)?

Het beantwoorden van deze vragen zal ons toelaten expertise en kennis van de sector te verbeteren en bij te dragen aan het preventiebeleid. Voor alle personen met minstens een dag arbeidsongeschiktheid of invaliditeit zullen gegevens over de uitgaven gezondheidszorg (ziekenhuizen, geneesmiddelen, arts contacten) moeten worden

gekoppeld met de gegevens "beroep" van de KSZ. De frequentie van de verschillende beroepen in de algemene populatie zal ook moeten worden nagegaan.

2.2.3. IMA – RIZIV | Psychische gezondheid en arbeidsongeschiktheid [PSYA, lopend]

Objectieven van deze studie zijn om het profiel, de gezondheidszorgen en het zorgtraject te bepalen van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid (>6 maanden) omwille van psychische problemen. Ook mogelijke verklarende factoren voor de duur en het aantal episodes van arbeidsongeschiktheid worden onderzocht. Bijkomend zal de impact van de COVID-19 crisis worden onderzocht. De objectieven van dit meerjarenproject worden gesplitst in verschillende deelprojecten.

2.3. ONDERZOEKSLIJN POPULATION HEALTH MANAGEMENT

2.3.1. RIZIV en FOD VVVL: protocolakkoord geïntegreerde zorg (PLAN, lopend)

De dienstverlening in het kader van het Plan Geïntegreerde Zorg (2022-2024) wordt verdergezet in de periode 2024-2028. De ondersteuning van het IMA zal bestaan uit:

- het uitwerken van evaluatie- en populatiemanagementstrategieën voor de drie programma's (perinatale zorg, kwetsbare personen, obesitas);
- het identificeren van relevante indicatoren voor de identificatie van de doelgroepen, de evaluatie en de 0-metingen van de drie programma's (nulmeting perinatale zorg opgestart in 2025);
- het uitvoeren van analyse voor de drie programma's als onderdeel van de evaluatie- of populatiemanagementstrategie en hierover rapporteren;
- het ontwikkelen van een dashboard voor populatiemanagement;
- het realiseren van nodige koppelingen tussen verschillende databanken.

2.3.2. Dashboard Mental Health Care [DMHC, lopend]

Het IMA ondersteunt het NIC bij de doorontwikkeling van het dashboard MHC via de opgebouwde expertise met de IMA Atlas.

2.4. ONDERZOEKSLIJN KWALITEIT VAN ZORG

2.4.1. Projecten in samenwerking met het VIKZ [VIVI, lopend]

Sinds 2022 werd de samenwerking tussen het IMA en het VIKS versterkt via een formele samenwerkingsovereenkomst tussen het VIKZ, het Vlaams Intermutualistisch College en het IMA, die telkens wordt afgesloten voor een periode van drie jaar. Via deze structurele

samenwerking willen we de kernopdracht van het VIKZ -het meten en publiek rapporteren van zorgkwaliteit in de Vlaamse zorgsectoren- kracht bij zetten door in te zetten op het ontwikkelen en op een laagdrempelige manier publiek rapporteren van keuzedeterminerende indicatoren voor de zorgzoekende burger, en dit als sturend element en toetssteen gebruiken in de strategische doelstellingen in alle sectoren van het VIKZ. De gemeenschappelijke strategische doelstelling is om te streven naar het stimuleren en faciliteren van transparantie, het ondersteunen van geïnformeerde keuze en aantoonbare kwaliteitsverbetering via een weloverwogen, gezamenlijk project, gekoppeld aan de gezondheids- en zorgdoelen. Bovendien wensen we de burger op een laagdrempelige manier te informeren over zorgkwaliteit en hen te helpen om een keuze te maken voor zorg met een hoge kwaliteit.

Selectie van thema en indicatoredomeinen binnen de samenwerkingsovereenkomst 2025-2028:

- Voor het bepalen van de indicatoren vertrekken we vanuit beschikbare data. We zoeken hierin 'hoge-impact' indicatoren, indicatoren die internationaal voldoende relevantie hebben aangetoond en niet ter discussie staan. Indicatoren die in het portfolio zouden moeten zitten van elk kwaliteitsinstituut met gelijkaardige ambities en doelstellingen.
- Focus ligt op keuzedeterminerende indicatoren, dus relevant voor de zorgzoeker, met nadruk op outcome-indicatoren, op niveau van veel voorkomende pathologiegroepen, met mogelijke ongegronde variatie (unwarranted variation) tussen zorgvoorzieningen. We vertrekken zo veel als mogelijk van bestaande databronnen en vermijden registratielast, dubbele dataverzamelingen en verwerking.
- Naast outcome-indicatoren zijn ook procesindicatoren noodzakelijk om inzicht in processen te krijgen en zo kwaliteitsverbetering te stimuleren. Maar dit zien we toch vooral gerealiseerd worden via andere ontwikkelingen in het VIKZ.
- Er worden volgende indicator domeinen geïdentificeerd als potentieel onderdeel van dit project:
 - Pathologiespecifieke heropnames vermijdbare opnames en mortaliteit, voor veel voorkomende pathologiegroepen (VIPA, lopend), en ziekenhuisbrede mortaliteit en heropnames (MOHE, lopend)
 - Indicatoren berekend op basis van IMA-MZG die de kwaliteit in woonzorgcentra in kaart kunnen brengen, zoals gebruik psychofarmaca (PWZC, lopend), polyfarmacie en potentieel vermijdbare opnames in het ziekenhuis vanuit het woonzorgcentrum (KWZC, lopend). Complementair aan dit luik ism VIKZ-VICO wordt vanaf september 2025 binnen het IMA verkend of deze indicatoren ook de basis kunnen vormen voor kwaliteitsindicatoren thuiszorg.

- Deze indicator domeinen kunnen zowel zichtbaar gemaakt worden op het niveau van individuele zorgvoorzieningen als op mesoniveau, zoals regio's, netwerken, eerstelijnszones.
- Binnen deze samenwerking wordt door de projectpartners gezamenlijk optimaal ingezet om via de bevoegde overheden (in eerste instantie de FOD Volksgezondheid) de terugkoppeling van microdata van de berekende indicatoren mogelijk te maken naar de voorzieningen. Dit met het oog op validatie van de indicatoren en gerichte kwaliteitsverbetering.
- Deze domeinen worden na goedkeuring van de samenwerkingsovereenkomst verder geconcretiseerd en geoperationaliseerd door het samen te stellen projectteam, in afstemming met elk bureau van de feitelijke verenigingen van het VIKZ en conform de geldende besluitvormingsprocedures van het VIKZ.
- Naast de nieuw te ontwikkelen indicatoren wordt ook jaarlijks een update van de reeds bestaande kwaliteitsindicatoren voorzien (cf infra, structurele dataleveringen en statistieken)

In 2025 werd ook een traject opgezet met het PAQS om te verkennen of de ontwikkelde indicatoren binnen de overeenkomst VICO-VIKZ-IMA met het PAQS kunnen gedeeld worden. Deze samenwerking wordt verder vormgegeven in 2026, evenals de verkenning van een overeenkomst met AVIQ.

2.4.2. Evaluatie van KB betreffende de zorgprogramma's "cardiale pathologie" [CAPA, in verkenning]

Onderzoeksvragen die voorliggen voor dit project zijn: Zijn er recente cijfers bekend over de verschillende cardiale zorgprogramma's? Zien we een afname in het aantal overlijdens thv een acuut myocardinfarct sinds de oprichting van bijkomende B2-centra? Is er een link tussen het aantal interventies en de kans op complicaties/bijkomende interventies/meer gebruik van ballonnen en stents en de grootte van het centrum? Eventueel nog andere parameters?

Koppeling met de MZG-gegevens (pathologiegegevens zijn nodig), en dus voorafgaand akkoord van de FOD Volksgezondheid en indiening van een aanvraag bij het Informatieveiligheidscomité, is noodzakelijk om dit onderzoek te kunnen doen.

2.5. ONDERZOEKSLIJN DOELMATIGE & CORRECTE UITGAVEN BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG / FRAUDEBESTRIJDING

2.5.1. IMA – NIC datamining & controle – RIZIV | Projecten fraude en doelmatige zorg [FROD, lopend]

Permanente opdracht in samenwerking met het NIC datamining & controle en het RIZIV:

- Samenwerking & coördinatie tussen de VI's m.b.t. hun controle-opdracht (= Toezicht op correcte toepassing van de ZIV-regelgeving door zorgverstrekkers) ;
- Samenwerking tussen VI's en Dienst Geneeskundige Evaluatie & Controle (DGEC-RIZIV) op vlak van controles (maandelijks overleg) ;
- Preventie en detectie van foutieve facturatie ;
- Opvolging individuele controle-dossiers ;
- Systematische monitoring-acties zorgberoepen (bv. modale zorgverstrekker, outlierdetectie) ;
- Sensibilisering rond regelgeving & zichtbaarheid controle-activiteiten NIC & VI's (bv. medische huizen) ;

We maken hierbij zoveel als mogelijk de brug met het Actieplan Handhaving en de projecten binnen het kader van VARAK Handhaving 2026. IMA treedt hierbij op in de rol van verwerker.

2.5.2. Immunotherapie [IMNO, lopend]

Het voorstel is de bestaande IMA-studie ([cf. website](#)) te actualiseren, uit te breiden met nieuwe geneesmiddelen, en te beperken tot 1, 2 en 3-jaarsoverleving. Er zal ook worden nagegaan of comorbiditeiten de survival mee kunnen voorspellen.

2.5.3. Profilering thuisverpleging [THUS, eindfase]

Profiel van personen die momenteel thuisverpleging krijgen + verdeling van de W-waardes in de thuisverpleging. Een eerste versie van dit rapport is beschikbaar sedert april 2025:

Siska Germonpré, Didier Willaert & Marijke Van Duynslaeger (2025). *Thuisverpleging in België. Profiel van de patiënt en van de verstrekker*. IMA - Intermutualistisch Agentschap, Brussel.

2.5.4. RIZIV: artikel 112 & revisies [FART, lopend]

CONTEXT: Sinds 2015 voert IMA analyses uit voor farmaceutische firma's in het kader van "Artikel 81/112" over het gebruik en de kosten van geneesmiddelen uit 'Hoofdstuk IV/VIII' geneesmiddelen, in opdracht van het RIZIV.

Het IMA levert hiervoor anonieme resultaatsbestanden aan farmaceutische firma's die voor het nakomen van hun wettelijke verplichtingen inzake rapportering aan het RIZIV beroep wensen te doen op het IMA.

In 2025 werden een 75-tal resultaatsbestanden aangeleverd. Voor 2026 staan een gelijkaardig aantal aanvragen ingepland.

2.5.5. Telefonische consultatie en advies door de huisarts [TELE, eindfase]

Deze studie onderzoekt het gebruik van telefonische consultaties en adviezen door huisartsen/huisartsenpraktijken in 2023. De resultaten kunnen ondersteuning bieden aan beleidskeuzes om tot een aanpassing van de huidige regelgeving te komen. Een eerste versie van dit rapport is beschikbaar sedert april 2025:

Baeyens, Hilde; Willaert, Didier; Wittock, Nathan; (2025), *Telefonische consultatie en advies door de huisarts*, IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.

2.5.6. Kinesithherapie: zorgprofiel van patiënten met een relatief groot gebruik aan kinesitherapiezittingen [IMAC_sub004, in opstart]

Deze studie wordt opgestart in september 2025 en heeft als doel om volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Wat is het profiel van patiënten die 2 opeenvolgende jaren meer dan 20 - 25 - 30 kinesitherapiezittingen terugbetaald kregen binnen een periode van één jaar?
- Wat is de spreiding van behandeling over periode van 1 jaar?
- Welke behandelingen? (courante, Fa, Fb, Palliatief, E-pathologie, COVID-prestaties)
- Welke bijkomende zorg rond dezelfde periode ? (bezoek arts-specialist, geneesmiddelengebruik, fysiotherapie, revalidatie, VPK, logopedie, psychologie, dietetiek, ergo, ...)
- Welke plaats van verstrekking?
- Welke verschillen zien we demografisch, socio-economisch, VT, arbeidsongeschiktheid/invaliditeit, ...?

2.5.7. Knieprotheses: variatie in zorgtrajecten [IMAC_sub003, in opstart]

Deze studie wordt opgestart in september 2025 en heeft als doel om volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Hoe ziet het zorggebruik in de 2 jaar, 1 jaar, 6 maanden voor een TKP eruit?
- Welke variatie zien we bij zorgverleners in het profiel en zorgtraject van hun patiënten?
- Welke chirurgisch traject doorliep de patiënt in de 12j voor de TKP? (Revisies? Osteotomie?)
- Welke indicatie was er voor TKP en wat was het medisch profiel van mensen met een laag zorggebruik, bij mensen jonger dan 55 jaar en bij bepaalde artsen die als uitzonderlijk werden geïdentificeerd.

2.5.8. Zuurstoftherapie: evaluatie van behandeling met kortdurende en langdurige zuurstoftherapie [IMAC_sub002, in opstart]

Deze studie wordt opgestart in september 2025 en heeft als doel om volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Wat is het profiel van patiënten per type zuurstoftherapie en modaliteit overeenkomst, ook ngl indicatie?
 - Wat is de distributie van onderliggende indicaties bij STOT en LTOT?
 - Variabelen: demografisch, socioeconomisch, zorggebruik (hosp, RP specialisten en huisartsen, medicatie, andere conventies, VPK zorg)
- In welke mate worden modaliteiten sequentieel gebruikt en welke elementen zijn predictief voor dergelijk sequentieel gebruik? En welke groep STOT zonder LTOT
 - Secundair: na weigering LTOT in STOT?
- Welke patronen in gebruik STOT? (aaneensluitende dan wel gesplitste periodes, herhaald gebruik over meerdere jaren)
- Wat is de tijd tussen raadpleging arts en start respectievelijk STOT en LTOT?
- Palliatieve patiënten
 - Welke evolutie sinds hervorming 2012?
 - Welke proportie van patiënten met palliatief statuut in STOT (en LTOT)?
 - Wat is de overlevingsduur van patiënten met palliatief statuut?
- Welke praktijkvariaties zien we op vlak van zuurstoftherapie die kunnen wijzen op overuse of underuse, inappropriate use?
- Wat zijn de kosten ten laste van ZIV en patiënt voor STOT/LTOT?

2.5.9. Doelmatigheid en rationeel gebruik van middelen, toegankelijkheid van palliatieve zorg bij personen met KATZ B en C [PAZO, in opstart]

Deze studie wordt opgestart in september 2025. De onderzoeksvragen worden tegen eind 2025 verder geconcretiseerd. Algemeen heeft de studie als doelstelling om na te gaan of de aanpassing van de regelgeving voor tegemoetkomingen voor palliatieve en/of terminale patiënten accuraat is : bereikten ze hun doelstellingen? En bereikten ze de beoogde doelgroepen ?

3. Data expertisecentrum

Strategische doelstelling II – data expertisecentrum

Het IMA is een **data expertisecentrum** en levert professionele, kwaliteitsvolle dienstverlening aan interne en externe partners. De IMA databanken vormen **de toegangspoort tot data van de VI** voor onderzoek en beleid. Het IMA stelt ruwe, anonieme facturatiegegevens ter beschikking, maar levert ook verwerkte bestanden, anonieme resultaatbestanden of studies. Dit is mogelijk dankzij de rechtstreekse verbinding met de

VI en de pool van experten waarmee kan worden samengewerkt. IMA ambieert hierbij om de opgebouwde dataexpertise van de voorbije jaren optimaal in te zetten in functie van de European Health Data Space en op die manier een kernspeler te blijven binnen de Belgische context op het vlak van gezondheidsdata.



De belangrijkste pijlers van deze strategische doelstelling zijn:

- Brondata: beheer & kwaliteit
 - De Permanente Steekproef (EPS)
 - De IMA-Atlas
 - Metadata
- Data science
 - Structurele datalevering en statistieken
 - Gekoppelde databanken
 - Projecten in opdracht, inclusief begeleiding data-trajecten (koppeling met andere bronnen conform de privacy wetgeving) en begeleiding van externe onderzoekers

De projecten ondersteunen vanzelfsprekend de visie van het IMA en vallen binnen de finaliteit zoals in strategische doelstelling I omschreven. Om de leesbaarheid te bevorderen, groeperen we de projecten per opdrachtgever.

3.1. Brondata: beheer en kwaliteit

3.1.1. Basisdata

Een equipe van Data Managers werkt permanent aan het beheer van de brondata. Zij staan in voor het beheer van volgende databanken, inclusief de coördinatie van de dataleveringen vanuit de VI's (IMA-VI-TTP), kwaliteitscontroles, documentatie en feedback om permanent te komen tot kwaliteitsverbetering:

- Gezondheidszorgen (**GZSS**)
- Farmanet (**FARU**)
- Populatie (POPU)
- Hoofdstuk IV (**CHIV**)
- Arbeidsongeschiktheid (**ITAO**)
- Katschaal (**KATZ**)
- Huisarts patiëntenbestanden (**CHTA**)
- **PGDP** (specifiek New Attest DGEC)
- Documenten N (**DOCN**)
- Specifieke brondata in het kader van de pilootprojecten geïntegreerde zorg

Bijhorend worden volgende data en documentatie op regelmatige basis geactualiseerd:

- Farmaciekostengroepen (**FKGS**): Actualisering van de aandoeningengroepen voor gebruikers in het kader van kostenanalyses (bv. PLAN) of kostenprojecties (PROMES Planbureau, op basis van de Nederlandse Farmacie KostenGroepen (FKG) met zeer beperkte (enkel noodzakelijke) aanpassingen voor Belgische situatie. De geactualiseerde Adg's worden opgesteld obv medicatiegebruik in Farmanet en GZSS. Ze worden gecreëerd als PATI-variabelen, inclusief csv-lijstjes en metadata. De EPS-flags worden gecreëerd obv PATI.
- Referentietabellen noodzakelijk voor projecten en de EPS (**REFT**).

In 2025-2026 wordt ingezet op :

- de integratie van de brondata van de netwerken geestelijke gezondheidszorg in de Gezondheidszorgen databank (o.a. documentatie, metadata) (**GEES**)
- de flux eFact-Eattest (**EFEA**)
- een nieuwe databank Medische Akkoorden (**AMMA**)

3.1.2. Dataflow 2.0: Common Data Platform RIZIV-IMA-VI's [DTFL, lopend]

In 2023 werd een gezamenlijk project DATAFLOW 2.0 opgestart met het RIZIV, de VI's en het IMA (De doelstelling van dit project is om een gemeenschappelijk gegevensplatform te ontwikkelen dat beter beantwoordt aan de noden van de betrokken partijen, namelijk het RIZIV, het IMA en de VI's. Daarbij hoort ook een gemeenschappelijke data strategie en governance.

Bij het opzetten van dit Common Data Platform ligt de focus op:

- Verhogen van de kwaliteit vd. VI/IMA gegevens
- Dataleveringen aan de IMA DWH volledig automatisch en dus sneller verwerken en beschikbaar stellen
- IMA data beschikbaar maken voor RIZIV technologie (Microsoft)
- Specifieke gegevens veel sneller beschikbaar maken (Tendens analyses faciliteren)
- Hervormen statistische modellen (Doc P,N,E...)
- Compliance met EHDS requirements, o.a. op vlak van SPE of Secure Processing Environment, user management, data access restrictions, ...
- Common Data Model analyseren
- Gemeenschappelijke governance structuur opzetten
- Autonome oplossing bieden voor alle partners met respect voor het legaal kader

Binnen de context van Dataflow 2.0 wordt ook ingezet op nieuwe generieke New Attest leveringen van de VI's naar het IMA die een extensie zijn van GZSS. Het betreft specifieke velden m.b.t. facturatie die niet zullen gebruikt worden in studies en omwille van verschillende redenen in een afzonderlijke databank zullen worden opgenomen (GRSI

project). De IMA DB wordt uitgebreid met de voor de DGEC, DGV en DAC noodzakelijke data (NEWA).

Een belangrijk deelaspect binnen DATAFLOW 2.0 is de *validation engine*, en de inzet ervan in functie van een (gedeeltelijke) automatisering van de datacontroles. In deze context is ook een vorming voorzien van de IMA-collega's rond het gebruik van o.a. Databricks voor concrete toepassingen. Tegelijkertijd loopt een oefening rond de optimalisering van de Data Quality Issues Documentation, de opvolging van (her)leveringen en het toegankelijk maken van informatie rond datakwaliteit voor data users.

3.1.3. Afgeleide bestaande data

Van de brondata gezondheidszorgen worden ook afgeleide data gemaakt: ziekenhuisverblijven (**HOSP**); contacten en patiënten per huisartspraktijk. Deze databanken bestaan al enkele jaren.

Sinds 2019 werken we aan een bijkomende databank (**PATI**) met gestructureerde patiënten-data, afgeleid van de brondata, met courante kenmerken per rechthebbende die niet op een eenvoudige manier kunnen afgeleid worden uit een van de andere IMA-databanken.

Het doel van de creatie van afgeleide variabelen volgens gevalideerde definitie is:

- Het verbeteren van de interne efficiëntie:
 - Bevorderen van het gebruik van uniforme definitie in de verschillende IMA-producten en -projecten
 - Vermijden van ad hoc creatie van veelgebruikte variabelen
- Het verbeteren van de dienstverlening aan externen:
 - Aanbieden van kant-en-klare variabelen
 - Bevorderen van correct gebruik van de IMA-data

De PATI-databank verbetert de interne efficiëntie op twee bijkomende manieren:

- Reductie van de tijdsinvestering in een aantal Atlas-projecten door de semi-automatische creatie van indicatoren op basis van PATI
- Vereenvoudiging en standaardisering van het gebruik en de actualisering van nomenclatuur- en andere lijsten die als basis dienen voor variabelen of indicatoren

De afgeleide variabelen worden geconstrueerd aan de hand van algoritmes die werden ontwikkeld voor IMA-projecten (bv. de Atlas) of voor externe projecten (bv. Plan geïntegreerde zorg), en vaak in overleg met externe experts (bv. van de VI's, het RIZIV, het KCE).

Enkele voorbeelden van variabelen: personen met een handicap, pseudodiagnoses op basis van geneesmiddelengebruik, polyfarmacie, aantal contacten met een huisarts/specialist/psychiater, verblijf in een zorginstelling, ZIV-uitgaven, remgelden en supplementen per prestatiegroep.

3.2. De Permanente Steekproef [EPS, recurrent]

Jaarlijkse actualisatie van de permanente steekproef, ondersteuning partners en samenwerking rond nieuwe afgeleide variabelen voor analysedoeleinden, documentatie en validatie.

Het IMA gebruikt de EPS ook voor onderzoeksdoeleinden, bijvoorbeeld Evaluatie van de prevalentie van verschillende types geneesmiddelenconsumptie bij zwangere vrouwen.

3.3. De IMA Atlas [IMAB, recurrent]

De IMA Atlas is een interactief open data-platform met statistieken over het gebruik van gezondheidszorgen in België. In dit jaarplan worden de doelstellingen ter verbetering van de Atlas beschreven. Uiteraard met de nodige aandacht voor de permanente onderhoudstaken en het behoud van gewenste functionaliteiten.

De doelstellingen voor de IMA Atlas in 2026 worden, zoals voorgaande jaren, onderverdeeld in drie verweven categorieën: **inhoudelijk**, **strategisch** en **beheersmatig**. De verantwoordelijkheden zijn verdeeld volgens het type doelstelling: beheersmatige doelen liggen voornamelijk bij de Atlas-coördinator en beheerders, inhoudelijke doelen bij de analisten, en strategische doelen worden gedragen door een bredere groep actoren binnen en buiten het IMA.

Beheersmatige doelstellingen

De beheersmatige doelstellingen zijn erop gericht om het werk rond de IMA Atlas eenvoudiger, sneller en aangenamer te maken voor alle betrokken actoren. Zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en de betrouwbaarheid die de gegevens vereisen. Zo zijn er op termijn meer resources, energie en tijd ter beschikking voor andere zaken (bv. Inhoudelijke doelstellingen, ondersteuning van gebruikers ...).

In 2026 zetten we sterk in op de verdere uitrol en implementatie van een allesomvattende kwaliteitsprocedure als leidraad voor Atlas-projecten. Deze procedure beschrijft de verschillende stappen die doorlopen moeten worden om te komen tot een afgewerkt en gevalideerd project, met duidelijke verantwoordelijkheden en kwaliteitscontroles op elk niveau. Het doel is om meer duidelijkheid en transparantie te creëren, en tegelijk de overdraagbaarheid en afstemming met andere IMA-teams te verbeteren.

De doelstelling is om tegen juni 2026 de procedures af te werken en in gebruik te nemen, gevolgd door een testperiode van zes maanden en een evaluatie begin 2027. In kader van deze kwaliteitsprocedure wordt er gewerkt aan bijkomende documentatie (bv. SOP's, handleidingen ...), integratie van bestaande instructies en met aansluiting bij bestaande werkgroepen (bv. analyse-uurtje, gebruikersgroep ...).

In 2025 werden de eerste bouwstenen naar automatisatie van Atlas-processen gelegd. Naar de toekomst toe zal dit verder worden uitgewerkt aan de hand van use cases, afhankelijk van technische infrastructuur. Drie luiken waar automatisatie een rol kan spelen, worden onderscheiden:

- **(a) Data naar resultaat** bv. checks of benodigde brondata, referentietabellen ... aanwezig zijn;
- **(b) Resultaat naar Atlas-databank:** bv. ontwikkelen applicatie die uploads mogelijk maken.
- **(c) Metadata & rapportage**

In eerste instantie zullen er use cases worden uitgewerkt binnen de luiken Data naar resultaat (a) en Resultaat naar Atlas-databank (b). De ontwikkeling in 2025 rond de Atlas-metadata en Atlas Kerncijfers vallen binnen luik (c).

Het Atlas-team zal worden heringericht op basis van noden en profielen. Momenteel voert één persoon een project van A tot Z uit. In 2026 willen we de diversiteit binnen het team erkennen en benutten, met aandacht voor competenties, talenten en ambities. Analisten worden meer vrijgemaakt voor conceptualisering, terwijl data-managers recurrente gegevens aanleveren. Er wordt gestreefd naar gedeelde verantwoordelijkheid en een betere balans tussen Atlas-taken en andere opdrachten, rekening houdend met piekmomenten van teamleden.

Er wordt geanticipeerd op een nieuwe release van het platform van de IMA Atlas door onze softwareleverancier ABF. De nieuwe release gaat gepaard met een nieuwe gebruiksfilosofie en aangepaste 'look & feel' van de toepassing, die niet noodzakelijk helemaal aansluit bij het voorziene gebruik van de IMA Atlas. Met continuïteit van functionaliteit in ons achterhoofd, word er gedaan aan belangenbehartiging van de gebruiker naar de softwareleverancier en om de aanpassingen behapbaar te maken, wordt er gewerkt aan communicatie, handleidingen en opleidingen voor de gebruikers.

Tot slot volgen we de ontwikkelingen rond de voorziene aanpassingen van de statische sectoren van nabij op, zodat we hierop kunnen anticiperen en een mogelijke oplossing kunnen uitwerken zodat de historische tijdslijnen kunnen behouden worden.

Strategische doelstellingen

De strategische doelstellingen van 2026 zullen voornamelijk draaien rond het uitwerken van een meerjarenplan en population health management (PHM). Het meerjarenplan van de IMA Atlas heeft de bedoeling om de visie rond de Atlas scherp te stellen en richting geven voor de toekomst.

Binnen dit meerjarenplan zullen we het idee van de Atlas als 'data-ecosysteem' verder uitwerken. Momenteel zien we de IMA Atlas als een interactieve databron. Binnen de Atlas als data-ecosysteem breiden we dit uit met aspecten rond 'toeleiding naar data' (a) en 'hoe data te gebruiken' (b). Zowel het IMA-beleidsplan, de Atlas-gebruikersgroep en de intermutualistische Atlas-werkgroep zullen een sleutelrol spelen binnen de vormgeving van dit meerjarenplan.

Afgelopen jaren hebben we de Atlas uitgespeeld als belangrijke tool voor PHM in België, met het evenement rond PHM en de IMA Atlas in 2025 als hoogtepunt. In 2026 zetten we deze inspanning verder door een ontwikkelingstraject rond dienstverlening voor PHM op te zetten (bv. hulp bij het opstellen van een omgevingsanalyse van een specifieke ELZ). Momenteel bereiken we een beperkt deel van het publiek dat actief is binnen PHM (bv. eerstelijnszones, zorgzones ...), maar we zullen een actieve inspanning doen om ons bereik te vergroten en nieuwe doelgroepen van actoren actief binnen PHM te identificeren zodat we hun actief kunnen benaderen en betere kunnen inspelen op hun noden. Hierbij moeten we extra aandacht besteden aan de Franstalige doelgroepen binnen PHM. Bovendien zijn we ons ervan bewust dat de Atlas geen antwoord kan bieden op alle vragen en zullen we exploreren waar het mogelijk is om op een eenvoudige manier maatwerk en/of extra dienstverlening te kunnen aanbieden.

Tot slot proberen we structureel in te zetten op co-financiëring van Atlas-projecten door externe partners bv. ENACT-studie die de ontwikkeling van indicatoren mee financieert.

Inhoudelijke doelstellingen

Afgelopen jaren waren er steeds inhoudelijk doelen die niet werden behaald en daardoor naar het volgende jaar werden overgeheveld. Dit heeft een sneeuwbal effect op de inhoudelijke doelen van het betreffende jaar. Om dit te vermijden, zullen we vanaf 2026 een inschatting maken van de benodigde tijd in functie van de benodigde diepgang per project.

Projecten die meer diepgang vereisen, worden verspreid over twee jaar (bv. jaar 1: conceptualisatie; jaar 2: analyse en upload). Minder diepgaande projecten worden verondersteld volledig afgerond te zijn binnen het jaar. De inschatting van vereiste diepgang wordt gemaakt in overleg met de Atlas-werkgroep.

De projecten die worden overgeheveld van het voorgaande jaar worden prioritaire afgerond in 2026. Meer specifiek gaat het om volgende projecten: griepvaccinatie, ziekhuisopnames, toegankelijkheid geestelijke gezondheidszorg, medicatie- & zorggebruik bij doelgroepen, mobiliteitshulp & andere beperkingen.

Op initiatief van externen, in kader van samenwerking, zullen indicatoren ontwikkeld worden, gebaseerd op het ENACT-project rond chronische en acute niet-overdraagbare ziekten. We voorzien ook ruimte om gelijkaardige samenwerkingen mogelijk te maken, waarbij we voornamelijk technische en beheersmatige ondersteuning bieden. Een andere samenwerking in verkenning is het bouwen van piramide rond ASCVD (en de interactie met sociale kwetsbaarheid) in functie van het population health management in samenwerking met het consortium data4PHM.

Naast bovenstaande onderzoeksthema willen we in de toekomst overschakelen naar flexibeler systeem dat toelaat om andere projecten op te starten. Dit systeem zal een deel uit maken van bovenstaande kwaliteitsprocedure. Hierbij houden we rekening met draagkracht van het team, benodigde resources en belang van het project.

Op heden bevat de IMA-Atlas indicatoren rond volgende onderwerpen:

- Populatie: demografie en sociale rechten
- Zorggebruik
 - o Huisartsenzorg
 - o Contacten specialisten
 - o Mondzorg
 - o Volume complexe ingrepen per ziekenhuis
 - o Medische beeldvorming
 - o Covid-19
 - o Gebruik spoeddiensten
- Gezondheidsaanbod:
 - o Verstrekkers
 - o Conventioneeringsgraad verstrekkers
- Financiële toegankelijkheid:
 - o Gezondheidsuitgaven
 - o Ziekenhuissupplementen
 - o Ziekenhuiskosten patiënten
- Gezondheidstoestand by proxy:
 - o Diabetes
 - o Luchtwegaandoeningen / COPD
 - o Alcoholintoxicatie
- Doelgroepen zorg:
 - o Ouderenzorg (residentiële ouderzorg, thuisverpleging)
 - o Perinatale zorg
 - o Diabeteszorg
 - o Link naar dashboard Mental Health Care
- Geneesmiddelengebruik:
 - o Aflevering van medicatie

- Antibiotica
- Anticonceptie
- Antidiabetica
- Polyfarmacie
- Psychofarmaca (ambulant)
- Preventie:
 - Borstkankerscreening
 - Baarmoederhalskankerscreening

3.4. Metadata

De [IMA-Metadatas](#) zijn een dienstverlening die het IMA biedt aan gebruikers van gezondheidsdata. Ze bevatten documentatie over de gegevens in de IMA-databanken en dragen bij tot het correct gebruik en de juiste interpretatie van de data. Ze zijn opgesteld volgens de internationale FAIR-principes. De Metadata bieden informatie die aangepast is aan de noden van de gebruikers van IMA-microdata (analisten en onderzoekers). Ze zijn online raadpleegbaar in een gebruiksvriendelijke catalogus.

Het project Metadata (META) bestaat uit een technisch en inhoudelijk luik. Het technisch luik betreft de database met IMA-Metadatas, de tools en organisatie van de input, en de publiek consulteerbare catalogus op de IMA-website. De database is een relationele databank met formele, gestandaardiseerde en gestructureerde informatie over de IMA-datasets en -variabelen. Ze wordt beheerd door IMA-medewerkers.

Het inhoudelijk luik betreft de creatie van de Metadata-fiches van de datasets en variabelen. Deze zijn gebaseerd op de bestaande Layouts, interne en externe methodologische documenten, en kennis van de IMA-medewerkers. In de metadata wordt alle informatie gebundeld om vaak terugkerende problemen en vragen met betrekking tot bepaalde variabelen op te vangen.

Sinds 2024 werken we samen met het Health Data Agency om de metadata ook via hun portaal ter beschikking te stellen. Dit impliceert o.a. dat alle metadata vertaald worden naar het Engels.

De resultaten van de twee projecten rond data-documentatie voorzien in 2024-2025 (impact van de staatshervorming en overgedragen bevoegdheden – ZESD, en internationale conventies – INTC) worden in 2026 geïntegreerd in één basisdocument voor data users met de 'need to knows' rond de IMA-data, complementair met de informatie in de metadata.

3.5. Datascience (data mining en machine learning technieken)

3.5.1. Haalbaarheidsstudie over het ontwikkelen van een fraude-detectie algoritme: toepassing op de thuisverpleging en op de klassering van forfaits A, B en C (TVER)

Het betreft hier de continuering van een project dat in 2023 werd opgestart. Objectief is het opstellen van een methodologie om outliers binnen de gezondheidszorgverstrekkers op te sporen binnen enkele concrete testcases. Dit wordt opgenomen als een deelproject van het team Fraude en doelmatige zorg in samenwerking met het NIC datamining & controle.

Lange termijn: het is de bedoeling om het algoritme/de methodiek te generaliseren zodat er slechts minimale aanpassingen moeten gebeuren bij de introductie van het algoritme op een nieuw domein.

3.5.2. Het bepalen van de IT noden m.b.t. het gebruik van big data technieken & AI

Voor dit luik wordt ingezet op samenwerking met externe partners, waarbij projectgewijs concrete stappen worden gezet op vlak van big data technieken en AI toepassingen, conform alle vereisten naar databeveiliging & GDPR. De bedoeling is om vanuit concrete toepassingen verder inzicht uit te bouwen rond IT noden en noodzakelijke investeringen. Een concreet voorbeeld hiervan is de samenwerking die werd opgestart in 2025 in het kader van de Europees gefinancierde ENACT-studie (<https://enact-he.eu/>) rond omgevingseffecten op gezondheid(szorg). Daarnaast is ook een samenwerking voorzien met Scienscano & U Hasselt rond rare disease detection (RARE), waarop een PhD-student (verbonden aan de U Hasselt) zal werken voor een periode van 4 jaar, start voorzien in 2026.

3.6. Recurrente dataleveringen en statistieken

3.6.1. Aan de verzekeringsinstellingen

Ondersteuning bij het opleveren van statistieken voor bv. commissies:

- Jaarlijkse opvolging indicatoren medicatienazicht (**MENA**)
- Opvolging indicatoren voor begeleidingsgesprekken goed gebruik geneesmiddelen Astma(**GGGA**) en COPD (**GGGC**)
- Perception du ticket modérateur par le kiné (**KITP**)
- Analyse logopedisten (**LGPD**)

- Nomenclatuur & thuisverpleging: inzicht in de prestaties en uitgaven, variaties in bestedingen en wijze van uitvoering (**NMTV**)
- Aanvraagprofielen voor lipiden : preventief versus curatief & inschatting pancreatitis
- Eigenlijke en oneigenlijke bezetting van Sp-bedden in België met spreiding over gewesten en regio's (**SPBD**)
- Cijfers en statistieken slaapapneu (**IMAC_001**)
- Evaluation globale du trajet de démarrage diabète de type 2 d'ici 3 à 5 ans (**TDDB**)

3.6.2. Aan het RIZIV

Jaarlijks terugkerende opdrachten vastgelegd in de overeenkomst:

- Recurrente oplevering (jaarlijks) aan de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV van de nominatieve lijst van tandartsen die op basis van de wettelijke p-methodologie 'geflagd' worden omwille van een onrealistisch aantal verrichte verstrekkingen binnen een bepaalde tijdsduur (methodologie van p-waarden) (**DMOL**)
- Financiering medische huizen (**MHMM**)
- Het Team Qermid (RIZIV) ontvangt begin september (jaarlijks) data i.v.m. defibrillatoren (**QERM**) – deze data dient in 2026 niet meer aangeleverd te worden.
- De Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV ontvangt voor 30 april het Populatiebestand foto 30 juni van het vorige jaar en voor 31 juli het Populatiebestand foto 31 december van het vorige jaar (**RZFP**)

Aanvragen in kader van hervormingen nomenclatuur

- Cijfers post-covid zorgtraject (**KEST 2024-017**)
- Cijfers zorgtraject obesitas voor kinderen (**KEST 2024-018**)

Monitoring Indemnités Crise Corona 2020 (**COIN**)

KEST-aanvragen :

- Huisbezoeken door psychiater ikv mobiele teams

3.6.3. Aan de Stichting Kankerregister

Structurele datalevering aan de Stichting Kankerregister (**BCRO**, Jaarlijks)

Dataleveringen in het kader van de screeningsprogramma's van de verschillende overheden (borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker) (**DARM + PREV + MAMM**, recurrent).

3.6.4. Aan het VIKZ

Het IMA werkt samen met het VIKZ om facturatiegegevens te koppelen aan MZG-data van de ziekenhuizen aangeleverd door de FOD VG met als doel de door de ontwikkelingsgroep gevalideerde kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen te maken in productiefase. Na productie wordt de actualisatie van de ontwikkelde indicatoren een recurrent project:

- Indicatoren beroertezorg (**BTZG**)
- ongeplande heropnames (**PRKI**)

Daarnaast heeft het VIKZ ook structureel toegang tot de EPS.

3.6.5. Aan Scienscano

Een structurele datalevering aan Scienscano betreft de cijfers voor griepvaccinatie bij 65-plussers (**GRIP**)

Daarnaast heeft Scienscano ook structureel toegang tot de EPS.

3.6.6. Aan het KCE

Structurele projecten in samenwerking met het KCE zijn:

- data en statistieken in het kader van het (x-jaarlijks) Performantierapport, zie <https://www.gezondbelgie.be/nl/> (**PRFM**)
- de evaluatie New Deal huisartsgeneeskunde (**NEWD**)

Daarnaast heeft het KCE ook structureel toegang tot de EPS. Indien de EPS niet voldoende is als databron, wordt waar mogelijk gewerkt via het aanleveren van statistische modellen gebaseerd op de EPS (voorbereid door het KCE) om vervolgens door IMA te laten lopen op de volledige dataset.

3.6.7. Aan het Departement Zorg - Vlaanderen

Structurele dataleveringen aan het Departement Zorg zijn:

- de jaarlijkse opvraging van de statistieken zorgbehoevendheid thuisverpleging (**ZBHH**)
- de jaarlijkse oplevering van de subsidie-enveloppes van de diensten maatschappelijk werk (**ICAW**).

Een recent opgestart project betreft de opvolging van de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde, met statistieken per huisartspraktijk (**HUIS**)

Daarnaast heeft het Departement Zorg ook structureel toegang tot de EPS

3.6.8. Aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel

In samenwerking met de twee Brusselse huisartsenverenigingen (BHAK et FAMGB-FBHAV), wenst het Observatorium voor gezondheid en welzijn, een up-to-date beeld te krijgen van het aanbod aan actieve huisartsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om vervolgens te kunnen evalueren of er een mogelijks tekort bestaat in bepaalde zones (**HBXL**).

3.6.9. Aan de Nationale Bank van België

BNBB project: Distributional National Accounts (DNA) project (TBC)

3.6.10. Andere KEST-aanvragen (2025)

- Aantallen patiënten/gebruikers van ouderenzorg in nominale cijfers (OESO) + gegevens over dagopvang voor personen die langdurige zorg ontvangen;
- Data request visant à évaluer l'impact sanitaire de l'aéroport de Zaventem ;
- Cijfers mensen met ASCVD;
- Vaccination contre la grippe chez les Bruxellois de 65 ans et plus ;
- Huisbezoeken door psychiater ikv mobiele teams;
- Zorgkosten voor verschillende patiëntenpopulaties op basis van intensiteit zorggebruik ;
- B.OSS-validatie cijfers zwangerschappen en bevallingen na bariatrische ingreep + + exploratieve laparotomie na keizersnede.

3.7. Gekoppelde databanken

3.7.1. IMA - Sciensano - KULeuven (Intego) | Een gekoppelde Intego-IMA databank voor de Belgian Burden of Disease Study en de validatie van pseudopathologieën, het opstellen van predictiemodellen en patient journeys, inclusief therapietrouw, voor de klinische praktijk.

Het IMA stelt gegevens ter beschikking aan Sciensano in het kader van een uitbreiding van de Belgische ziektelaststudie (<https://www.sciensano.be/en/projects/belgian-national-burden-disease-study>). Intego-IMA koppeling om de directe medische kosten voor een aantal aandoeningen in kaart te brengen. (**EGOM**, lopend)

3.7.2. IMA – KULeuven (Intego) e.a. : Ontwikkeling diabetes barometer ism Data4PHM

2023: ingebracht als user case voor de HDS + opstart project met HDA over koppelingen Intego-IMA-IKED-IKEKAD (**IKED**, lopend)

Eind 2024: ingediend als HDA-innovatieproject IMA – KULeuven (Intego) | Risicopredictiemodellen, validatie van pseudopathologie indicatoren en inzicht in

pathologie van personen met een statuut chronische aandoening via een koppeling van INTEGO en IMA databanken. Project werd niet weerhouden.

3.7.3. Sciensano en healthdata.be: HISLINK 2023 (HISL, lopend)

Koppeling gegevens gezondheidsenquête 2023 met gegevens van de verzekeringsinstellingen.

3.8. Ter beschikking stellen van data (of anonieme statistieken na analyse) voor wetenschappelijk onderzoek en beleid

In het kader van de wettelijke opdracht van het IMA, in het kader van het big data beleid van de overheid, en in het kader van het algemeen belang voor de volksgezondheid heeft het IMA de opdracht om - mits respect van de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens (Algemene Verordening Gegevensbescherming – AVG of GDPR) - data (of anonieme statistieken na analyse) ter beschikking te stellen voor wetenschappelijk onderzoek en beleid. Hieronder valt ook de bijhorende noodzakelijk ondersteuning voor interpretatie van deze data en - indien van toepassing - koppeling aan andere databronnen. Het is niet uitgesloten dat het volume van dit type projecten zal toenemen onder impuls van het recent opgerichte Health Data Agency.

Om het toenemend aantal aanvragen goed te kunnen opvolgen en beheren is in 2026 de verdere uitrol van een systeem voor projectmanagement (via MS Planner) voorzien, alsook een actualisering en vervollediging van de bijhorende SOP's of Standard Operating Procedures.

We lijsten hieronder de actuele aanvragen en samenwerkingen op, geordend naar organisatie. Meer informatie over deze projecten kan op aanvraag worden bekomen.

Belgisch Kankerregister | **BOGY**. Herval borst- en gynaecologische kankerpatiënten (pre-project)

ICU (interuniversitaire cel van faculteiten tandheelkunde), Sciensano, RIZIV | **MOND**. Mondgezondheidsonderzoek bij tandarts. 'Oral Health Data Registration and Evaluation Survey' (OHDRES) (Eindfase)

IMELDA | **EIBD**. Epidemiologisch onderzoek naar IBD (de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa) (Pre-project)

INTERREG-project | **NTRG**. Aanleveringen data rond grensgebied FRA-WAL-VLA in het kader van een grensoverschrijdend observatorium (Pre-project)

KCE | **BLND**. project BLENDED - Blended Psychodynamische of Cognitief-Gedragsmatige therapie versus gesprekstherapie bij depressie (pre-project)

KCE | **KCEN**. KCE project 2024 – 13 Performance Environmental Sustainability (Lopend)

KCE | **MEDH**. Medical houses: Onderzoek naar een nieuwe berekeningswijze voor de financiering van medische huizen/eerstelijnsgezondheidscentra (pre-project: in verkenning of IMA-data nodig is)

KCE | | **MVUP**. KCE 2020-01 Move-Up trial: klinische trial betaald door RIZIV (pre-project)

KCE | **THZP**. Evaluatie thuisverpleging: verleende zorgen en patiëntprofielen (pre-project)

KCE | **THPR**. Evaluatie thuisverpleging: opvolging deelnemende praktijken (pre-project)

KCE | **VERS**: Project 2018-15 Verschuiving van ziekenhuiszorg naar daghospitalisatie en ambulante zorg: impact op heropnames en mortaliteit na ontslag (Lopend)

KULeuven | **ARON** (KCE-181137). Klinische trial studie over impact van CRP-testing op het voorschrijfgedrag van antibiotica voor kinderen in de eerstelijnszorg (*Lopend*)

KULeuven | **DDRP**. Demand driven reallocation of patients (pre-project)

KULeuven | **ICAR**. Het project I-CARE4OLD is gefinancierd door de EU en heeft tot doel de gezondheidszorg en gezondheidszorgtrajecten van ouderen met chronische complexe aandoeningen in kaart te brengen en hun zorgtrajecten te voorspellen (*Eindfase*)

KULeuven | **MZWZ**. Mondzorg in woonzorgcentra (*Pre-project*)

KULeuven | **PEPP**. PEPPER-trial - Bepaling van de optimale strategie voor het stoppen van chronische protonpompremmertherapie bij patiënten in de eerstelijnszorg: effect van gebruik op verzoek, aanvullende therapieën en antacida (KCE-201277) (*Pre-project*)

KULeuven | **PRIL**. Mentale gezondheid in de perinatale periode (*Pre-project*)

KULeuven | **PTVU**. Evaluatie van kwaliteit en patiëntveiligheidsuitkomsten van chirurgische en niet-chirurgische patiëntenverblijven (pre-project)

KU Leuven & FOD Volksgezondheid | **CPQH**. 'Cost of poor quality in healthcare': evaluatie van de additionele kost bij het oplopen van een adverse event (AE) in een acuut Belgisch ziekenhuis (Projectfiche)

KULeuven, Ugent & UCL | **HART**. De relatie tussen het zorggebruik en de klinische uitkomsten van patiënten met een aangeboren hartaandoening: een populatie gebaseerde retrospectieve cohortstudie (*Eindfase*)

KULeuven & UZ Leuven | **GETM**. Evaluation of geriatric-traumatological co-management (*Eindfase*)

RIZIV | **AUDH**. Farmanet IMA - Audit Hospitals (*Pre-project*)

SCK-CEN | **HARM**. Harmonic: Health effects of cArdiac fluoRoscopy and MOderN radIotherapy in paediatricCs (*Eindfase*)

SCK-CEN | **NUCL**. Cancer incidence study among nuclear workers in Belgium from 2004 to 2018 (*Eindfase*)

Sciensano | **ATTR**: *Attributable costs of cancer* (*Eindfase*)

Sciensano | **BELC**. Een longitudinale en multidisciplinaire gegevensverzameling, met de focus op geestelijke gezondheid en arbeidsmarkresultaten binnen dit cohort (*Lopend*)

Sciensano | **EPLN**. EPI-LINK: infectieziektesurveillancegegevens koppelen aan externe gegevens (*pre-project*)

Sciensano | **HEBC**. Hepatitis B&C and STI (*Pre-project*)

Sciensano & healthdata.be | **INEQ**. Unraveling social inequalities through the COVID-19 disease spectrum (COVINEC) (*Lopend*)

Sciensano & healthdata.be | **SPAD**. SPADIS - De sociale participatie meten bij mensen met chronische aandoeningen (*Lopend*)

Sciensano & healthdata.be | **HIVP**. People living with HIV & PREP users (*Projectfiche*)

Sciensano & healthdata.be | **HIRS**. Registre de la Maladie de Hirschsprung (*Pre-project*)

Sciensano iov kabinet | **BEYF**. Impact van de RSV campagne met niservimab (Beyfortus) monoclonale antilichamen. Telling van de toegediende Beyfortus in de materniteit (*Projectfiche*)

Sciensano & VUB | **TRDS**. Koppeling Tardis-register (biologische geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis) met IMA-data (*Pre-project*)

Sciensano, UZ Leuven &UGent | **TLWK**. Impact of telework on health (*Projectfiche*)

UAntwerpen | **HEPA**. Kosteneffectiviteitsanalyse in klinische studie chronische hepatitis B patiënten (*Pre-project*)

UAntwerpen | **INME**. Vermijdbare (intramurale) medicatiewijzigingen (*Pre-project*)

UAntwerpen & CVKO | **GBKS** (ENTER): Gelijkheid in borstkankerscreening in Vlaanderen (Pre-project)

UAntwerpen, Thomas More & CVKO | **KOKT**. Developing and Evaluating a Tailored Reminder Letter to Enhance Colorectal Cancer Screening Participation in Underserved Groups in Flanders > ingediend als onderzoeksvoorstel in 2025 bij Kom Op Tegen Kanker en Stichting Tegen Kanker met IMA als onderzoekspartner

UAntwerpen | **SHAR**. Share - Why do I keep feeling lonely? The relation between psychotropic drug use, social integration and well-being at old age (Projectfiche)

UC Louvain | **HEST**. HESTIA - Omgevingsfactoren in Brussels gewest (Pre-project)

UC Louvain | **BWLL**. BE-WELL- What are the mental health trajectories of younger (20-35 years old) and older people (50+) ? - voor en na de pandemie

Ugent & Ulg | **RUGP**. Evaluatie van het programma voor de secundaire preventie van lage rugpijn van Fedris (lopend)

Ugent | **MIGZ**. Verschillen in het gebruik van preventieve gezondheidsdiensten door mensen met migrantenachtergrond in België (Vlaanderen) (Projectfiche)

Ugent & partners | **EXAC**. Medicatietrouw ter voorkoming van exacerbaties bij obstructieve longaandoeningen (Lopend)

Ugent & partners | **EVIK**: Afbouw antidepressiva (Call Evikey) – IMA opgenomen in ingediend voorstel als dataleverancier (nog in afwachting van goedkeuring)

UHasselt, ZOL Genk, UZ Leuven, UZ Antwerpen, AZ Sint Jan Brugge | **HYPE**. FWO-gefinancierde Vlaamse multicentrische gerandomiseerde studie over telemonitoring bij hypertensieve zwangeren (Eindfase)

U Hasselt, Scienscano | **RARE**. Rare disease detection (pre-project)

ULB (DULBEA) | **ARBO**. Identificatie en analyse van de (vooraf bestaande) gezondheidsfactoren die een arbeidsongeschiktheid van lange duur of invaliditeit kunnen verklaren (Eindfase)

ULB | **PREG**. Medications use during pregnancy in Belgium (Lopend)

UZA & UAntwerpen | **INHI**. Checkpoint-inhibitoren en cardiovasculaire events (Lopend)

UZ Brussel | **CHOL**. Cholecystectomie en colorectale kanker (Pre-project): Ingediend als onderzoeksproject bij Stichting tegen Kanker in 2025

UZ Brussel | **OPCV**. Suivi outcome patients cardiovasculaires UZBrussel. Effets de l'environnement sur la santé cardiovasculaire (Pre-project)

UZ Gent | **NIER**. FWO onderzoeksproject aangaande acute nierinsufficiëntie bij patiënten post-cardiochirurgie (Projectfiche)

UZ Gent | **PSOR**. Value-Based Healthcare voor patiënten met psoriasis (Projectfiche)

UZ Leuven | **HORM**. Compliantie van borstkankerpatiënten met anti-hormoontherapie (Eindfase)

UZ Leuven | **PGER**: Prospectieve studie geriatrie (ASPIRE) (Pre-project)

VUB | **CVAL**. De maatschappelijke kost van cardiovasculaire aandoeningen en longtumoren als gevolg van radiotherapie bij borstkanker (Lopend)

VUB | **SENS**. De maatschappelijke kost, tewerkstelling en potentiële meerbaten van neurostimulatie bij chronische pijnpatiënten (SENSATION-studie) (Lopend)

VUB | **HRTW**. De maatschappelijke kost en werkhervatting bij cardiovasculaire patiënten (HearRTWise) (Lopend)

VUB | **DEMT**. Naar een tijdige integratie van gespecialiseerde palliatieve thuiszorg voor ouderen met dementie met complexe zorgnoden en hun mantelzorgers: een mixed-method theorie-geïnformeerde studie (Lopend)

VUB & UAntwerpen | **DPND**. Effecten van voorschrijven en stoppen van geneesmiddelen bij woonzorgcentra bewoners met een verminderde levensverwachting: gebruik van big data om bestaande evidentie te versterken (DEPEND) (Lopend)

VUB | **EOLC**. Comparing EOL quality indicators for cancer decedent between Belgium and the Netherlands (Lopend)

VUB | **HSLS**. Zorgtrajecten na traumatisch hersenletsel bij kinderen (Pre-project)

4. IMA als communicator en informatieplatform

Sinds 2019 kreeg het IMA meer budget voor communicatie. Vanaf 2020 werd een communicatieplan voor de IMA Atlas uitgewerkt en de uitrol van acties opgestart, met een piek in 2023. De metadata-pijler (cf. 4.4) draagt ook bij tot correcte communicatie (informatie) voor de gebruikers van de IMA-data.

Tijdens de raad van bestuur van december 2020 werd een project goedgekeurd om te werken met verschillende types van publicatie templates. Deze hebben als doel de IMA-publicaties te professionaliseren, standaardiseren, en het publicatieproces te vereenvoudigen. Ze laten tevens toe het aantal publicaties te verhogen. We versterken hiermee de operationele doelstelling: "Het IMA communiceert transparant, laagdrempelig en regelmatig zodat het IMA bekend en erkend wordt in de sector." De templates werden uitgewerkt naar het voorbeeld van andere professionele aanbieders van data.

Soorten publicaties

Type	Lengte	Doelpubliek	Formaat	Frequentie
Eenmalige publicaties				
1. IMA-studie	20 of meer pagina's	Gespecialiseerde professionelen en onderzoekers	pdf	Op basis van planning
2. Persbericht	500 woorden	Alle doelgroepen, inclusief het brede publiek	HTML-pagina (+ e-mail)	Op basis van planning
3. Nieuwsbrief	Mail met 3 hoofditems	Mailinglist nieuwsbrief	Mail met links naar IMA-website en IMA-Atlas	4 x per jaar (afhankelijk van andere publicaties)
Recurrente publicaties				
worden éénmalig ontwikkeld en jaarlijks of tweejaarlijks geactualiseerd				
4. IMA-Kerncijfer / Atlas-focus	500-1000 woorden	Professionelen (partners, beleid, zorgorganisaties,...); personen die gericht op zoek zijn naar cijfers over zorg	HTML-pagina	9 x per jaar (afhankelijk van de beschikbare onderwerpen op de Atlas)

Communicatie staat ten dienste van de algemene strategische doelstellingen van het IMA. Het IMA kan haar doelstellingen beter bereiken als:

- De partners en stakeholders in het domein van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) en de gezondheidszorg het IMA kennen als een kwaliteitsvol data-expertisecentrum ('data research center'): Het IMA levert statistieken en onderzoeksrapporten binnen het domein van de ZIV en de gezondheidszorg op eigen initiatief of in opdracht van de partners. Het IMA stelt ook ruwe gecodeerde data ter beschikking, al of niet gekoppeld met andere databronnen, en begeleidt externen (bv. universitaire onderzoekers) bij hun onderzoek op IMA-data (en aanvraag voor goedkeuring bij het Informatieveiligheidscomité).

- Het beleid kan worden beïnvloed via de publicatie van objectieve statistieken en onderzoek. [De politieke beleidsaanbevelingen komen echter van het NIC of van de individuele verzekeringsinstellingen. Het IMA kan enkel algemene, intermutualistisch gedragen aanbevelingen publiceren.]

De communicatie richt zich bijgevolg vooral tot professionals in de gezondheidszorg en gerelateerde domeinen, alle beleidspartners, de academische wereld en lokale overheden. En het grote publiek? Rapporten worden gepubliceerd omdat ze belangrijke boodschappen bevatten, niet alleen voor het beleid, maar ook voor de burgers. De studies gebeuren in het belang van de leden van de ziekenfondsen. Het grote publiek is dus wel doelpubliek voor de boodschap, maar zij moeten het IMA als data-expertisecentrum niet kennen.

In 2025-2026 wordt de communicatiestrategie verder ontwikkeld, inclusief een contentplanning voor wekelijkse LinkedIn-post (timing o.a. gelinkt aan thematische dagen, events, ...). Terugkerende rubrieken zijn o.a.:

- IMA-publicaties in de kijker
- Behind the scenes (wie zijn we, wat doen we, ...)
- IMA-Atlas: wist je dat ...? #IMA-Atlas
- Partnerschappen in de kijker

5. Samenwerking

Strategische doelstelling III – Samenwerking

Het IMA werkt permanent aan een optimale interne werking, versterking van de samenwerking tussen de mutualiteiten en samenwerking met de partners en de andere actoren in het domein.



Samenwerking loopt als een rode draad door ons jaarprogramma via een groot aantal concrete projecten in opdracht van, of in nauwe samenwerking met, partners. Ook in het kader van het in 2023 opgerichte Health Data Agency (HDA) verwacht het IMA dat de samenwerking nog zal worden versterkt. Er is een sterke link met de European Health Data Space, waar het IMA uiteraard

ook verder aan wenst mee te werken samen met de andere partners. Voor de werkzaamheden in het kader van het HDA wordt ook de nodige tijd vrijgemaakt in de planning.

Ook de projecten die het IMA opneemt op eigen initiatief hangen af van samenwerking tussen en met de VI, o.a. door de experten waarop we een beroep doen. De levering van de brondata en de kwaliteit ervan, het fundament van ons jaarprogramma is uiteraard onmogelijk zonder een goede samenwerking.