

Variaties in medische praktijken

Contacten huisartsgeneeskunde

Analyse van de verdeling van de medische praktijk in volumes en in uitgaven per patiënt en per verzekerde in België
(verdeling, herhaling, trends per gewest, provincie en arrondissement) voor het jaar **2023**



RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Cel Doelmatige Zorg

Pascal Meeus, Virginie Dalcq, Benjamin Swine, Katrien Declercq, Delphine Beauport

Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Datum van dit rapport : 30 augustus 2024

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL	2
1. INLEIDING	3
2. SPECIFIEKE ANALYSEMETHODE	4
A. NOMENCLATUURCODENUMMERS VAN HET RIZIV DIE IN DE ANALYSE ZIJN OPGENOMEN	4
B. HISTORIEK VAN DE NOMENCLATUURCODENUMMERS	6
C. EVOLUTIE VAN DE VERDELING IN VOLUMES VAN DE GEPRESTEERDE NOMENCLATUURCODENUMMERS	9
D. GEGEVENSBRON EN ANALYSEPERIODE	10
E. SELECTIECRITERIA	11
F. SPECIALISME VAN DE ZORGVERLENERS	12
G. SPECIALISME VAN DE VOORSCHRIJVERS	13
H. (GESCHAT) AANTAL PATIËNTEN PER JAAR	14
I. STANDAARDISATIE	15
3. RESULTATEN	16
A. NATIONAAL GESTANDAARDISEERD GEBRUIK	16
B. GESTANDAARDISEERD GEBRUIK PER GESLACHT EN PER LEEFTIJD	17
C. FREQUENTIE VAN AMBULANTE VERSTREKKINGEN	21
D. GESTANDAARDISEERD GEBRUIK VOLGENS DE TERUGBETALINGSREGELING	23
E. EVOLUTIE VAN HET GESTANDAARDISEERD GEBRUIK	25
F. GEOGRAFISCHE VARIATIES VAN HET GESTANDAARDISEERD GEBRUIK	29
G. GESTANDAARDISEERDE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING TEN LASTE VAN DE VERZEKERING	33
4. SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE GEGEVENS	38
5. BIJLAGEN	39
A. VARIANTIEANALYSE (ANOVA), BEHALVE BRUSSEL	39
B. FREQUENTIE VAN HERHALINGEN VAN DE PRAKTIJK (PER PATIËNT)	40
C. TYPES VAN TENLASTENEMING VAN DE PATIËNT	44
D. CODERINGSVARIATIES EN PRAKTIJKALTERNATIEVEN	46

1. INLEIDING

De Cel Doelmatige Zorg binnen de Directie Onderzoek-Ontwikkeling-Kwaliteitspromotie van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV werd opgericht als gevolg van de Bestuursovereenkomst 2016-2018 van het RIZIV¹. In artikel 35 wordt in "de oprichting van een Cel doelmatige zorg met specifieke focus op een geïntegreerde aanpak voor een rationeel gebruik van de middelen" voorzien. Het project met het oog op de oprichting van de Cel Doelmatige Zorg is in het tweede trimester 2017 gelanceerd.

De concrete oprichting van de cel is geformaliseerd in het "Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017" dat het RIZIV op 18 juli 2016 heeft gepubliceerd¹. In dat plan worden een dertigtal maatregelen opgesomd om de gezondheidszorg efficiënter te maken door een adequate praktijkvoering te bevorderen en nutteloze of ongeschikte zorg te bestrijden.

Hierin is overeengekomen dat een van de opdrachten van de Cel Doelmatige Zorg bestaat in een analyse van de "relevantie van de zorg" waarbij het de bedoeling is om onverklaarbare variaties in de consumptie na standaardisatie op te sporen. Die variaties kunnen namelijk wijzen op een mogelijke niet-optimale benutting van de middelen.

De rapporten "Variaties in medische praktijken" bevatten de analyses die in dat kader zijn uitgevoerd. In elk rapport komt een welbepaald thema aan bod.

In dit document worden de becijferde resultaten en de grafieken van de praktijkanalyses² Contacten huisartsgeneeskunde weergegeven en de belangrijkste leessleutels aangereikt.

We hebben aan dit document bewust geen interpretatie toegevoegd, aangezien we deze vaststellingen eerst wilden voorleggen aan de professionele zorgverleners die het best in staat zijn om ze te interpreteren. Dit document is echter vrij toegankelijk om de reflectie over het thema objectief en openlijk te voeden.

¹ (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2016)

² Er wordt verwezen naar het document "[Praktijkvariaties - Methode](#)" waar de geïnteresseerde lezer meer uitleg kan vinden over de methode die voor deze kwantitatieve analyses is gebruikt.

2. SPECIFIEKE ANALYSEMETHODE

A. Nomenclatuurcodenummers van het RIZIV die in de analyse zijn opgenomen

De nomenclatuurcodenummers van het RIZIV die in de analyse zijn opgenomen, worden hieronder opgesomd:

Ambulant	Gehospitaliseerd	Aantallen	Uitgaven	Omschrijving	Creëtiëdatum	Schrappingsdatum	Groep N	Waarde
101010	x	ja	ja	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten	01-04-1985		N01	N6
101032	x	ja	ja	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts	01-04-1985		N01	N8
101076	x	ja	ja	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	01-09-1995		N01	N8
101091	x	nee	ja	Wachttöeslag aangerekend voor raadplegingen van 19 tot 21 uur die gebeuren in het kader van een georganiseerde wachtdienst	01-07-2008		N01	N2
101113	x	nee	ja	Permanëntietöeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst	01-07-2008		N01	N2
101135	x	ja	ja	Advies met het oog op continuïteit van zorg	14-03-2020	31-07-2022	N01	
101673	x	ja	ja	Videoraadpleging door een huisarts	01-08-2022		N01	N8
101710	x	ja	ja	Videoraadpleging door een huisarts op basis van verworven rechten of een houder van het artsëndiploma	01-08-2022		N01	N5
101732	x	ja	ja	Telefonische raadpleging door een arts	01-08-2022		N01	N4
101813	x	ja	ja	Onderzoek van de patiënt in een triagecentrum met het oog op triage Covid-19 tijdens weekends en feestdagen	23-03-2020	26-07-2020	N01	
101835	x	ja	ja	Advies met het oog op triage covid-19 tijdens de georganiseerde huisartsenwachtdienst	14-03-2020	31-07-2022	N01	
101850	x	ja	ja	Onderzoek van de patiënt in een triagecentrum met het oog op triage Covid-19	23-03-2020	26-07-2020	N01	
101990	x	ja	ja	Advies met het oog op triage Covid-19	14-03-2020	31-07-2022	N01	
102410	x	nee	ja	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	01-01-1992		N01	D10
102432	x	nee	ja	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden	01-01-1992		N01	D18
102454	x	nee	ja	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	01-01-1992		N01	D8
102476	x	nee	ja	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging tussen 21 en 8 uur wordt gehouden	01-01-1992		N01	D16
103095	x	nee	ja	Supplement voor een ongewone raadpleging (101032, 101076) of een ongewoon bezoek (103132, 103412, 103434) van de huisarts	01-11-2016		N01	N7
103110	x	ja	ja	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten	01-04-1985		N01	N4
103132	x	ja	ja	Bezoek door de huisarts	01-04-1985		N01	N6
103213	x	ja	ja	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden	01-04-1985		N01	N4
103235	x	ja	ja	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden	01-04-1985		N01	N4
103412	x	ja	ja	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	01-04-1985		N01	N6

Deze tabel bevat de nomenclatuurcodenummers van het RIZIV die in de analyse zijn opgenomen met de vermelding van hun eventuele opname in de analyses van de verstrekkingen en de uitgaven, en hun beschrijving, hun creatie- en schrappingsdatum, hun eventuele N-groep (van de RIZIV-nomenclatuur) en hun waarde.

Ambulant	Gehospitaliseerd	Aantallen	Uitgaven	Omschrijving	Creatiedatum	Schrappingsdatum	Groep N	Waarde
103434	x	ja	ja	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisarts	01-04-1985		N01	N6
103913	x	ja	ja	Bezoek door de erkende huisarts bij één rechthebbende in instellingen met gemeenschappelijke verblijven	01-07-1999	30-04-2013	N01	
104112	x	ja	ja	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten bij één rechthebbende in instellingen met gemeenschappelijke verblijven	01-07-1999	30-04-2013	N01	
104215	x	ja	ja	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	01-01-1992		N01	N6
104230	x	ja	ja	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts	01-01-1992		N01	N6
104252	x	ja	ja	Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	01-01-1992		N01	N6
104296	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D10
104311	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D30
104333	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D8
104355	x	ja	ja	Consult van een erkende huisarts bij de zieke thuis door een geneesheer aangevraagd	01-01-1992	30-04-2013	N01	
104510	x	ja	ja	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	01-01-1992		N01	N4
104532	x	ja	ja	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	01-01-1992		N01	N4
104554	x	ja	ja	Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	01-01-1992		N01	N4
104591	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D8
104613	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D16
104635	x	nee	ja	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	01-01-1992		N01	D7
104650	x	ja	ja	Consult van de algemeen geneeskundige met verworven rechten bij de zieke thuis door een geneesheer aangevraagd	01-01-1992	30-04-2013	N01	
109012	x	ja	ja	Advies	01-04-1985		N01	N2
109955	x	nee	ja	Reiskosten van de geneesheren - bijkomende vergoeding van de huisarts in de plattelandsstreken	01-04-1985		N01	J1

B. Historiek van de nomenclatuurcodenummers

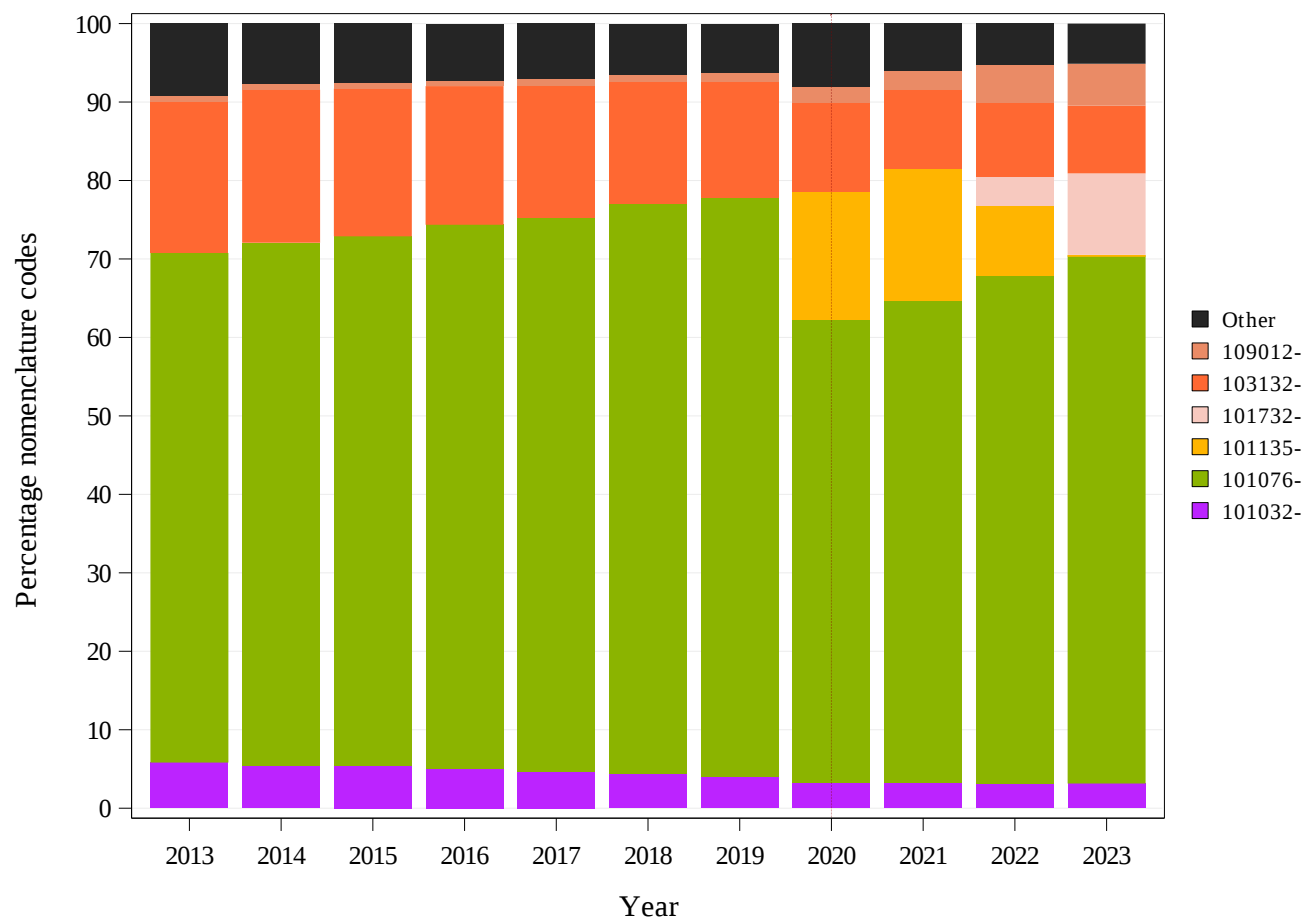
Ambulant	Gehospitaliseerd	Datum	Omschrijving
101010	x	01-07-2001	Raadpleging in de spreekkamer van de algemeen geneeskundige met verworven rechten
101010	x	01-05-2013	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten
101032	x	01-07-2001	Raadpleging in de spreekkamer van de erkende huisarts
101032	x	01-05-2013	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts
101076	x	01-07-2001	Raadpleging in de spreekkamer van de geaccrediteerde erkende huisarts
101076	x	01-05-2013	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts
102410	x	01-07-2002	Bijkomend honorarium voor een dringende raadpleging in de spreekkamer van een erkende huisarts : wanneer de raadpleging zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102410	x	01-05-2013	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdags, zondags, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102410	x	01-02-2022	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102432	x	01-07-2002	Bijkomend honorarium voor een dringende raadpleging in de spreekkamer van een erkende huisarts : wanneer de raadpleging's nachts tussen 21 en 8 uur wordt gehouden
102432	x	01-05-2013	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging 's nachts tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden
102432	x	01-02-2022	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden
102454	x	01-07-2002	Bijkomend honorarium voor een dringende raadpleging in de spreekkamer van de algemeen geneeskundige met verworven rechten : wanneer de raadpleging, zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102454	x	01-05-2013	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102454	x	01-02-2022	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102476	x	01-07-2002	Bijkomend honorarium voor een dringende raadpleging in de spreekkamer van de algemeen geneeskundige met verworven rechten : wanneer de raadpleging 's nachts tussen 21 en 8 uur wordt gehouden
102476	x	01-05-2013	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging 's nachts tussen 21 en 8 uur wordt gehouden
102476	x	01-02-2022	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging tussen 21 en 8 uur wordt gehouden
103110	x	01-07-2001	Bezoek, bij de zieke thuis, door de algemeen geneeskundige met verworven rechten

In deze tabel wordt de historiek weergegeven van de beschrijvingen van de nomenclatuurcodenummers van het RIZIV die in de analyse zijn opgenomen, in het geval van wijzigingen aangebracht tijdens de periode 2013-2023.

Ambulant	Gehospitaliseerd	Datum	Omschrijving
103110	x	01-05-2013	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten
103132	x	01-07-2001	Bezoek, bij de zieke thuis, door de erkende huisarts
103132	x	01-05-2013	Bezoek door de huisarts
103213	x	01-11-2010	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten bij verscheidene rechthebbenden, bij eenzelfde reis : twee rechthebbenden, per rechthebbende
103213	x	01-05-2013	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden
103235	x	01-11-2010	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten bij verscheidene rechthebbenden, bij eenzelfde reis : drie rechthebbenden of meer, per rechthebbende
103235	x	01-05-2013	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden
103412	x	01-11-2010	Bezoek door de erkende huisarts bij verscheidene rechthebbenden, naar aanleiding van een zelfde reis : twee rechthebbenden, per rechthebbende
103412	x	01-05-2013	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts
103434	x	01-11-2010	Bezoek door de erkende huisarts bij verscheidene rechthebbenden, naar aanleiding van een zelfde reis : drie rechthebbenden of meer, per rechthebbende
103434	x	01-05-2013	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisarts
104215	x	01-07-2002	Bezoek door de erkende huisarts tussen 18 en 21 uur afgelegd bij de zieke thuis
104215	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts
104230	x	01-07-2002	Bezoek door de erkende huisarts 's nachts tussen 21 en 8 uur afgelegd bij de zieke thuis
104230	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts
104252	x	01-11-2010	Bezoek door de erkende huisarts zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur afgelegd
104252	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts
104252	x	01-02-2022	Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts
104296	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103412, 103434 of 103913 : wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104296	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104296	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104311	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103412, 103434 of 103913 : wanneer het bezoek 's nachts tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104311	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104311	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104333	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103412, 103434 of 103913 : wanneer het bezoek 's avonds tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104333	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104333	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104510	x	01-07-2002	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten tussen 18 en 21 uur afgelegd bij de zieke thuis
104510	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104532	x	01-07-2002	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten 's nachts tussen 21 en 8 uur afgelegd bij de zieke thuis

Ambulant	Gehospitaliseerd	Datum	Omschrijving
104532	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104554	x	01-11-2010	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur.
104554	x	01-05-2013	Bezoek afgelegd zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104554	x	01-02-2022	Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten
104591	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103213, 103235 of 104112 : wanneer het bezoek zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104591	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek zaterdag, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104591	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
104613	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103213, 103235 of 104112 : wanneer het bezoek 's nachts tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104613	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104613	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
104635	x	01-11-2010	Bijkomend honorarium voor de bezoeken nrs. 103213, 103235 of 104112 : wanneer het bezoek 's avonds tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104635	x	01-05-2013	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
104635	x	01-02-2022	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
109955	x	01-01-2002	Reiskosten van de geneesheren - bijkomende vergoeding van algemeen geneeskundigen in de plattelandsstreken
109955	x	22-02-2013	Reiskosten van de geneesheren - bijkomende vergoeding van de huisarts in de plattelandsstreken

C. Evolutie van de verdeling in volumes van de gepresteerde nomenclatuurcodenummers



Zie de Nomenclatuurcodenummers van het RIZIV die in de analyse zijn opgenomen, op pagina 4, voor meer informatie over deze codes.
N.B.: Het jaar 2020 werd aangegeven door een verticale stippellijn, om de aandacht te vestigen op de impact van de COVID-19 crisis.

D. Gegevensbron en analyseperiode

De gegevens die in de analyses zijn opgenomen, zijn afkomstig van deze databanken:

Document N	voor aantallen en uitgaven van verzekerden (die voldoen aan selectie) waarvan leeftijd, geslacht, voorkeursregeling en arrondissement gekend is in 2013-2023
Document P	voor aantallen en uitgaven van verzekerden (die voldoen aan selectie) per specialisatie in 2023
Document P, SHA, ADH	voor herhalingscijfers per patiënt en verdeling per type zorg (ambulant privé of polikliniek, daghospitalisatie, hospitalisatie) in 2022
-	-

Analyseperiode	2013-2023
-----------------------	-----------

Document N: De N-documenten zijn maandelijkse gegevens die binnen een termijn van drie maanden door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV worden bezorgd. Die gegevens omvatten het aantal verstrekkingen, de data en de honoraria en worden om de zes maanden verzameld en aangevuld met de patiëntengegevens van de verzekeringsinstellingen: leeftijd, geslacht, sociale categorie en arrondissement van de woonplaats. De N-documenten kunnen echter niet worden gebruikt om combinaties van verstrekkingen per verzekerde te analyseren.

Document P: De P-documenten zijn semestriële gegevens die binnen een termijn van vier maanden door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV worden bezorgd. Die gegevens omvatten de verrichte verstrekkingen, de zorgverleners, de voorschrijvers, de plaatsen van verstrekking en de plaatsen van ziekenhuisopname. De P-documenten kunnen worden gebruikt om de medische consumptie en de tarifiering te volgen, maar niet om de verstrekkingen per patiënt te groeperen.

Documenten SHA, ADH : zijn jaarlijkse gegevens die binnen een termijn van zes maanden door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV worden bezorgd. Ze omvatten alle verstrekkingen die respectievelijk tijdens een daghospitalisatie en tijdens een klassieke hospitalisatie in de algemene ziekenhuizen worden verricht, per verblijf.

Herhaling: de herhalingscijfers zijn gebaseerd op het meest recente jaar waarin consolidatie per patiënt tussen P- en SHA-ADH-documenten mogelijk is, meestal het jaar voorafgaand aan het laatste jaar van de analyseperiode.

E. Selectiecriteria

Eventueel werden sommige filters op de gegevens toegepast om slechts een deel van de populatie in de analyses te selecteren. De toegepaste filters zullen in de onderstaande tabel worden weergegeven indien van toepassing:

OP DE GEGEVENS TOEGEPASTE FILTERS	
Geslacht	vrouwen en mannen
Leeftijd	alle
-	-

In deze analyse hebben de indicatoren altijd betrekking op deze populatie.

F. Specialisme van de zorgverleners

Specialisatie verstrekker	Aantal verstrekkers	Aantal verstrekkers codes	% verstrekkers codes	Mediaan aantal verstrekkingen	Q3 aantal verstrekkingen	% Verstrekkingen
Huisartsen	14.755	13.948	95%	3.846	6.242	98,08%
Andere specialiteiten	29.264	11.509	39%	425	506	1,92%
Totaal	44.019	25.457	58%	280	4.236	100,00%



In deze tabel worden respectievelijk de volgende niet-gestandaardiseerde gegevens per medisch specialisme weergegeven (cijfers voor het jaar 2023):

- Aantal zorgverleners per specialisme die minstens één verstrekking hebben geattesteerd (De cijfers worden uitzonderlijk geëxtrapoleerd uit een enkel semester als in de kop een * wordt aangegeven, anders wordt het volledige jaar in aanmerking genomen);
- Aantal zorgverleners die nomenclatuurcodenummers hebben geattesteerd die in deze analyse zijn opgenomen;
- Percentage zorgverleners die deze codenummers hebben geattesteerd ten opzichte van het aantal zorgverleners die minstens één verstrekking hebben geattesteerd;
- Het mediane aantal en derde kwartiel van de verstrekkingen per zorgverlener (die codenummers attesteren);
- Percentage verstrekkingen, namelijk de verhouding tussen het aantal verstrekkingen die door dat specialisme zijn geattesteerd en het totale aantal verstrekkingen.

G. Specialisme van de voorschrijvers

[Specialisme van voorschrijvers is onbekend of niet van toepassing]



In deze tabel worden respectievelijk de volgende niet-gestandaardiseerde gegevens per medisch specialisme weergegeven (cijfers voor het jaar 2023):

- Aantal voorschrijvers die minstens één verstrekking hebben voorgeschreven (De cijfers worden uitzonderlijk geëxtrapoleerd uit een enkel semester als in de kop een * wordt aangegeven, anders wordt het volledige jaar goed in aanmerking genomen);
- Aantal voorschrijvers die nomenclatuurcodenummers hebben voorgeschreven die in deze analyse zijn opgenomen;
- Percentage voorschrijvers die deze codenummers hebben voorgeschreven ten opzichte van het aantal zorgverleners die minstens één verstrekking hebben voorgeschreven;
- Het mediane aantal en derde kwartiel van de verstrekkingen per voorschrijver (die codenummers voorschrijven);
- Percentage voorgeschreven verstrekkingen, namelijk de verhouding tussen het aantal verstrekkingen die door dat specialisme zijn voorgeschreven en het totale aantal voorgeschreven verstrekkingen.

H. (Geschat) aantal patiënten per jaar

Soms worden meerdere codes (gelijkaardig of verschillend) die betrekking hebben op dezelfde praktijk meerdere keren op dezelfde dag en/of in hetzelfde jaar gefactureerd voor dezelfde patiënt.

Om het aantal behandelde patiënten te schatten, wordt het totale aantal geregistreerde prestaties per jaar gedeeld door een gemiddelde delingsfactor (totale gemiddelde herhaling).

In deze analyse is de gemiddelde delingsfactor 6,29. Dit laatste wordt berekend op basis van 2022 en is het resultaat van het delen van het totale aantal prestaties door het totale aantal verschillende verzekerden die van deze prestaties gebruik hebben gemaakt (per leeftijdsgroep, geslacht en district).

Deze gemiddelde delingsfactor wordt de totale gemiddelde herhaling genoemd. Deze totale gemiddelde herhaling is het product van de gemiddelde herhaling per patiënt per dag (**gemiddeld aantal prestaties per dag per patiënt**) en de gemiddelde herhaling per patiënt per jaar (**gemiddeld aantal dagen per jaar per patiënt**). Uitleg over deze gemiddelde herhalingen per dag en per jaar is te vinden in de bijlage “Frequentie van herhalingen van de praktijk (per patiënt)”.

De volumes worden echter niet gedeeld voor de gegevens over zorgverleners en voorschrijvers (zie pagina's 6, 9-10), noch voor de grafieken en tabellen die de verdeling van volumes en herhalingen van de praktijk weergeven (zie pagina's 18-19 en bijlagen B tot en met D).

I. Standaardisatie

Gegevens weergegeven per geografische deelgroep* of bevolkingscategorie worden gestandaardiseerd per jaar op basis van de leeftijd (per jaar), het geslacht en de voorkeursregeling van de nationale bevolking in 2023.

Opmerking: Arrondissementen met minder dan 100 000 verzekerden zijn samengevoegd met een aangrenzend arrondissement uit dezelfde provincie. De volgende arrondissementen worden daarom samen beschouwd: Oostende/Veurne, Ieper/Diksmuide, Roeselare/Tielt, Gent/Eeklo, Charleroi/Thuin, Huy/Waremme, Namur/Philippeville, Neufchâteau/Marche-en-Famenne, Virton/Bastogne/Arlon. Deze groepen en namen zijn van toepassing op alle metingen, kaarten en grafieken die per arrondissement worden geproduceerd. In het hele document wordt het concept van gegroepeerd arrondissement weerspiegeld in het gebruik van de term "arrondissement"



Standaardisatie is een proces waarmee populaties voor een of meer analysecriteria vergelijkbaar worden gemaakt. Als er een verschil tussen die populaties wordt waargenomen, zal hieruit dus kunnen worden afgeleid dat dit verschil niet te wijten is aan de criteria die bij de standaardisatie in aanmerking zijn genomen.

3. RESULTATEN

A. Nationaal gestandaardiseerd gebruik

	TOTAAL
<i>Aantal prestaties per jaar</i>	60.464.613
Gemiddelde herhaling per patiënt per dag (gemiddeld aantal prestaties per dag)	1,01
Gemiddelde herhaling per patiënt per jaar (gemiddeld aantal dagen per jaar)	6,26
Totale gemiddelde herhaling (deelt het aantal prestaties)	6,29
<i>Geschat aantal patiënten per jaar</i>	9.534.651
Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden	82.763

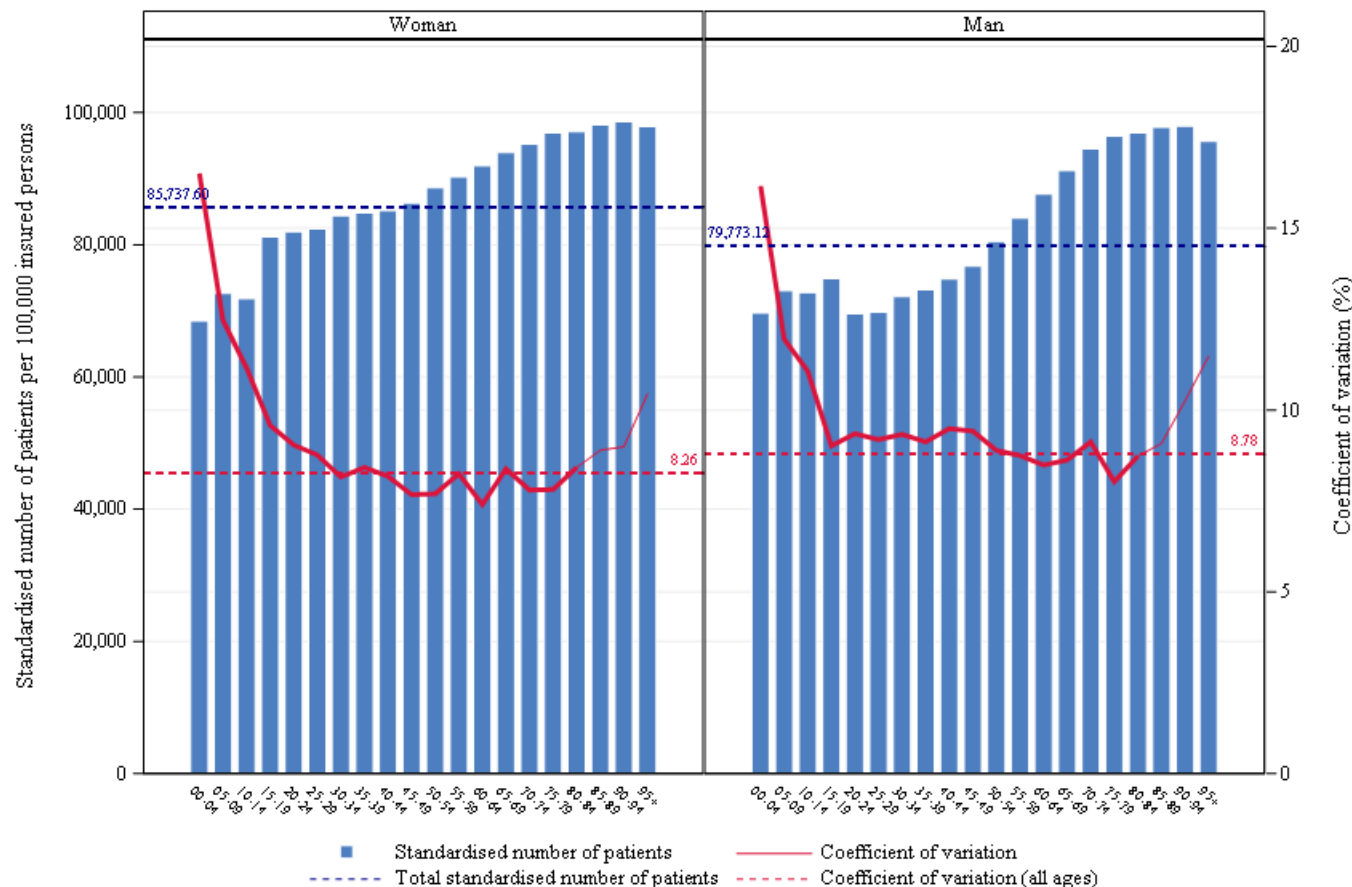
B. Gestandaardiseerd gebruik per geslacht en per leeftijd

	TOTAL
<i>Geschat aantal patiënten per jaar</i>	9.534.651
Mediane leeftijd (jaar)	46
Gemiddelde leeftijd (jaar)	44,7
Max./Min. ratio van de mediane leeftijd (per arrondissement*)	1,11
Gestandaardiseerd gebruik: vrouwen (per 100 000)	85.738
Gestandaardiseerd gebruik: mannen (per 100 000)	79.773
Ratio vrouwen/mannen	1,07
Percentage vrouwen	52,84%

Max./Min. ratio:

De max./min. ratio is een spreidingsmaat voor de waarden. Die wordt berekend via de verhouding tussen de teruggevonden maximale waarde voor de variabele in alle arrondissementen* en de minimale waarde, outliers uitgesloten. Als die minimumwaarde gelijk is aan nul, dan kan de max./min. ratio niet worden berekend en zal er "NA" (d.w.z. "not applicable") worden vermeld.

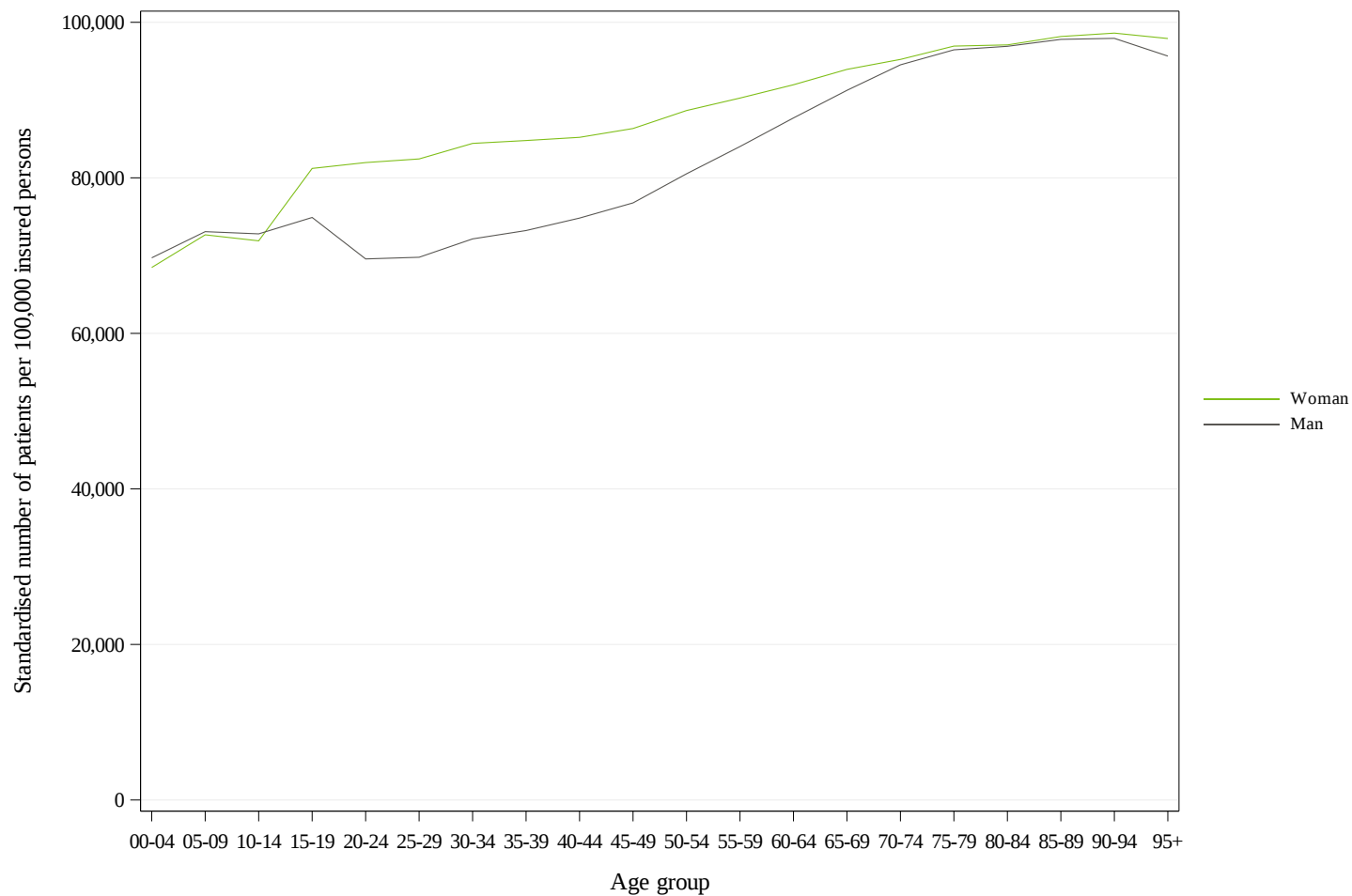
* Sommige arrondissementen zijn gegroepeerd, zie pagina 12, Standaardisatie



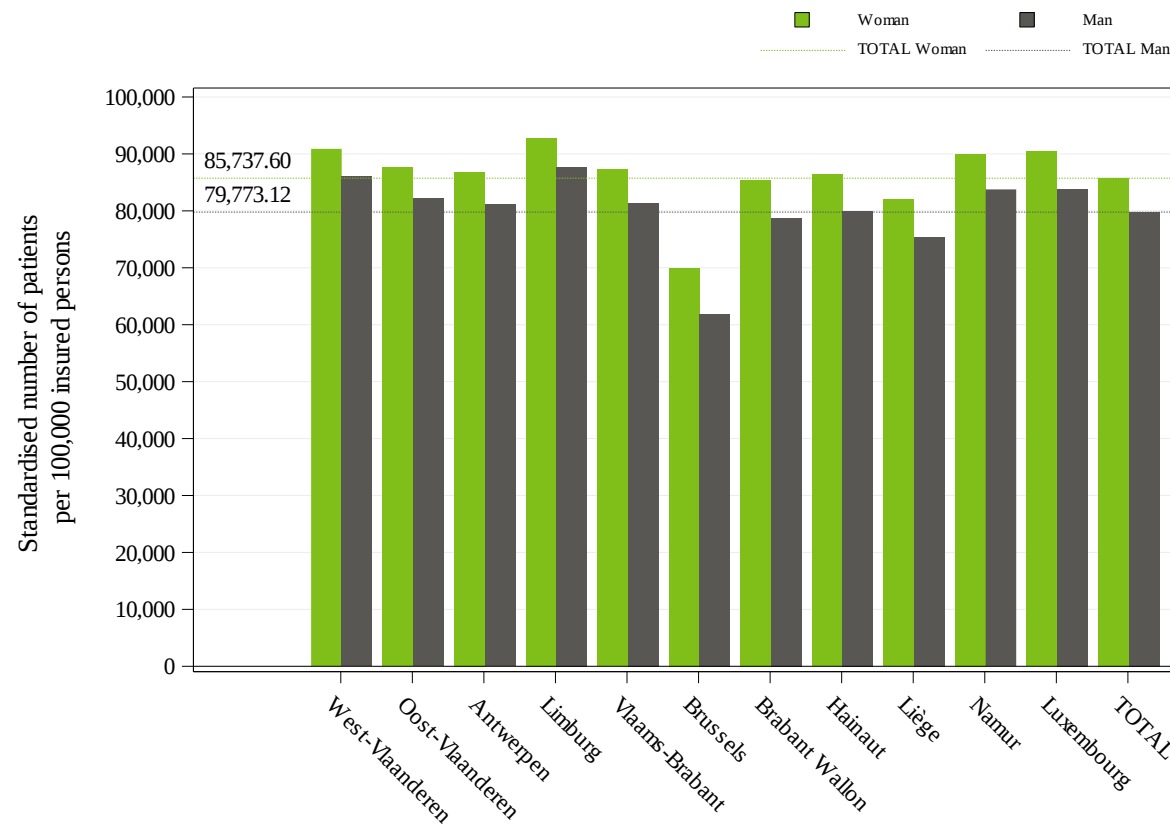
Deze grafiek bestaat uit staafdiagrammen voor elk geslacht. De **variatiecoëfficiënt**, weergegeven met de rode lijn, is een relatieve spreidingsmaat voor het vastgestelde gestandaardiseerd gebruik per arrondissement*, leeftijdscategorie en geslacht (de standaardafwijking gedeeld door het gemiddelde). Deze lijn wordt in het vet weergegeven voor de leeftijdscategorieën waarin de variatiecoëfficiënt geldig kan worden geïnterpreteerd (d.w.z. voor de leeftijdscategorieën met voldoende verzekerden per arrondissement* om te kunnen vergelijken).

De linkse verticale as van de grafiek stemt overeen met het gestandaardiseerd gebruik en de rechtse met de variatiecoëfficiënt. De horizontale as toont de uitsplitsing per leeftijdscategorie. De horizontale stippellijnen geven de totale waarden van het gestandaardiseerd gebruik (in het blauw) en de variatiecoëfficiënt (in het rood) weer.

Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden en variatiecoëfficiënt volgens de arrondissementen* per leeftijdscategorie en per geslacht voor het jaar 2023



**Vergelijking van het gestandaardiseerd gebruik per leeftijdscategorie en per geslacht
(per 100 000 verzekerden) in 2023**



Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden
per geslacht en per provincie voor het jaar 2023

Dit histogram toont het gestandaardiseerd gebruik per provincie en per geslacht. De grijze balkjes geven de percentages mannen weer terwijl de groene balkjes voor elke provincie de percentages vrouwen laten zien. De grijze en groene streepjeslijnen tonen het totale gestandaardiseerd gebruik volgens dezelfde kleurcode.

C. Frequentie van ambulante verstrekkingen

	TOTAAL
<i>Aantal prestaties per jaar</i>	60.464.613
Percentage ambulante verstrekkingen	100,00%
Max./Min. ratio van de ambulante percentages (per arrondissement*)	1

Aangezien enkel ambulante nomenclatuurcodes werden geselecteerd, kan geen grafiek weergegeven worden.
 Vu que seuls des codes de nomenclature ambulatoires ont été sélectionnés, le graphique ne peut être affiché
 Since only the outpatient nomenclature codes are selected, the graph cannot be displayed

region

Percentage ambulante verstrekkingen in totaal en per gewest

De grafiek geeft het percentage ambulant verrichte verstrekkingen weer (met inbegrip van de daghospitalisaties), d.w.z. het aantal ambulante verstrekkingen ten opzichte van het totale aantal verstrekkingen (ambulant en ziekenhuisverblijven). Naast een balkje per gewest, wordt er een balkje voor de Belgische populatie getoond. Die totale verhouding wordt ook met een stippellijn weergegeven.

Aangezien enkel ambulante nomenclatuurcodes werden geselecteerd, kan geen grafiek weergegeven worden.
Vu que seuls des codes de nomenclature ambulatoires ont été sélectionnés, le graphique ne peut être affiché
Since only the outpatient nomenclature codes are selected, the graph cannot be displayed

province

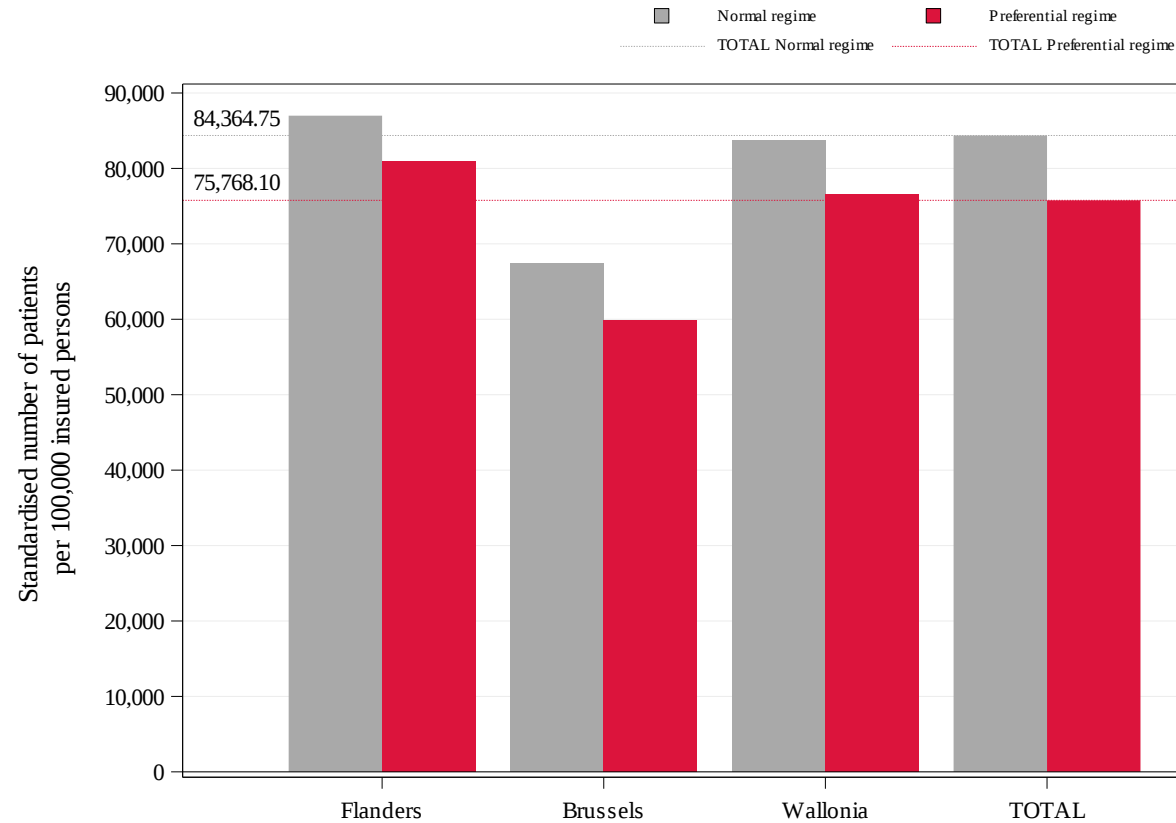
Evolutie van het percentage ambulante verstrekkingen per provincie

N.B.:

- Het jaar 2020 werd aangegeven door een verticale stippellijn, om de aandacht te vestigen op de impact van de COVID-19 crisis
- Een aanvulling op dit hoofdstuk met de details van de tenlasteneming van de patiënten per type gaat als bijlage bij dit rapport (zie bijlage C)

D. Gestandaardiseerd gebruik volgens de terugbetalingsregeling

	TOTAAL
<i>Geschat aantal patiënten per jaar</i>	9.534.651
Percentage voorkeurregeling	18,84%
Gestandaardiseerd gebruik met voorkeurregeling (per 100 000)	75.768
Gestandaardiseerd gebruik zonder voorkeurregeling (per 100 000)	84.365
Ratio Voorkeurregeling/Algemene regeling	0,9



De grafiek geeft het gestandaardiseerd gebruik van patiënten per 100 000 verzekerden weer met (in het rood) en zonder (in het grijs) voorkeurregeling, per gewest en in totaal. De rode en grijze stippellijnen geven de totale gestandaardiseerd gebruiken van patiënten per 100 000 verzekerden weer, respectievelijk met en zonder voorkeurregeling.

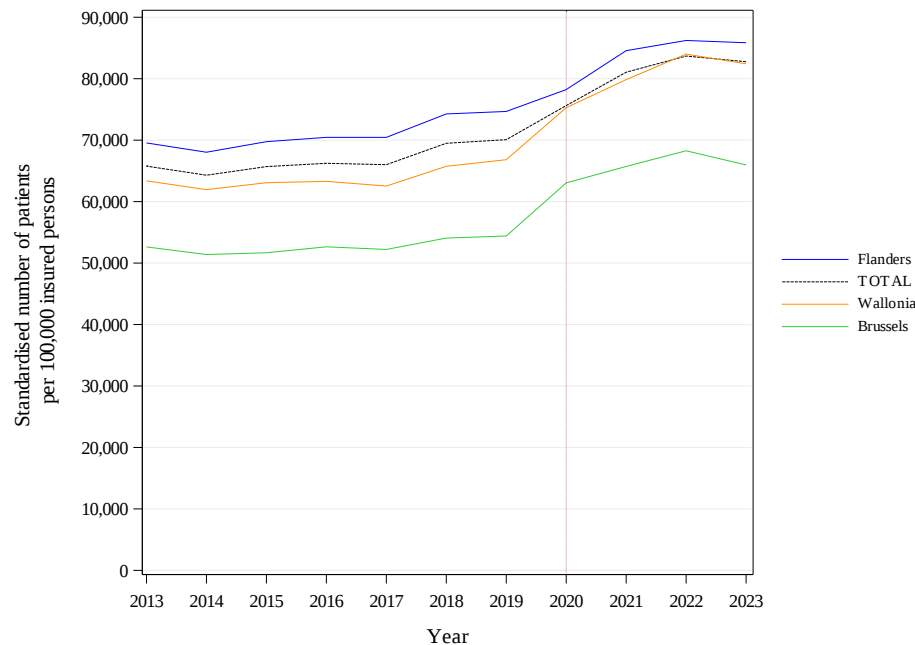
Gestandaardiseerd gebruik volgens de terugbetalingsregeling en de gewesten

E. Evolutie van het gestandaardiseerd gebruik

	TOTAAL	Statistische significantie
<i>Geschat aantal patiënten per jaar</i>	9.534.651	
Trend (2013-2023)	2,32%	*** (3,05%)
Trend (2013-2021)	2,65%	*
Trend (2021-2023)	1,05%	

De hier berekende trends stemmen overeen met het gemiddeld jaarlijks groeipercentage.

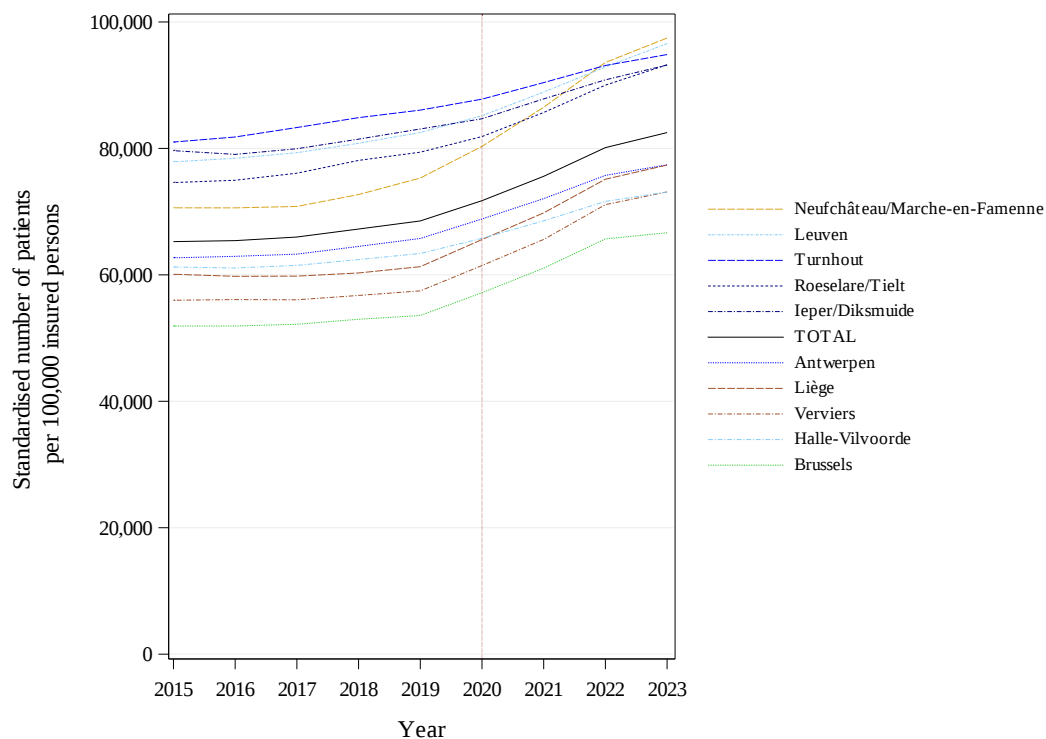
Een niet-significante statistische test wijst erop dat de trend geschat door het model (tussen haakjes) stabiel is, of dat er geen trendbreuk is.



Deze grafiek toont een gekleurde curve per gewest en een zwarte curve voor de volledige Belgische bevolking. Op de horizontale as worden de jaren weergegeven en op de verticale as het gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden.

N.B.: Het jaar 2020 werd aangegeven door een verticale stippellijn, om de aandacht te vestigen op de impact van de COVID-19 crisis.

Evolutie per gewest van het gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden



Evolutie per arrondissement* van het gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden

Deze grafiek toont een gekleurde curve per arrondissement* en een zwarte curve voor de volledige Belgische bevolking. Op de horizontale as worden de jaren weergegeven en op de verticale as het gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden.

Om de evolutieve trends beter te kunnen weergeven, zijn de geïllustreerde cijfers een **voortschrijdend gemiddelde** van de cijfers in de periode van 3 jaar die voorafgaat aan het in aanmerking genomen jaar (het betreffende jaar inbegrepen).

In deze grafiek worden slechts de 5 arrondissementen* met de hoogste gemiddelden en de 5 arrondissementen* met de laagste gemiddelden over de laatste 3 onderzochte jaren weergegeven (met uitzondering van de arrondissementen van Henegouwen die sterk getroffen werden door de administratieve reorganisatie van 2019).

N.B.: Het jaar 2020 werd aangegeven door een verticale stippe lijn, om de aandacht te vestigen op de impact van de COVID-19 crisis.

		Gebruik	Jaarlijkse groei			Trend- breuk
		2023 (per 10 ⁵ ver- zekerden)	2013- 2023	2013- 2021	2021- 2023	
Provincies	West-Vlaanderen	88.466	1,96%	2,43%	0,11%	NA
	Oost-Vlaanderen	84.869	2,16%	2,52%	0,76%	NA
	Antwerpen	83.982	1,95%	2,33%	0,43%	NA
	Limburg	90.272	2,83%	3,12%	1,68%	NA
	Vlaams-Brabant	84.328	2,02%	2,22%	1,20%	NA
	Brussel	65.970	2,28%	2,82%	0,19%	NA
	Waals-Brabant	82.098	2,80%	3,35%	0,63%	NA
	Henegouwen	83.214	2,75%	3,05%	1,57%	NA
	Luik	78.748	2,46%	2,47%	2,43%	NA
	Namen	86.869	2,70%	3,01%	1,46%	NA
	Luxemburg	87.118	2,82%	3,43%	0,43%	NA
Gewesten	Vlaanderen	85.852	2,13%	2,47%	0,76%	NA
	Brussel	65.970	2,28%	2,82%	0,19%	NA
	Wallonië	82.425	2,66%	2,93%	1,60%	NA
TOTAAL		82.763	2,32%	2,65%	1,05%	*

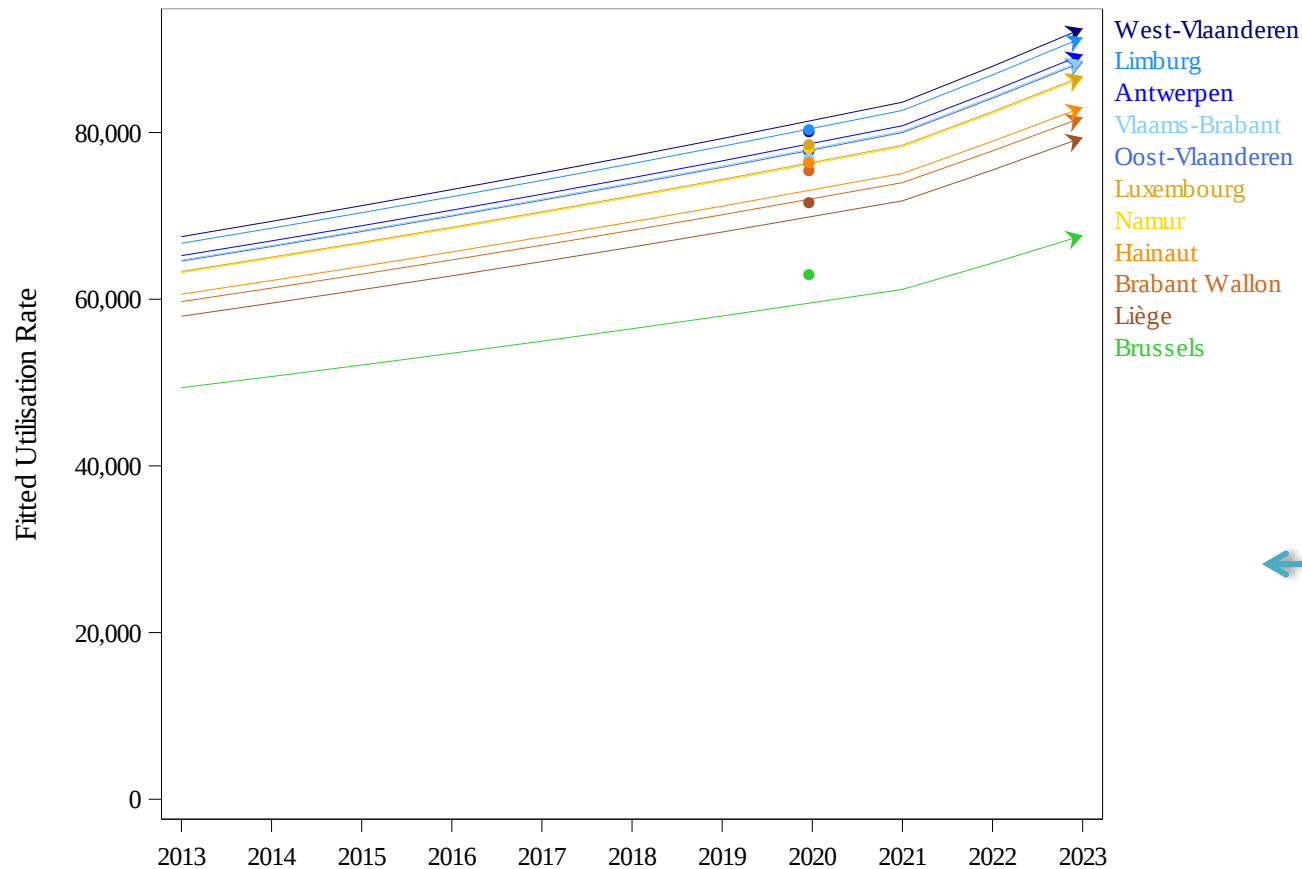
Evolutie van het gebruik per provincie en per gewest

Deze tabel vermeldt naast het gestandaardiseerd gebruik voor het laatste onderzochte jaar (2023) ook de gemiddelde **groeipercenages** per provincie, per gewest en in totaal, zowel voor de volledige periode (2013-2023), als voor de laatste jaren (2021-2023) en voor de periode die voorafgaat aan de laatste jaren (2013-2021).

Om na te gaan of de trend van de laatste jaren verschilt van de trend in de jaren die voorafgaan, wordt een lineair mixed model gefit in twee fasen. In de eerste fase wordt getest of de trend in de laatste jaren verschilt van de trend in de jaren die voorafgaan op nationaal niveau. Vervolgens wordt, als de test significant is, getest of de verandering van trend significant is op het niveau van elke provincie, elk gewest en nationaal. De gegevens van 2020 werden van de analyses uitgesloten.

De significantie van de trendbreuk wordt gerapporteerd in de trendbreukkolom: * P-waarde $\leq 0,05$ / ** P-waarde $\leq 0,01$ / *** P-waarde $\leq 0,001$ en NS voor een niet-significante trendbreuk.

De waarden "NA" worden vermeld wanneer de nomenclatuurcodenummers die in de analyse zijn opgenomen, niet werden toegepast in de volledige periode van de laatste in aanmerking genomen jaren, of wanneer de statistische testen niet kunnen worden uitgevoerd.



Trendbreuk beoordelingsmodel per provincie - Regressielijnen

Regressielijnen per provincie met mogelijks een verschillende helling voor de laatste jaren (2021-2023) in vergelijking met die voor de jaren die aan deze periode vooraf gaan (2013-2021).

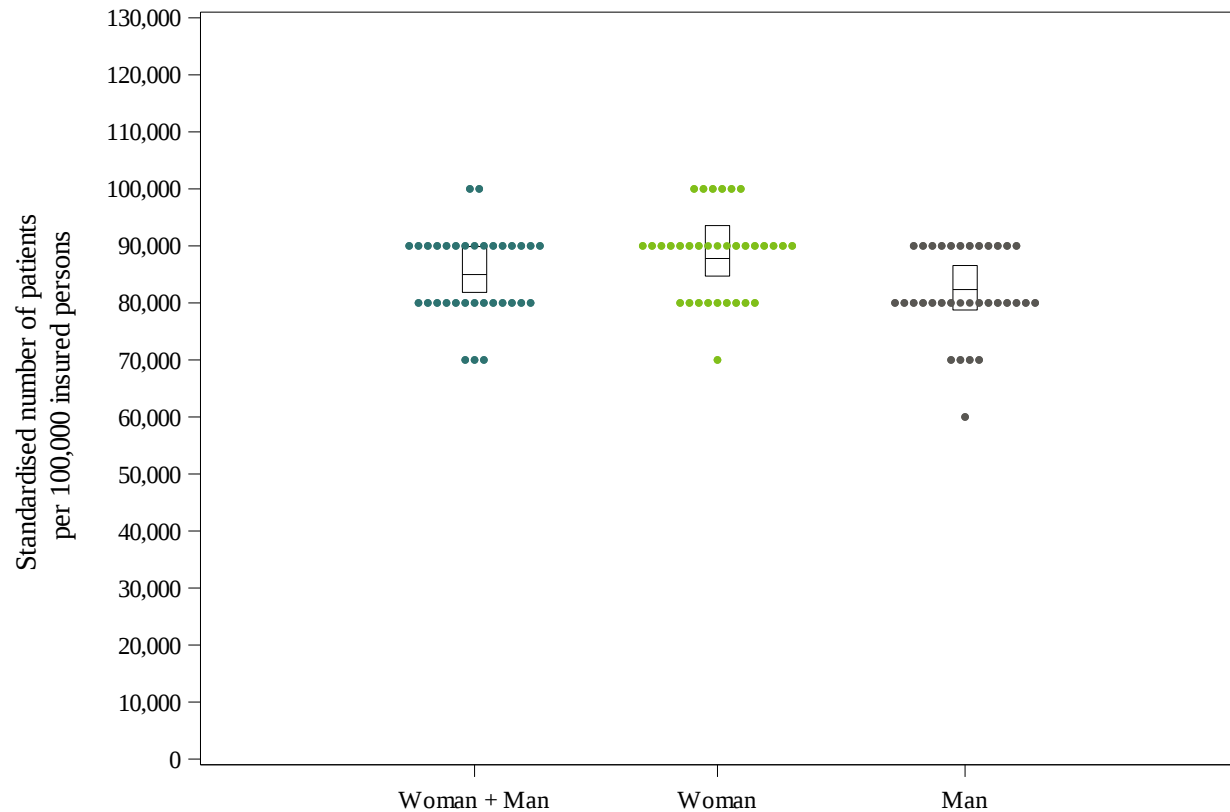
De gegevens van 2020 werden uitgesloten van de analyses maar zijn ter informatie aangegeven op de grafiek.

F. Geografische variaties van het gestandaardiseerd gebruik

	TOTAAL
<i>Geschat aantal patiënten per jaar</i>	9.534.651
Variatiecoëfficiënt (2023)	8,47
Max./Min. ratio* van het gestandaardiseerd gebruik (per gewest)	1,3
Max./Min. ratio* van het gestandaardiseerd gebruik (per arrondissement*)	1,35

Variatiecoëfficiënt (2021-2023)	8,49
Variatiecoëfficiënt (2013-2015)	9,8
<i>Statistisch significant verschil? ($p \leq 0.05$)</i>	<i>Neen</i>

* Een resultaat "NA" wordt vermeld bij een niet berekenbare ratio, d.w.z. als de minimumwaarde gelijk is aan nul (cf. B. Gestandaardiseerd gebruik per geslacht en per leeftijd)



"Dotplot-verdeling" van het gestandaardiseerd gebruik per arrondissement* per geslacht

Een **dotplot**-grafiek is een spreidingsdiagram dat nuttig is om de aandacht te vestigen op groeperingen van gegevens, gaten in de verdeling of op extreme waarden. In dit geval geeft elk punt het gebruik van een arrondissement* weer voor de volledige populatie of per geslacht.

De cijfers worden afgerond volgens de waarde van het maximum (tot op de eenheid, een tiende, een honderdste, ...) voor een betere groepering van de waarden.

De grafiek toont ook een box met het 25^{ste}, 50^{ste} en 75^{ste} percentiel van de niet-afgeronde cijfers voor alle arrondissementen*. De lijn onderaan de box stemt overeen met het 25^{ste} percentiel terwijl het 75^{ste} percentiel wordt weergegeven door de bovenste lijn. De lijn in de box stemt overeen met het 50^{ste} percentiel.



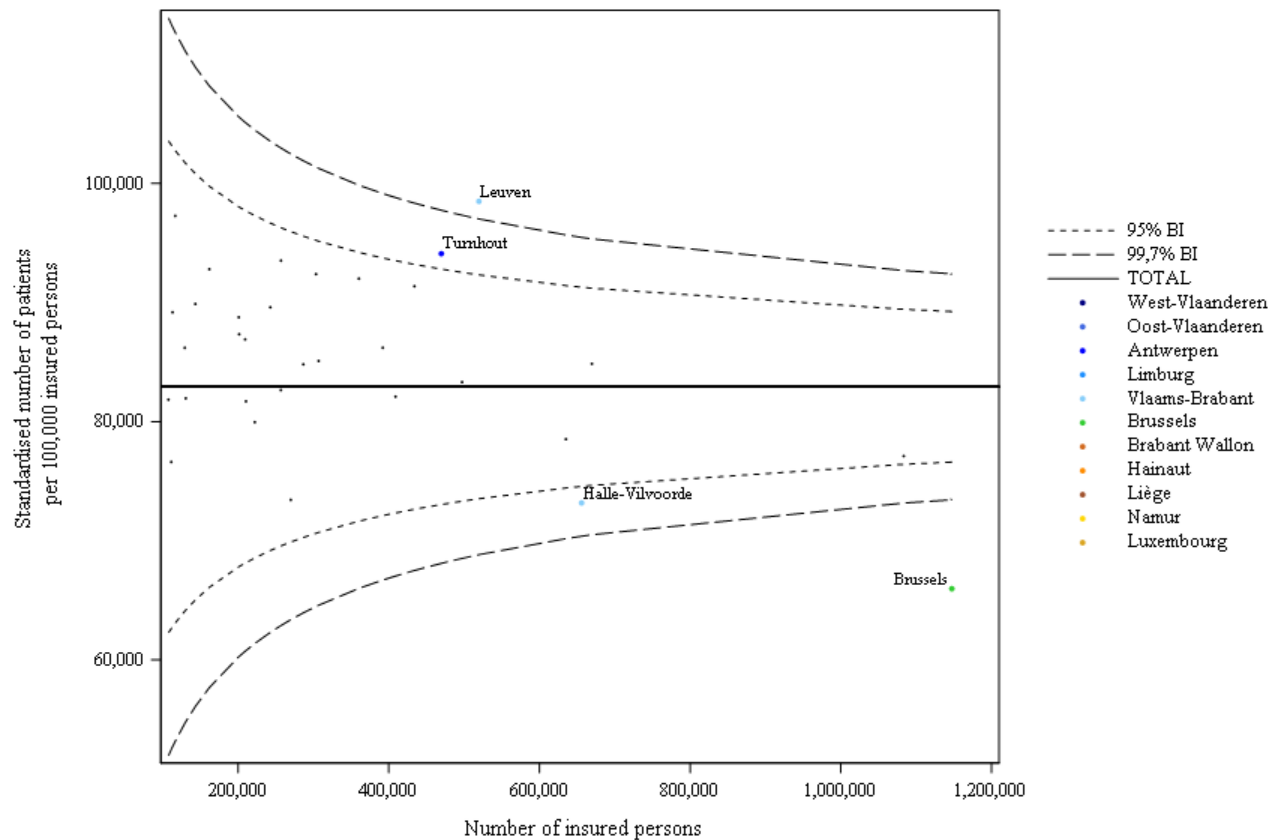
Kaart met de verdeling per arrondissement* van het gestandaardiseerd gebruik

* Arrondissementen aangeduid met * of + zijn gegroepeerd binnen dezelfde provincie. zie pagina 12, Standaardisatie

Op deze kaart van België worden de arrondissementsgrenzen met fijne lijnen en de provinciegrenzen met dikke lijnen aangegeven. De arrondissementen* zijn ingekleurd aan de hand van een kleurenschaal die gebaseerd is op de verhouding tussen het gebruik in dat arrondissement* en het nationale Belgische (totale) gebruik. Die verhouding wordt uitgedrukt in percentages: bijvoorbeeld 0% als de ratio van het arrondissement* gelijk is aan de nationale ratio, 20 % als het percentage 20 % hoger ligt en -20 % als het percentage 20 % lager ligt. De percentages worden berekend op basis van het gestandaardiseerd gebruik van het laatste onderzochte jaar en worden in schijven van 20 % verdeeld. De volgende kleuren worden gebruikt:

Kleur	Categorie
Dark Red	Meer dan 50%
Red	Tussen 30% en 50%
Orange	Tussen 10% en 30%
Yellow	Tussen -10% en 10%
Light Green	Tussen -30% en -10%
Green	Tussen -50% en -30%
Dark Green	Minder dan -50%
White	Geen gebruik

N.B.: De interpretatie van deze kaart moet parallel gebeuren met die van de grafiek in funnelplot (volgende pagina).



"Funnelplot" van het gestandaardiseerd gebruik per arrondissement* volgens het aantal verzekerden

In deze grafiek wordt het gestandaardiseerd gebruik in een arrondissement* gepositioneerd ten opzichte van het bevolkingsaantal. Naast de punten per arrondissement* worden ook de 95% en 99.7% betrouwbaarheidsintervallen op de grafiek weergegeven. Deze hangen af van het bevolkingsaantal. De dikke horizontale lijn geeft het nationaal gestandaardiseerd gebruik weer. De extreme arrondissementen* worden geïdentificeerd door de punten die buiten de 99.7% betrouwbaarheidsintervallen vallen. De zone tussen beide betrouwbaarheidsintervallen wordt als "warning zone" beschouwd.

N.B.: De interpretatie van deze grafiek moet parallel gebeuren met die van de verdelingskaart van het gebruik (vorige pagina).

G. Gestandaardiseerde uitgaven voor geneeskundige verzorging ten laste van de verzekering

	TOTAAL
<i>Aantal prestaties per jaar</i>	60.464.613
<i>Jaarlijkse uitgaven (€)</i>	1.507.466.416
Gemiddelde kostprijs per patiënt (€)	158,1
Gemiddelde kostprijs per verzekerde¹ (€)	130,85
Max./Min. ratio* van de uitgaven per verzekerde (per gewest)	1,68
Max./Min. ratio* van de uitgaven per verzekerde (per arrondissement*)	1,56

* Een resultaat "NA" wordt vermeld bij een niet berekenbare ratio, d.w.z. als de minimumwaarde gelijk is aan nul (cf. B. Gestandaardiseerd gebruik per geslacht en per leeftijd)

¹ Opmerking: Uitgaven zijn gebaseerd op de verzekerden die zijn geselecteerd voor de analyse (zie sectie 2.E, Selectiecriteria).

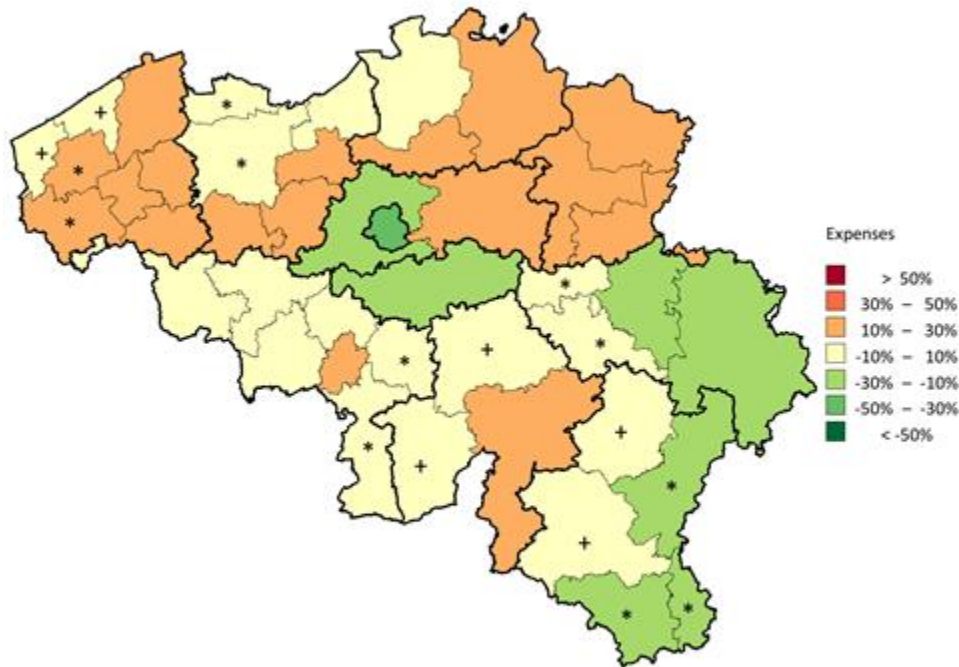
		Gestandaardiseerde uitgaven (per verzekerde ¹)	Relatief verschil ten opzichte van totaal
Provincies	West-Vlaanderen	150,72 €	15,19%
	Oost-Vlaanderen	143,37 €	9,57%
	Antwerpen	130,43 €	-0,32%
	Limburg	163,07 €	24,62%
	Vlaams-Brabant	131,42 €	0,44%
	Brussel	84,43 €	-35,48%
	Waals-Brabant	110,94 €	-15,22%
	Henegouwen	132,44 €	1,22%
	Luik	116,63 €	-10,87%
	Namen	139,82 €	6,86%
	Luxemburg	124,41 €	-4,92%
Gewesten	Vlaanderen	141,58 €	8,20%
	Brussel	84,43 €	-35,48%
	Wallonië	125,48 €	-4,10%
TOTAAL		130,85 €	

Verdeling per gewest en provincie van de gestandaardiseerde uitgaven (2023)

¹ Opmerking: Uitgaven zijn gebaseerd op de verzekerden die zijn geselecteerd voor de analyse (zie sectie 2.E, Selectiecriteria).

Evolutie van de uitgaven per verstrekking en per nomenclatuurcodenummer

Nomenclatuurcodes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Gemiddeld jaarlijks groei%
101010-	9,69	10,02	10,00	10,08	10,36	10,69	11,29	11,73	12,11	12,58	13,49	3,36%
101032-	15,99	16,39	16,51	16,61	16,84	16,98	17,64	18,14	18,47	18,86	20,22	2,38%
101076-	20,03	20,49	20,57	20,70	21,27	21,74	22,61	23,17	23,49	24,01	26,46	2,82%
101135-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	20,00	20,00	20,01	0,02%
101673-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,79	20,93	5,78%
101710-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,18	11,89	6,35%
101732-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,58	9,10	6,01%
101813-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	39,98	39,98	0,00	0,00	NA
101835-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	20,00	20,00	20,00	0,00%
101850-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,78	26,78	26,78	26,78	0,00%
101990-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	20,00	20,00	20,05	0,08%
103110-	22,02	22,64	22,71	22,74	23,02	23,34	24,04	24,38	24,63	25,14	26,47	1,86%
103132-	29,31	30,10	30,21	30,39	30,75	31,25	32,44	33,18	33,75	34,41	36,61	2,25%
103213-	15,53	15,81	15,51	15,73	16,17	16,11	16,84	16,99	16,82	17,39	18,81	1,94%
103235-	16,23	16,82	17,26	17,25	17,43	17,49	17,77	18,18	18,82	18,95	19,19	1,69%
103412-	23,67	24,25	24,33	24,50	24,78	25,15	26,05	26,54	26,93	27,35	28,96	2,04%
103434-	23,42	23,86	23,94	23,97	24,14	24,48	25,29	25,48	25,83	26,43	28,06	1,83%
103913-	30,74	30,26	30,12	22,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NA
104112-	22,69	23,30	25,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NA
104215-	38,05	39,08	39,30	39,65	40,11	40,73	42,27	43,24	43,87	44,48	47,10	2,16%
104230-	65,00	66,78	67,24	67,64	68,60	69,36	72,22	74,44	75,14	76,10	80,92	2,21%
104252-	41,94	43,27	43,47	43,75	44,32	44,95	46,62	47,79	48,42	49,13	52,27	2,23%
104355-	29,59	24,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NA
104510-	24,67	25,39	25,75	25,63	25,45	25,95	27,18	27,44	27,45	27,58	29,30	1,73%
104532-	38,41	38,56	39,65	39,98	41,29	41,92	44,48	44,74	43,82	44,36	47,21	2,08%
104554-	26,49	27,47	28,31	27,75	28,62	29,08	30,08	30,73	30,58	30,49	32,08	1,94%
109012-	2,86	2,91	2,92	2,92	2,96	3,00	3,10	3,15	3,18	3,24	3,44	1,83%



Kaart met de verdeling per arrondissement* van de gestandaardiseerde uitgaven (per verzekerde)

* Arrondissementen aangeduid met * of + zijn gegroepeerd binnen dezelfde provincie. zie pagina 12, Standaardisatie

Op deze kaart van België worden de arrondissementsgrenzen met fijne lijnen en de provinciegrenzen met dikke lijnen aangegeven. De arrondissementen* zijn ingekleurd aan de hand van een kleurenschaal die is gebaseerd op de verhouding tussen de uitgaven per verzekerde in dat arrondissement* en de nationale Belgische (totale) uitgaven per verzekerde. Die verhouding wordt in percentages uitgedrukt : bijvoorbeeld 0 % als de uitgaven van het arrondissement* gelijk zijn aan de totale uitgaven, 20 % als de uitgaven 20 % hoger liggen en -20 % als de uitgaven 20 % lager liggen. De percentages worden berekend op basis van de gestandaardiseerde uitgaven van het laatste onderzochte jaar en worden per schijven van 20 % verdeeld. De volgende kleuren worden gebruikt:

Kleur	Categorie
Dark Red	Meer dan 50%
Red	Tussen 30% en 50%
Orange	Tussen 10% en 30%
Yellow	Tussen -10% en 10%
Light Green	Tussen -30% en -10%
Green	Tussen -50% en -30%
Dark Green	Minder dan -50%
White	Geen uitgave

Gestandaardiseerde uitgaven per patiënt in 2023 en herhalingen van de praktijk per patiënt in 2022 (zie Bijlage B),
per demografische categorie

	Geschatte gestd. uitgaven per patiënt		Herhaling per jaar (Prestaties)	Herhaling per jaar (Dagen)	Herhaling per dag (Prestaties)
	(€)	Tot. relatief verschil(%)			
TOTAAL	158,10		6,29	6,26	1,01
Geslacht					
Mannen	147,33	-6,81%	5,64	5,62	1,01
Vrouwen	167,11	5,70%	6,88	6,84	1,01
Voorkeurregeling					
Algemeen	139,35	-11,86%	5,76	5,73	1,01
Voorkeur	234,32	48,21%	8,61	8,55	1,01
Gewest					
Vlaanderen	164,92	4,31%	6,47	6,44	1,01
Brussel	127,99	-19,04%	5,24	5,21	1,01
Wallonië	152,23	-3,71%	6,20	6,17	1,01
Leeftijd					
00-04	126,73	-19,84%	4,95	4,93	1,01
05-09	98,64	-37,61%	3,91	3,89	1,00
10-14	92,66	-41,39%	3,74	3,73	1,00
15-19	115,74	-26,79%	4,74	4,72	1,00
20-24	115,49	-26,95%	4,77	4,75	1,01
25-29	127,64	-19,27%	5,22	5,19	1,01
30-34	135,41	-14,35%	5,53	5,50	1,01
35-39	137,69	-12,91%	5,62	5,59	1,01
40-44	141,76	-10,34%	5,80	5,77	1,01
45-49	147,33	-6,81%	6,03	6,00	1,01
50-54	154,87	-2,04%	6,33	6,30	1,01
55-59	161,95	2,44%	6,62	6,59	1,01
60-64	162,89	3,03%	6,75	6,72	1,00
65-69	169,06	6,93%	7,06	7,02	1,01
70-74	190,48	20,48%	7,79	7,75	1,01
75-79	221,37	40,02%	8,86	8,81	1,01
80-84	265,19	67,74%	10,47	10,40	1,01
85-89	317,26	100,67%	12,10	12,02	1,01
90-94	364,07	130,28%	13,26	13,15	1,01
95+	388,96	146,02%	13,61	13,47	1,01

4. SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE GEGEVENS

		TOTAAL
ZORGVERLENERS & VOORSCHRIJVERS		
Voornaamste zorgverleners:	Huisartsen	98,08%
Voornaamste voorschrijvers:	Niet van toepassing	-
GEBRUIK		
	Aantal prestaties per jaar	60.464.613
	Gemiddelde herhaling per patiënt per dag (prestaties)	1,01
	Gemiddelde herhaling per patiënt per jaar (dagen)	6,26
	Totale gemiddelde herhaling	6,29
	Geschat aantal patiënten (per jaar)	9.534.651
	Gestandaardiseerd gebruik (per 100 000 verzekerden)	82.763
	Percentage ambulante verstrekkingen	100,00%
POPULATIE		
	% van de geselecteerde populatie ten opzichte van het totale aantal verzekerden	100,00%
	Mediane leeftijd van patiënten	46 jaar
	Max./Min. ratio ¹ van de mediane leeftijd (per arrondissement*)	1,11
	Percentage vrouwen (patiënten)	52,84%
	Ratio Voorkeurregeling/Algemene regeling (patiënten)	0,9
TRENDS		
	Trends ² (2013-2023)	2,32% ***
	Trends ³ (2013-2021)	2,65% *
	Trends ³ (2021-2023)	1,05%
GEOGRAFISCHE VARIATIES		
	Variatiecoëfficiënt ⁴ (2013-2015)	9,8
	Variatiecoëfficiënt ⁴ (2021-2023)	8,49
	Max/Min ratio ¹ van het gebruik (per 100 000 verzekerden, per gewest)	1,3
	Max/Min ratio ¹ van het gebruik (per 100 000 verzekerden, per arrondissement*)	1,35
DIRECTE UITGAVEN		
	Jaarlijkse uitgaven	1.507.466.416 €
	Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per verzekerde ⁵	130,85 €
	Max/Min ratio ¹ van de uitgaven per verzekerde (per gewest)	1,68
	Max/Min ratio ¹ van de uitgaven per verzekerde (per arrondissement*)	1,56
	Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt	158,1 €
CODERINGSVARIATIES & PRAKTIJKALTERNATIEVEN		
	Variaties in praktijkcodering ⁶ (per provincie)	Ja ***
	Variaties in de keuze van praktijkalternatieven ⁶ (per provincie)	Ja ***

¹ Een resultaat "NA" wordt vermeld bij een niet berekenbare ratio, d.w.z. als de minimumwaarde gelijk is aan nul.

² De test geeft aan of het groeipercentage statistisch verschilt van 0%.

³ De test geeft aan of de trendbreuk tussen de twee periodes statistisch significant is.

⁴ De test vergelijkt de variatiecoëfficiënten voor de twee periodes en geeft aan of het verschil statistisch significant is.

⁵ Uitgaven zijn gebaseerd op de geselecteerde verzekerden

⁶ De test geeft aan of de variatie in codering tussen provincies statistisch significant is.

5. BIJLAGEN

A. Variantieanalyse (ANOVA), behalve Brussel

Statistische relevantie van de vastgestelde verschillen in 2023		
<i>Volgens gewest?</i>	Neen	NS
<i>Volgens geslacht?</i>	Ja	***
<i>Volgens terugbetalingsregeling?</i>	Ja	***
<i>Volgens geslacht en per gewest?</i>	Neen	NS
<i>Volgens terugbetalingsregeling en per gewest?</i>	Neen	NS
<i>Volgens geslacht en per terugbetalingsregeling?</i>	Neen	NS
<i>Volgens geslacht en terugbetalingsregeling en per gewest?</i>	Neen	NS

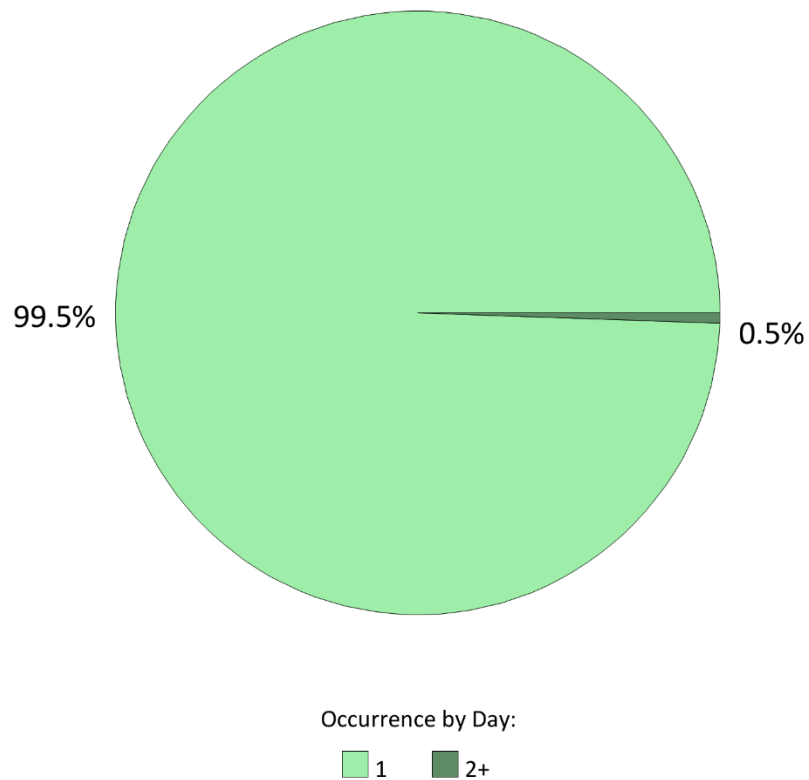
Teneinde de relevantie van de vastgestelde verschillen te kunnen evalueren, werd een lineair mixed ANOVA model gefit op de gegevens van alle arrondissementen* van het Waalse en Vlaamse gewest, na standaardiseren volgens leeftijd. Het model bevat de factoren regio, geslacht en terugbetalingsregeling als fixed effecten en ook alle tweewegs interacties en de driewegsinteractie.

Om het model correct te interpreteren, moet eerst de driewegs interactie geëvalueerd worden, gevolgd door de tweewegs interacties en daarna door de hoofdeffecten. Als de driewegsinteractie significant is, moet elke interpretatie van het model op dit niveau gebeuren, terwijl de tweewegs interacties en hoofdeffecten dan niet geïnterpreteerd worden. Het Als de driewegsinteractie niet significant is, worden de tweewegsinteracties geëvalueerd. Elk hoofdeffect dat deel uitmaakt van een significante interactie, moet op het niveau van de interactie worden geïnterpreteerd en niet op het niveau van het hoofdeffect. Enkel wanneer een hoofdeffect geen deel uitmaakt van een significante interactie, kan het rechtstreeks geïnterpreteerd worden.

De **asterisken** tonen de graad van statistische significante van de testen: * P-waarde $\leq 0,05$ / ** P-waarde $\leq 0,01$ / *** P-waarde $\leq 0,001$ en NS bij een statistisch niet significant resultaat.

B. Frequentie van herhalingen van de praktijk (per patiënt)

Gemiddeld aantal prestaties per dag per patiënt: 1,01



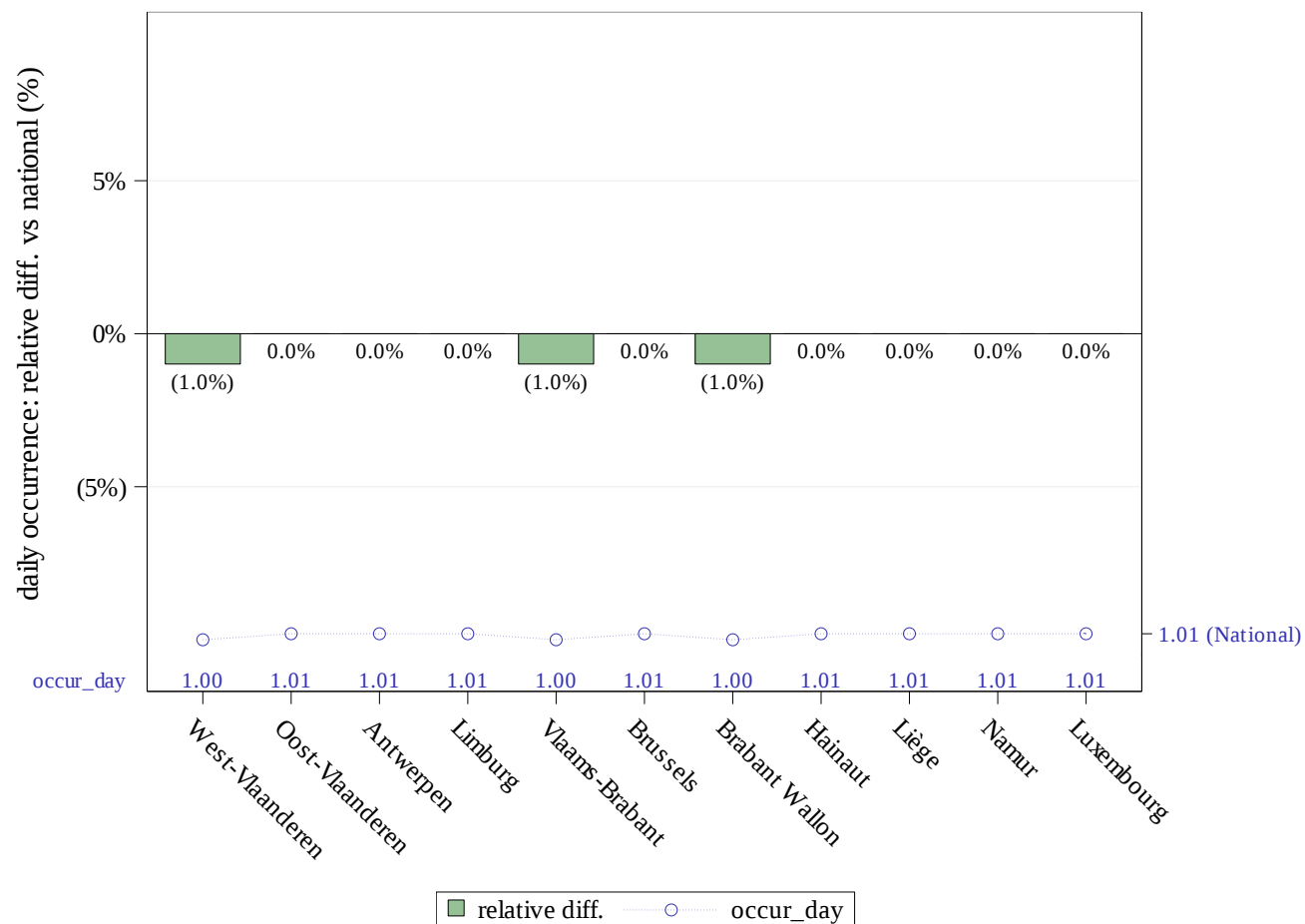
Verdeling van de patiëntdagen volgens de herhaling van de praktijk per dag (2022)

Soms worden verscheidene codes (gelijkaardig of verschillend) die betrekking hebben op dezelfde praktijk op dezelfde dag voor dezelfde patiënt gefactureerd. Dit kan te wijten zijn aan een anatomisch effect waardoor, afhankelijk van het betreffende orgaan, dezelfde handeling **bilateraal** moet worden verricht en dus twee keer op dezelfde dag kan worden gefactureerd.

Dit taartdiagram toont de verdeling van de patiëntdagen volgens het aantal prestaties uitgevoerd op dezelfde dag voor dezelfde patiënt.

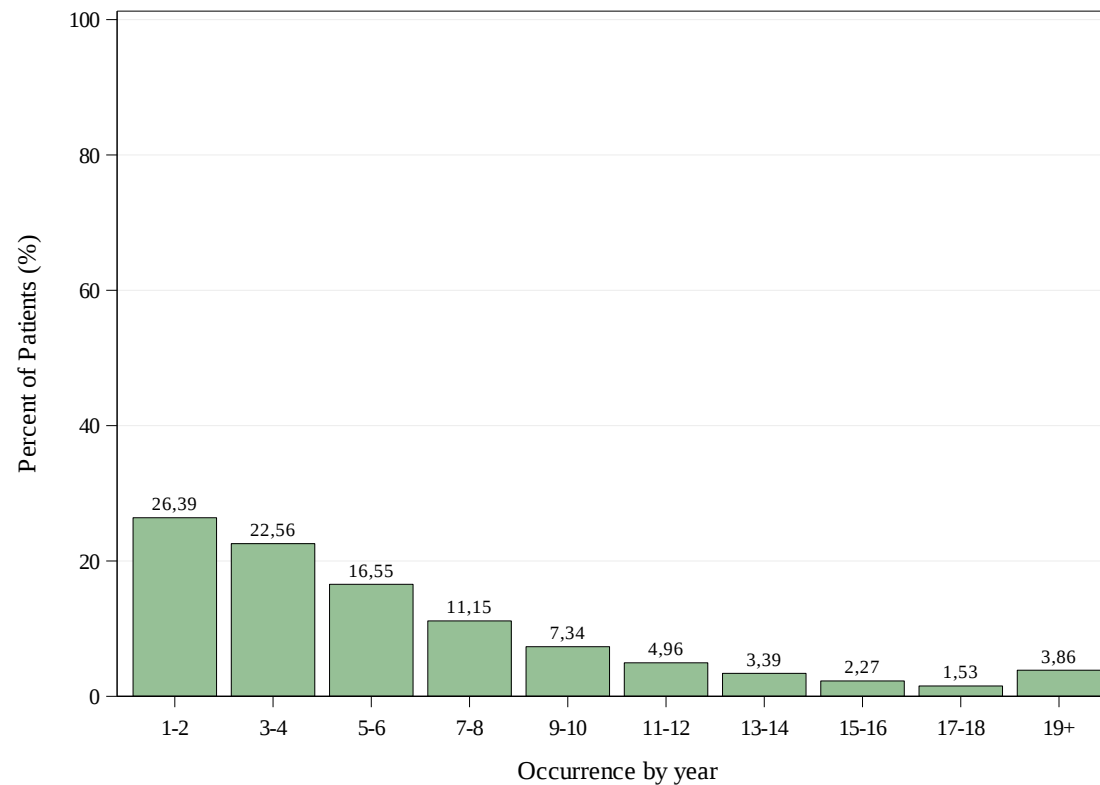
Deze analyses betreffende de frequentie van de gevallen worden uitgevoerd voor het jaar **2022** op basis van de volgende gegevens: documenten P, ADH en AZV.

Waarden “n.b.” zijn aangegeven als er geen gegevens beschikbaar waren op het moment dat dit rapport wordt opgesteld.



Gemiddeld aantal prestaties per dag per patiënt per provincie en variatie ten opzichte van het nationale gemiddelde (2022)

Gemiddeld aantal dagen per patiënt in het jaar: 6,26

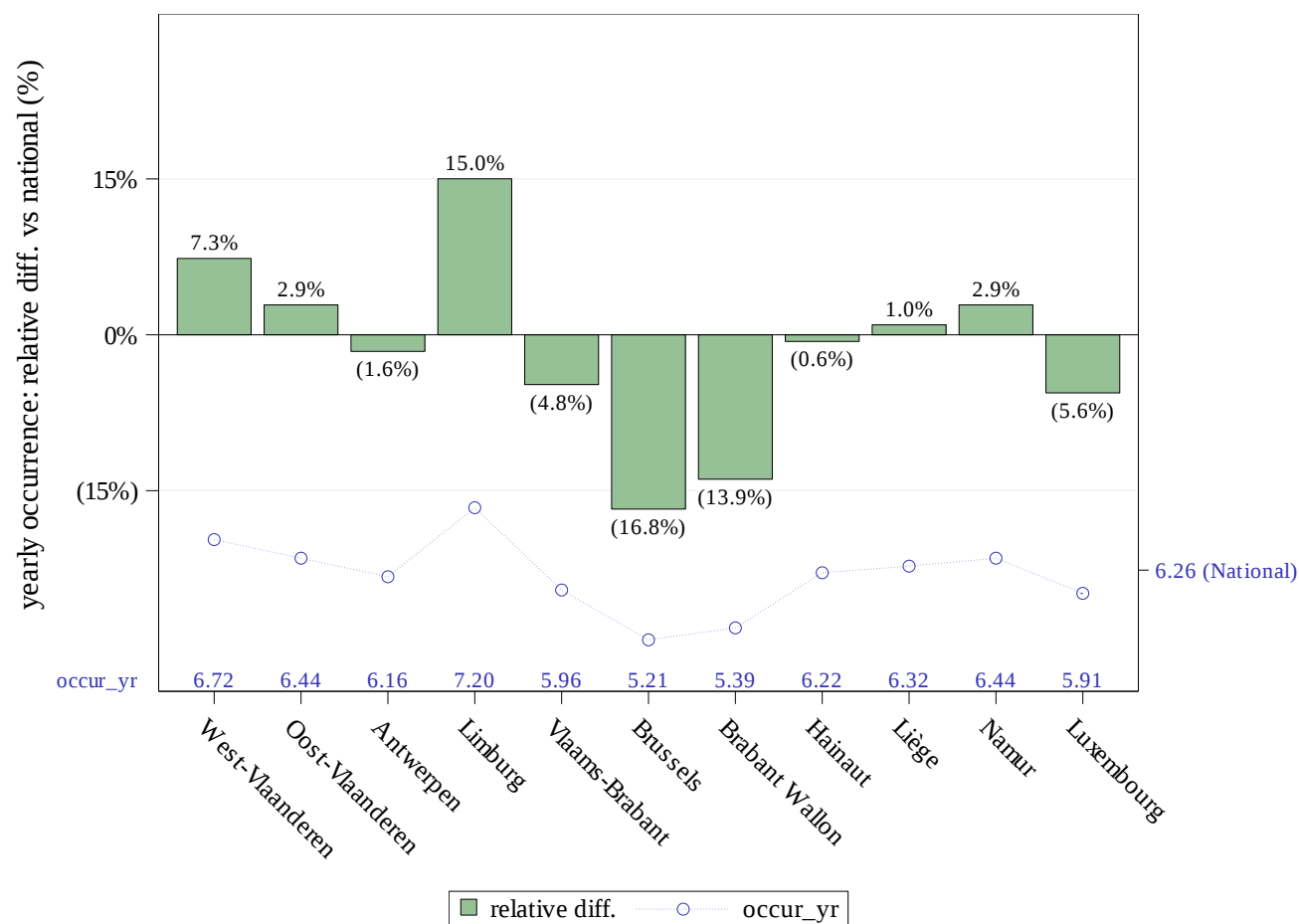


Verdeling van patiënten volgens herhaling van de praktijk in het jaar (2022)

Rekening houdend met de herhaling per dag, is het ook mogelijk dat een of meer prestaties van dezelfde praktijk op verschillende dagen worden gefactureerd voor dezelfde patiënt tijdens hetzelfde jaar.

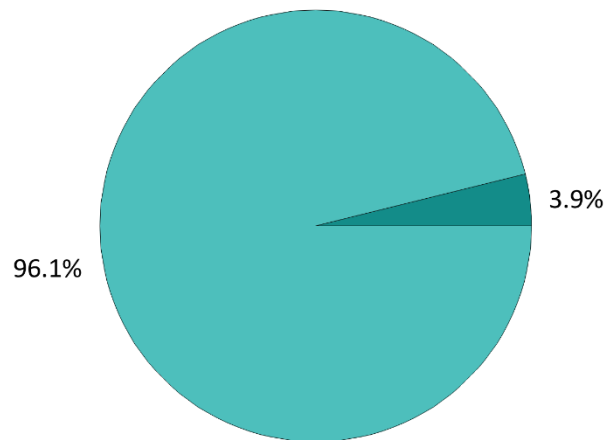
Dit histogram toont de verdeling van patiënten volgens de herhaling van de praktijk in een jaar (waarin de herhaling per dag niet is opgenomen).

Er werd rekening gehouden met het jaar **2022** om de herhaling van de verstrekkingen te berekenen (uit de volgende databases: Documenten P, ADH en AZV).



Gemiddeld aantal dagen per patiënt in het jaar per provincie en variatie ten opzichte van het nationaal gemiddelde (2022)

C. Types van tenlasteneming van de patiënt



■ Outpatient (clinic) ■ Outpatient (private)

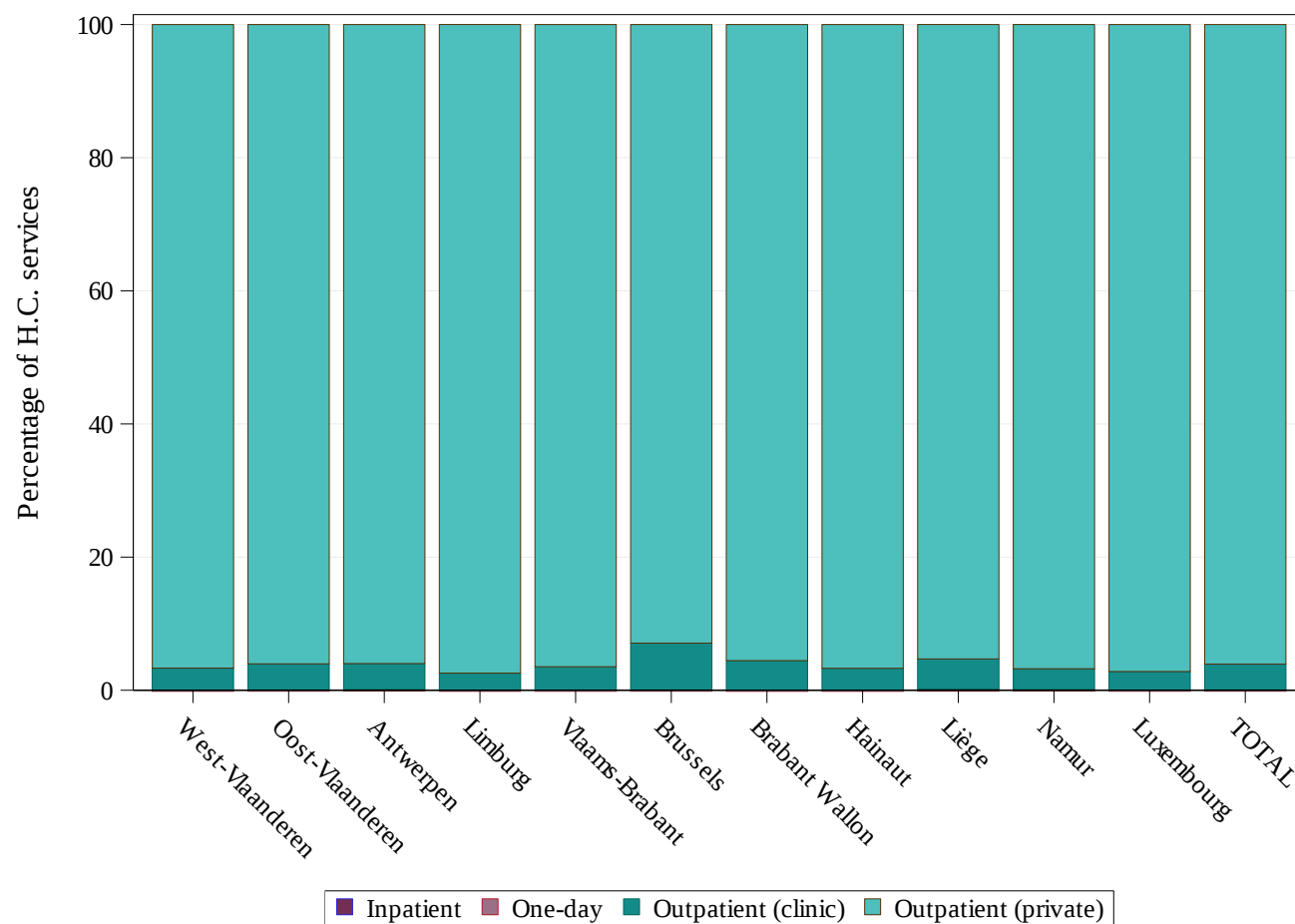
Verdeling van de types van tenlasteneming in 2022

Zorgsettings	
Ambulant (privé)	96,1%
Ambulant (polikliniek)	3,9%
(Dag)ziekenhuis	0,1%
Ziekenhuis (verblijf)	0,0%

In aanvulling op het hoofdstuk betreffende de frequentie van ambulante verstrekkingen (zie p.18), kan de analyse van de types van tenlasteneming van de patiënt worden verfijnd door de subsectoren van ambulante verzorging (privé en polikliniek) en ziekenhuisverzorging (daghospitalisatie of klassieke hospitalisatie) te identificeren.

Deze analyses worden uitgevoerd voor het jaar **2022** op basis van de volgende gegevens: documenten P, ADH en AZV.

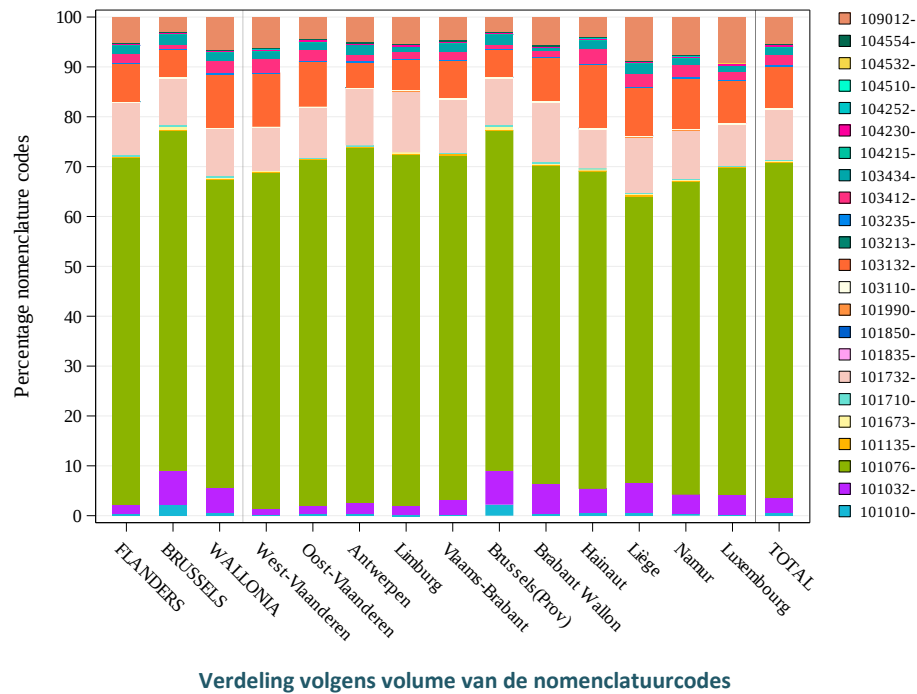
Waarden “n.b.” zijn aangegeven als er geen gegevens beschikbaar waren op het moment dat dit rapport wordt opgesteld.



Verdeling van de types van tenlasteneming per provincie (2022)

D. Coderingsvariaties en praktijkalternatieven

➔ Variaties in de codering:



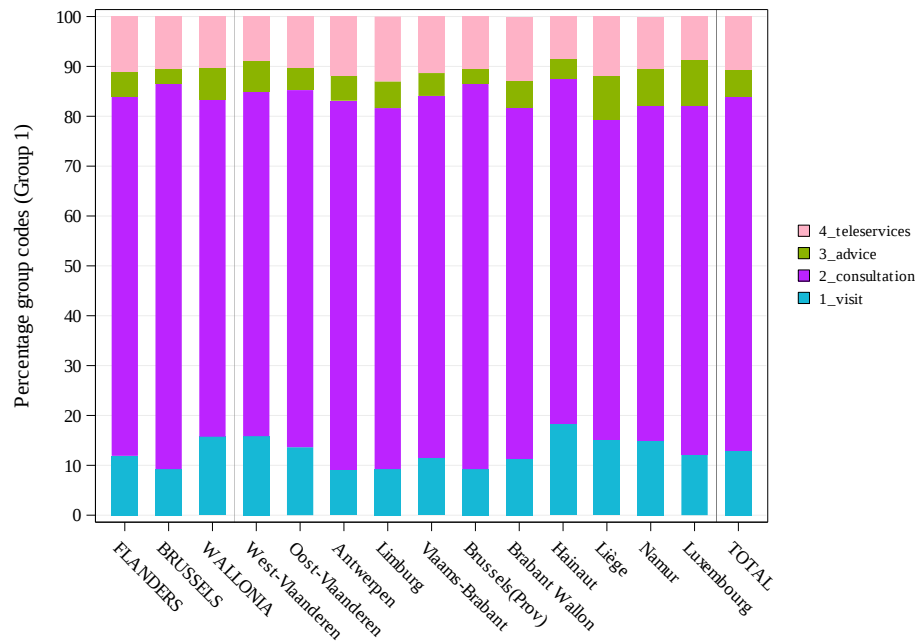
[Vanwege het grote aantal nomenclatuurcodes dat voor deze analyse werd geselecteerd, kunnen we ze hier niet als legende opnemen. Wij nodigen u dan ook uit om de details hierover te lezen op pagina 4 van dit verslag.]

Relevantie	Per gewest	Per provincie
Gebruik van Nomenclatuurcodes ¹	***	***

¹ De berekening van de significantie wordt hier uitgevoerd door de geografische verschillen in het gebruik van verschillende nomenclatuurcodes te vergelijken voor de praktijk.

De **asterisken** tonen de graad van statistische significantie van de Chi-square test: * P-waarde $\leq 0,05$ / ** P-waarde $\leq 0,01$ / *** P-waarde $\leq 0,001$. NS en NA geven aan dat de variaties respectievelijk niet significant of niet van toepassing zijn.

→ Variaties in de alternatieven voor de praktijk:



[Vanwege het grote aantal nomenclatuurcodes dat voor deze analyse werd geselecteerd, kunnen we ze hier niet als legende opnemen. Wij nodigen u dan ook uit om de details hierover te lezen op pagina 4 van dit verslag.]

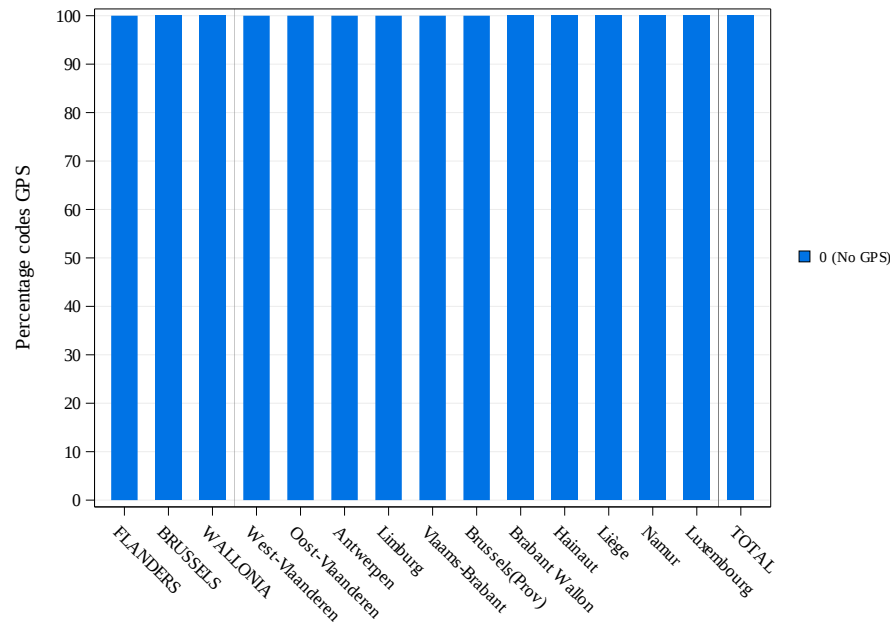
Verdeling van de alternatieven voor de praktijk

Relevantie	Per gewest	Per provincie
Keuze van de Alternatieven voor de praktijk	***	***



Afhankelijk van de aard van de praktijk en de beschikbare analyse-instrumenten kan het mogelijk zijn om alternatieven voor de uitvoering van de praktijk te identificeren en te definiëren. In dit geval worden de voor de analyse van de praktijk gedefinieerde nomenclatuurcodes gegroepeerd om te analyseren of de keuzes van deze alternatieven al dan niet homogeen verdeeld zijn over het hele grondgebied. De significantie zoals weergegeven in de tabel werd berekend door deze groepen van codes met elkaar te vergelijken.

→ Variatie in gebruik van laagvariabele zorg:



Verdeling volgens volume van de pseudocodes voor laagvariabele zorg

Relevantie	Per gewest	Per provincie
Gebruik van Laagvariabele zorg ¹	NS	NS

¹ De berekening van de significantie wordt hier uitgevoerd door het gebruik van de laag-variabele zorg in zijn geheel te vergelijken met het niet-gebruiken van deze forfaits ("No GPS").