Variaties in medische praktijken

Globaal medisch dossier

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 **2024**

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

Cel Doelmatige Zorg

Pascal Meeus, Benjamin Swine, Katrien Declercq, Delphine Beauport

Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Datum van dit rapport : 21 augustus 2025

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL **2**

1. INLEIDING **3**

2. SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE GEGEVENS **4**

3. SPECIFIEKE ANALYSEMETHODE **5**

A. NOMENCLATUURCODENUMMERS VAN HET RIZIV DIE IN DE ANALYSE ZIJN OPGENOMEN 5
B. HISTORIEK VAN DE NOMENCLATUURCODENUMMERS 7
C. EVOLUTIE VAN DE VERDELING IN VOLUMES VAN DE GEPRESTEERDE NOMENCLATUURCODENUMMERS 8
D. GEGEVENSBRON EN ANALYSEPERIODE 9
E. SELECTIECRITERIA 10
F. SPECIALISME VAN DE ZORGVERLENERS 11
G. SPECIALISME VAN DE VOORSCHRIJVERS 12
H. (GESCHAT) AANTAL PATIËNTEN PER JAAR 13
I. STANDAARDISATIE 14

4. RESULTATEN **15**

A. NATIONAAL GESTANDAARDISEERD GEBRUIK 15
B. GESTANDAARDISEERD GEBRUIK PER GESLACHT EN PER LEEFTIJD 16
C. FREQUENTIE VAN AMBULANTE VERSTREKKINGEN 20
D. GESTANDAARDISEERD GEBRUIK VOLGENS DE TERUGBETALINGSREGELING 21
E. EVOLUTIE VAN HET GESTANDAARDISEERD GEBRUIK 23
F. GEOGRAFISCHE VARIATIES VAN HET GESTANDAARDISEERD GEBRUIK 27
G. GESTANDAARDISEERDE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING TEN LASTE VAN DE VERZEKERING 31

5. BIJLAGEN **37**

A. VARIANTIEANALYSE (ANOVA), BEHALVE BRUSSEL 37
B. FREQUENTIE VAN HERHALINGEN VAN DE PRAKTIJK (PER PATIËNT) 38
C. TYPES VAN TENLASTENEMING VAN DE PATIËNT 42
D. CODERINGSVARIATIES EN PRAKTIJKALTERNATIEVEN 45

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 RIZIV[1]. 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 gepubliceerd[1]. 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 praktijkanalyses[2] Globaal medisch dossier 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.

De in deze analyse gepresenteerde gegevens weerspiegelen de dekking van de kosten van zorgprestaties door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit betekent echter niet dat alle prestaties worden verleend in overeenstemming met de regelgeving en/of richtlijnen

[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. SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE GEGEVENS

		TOTAL	Δ[1]
ZORGVERLENERS & VOORSCHRIJVERS			
Voornaamste zorgverleners:	*Huisartsen*	**93,31%**	
Voornaamste voorschrijvers:	*Niet gedefinieerd*	**-**	
GEBRUIK			
Aantal prestaties per jaar		**10.079.747**	
Gemiddelde herhaling per patiënt per dag (prestaties)		**1,01**	
Gemiddelde herhaling per patiënt per jaar (dagen)		**1,00**	
Totale gemiddelde herhaling		**1,01**	
Geschat aantal patiënten (per jaar)		**10.012.914**	
Gestandaardiseerd gebruik (per 100 000 verzekerden)		**85.896**	
Percentage ambulante verstrekkingen		**100,00%**	
Percentage dagziekenhuis/(dagziekenhuis + klassiek ziekenhuis)		**NA**	
POPULATIE			
% van de geselecteerde populatie t.o.v. het totale aantal verzekerden		**100,00%**	
Mediane leeftijd van patiënten		**44** jaar	**δ**
Ratio gestand. gebruik vrouwen/mannen (patiënten)		**1,05**	
Ratio gestand. gebruik voorkeurregeling/algemene regeling (patiënten)		**0,89**	
TRENDS			
Trends[2] (2014-2024)		**4,47% *** **	**δδδ**
Trends (2014-2022)		**4,91%**	
Trends[3] (2022-2024)		**2,73% ** **	
DIRECTE UITGAVEN			
Jaarlijkse uitgaven		**412.354.462** €	
Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per verzekerde[4]		**35,37** €	
Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt		**41,18** €	

[1] **Δ Verspreidingsmarker: vergelijking van de variatiecoëfficiënt (CV) van de indicator met de mediaan (MED) van de CV's van alle analyses voor deze indicator: δ als CV > MED + 10%, δδ als CV > MED + 20%, δδδ als CV > MED + 30%. Uitzondering: voor de mediane leeftijd betekent δ CV > MED + 30%.**

[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] Uitgaven zijn gebaseerd op de geselecteerde verzekerden

3. 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	Aantal	Uitgaven	Omschrijving	Creatiedatum	Schrappingsdatum	GroepN	Waarde
101312	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: opening van het globaal medisch dossier	01/01/2016	31/12/2020	N01	.
101334	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: verlenging van het globaal medisch dossier	01/01/2016	31/12/2020	N01	.
101356	**x**	nee	ja	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: opening of verlenging van het globaal medisch dossier zonder toepassing derdebetalersregeling	01/01/2016	31/12/2020	N01	.
101371	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: opening of verlenging van het globaal medisch dossier met toepassing derdebetalersregeling	01/01/2016	31/12/2020	N01	.
101393	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: administratieve verlenging van het globaal medisch dossier	01/01/2016		N01	.
101415	**x**	nee	ja	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten, voor rechthebbenden met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar: opening of verlenging van het globaal medisch dossier in het eerste semester 2016	01/01/2016	31/12/2020	N01	.
101430	**x**	nee	ja	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor patiënten met het statuut chronisch zieke die tot de leeftijdscategorie 30-85 jaar behoren in medische huizen: opening of verlenging van het globaal medisch dossier	01/01/2016		N01	N25
101452	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het verlengingsjaar 2020 (zonder contact)	01/01/2020		N01	.
101474	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het verlengingsjaar 2020 voor een rechthebbende met statuut chronische aandoening (zonder contact)	01/01/2020		N01	.
101496	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar	01/01/2021		N01	N8

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.

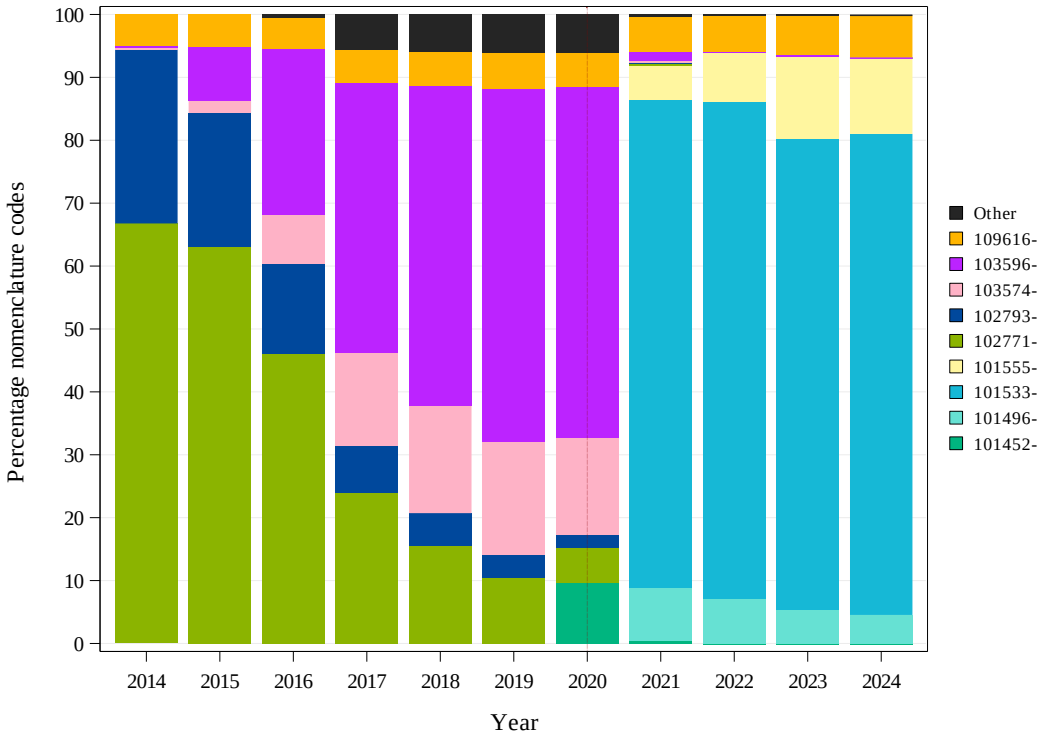
Ambulant	Gehospitaliseerd	Aantal	Uitgaven	Omschrijving	Creatiedatum	Schrappingsdatum	GroepN	Waarde
101511	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 jaar met statuut chronische aandoening	01/01/2021		N01	N55
101533	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar (met of zonder contact)	01/01/2021		N01	N8
101555	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 jaar met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)	01/01/2021		N01	N55
102771	**x**	ja	ja	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)	01/05/1999		N01	N8
102793	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier	01/01/2004		N01	N8
103574	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: opening van het globaal medisch dossier	01/08/2014	31/12/2020	N01	N8
103596	**x**	ja	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier	01/08/2014	31/12/2020	N01	N8
107590	**x**	nee	ja	Bijkomend honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar 2024 in het kader van de uitbreiding van de leeftijdsklasse 0 tot en met 29 jaar of vanaf 85 jaar voor een rechthebbende met statuut chronische aandoening	01/01/2024		N01	.
107612	**x**	nee	ja	Bijkomend honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het verlengingsjaar 2024 in het kader van de uitbreiding van de leeftijdsklasse 0 tot en met 29 jaar of vanaf 85 jaar voor een rechthebbende met statuut chronische aandoening	01/01/2024		N01	.
107634	**x**	nee	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar voor een rechthebbende van 0 tot en met 29 jaar of vanaf 85 jaar met statuut chronische aandoening	01/01/2024		N01	N36
107656	**x**	nee	ja	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 0 tot en met 29 jaar of vanaf 85 jaar met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)	01/01/2024		N01	N36
107671	**x**	nee	ja	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor patiënten met het statuut chronisch zieke die tot de leeftijdscategorie van 0 tot en met 29 jaar of vanaf 85 jaar behoren in medische huizen: opening of verlenging van het globaal medisch dossier	01/01/2024		N01	N6
109616	**x**	ja	ja	Vast bedrag geneeskunde in gezondheidscentra	01/04/1985		N01	.

B. Historiek van de nomenclatuurcodenummers

Ambulant	Gehospitaliseerd	Datum	Omschrijving
101430	**x**	01/01/2016	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor patiënten met het statuut chronisch zieke die tot de leeftijdscategorie 45-74 jaar behoren in medische huizen: opening of verlenging van het globaal medisch dossier
		01/01/2022	Verhoging van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor patiënten met het statuut chronisch zieke die tot de leeftijdscategorie 30-85 jaar behoren in medische huizen: opening of verlenging van het globaal medisch dossier
101511	**x**	01/01/2021	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar voor een rechthebbende met statuut chronische aandoening
		01/01/2022	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het openingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 jaar met statuut chronische aandoening
101555	**x**	01/01/2021	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)
		01/01/2022	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 aar met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)
		01/01/2024	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 jaar met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)
102771	**x**	01/05/2013	Supplement voor het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) door een huisarts, ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434), met het schriftelijk akkoord van de patiënt
		01/01/2016	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)
102793	**x**	01/01/2009	Administratieve verlenging van het globaal medisch dossier
		01/08/2014	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier

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 2014-2024.

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



Gecombineerde codes	Omschrijving
Other	Andere codes
109616-	Vast bedrag geneeskunde in gezondheidscentra
103596-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: ...
103574-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: ...
102793-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: ...
102771-	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)
101555-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met ...
101533-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar (met of zonder contact)

Deze grafiek is beperkt tot de belangrijkste nomenclatuurcodes in termen van volume. Alle nomenclatuurcodes die voor de analyse zijn gebruikt, worden beschreven op pagina 5.

Note : 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 in België gedomicilieerd zijn, in 2014-2024
Document P	Voor aantallen en uitgaven per specialisme van zorgverleners, in 2024 Voor de evolutie van het aantal dagopnames, in 2014-2024
Document P, AZV, ADH	Voor herhalingscijfers per patiënt en verdeling per type zorg (ambulant privé of polikliniek, daghospitalisatie, hospitalisatie), in 2023

Analyseperiode	2014-2024

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 tarifering te volgen, maar niet om de verstrekkingen per patiënt te groeperen.

Documenten AZV, 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 worden in de onderstaande tabel weergegeven indien van toepassing:

OP DE GEGEVENS TOEGEPASTE FILTERS	
Geslacht	Alle
Leeftijd	Alle
-	-

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

F. Specialisme van de zorgverleners

Specialisatie verstrekker	Aantal verstrekkers codes	Aantal verstrekkers	% verstrekkers codes	Mediaan aantal verstrekkingen	Q3 aantal verstrekkingen	% Verstrekkingen	% Uitgaven
Huisartsen	14.778	12.342	83,5%	673	1.124	93,3%	92,8%
Medische huizen	296	274	92,6%	2.110	3.061	6,7%	7,1%
Andere	2.482	<5				0,0%	0,0%
Totaal	17.556	12.617 - 12.620	-	-	-	100,0%	100,0%

In deze tabel worden respectievelijk de volgende niet-gestandaardiseerde gegevens per medisch specialisme weergegeven (cijfers voor het jaar 2024):

- Aantal zorgverleners per specialisme die minstens één verstrekking hebben geattesteerd
- 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)
- Het percentage van de prestaties (voor de codes die in volume zijn opgenomen)
- Het percentage van de uitgaven (voor de codes die zijn opgenomen in de uitgaven)

G. Specialisme van de voorschrijvers

[Specialisme van voorschrijvers is onbekend of niet van toepassing]

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 1,01. Dit laatste wordt berekend op basis van 2023 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 sectie 3.F en G), noch voor de grafieken en tabellen die de verdeling van volumes en herhalingen van de praktijk weergeven (zie 4.C 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 2024.

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.

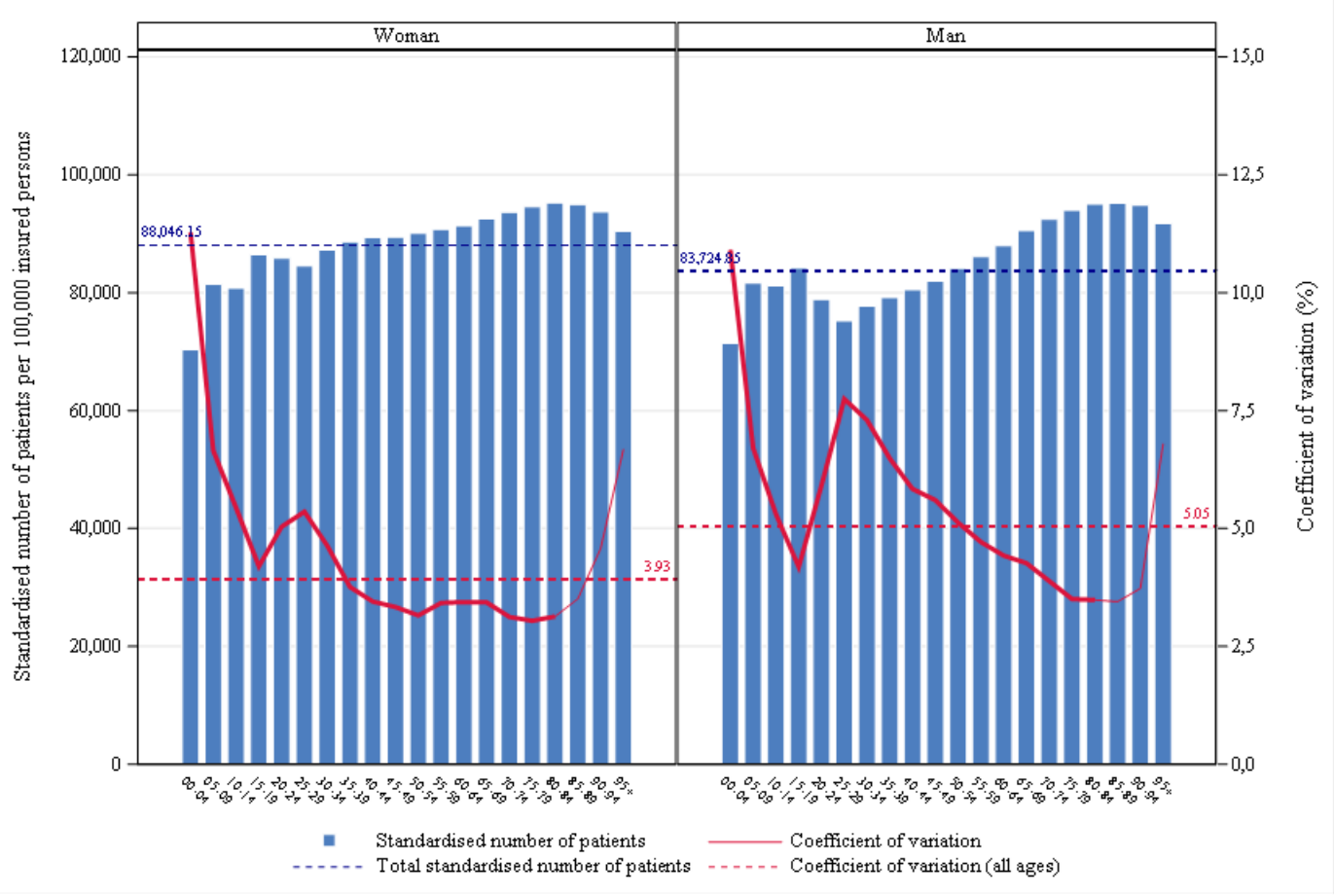
4. RESULTATEN

A. Nationaal gestandaardiseerd gebruik

	TOTAAL
Aantal prestaties per jaar	*10.079.747*
Gemiddelde herhaling per patiënt per dag (gemiddeld aantal prestaties per dag)	1,01
Gemiddelde herhaling per patiënt per jaar (gemiddeld aantal dagen per jaar)	1,00
Totale gemiddelde herhaling (deelt het aantal prestaties)	1,01
Geschat aantal patiënten per jaar	*10.012.914*
Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden	85.896

B. Gestandaardiseerd gebruik per geslacht en per leeftijd

	TOTAL
Geschat aantal patiënten per jaar	*10.012.914*
Mediane leeftijd (jaar)	44
Gemiddelde leeftijd (jaar)	43,79
Gestandaardiseerd gebruik: vrouwen (per 100 000)	88.046
Gestandaardiseerd gebruik: mannen (per 100 000)	83.725
Ratio vrouwen/mannen	1,05
Percentage vrouwen	52,11%

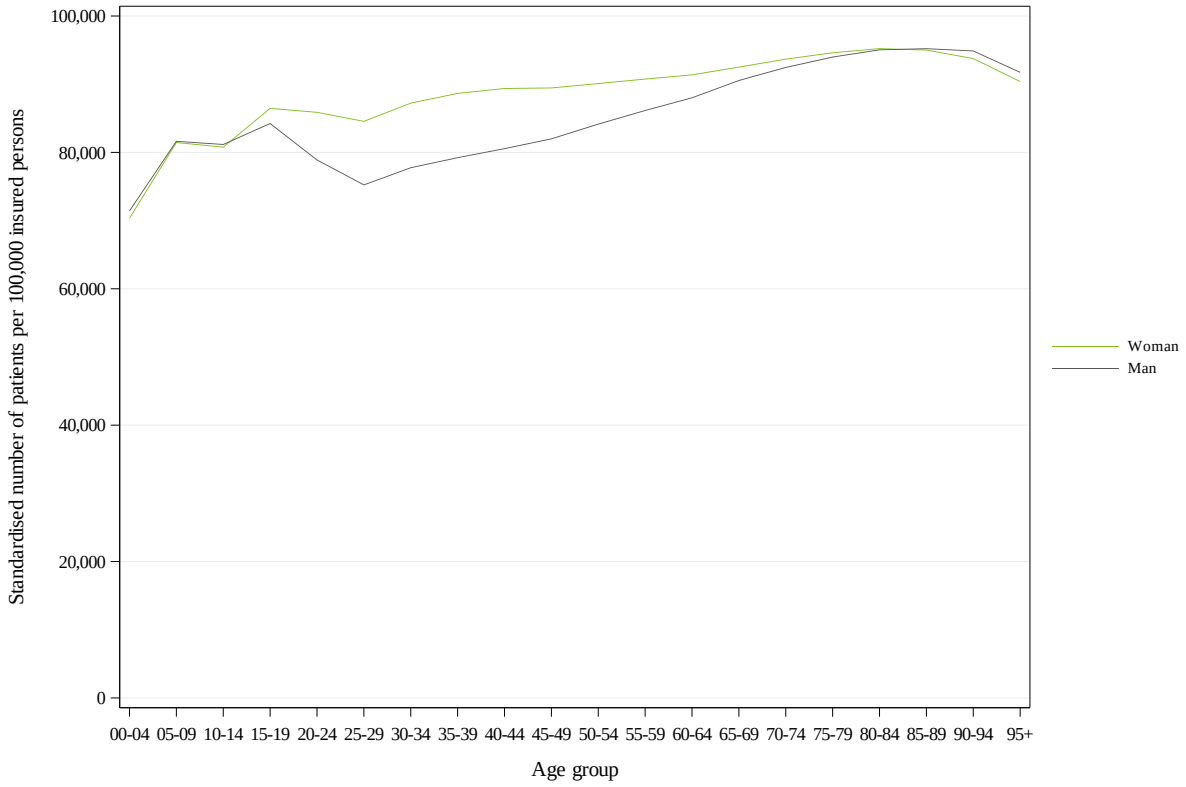


Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden en variatiecoëfficiënt volgens de arrondissementen* per leeftijdscategorie en per geslacht voor het jaar 2024

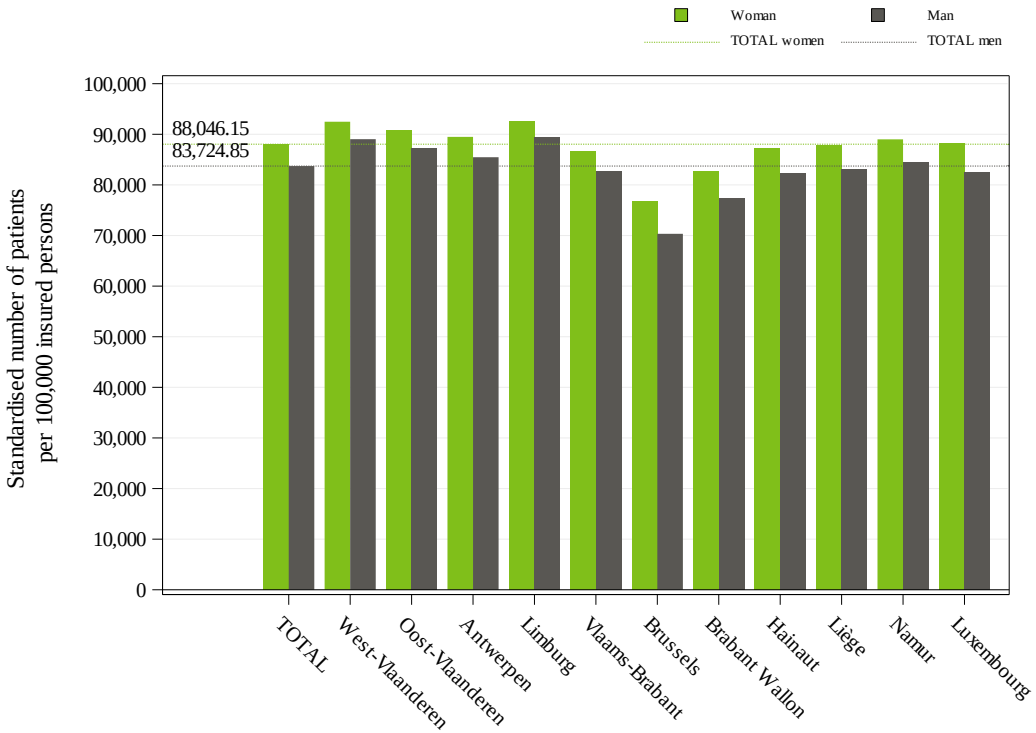
Deze grafiek bestaat uit staafdiagrammen voor elk geslacht.

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.



Vergelijking van het gestandaardiseerd gebruik per leeftijdscategorie en per geslacht (per 100 000 verzekerden) in 2024



Gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden per geslacht en per provincie voor het jaar 2024

Dit histogram toont het gestandaardiseerd gebruik per provincie en per geslacht.

De grijze balkjes geven het gebruik voor mannen weer terwijl de groene balkjes voor elke provincie het gebruik voor vrouwen laten zien.

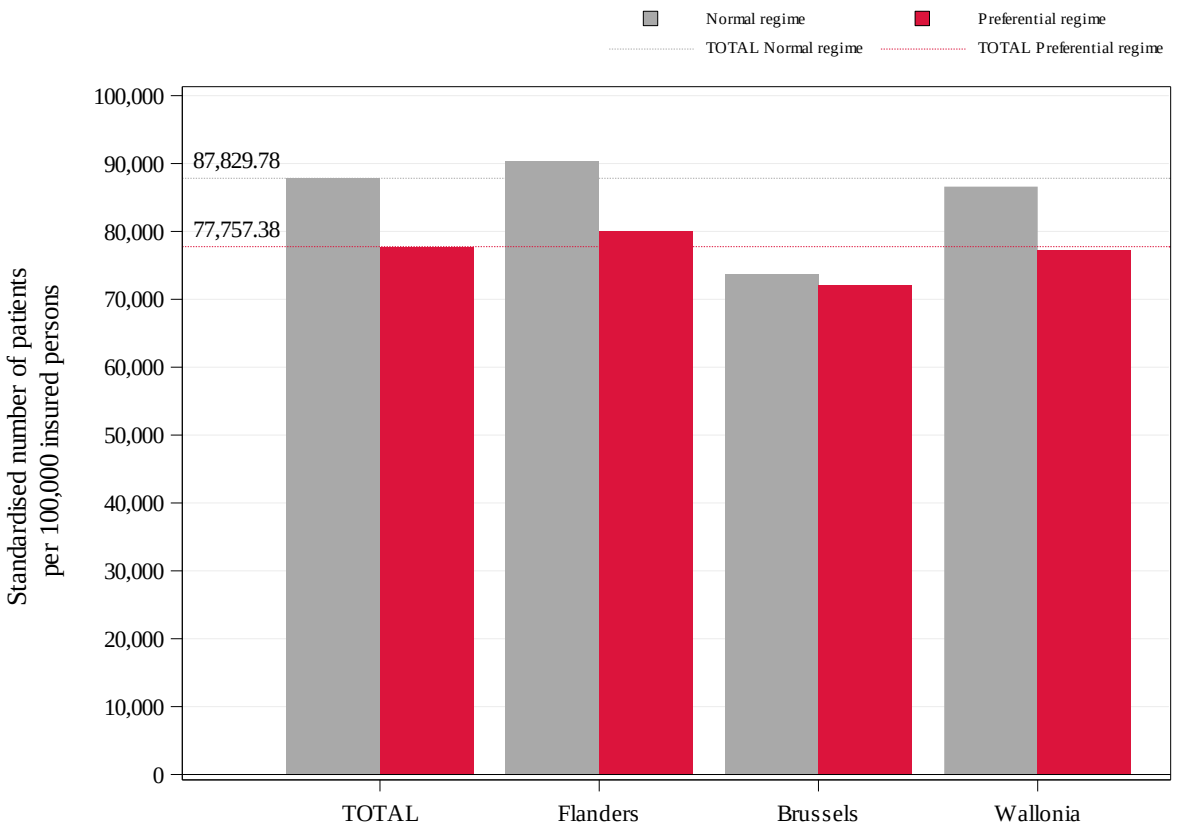
De grijze en groene streepjeslijnen tonen het totale gestandaardiseerd gebruik volgens dezelfde kleurcode.

C. Frequentie van ambulante verstrekkingen

	TOTAAL
Aantal prestaties per jaar	*10.079.747*
Percentage ambulante verstrekkingen	100,00%

D. Gestandaardiseerd gebruik volgens de terugbetalingsregeling

	TOTAAL
Geschat aantal patiënten per jaar	*10.012.914*
Percentage voorkeurregeling	19,33%
Gestandaardiseerd gebruik met voorkeurregeling (per 100 000)	77.757
Gestandaardiseerd gebruik zonder voorkeurregeling (per 100 000)	87.830
Ratio Voorkeurregeling/Algemene regeling	0,89



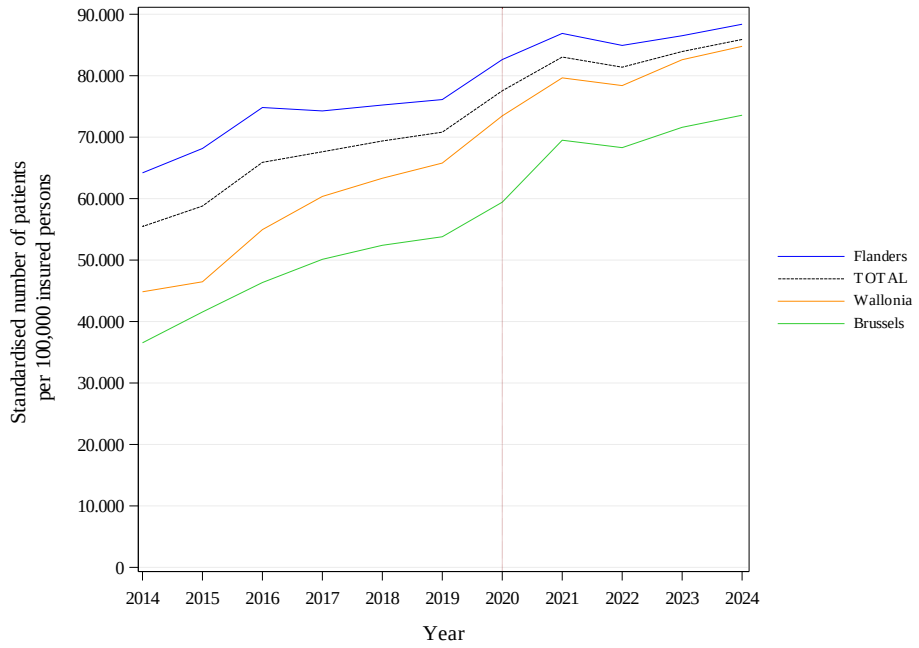
Gestandaardiseerd gebruik volgens de terugbetalingsregeling en de gewesten

De grafiek geeft het gestandaardiseerd gebruik van patienten 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 het totaal gestandaardiseerd gebruik van patiënten per 100 000 verzekerden weer, respectievelijk met en zonder voorkeurregeling.

E. Evolutie van het gestandaardiseerd gebruik

	TOTAAL	Statistische significantie
Geschat aantal patiënten per jaar	*10.012.914*	
Trend (2014-2024)	**4,47%**	***** (5.03%)**
Trend (2014-2022)	4,91%	**
Trend (2022-2024)	2,73%	



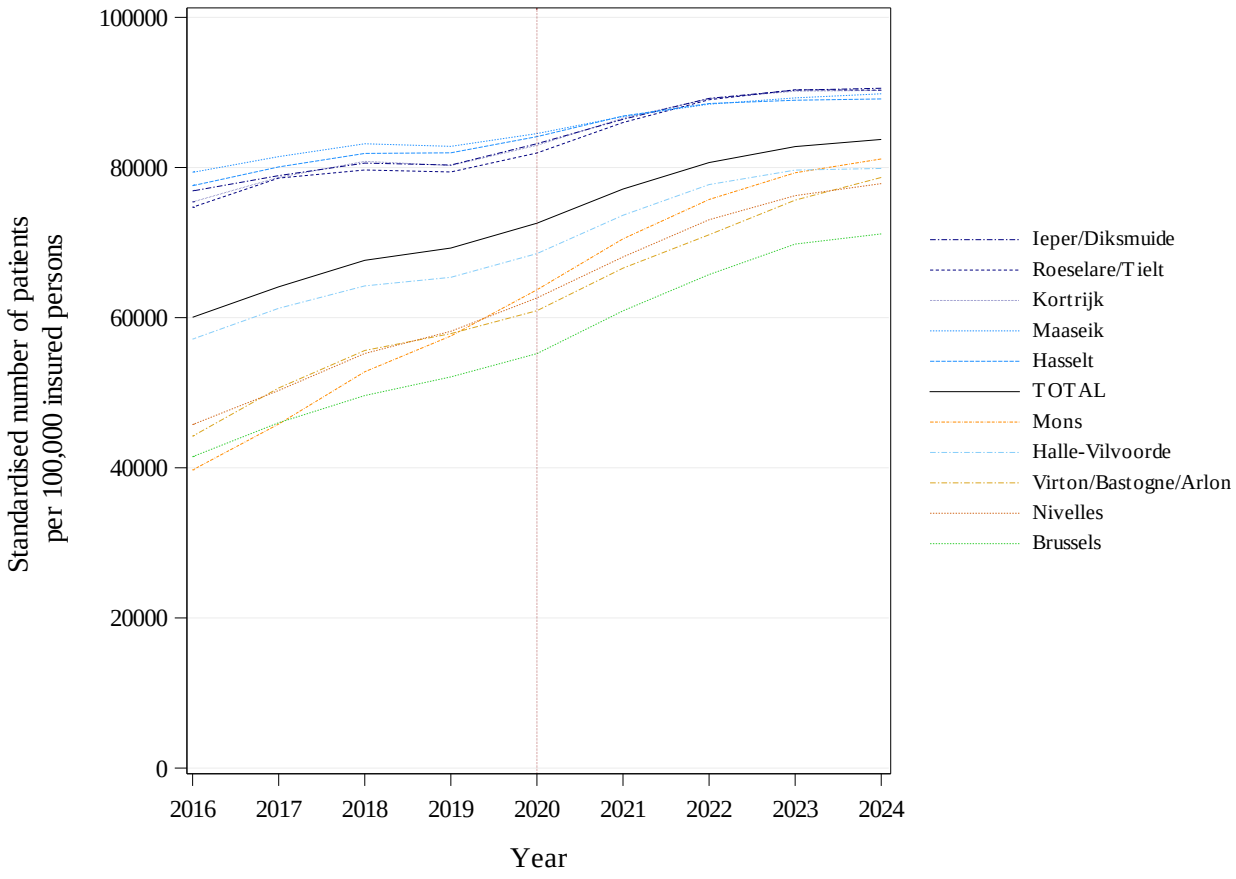
Evolutie per gewest van het gestandaardiseerd gebruik per 100 000 verzekerden

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 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 stippellijn, om de aandacht te vestigen op de impact van de COVID-19 crisis.

		Gebruik	Jaarlijkse groei			
		2024 *(per 10^5 verzekerden)*	**2014-2024**	**2014-2022**	**2022-2024**	**Trendbreuk**
Provincies	West-Vlaanderen	*90.765*	3,12%	3,49%	1,64%	NA
	Oost-Vlaanderen	*89.045*	3,82%	4,34%	1,76%	NA
	Antwerpen	*87.491*	3,16%	3,33%	2,48%	NA
	Limburg	*90.982*	1,94%	1,82%	2,40%	NA
	Vlaams-Brabant	*84.687*	3,95%	4,54%	1,65%	NA
	Brussel	*73.569*	7,25%	8,13%	3,79%	NA
	Waals-Brabant	*80.075*	6,75%	7,66%	3,18%	NA
	Henegouwen	*84.808*	6,81%	7,46%	4,25%	NA
	Luik	*85.430*	6,30%	6,92%	3,87%	NA
	Namen	*86.724*	6,35%	6,92%	4,13%	NA
	Luxemburg	*85.359*	6,77%	7,34%	4,53%	NA
Gewesten	Vlaanderen	*88.375*	3,25%	3,56%	2,01%	NA
	Brussel	*73.569*	7,25%	8,13%	3,79%	NA
	Wallonië	*84.779*	6,58%	7,23%	3,99%	NA
	TOTAAL	***85.896***	**4,47%**	**4,91%**	**2,73%**	**

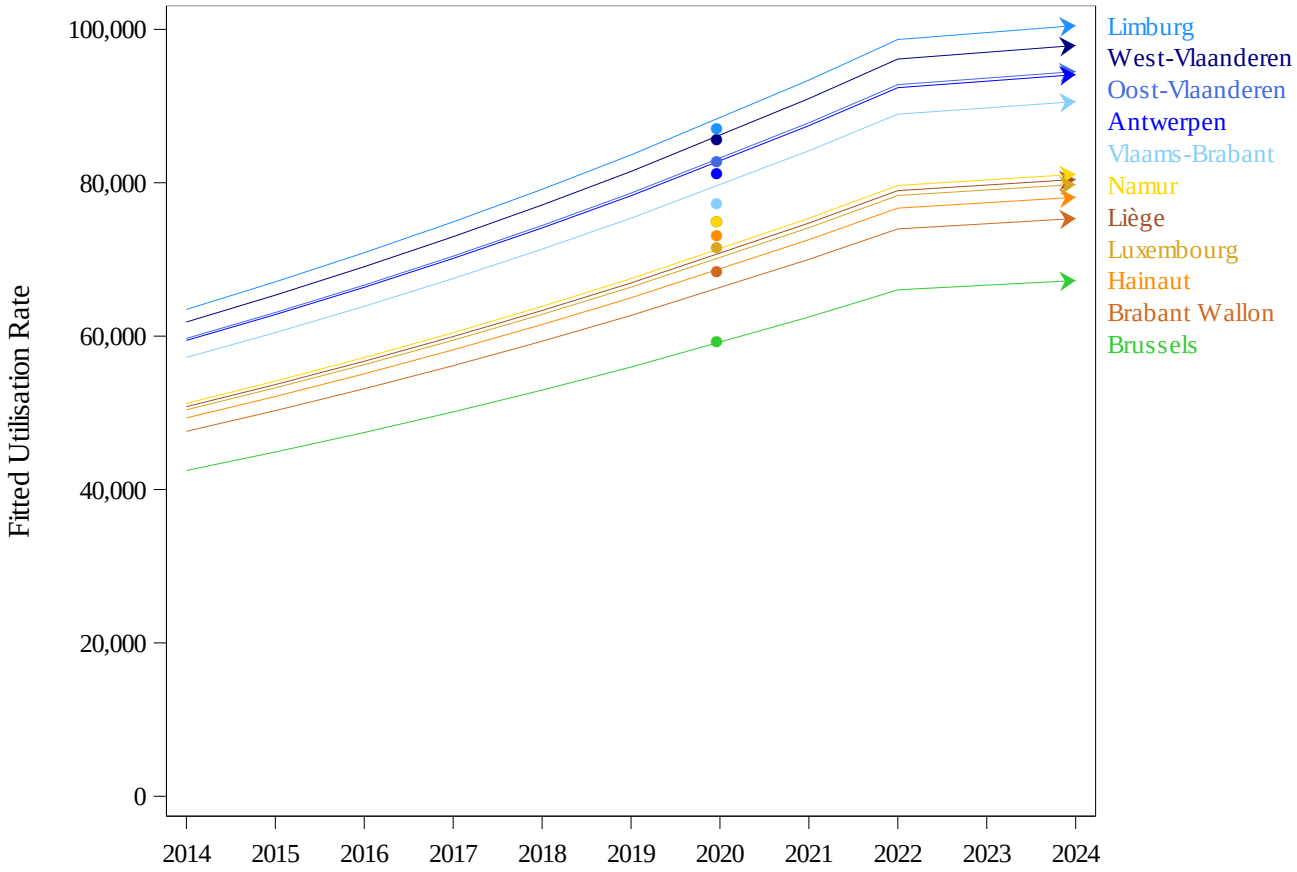
Evolutie van het gebruik per provincie en per gewest

Deze tabel vermeldt naast het gestandaardiseerd gebruik voor het laatste onderzochte jaar (2024) ook de gemiddelde **groeipercentages** per provincie, per gewest en in totaal, zowel voor de volledige periode (2014-2024), als voor de laatste jaren (2022-2024) en voor de periode die voorafgaat aan de laatste jaren (2014-2022).

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 ≤ 0,05 / ** P-waarde ≤ 0,01 / *** P-waarde ≤ 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.



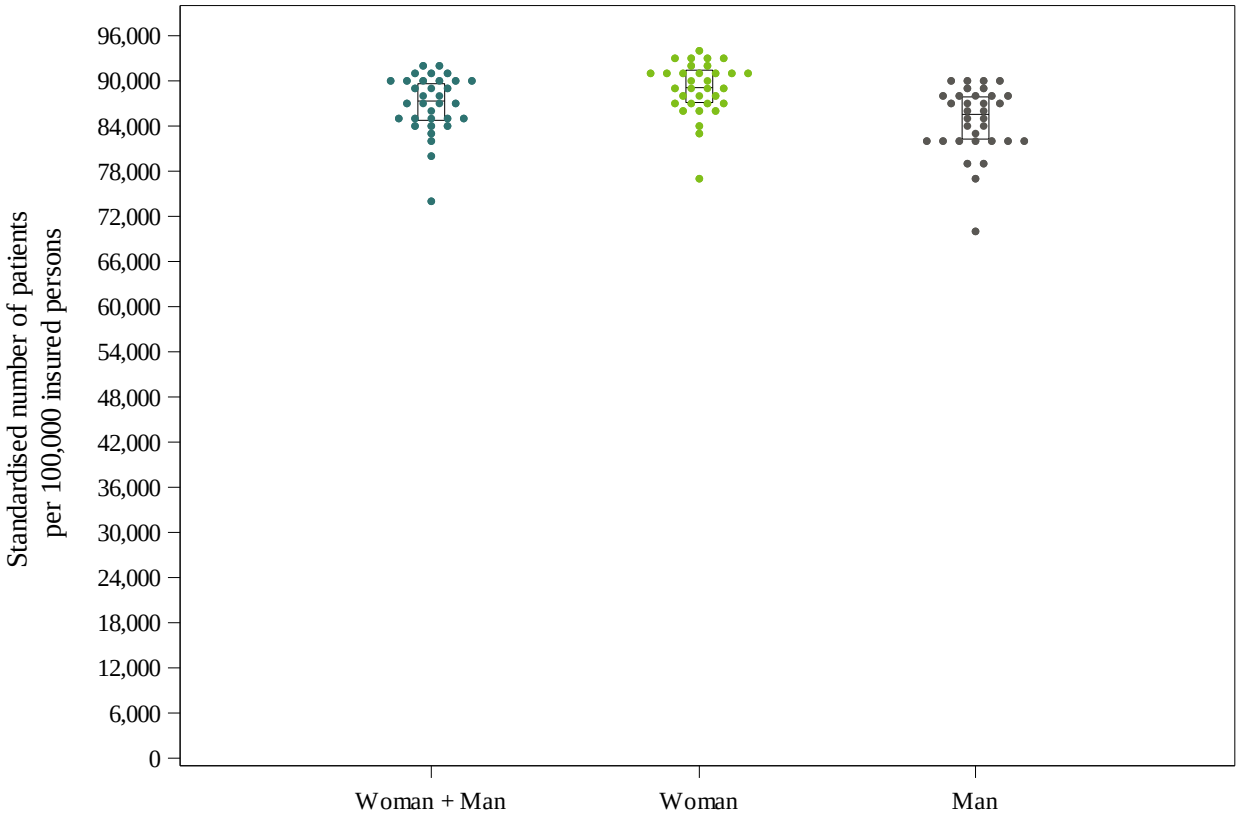
Trendbreuk beoordelingsmodel per provincie - Regressielijnen

Regressielijnen per provincie met mogelijks een verschillende helling voor de laatste jaren (2022-2024) in vergelijking met die voor de jaren die aan deze periode vooraf gaan (2014-2022).

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
Geschat aantal patiënten per jaar	*10.012.914*
Variatiecoëfficiënt (2024)	4,47
Variatiecoëfficiënt (2022-2024)	5,12
Variatiecoëfficiënt (2014-2016)	20,94
Statistisch significant verschil? (p ≤ 0.05)	*Ja (0)*



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



Kaart met de verdeling per arrondissement* van het gestandaardiseerd gebruik

Op deze kaart van België worden de arrondissementsgrenzen met fijne lijnen en de provinciegrenzen met dikke lijnen aangegeven.

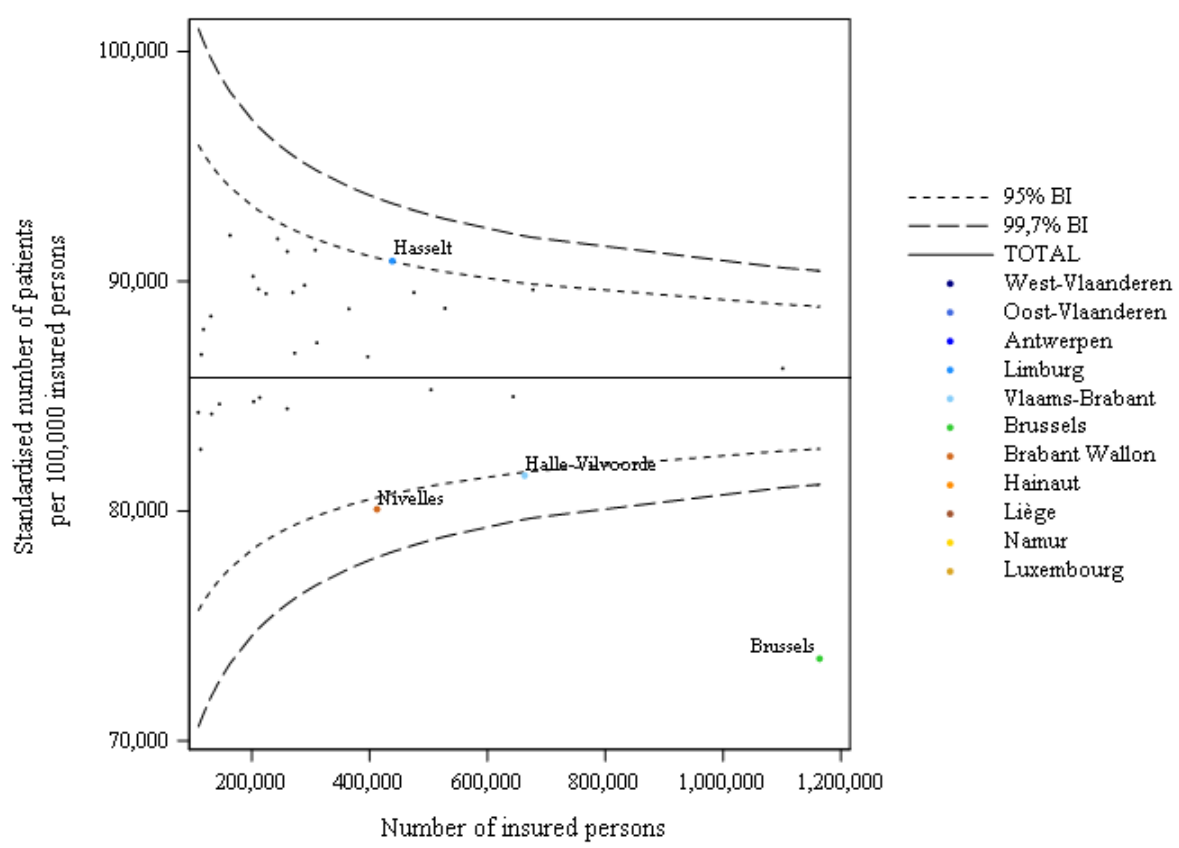
De arrondissementen* zijn ingekleurd aan de hand van een kleurenschaal die gebaseerd is op de verhouding tussen het gebruik in dat arrondissement* en het nationale Belgische (totale) gebruik. Die verhouding wordt uitgedrukt in percentages: bijvoorbeeld 0% als de ratio van het arrondissement* gelijk is 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
	Meer dan 50%
	Tussen 30% en 50%
	Tussen 10% en 30%
	Tussen -10% en 10%
	Tussen -30% en -10%
	Tussen -50% en -30%
	Minder dan -50%
	Geen gebruik

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

* Arrondissementen aangeduid met ^ of * zijn gegroepeerd binnen dezelfde provincie.
zie pagina 13, Standaardisatie



"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
Aantal prestaties per jaar	*10.079.747*
Jaarlijkse uitgaven (€)	*412.354.462*
Gemiddelde kostprijs per patiënt (€)	41,18
Gemiddelde kostprijs per verzekerde[1] (€)	35,37

[1] Opmerking: Uitgaven zijn gebaseerd op de verzekerden die zijn geselecteerd voor de analyse (zie sectie 3.E, Selectiecriteria).

		Gestandaardiseerde uitgaven (per verzekerde[1])	Relatief verschil ten opzichte van totaal
Provincies	West-Vlaanderen	37,1 €	4,89%
	Oost-Vlaanderen	36,45 €	3,05%
	Antwerpen	36,16 €	2,23%
	Limburg	37,5 €	6,02%
	Vlaams-Brabant	34,57 €	-2,26%
	Brussel	30,64 €	-13,37%
	Waals-Brabant	32,61 €	-7,80%
	Henegouwen	35,03 €	-0,96%
	Luik	35,74 €	1,05%
	Namen	35,54 €	0,48%
	Luxemburg	34,96 €	-1,16%
Gewesten	Vlaanderen	36,28 €	2,57%
	Brussel	30,64 €	-13,37%
	Wallonië	35,03 €	-0,96%
	TOTAAL	**35,37 €**	

Verdeling per gewest en provincie van de gestandaardiseerde uitgaven (2024)

[1] Opmerking: Uitgaven zijn gebaseerd op de verzekerden die zijn geselecteerd voor de analyse (zie sectie 3.E, Selectiecriteria).

Evolutie van de uitgaven per verstrekking en per nomenclatuurcodenummer

Nomenclatuurcodes	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Gemiddelde jaarlijks groei	% Prestaties 2024
101533-								32,00	32,23	34,53	36,59	4,57%	76,5%
101555-								58,67	59,09	63,30	67,11	4,58%	12,2%
109616-	29,82	29,98	29,96	31,46	31,54	32,86	33,28	33,66	34,53	38,63	39,99	2,98%	6,7%
101496-								32,00	32,52	34,51	36,60	4,58%	4,5%
101511-								58,67	59,72	63,29	67,11	4,58%	0,1%

De gemiddelde uitgaven per nomenclatuurcode en per jaar worden vermeld voor de codes die in volume zijn geselecteerd (zie sectie 3.A) en waarvoor in 2024 prestaties zijn gefactureerd. Ze zijn gerangschikt in afnemende volgorde van frequentie, op basis van het percentage geleverd in 2024 (laatste kolom).
Wanneer het aantal betrokken nomenclatuurcodes groot is, wordt de lijst beperkt tot die codes die 1 % van het totale volume bereiken.



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

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
	Meer dan 50%
	Tussen 30% en 50%
	Tussen 10% en 30%
	Tussen -10% en 10%
	Tussen -30% en -10%
	Tussen -50% en -30%
	Minder dan -50%
	Geen uitgave

* Arrondissementen aangeduid met ^ of * zijn gegroepeerd binnen dezelfde provincie.
zie pagina 13, Standaardisatie



Op deze kaart zijn de arrondissementen* ingekleurd aan de hand van een kleurenschaal die is gebaseerd op de verhouding tussen de uitgaven per patiënt en de nationale Belgische (totale) uitgaven per patiënt.

Die verhouding wordt in percentages uitgedrukt:

Kleur	Categorie
	Meer dan 50%
	Tussen 30% en 50%
	Tussen 10% en 30%
	Tussen -10% en 10%
	Tussen -30% en -10%
	Tussen -50% en -30%
	Minder dan -50%
	Geen uitgave

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

* Arrondissementen aangeduid met ^ of * zijn gegroepeerd binnen dezelfde provincie.
zie pagina 13, Standaardisatie

Gestandaardiseerde uitgaven per patiënt in 2024 en herhalingen van de praktijk per patiënt in 2023 (zie Bijlage B), per demografische categorie

	Geschatte gestd. uitgaven per patiënt		Herhaling per jaar	Herhaling per jaar	Herhaling per dag
	(€)	Tot. relatief verschil(%)	(Prestaties)	(Dagen)	(Prestaties)
TOTAAL	41,18		1,01	1,00	1,01
Geslacht					
Mannen	40,82	-0,89%	1,01	1,00	1,00
Vrouwen	41,52	0,82%	1,01	1,00	1,01
Voorkeurregeling					
Algemeen	40,49	-1,67%	1,01	1,00	1,00
Voorkeur	44,39	7,78%	1,01	1,00	1,01
Gewest					
Vlaanderen	41,06	-0,31%	1,01	1,00	1,01
Brussel	41,64	1,12%	1,02	1,01	1,01
Wallonië	41,32	0,34%	1,01	1,00	1,00
Leeftijd					
00-04	37,21	-9,65%	1,01	1,00	1,01
05-09	37,37	-9,26%	1,01	1,00	1,01
10-14	37,52	-8,89%	1,01	1,00	1,01
15-19	37,34	-9,33%	1,01	1,00	1,01
20-24	37,40	-9,18%	1,01	1,00	1,01
25-29	37,56	-8,79%	1,01	1,00	1,01
30-34	39,56	-3,94%	1,01	1,00	1,01
35-39	39,93	-3,05%	1,01	1,00	1,01
40-44	40,29	-2,18%	1,01	1,00	1,01
45-49	40,92	-0,64%	1,01	1,00	1,01
50-54	41,81	1,54%	1,01	1,00	1,00
55-59	43,00	4,42%	1,01	1,00	1,00
60-64	43,96	6,75%	1,01	1,00	1,00
65-69	45,05	9,39%	1,01	1,00	1,00
70-74	46,91	13,90%	1,01	1,00	1,00
75-79	48,90	18,75%	1,00	1,00	1,00
80-84	51,16	24,24%	1,01	1,00	1,00
85-89	39,62	-3,80%	1,01	1,00	1,00
90-94	39,28	-4,62%	1,01	1,00	1,00
95+	39,69	-3,62%	1,00	1,00	1,00

5. BIJLAGEN

A. Variantieanalyse (ANOVA), behalve Brussel

Statistische relevantie van de vastgestelde verschillen in 2024		
Volgens gewest?	Ja	***
Volgens geslacht?	Ja	***
Volgens terugbetalingsregeling?	Ja	***
Volgens geslacht en per gewest?	Ja	***
Volgens terugbetalingsregeling en per gewest?	Nee	NS
Volgens geslacht en per terugbetalingsregeling?	Ja	*
Volgens geslacht en terugbetalingsregeling en per gewest?	Nee	NS

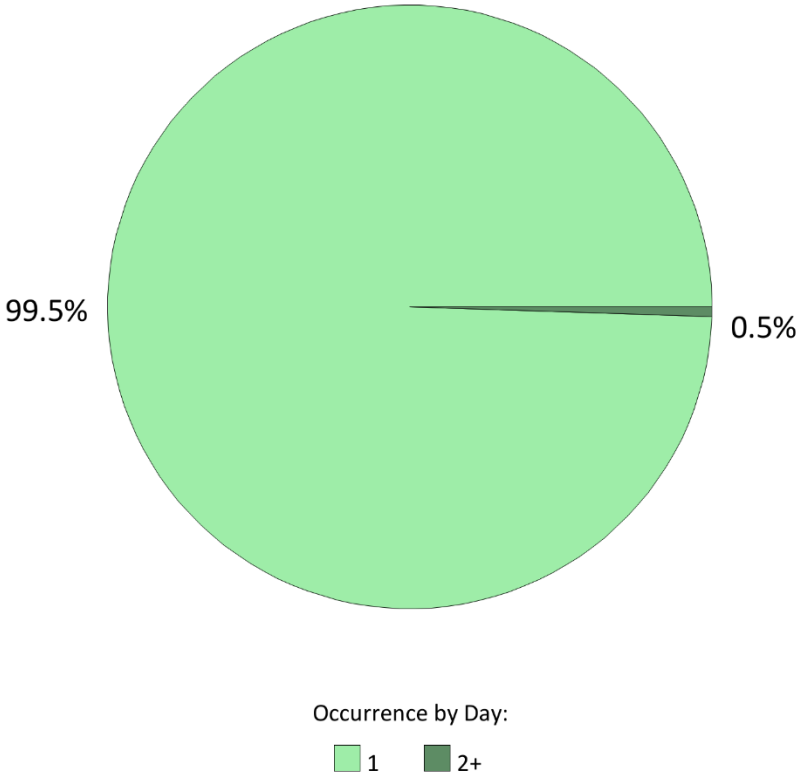
Teneinde de relevantie van de vastgestelde verschillen te kunnen evalueren, werd een lineair mixed ANOVA model gefit op de gegevens van alle arrondissementen* van het Waalse en Vlaamse gewest, na standaardiseren volgens leeftijd. Het model bevat de factoren regio, geslacht en terugbetalingsregeling als 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. 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 ≤ 0,05 / ** P-waarde ≤ 0,01 / *** P-waarde ≤ 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

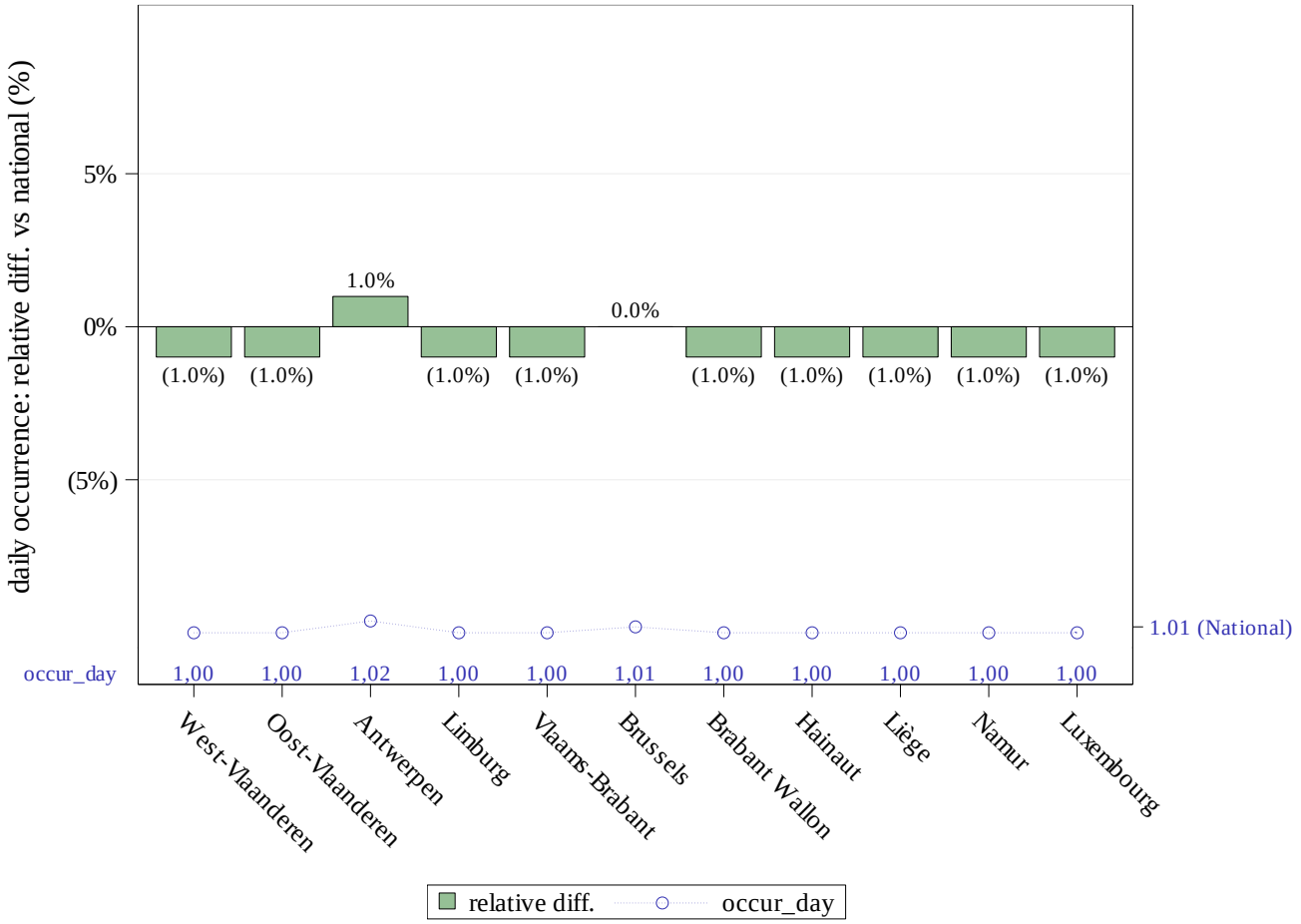


Verdeling van de patiëntdagen volgens de herhaling van de praktijk per dag (2023)

Soms worden verscheidene codes (gelijkaardig of verschillend) die betrekking hebben op dezelfde praktijk op de-zelfde dag voor dezelfde patiënt gefactureerd.

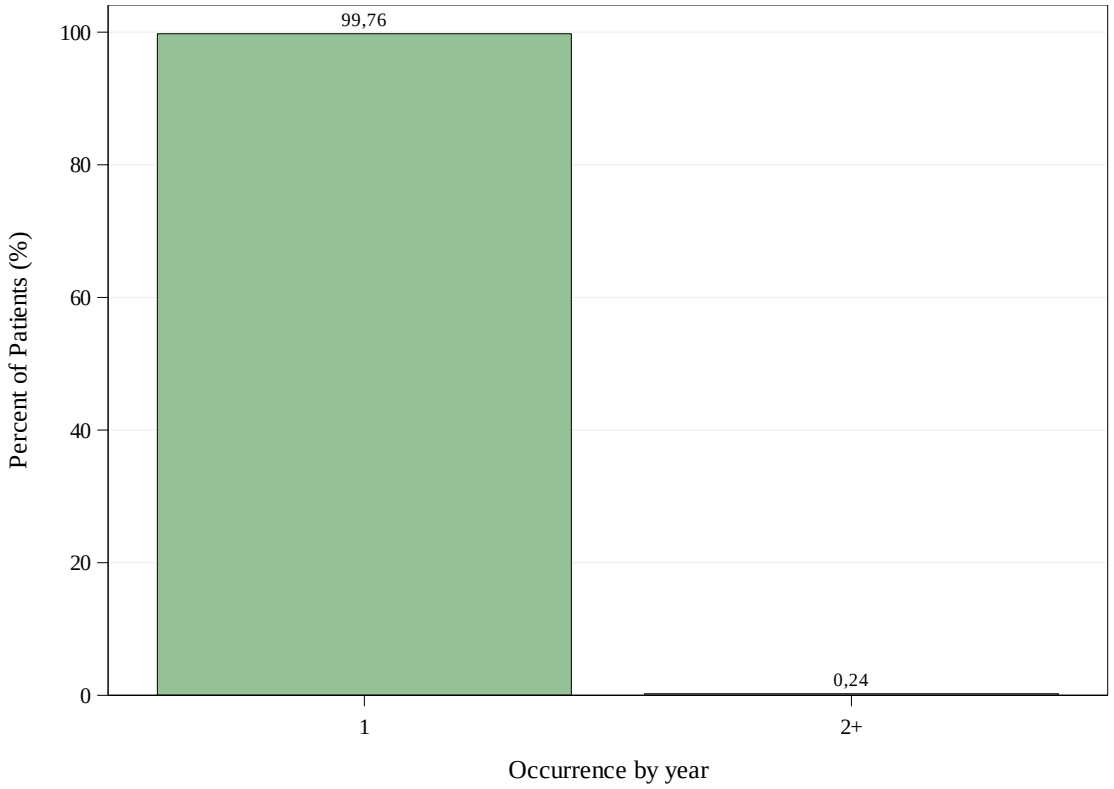
Dit taartdiagram toont de verdeling van de patiëntdagen volgens het aantal prestaties uitgevoerd op dezelfde dag voor dezelfde patiënt.

Deze analyses betreffende de frequentie van de gevallen worden uitgevoerd voor het jaar **2023** op basis van de volgende gegevens: documenten P, ADH en AZV.



Gemiddeld aantal prestaties <u>per dag</u> per patiënt per provincie en variatie ten opzichte van het nationale gemiddelde (2023)

Gemiddeld aantal dagen per patiënt in het jaar: 1,00

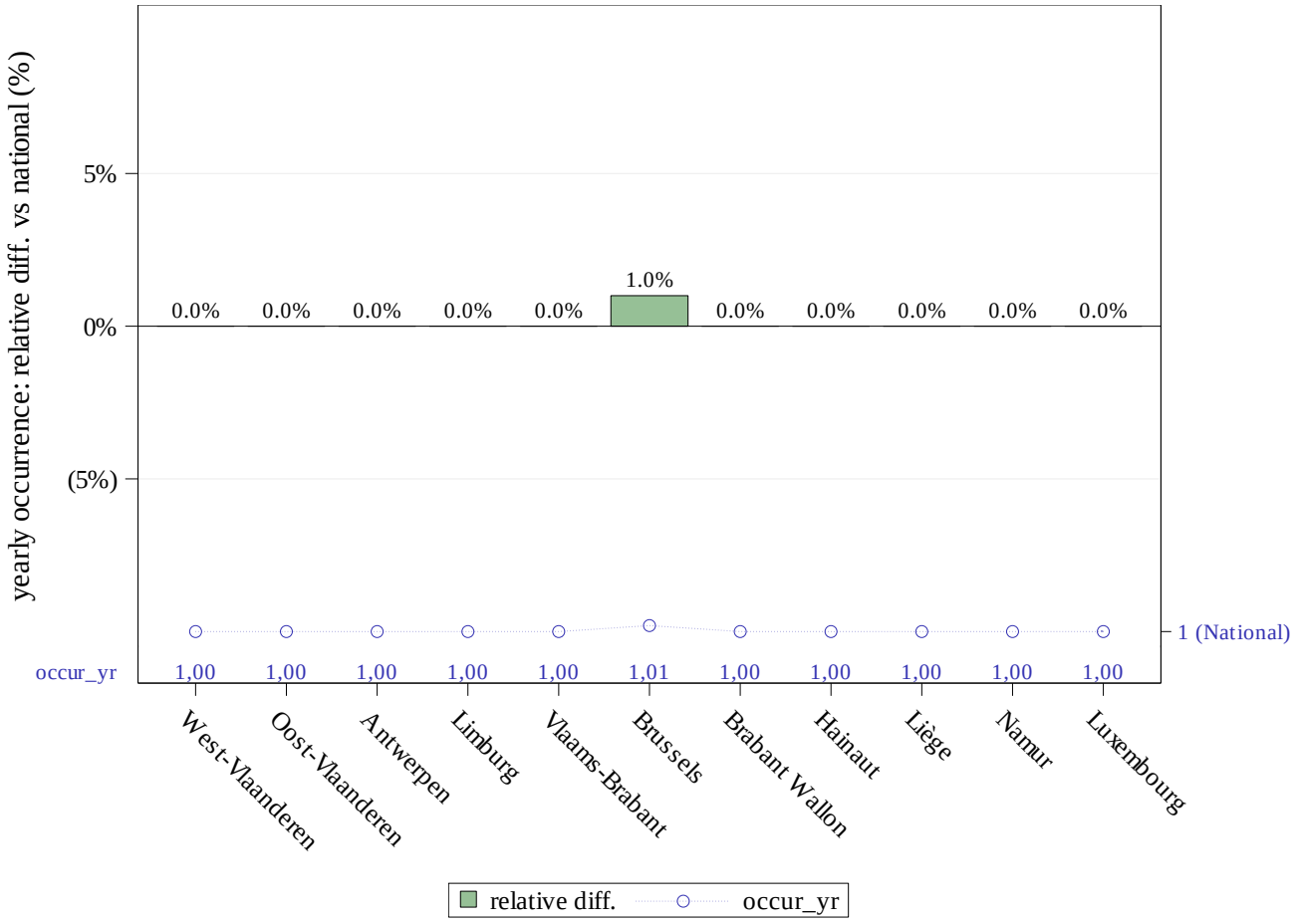


Verdeling van patiënten volgens herhaling van de praktijk in het jaar (2023)

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.

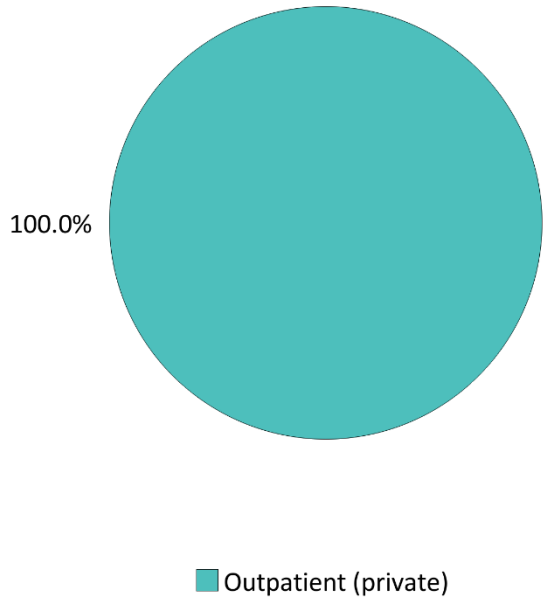
Dit histogram toont de verdeling van patiënten volgens de herhaling van de praktijk in een jaar (waarin de herhaling per dag niet is opgenomen).

Er werd rekening gehouden met het jaar **2023** 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 (2023)

C. Types van tenlasteneming van de patiënt

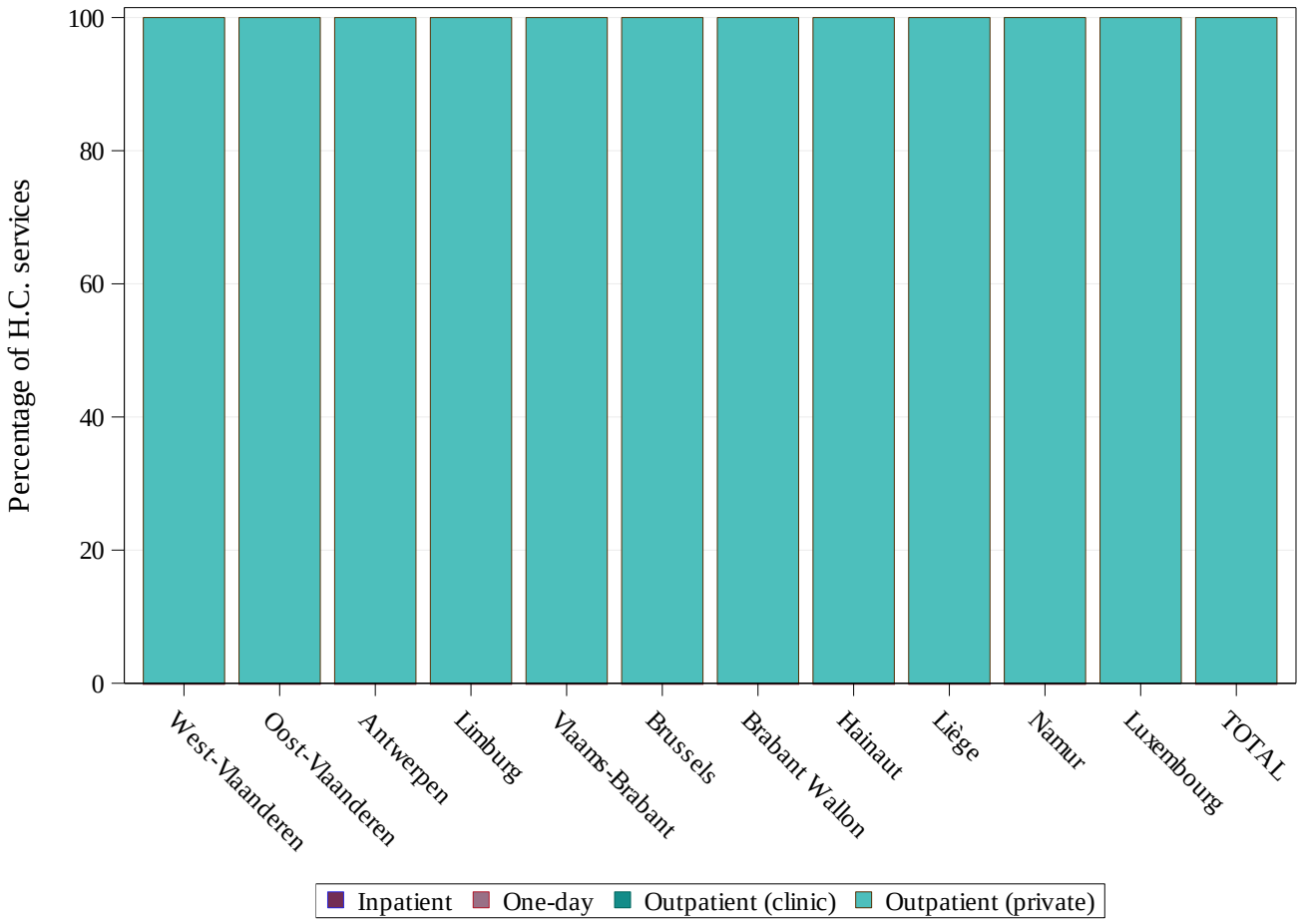


Verdeling van de types van tenlasteneming in 2023

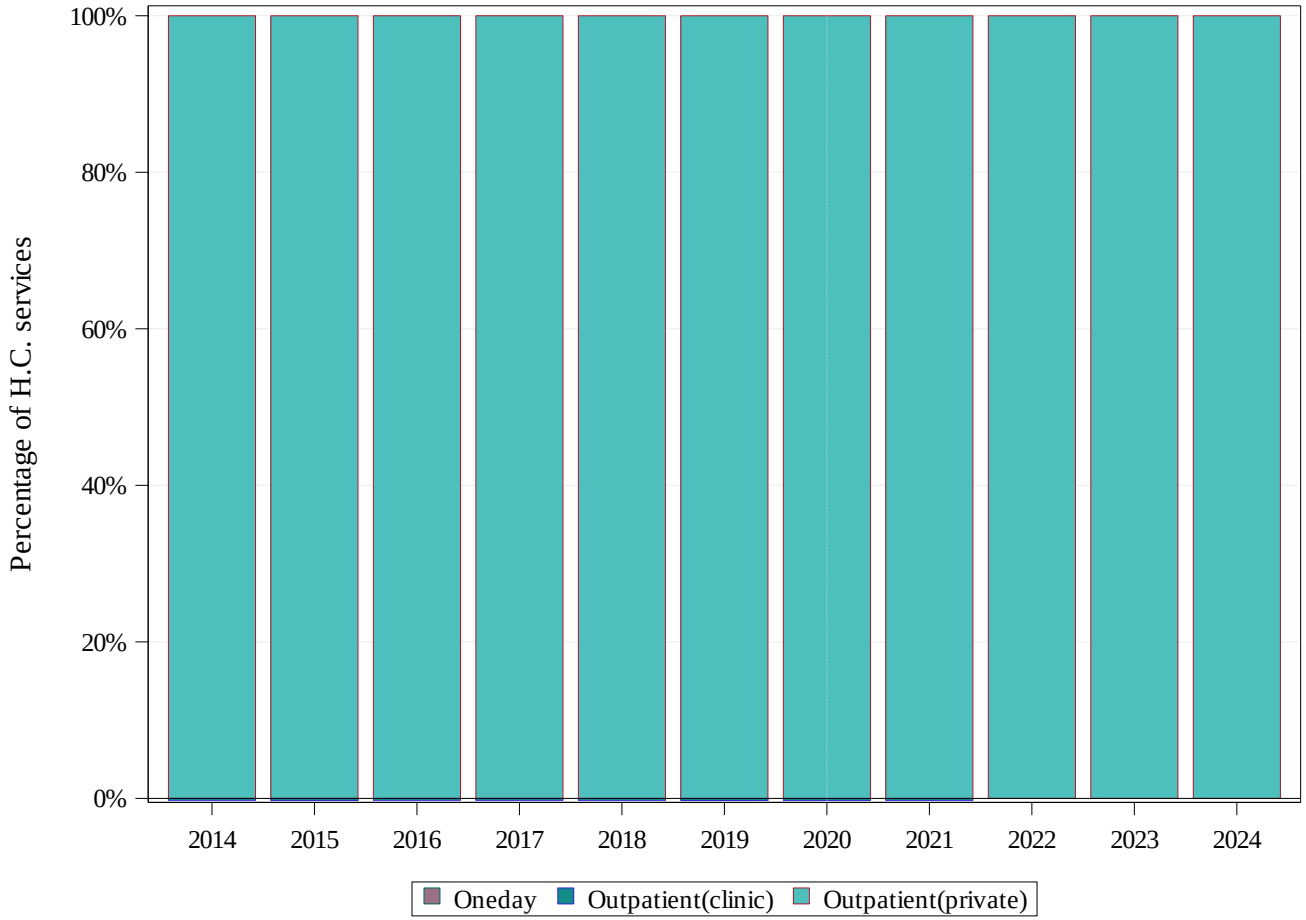
Zorgsettings	
Ambulant (privé)	100,0%
Ambulant (polikliniek)	0,0%
(Dag)ziekenhuis	0,0%
Ziekenhuis (verblijf)	0,0%

In aanvulling op het hoofdstuk betreffende de frequentie van ambulante verstrekkingen (zie sectie 4.C), 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 2023 op basis van de volgende gegevens: documenten P, ADH en AZV.



Verdeling van de types van tenlasteneming per provincie (2023)



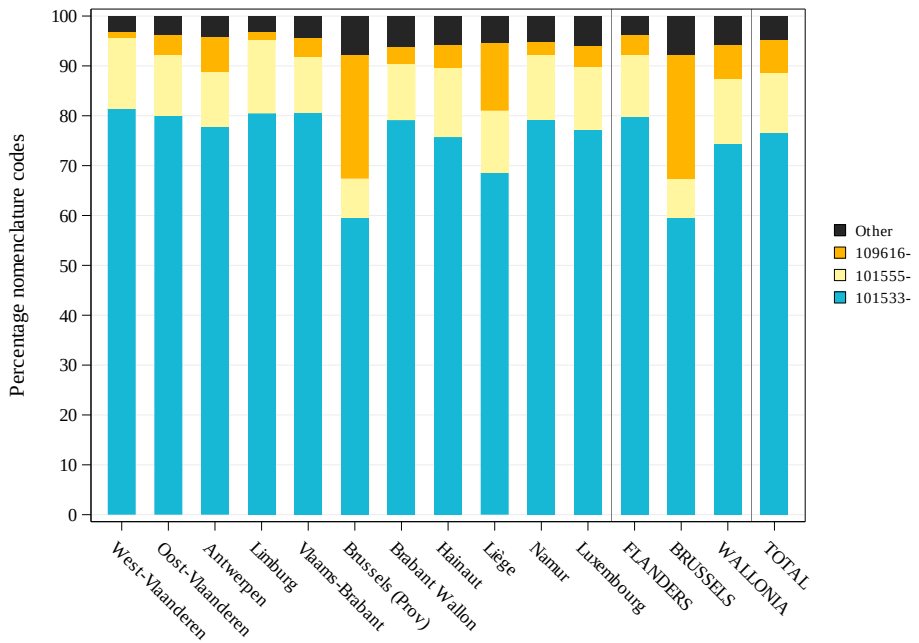
Evolutie van de verdeling van de types van tenlasteneming (van verstrekkingen), per jaar

Deze grafiek illustreert de verdeling van de tenlasteneming per verstrekking, waardoor de evolutie ervan in de periode 2014-2024 kan worden gevolgd. (In het geval van klinisch-biologische prestaties kan echter geen onderscheid worden gemaakt tussen verschillende ambulante types).

De links geplaatste schaal verwijst naar de verdeling per sector in % ("bars"). Indien van toepassing verwijst de rechts geplaatste schaal naar het percentage dagopnames ten opzichte van het totale aantal ziekenhuisopnames, in % .

D. Coderingsvariaties en praktijkalternatieven

➔ Variaties in de codering:



Verdeling volgens volume van de nomenclatuurcodes

Gecombineerde codes	Omschrijving
Other	Andere codes
109616-	Vast bedrag geneeskunde in gezondheidscentra
101555-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar voor een rechthebbende van 30 tot en met 84 jaar met statuut chronische aandoening (met of zonder contact)
101533-	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende een verlengingsjaar (met of zonder contact)

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

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

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