

Courrier aux organisations médicales en ce qui concerne les variations de pratiques

- ✦ Veuillez écrire votre **nom et prénom** pour vous identifier dans Zoom
- ✦ Durant la présentation, prière de **couper votre microphone et caméra**
- ✦ Veuillez poser vos **questions via le « chat »** durant la présentation. Les questions seront traitées ensuite, lors de la session Q&A
- ✦ Ce webinar est **enregistré pour usage interne**
- ✦ La **présentation sera partagée** après la session
- ✦ Un service **traduction** est disponible

Brief aan geneeskundige verenigingen over praktijkvariatiën

- ✦ Gelieve uw **naam en voornaam** in te vullen om u te identificeren in Zoom
- ✦ Gelieve tijdens de presentatie uw **microfoon en camera uit te schakelen**
- ✦ Gelieve uw **vragen** tijdens de presentatie **via de chat te stellen**. De vragen worden vervolgens behandeld tijdens de Q&A-sessie
- ✦ Dit webinar wordt **opgenomen voor intern gebruik**
- ✦ De **presentatie wordt** na de sessie **gedeeld**
- ✦ Er is een **tolk** beschikbaar

WEBINAIRE

CONSEIL NATIONAL DE LA PROMOTION DE LA QUALITÉ

WEBINAR

NATIONALE RAAD VOOR KWALITEITSPROMOTIE

DIRECTION APPROPRIATE CARE

12/03/2025



1. Introduction

2. Contexte

3. Méthodologie

4. Attentes

5. Questions

1. Inleiding

2. Context

3. Methodologie

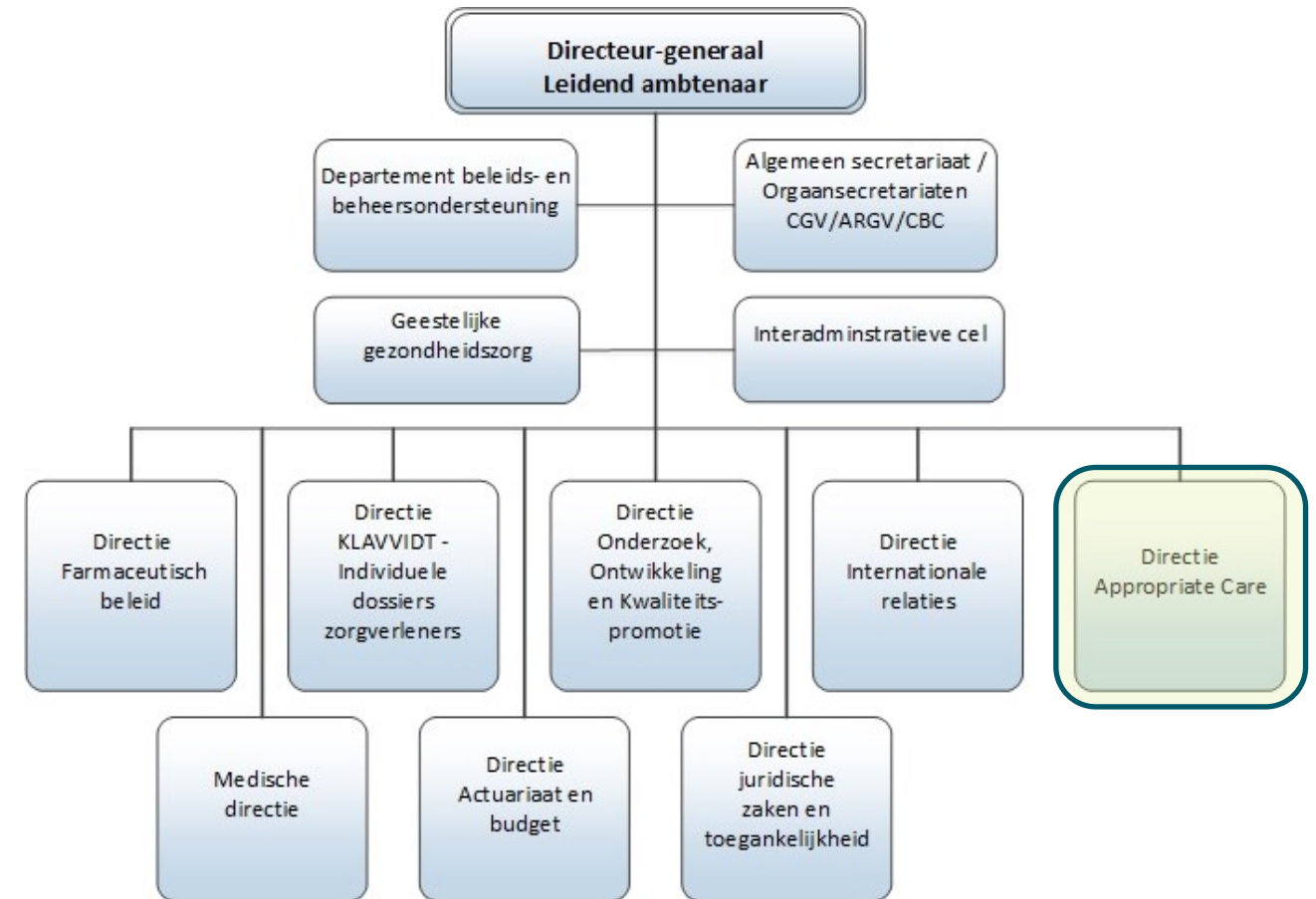
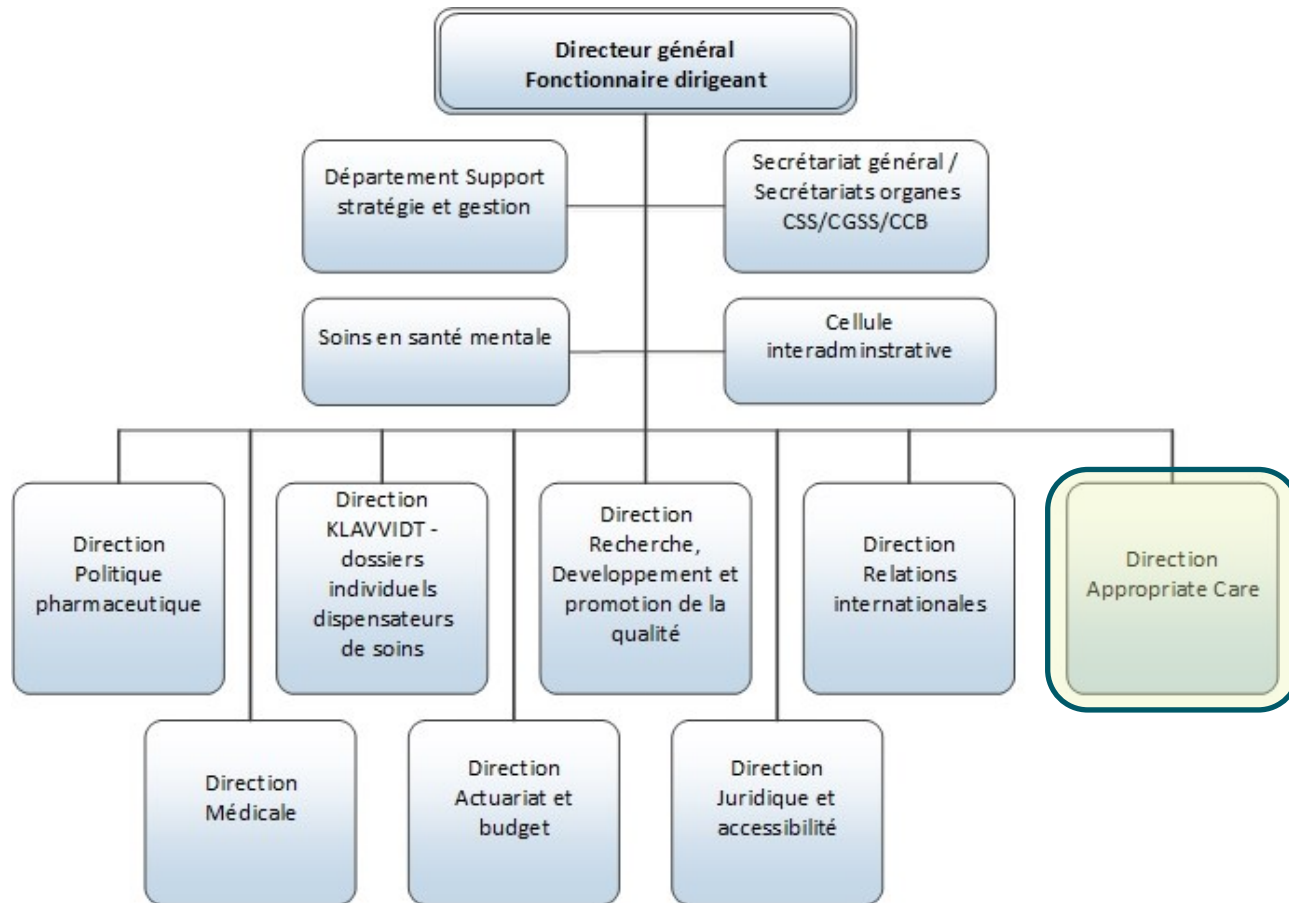
4. Verwachtingen

5. Vragen

1. INLEIDING

2. CONTEXT

2. CONTEXTE



2. CONTEXTE

✦ Direction Appropriate Care - SdSS

→ Le concept « Appropriate Care » vise, au sens large, ce qui suit :

➤ **Type de soins** : Soins nécessaires et pertinents pour le patient, répondant à l'« Evidence Based Practice ». Cela implique que les soins sont le résultat d'une combinaison des **meilleures données scientifiques disponibles**, de l'expertise clinique du prestataire de soins de santé et des préférences du patient.

➤ **Modalités de délivrance** : Dispensés au bon moment, au bon endroit et par le prestataire de soins le plus approprié (c'est-à-dire la personne dont les compétences, la formation et la position dans l'équipe de soins permettent une réponse efficace et proportionnée aux besoins du patient).

➤ **Coût** : Lorsque les meilleurs résultats possibles peuvent être obtenus au moindre coût/investissement possible. Les coûts doivent ainsi être proportionnés, en vue de maximiser les bénéfices pour les patients mais également d'**optimiser l'utilisation des ressources du système de santé**.

✦ Directie Appropriate Care - DGV

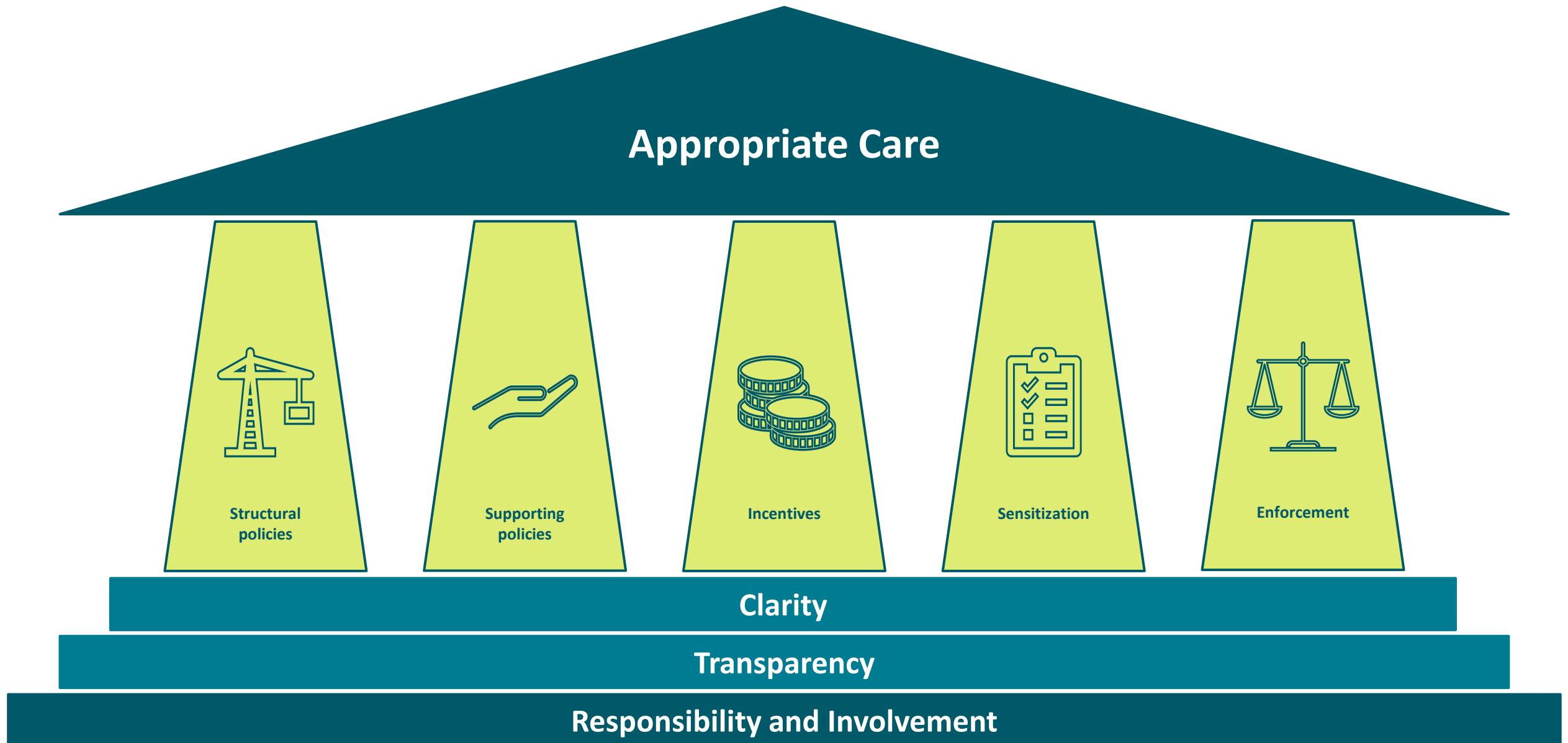
→ Met het concept “Appropriate Care” wordt, in brede zin, het volgende beoogd:

➤ **Type zorg**: Zorg die noodzakelijk en relevant is voor de patiënt en gebaseerd op Evidence Based Practice. Dit impliceert dat de zorg het resultaat is van een combinatie van de **best beschikbare wetenschappelijke gegevens**, de klinische expertise van de zorgverlener en de voorkeuren van de patiënt.

➤ **Zorgverlening**: Geleverd op het juiste moment, op de juiste plaats en door de meest geschikte zorgverlener (d.w.z. de persoon wiens vaardigheden, opleiding en positie in het gezondheidszorgteam een effectieve en proportionele reactie op de behoeften van de patiënt mogelijk maken).

➤ **Kost**: Waarbij de best mogelijke uitkomsten bereikt kunnen worden aan de kleinst mogelijke kost / investering. De kosten moeten in verhouding staan, met het oog op een maximalisatie van de voordelen voor de patiënt, alsook een **optimalisatie van het gebruik van de middelen van het gezondheidszorgsysteem**.

2. CONTEXTE



Projet « Aanklampend beleid »

Approche intégrée pour l'utilisation rationnelle des moyens Geïntegreerde aanpak voor het rationele gebruik van de middelen

08-09-2014

Concreet zullen de acties zich prioritair via **vier invalshoeken** toespitsen:

- Invalshoek 1: “nieuwe technologieën” en “efficiëntere tenlasteneming”

Boodschap: afstappen van verouderde technieken

Doel: aansluiten bij de evolutie van de geneeskunde en zich verzekeren van het feit dat de uitgaven voor zorgverstrekkingen doelmatig worden besteed

Voorbeelden: invoering van een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur omdat de oorspronkelijke verouderd is; overgang van klassieke ziekenhuisopname naar dag hospitalisatie.

- Invalshoek 2: « het goed gebruik van geneesmiddelen »

Boodschap: welbewust voorschrijven; aandacht besteden aan de nevenwerkingen die soms sterker kunnen zijn dan de verwachte voordelen; voorschriften ingeval van primaire of secundaire preventie, herinneren aan het begrip van aantal te behandelen patiënten om een effect te kunnen hebben op de bevolking; verminderen van de polymedicatie (geriatrie).

Doel: beheersen van de volumes, adequaat voorschrijven, en hierdoor bijkomende middelen vrijmaken

Voorbeelden: het gebruik van statines verminderen, zowel in primaire als in secundaire preventie; onnodig langdurig gebruik van protonpompinhibitoren; polymedicatie (geriatrie).

- Invalshoek 3: “screening van de bevolking”

Boodschap: beperken van het aantal vals positieve testen met de perverse neveneffecten eraan verbonden

Doel: verminderen van de valse positieven; die leiden tot nutteloze onderzoeken en behandelingen, en hierdoor bijkomende middelen vrijmaken

Voorbeelden: inadequaat gebruik van diagnostische onderzoeken: kankerscreening; of van laboratoriumanalyses: schildkliertests.

- Invalshoek 4: “het aantal verstrekkingen en herhaalde verstrekkingen”

Boodschap: er worden in de praktijk onverklaarbare afwijkingen waargenomen voor diagnostische en therapeutische prestaties

Doel: vermijden van nutteloze ingrepen en herhaling ervan en hierdoor bijkomende middelen vrijmaken

Voorbeelden: de chirurgische ingrepen (heupprothesen, knieprothesen); de implantaten; plaatsen/ vervanging van pacemakers.

En pratique, les actions s’inscriront sur **quatre axes thématiques** prioritairement retenus :

- Axe 1 : « nouvelles technologies » et « prise en charge plus efficiente »

Message : abandonner les techniques obsolètes (cf stratégie imagerie médicale)

Objectifs : suivre l’évolution de la médecine ; s’assurer que les montants dépensés le sont pour les prestations de santé les plus efficientes

Exemples : introduction d’une nouvelle prestation à la nomenclature, l’ancienne devenant obsolète ; passage de l’hospitalisation classique vers l’hospitalisation de jour.

- Axe 2 : « le bon usage des médicaments »

Message : prescrire à bon escient ; porter attention aux effets secondaires qui peuvent être supérieurs aux bénéfices attendus ; en cas de prescription préventive primaire ou secondaire, rappeler la notion de nombres de patients à traiter pour avoir un effet sur la population ; réduire la poly-médication (gériatrie)

Objectifs : gérer les volumes, prescrire de manière adéquate ; dégager des ressources à la marge

Exemples : réduire l’utilisation des statines en prévention primaire, ainsi qu’en prévention secondaire en gériatrie, prise à long terme injustifiée des inhibiteurs de la pompe à protons, poly-médication en gériatrie.

- Axe 3 : « dépistage (screening) de la population »

Message : diminuer les faux positifs et les effets pervers qui y sont liés

Objectifs : diminuer les examens et les traitements inutiles induits ; dégager des ressources à la marge

Exemples : usage inadéquat d’examens diagnostiques : dépistage de cancers ; ou d’analyses de laboratoire : tests thyroïdiens.

- Axe 4 : « les taux d’interventions et de ré-interventions »

Message : des variations inexplicables sont observées dans les pratiques diagnostiques et thérapeutiques

Objectifs : éviter les interventions inutiles et la redondance des examens ; dégager des ressources à la marge

Exemples : les interventions chirurgicales (prothèses de hanche, de genou) ; les implants ; les placements / renouvellement de pacemakers.

2. CONTEXTE

CATEGORY OF LOW-VALUE CARE	OVERUSE AND MISUSE					UNWARRANTED VARIATION as a sign of potential overuse and/or underuse (not explained by different need)		UNDERUSE	
TYPE OF LOW-VALUE CARE	A. The service harms the patient	B. The service does not benefit the patient/has no effect (no benefit or benefit/ harm relation unfavourable)	C. There are more cost-effective alternatives to the service	D. There are more environmentally sustainable alternatives with similar or higher benefits	E. The service is delivered in a costlier setting/sector or by costlier professions than necessary	F. Geographic variation (entire population and service provision in one area versus another)	G. By patient groups (social, demographic etc.)	H. Services which are necessary and considered cost-effective	I. Services which are necessary and save costs
DEFINITION	Services that pose more risks (for example, adverse patient events, such as health-care-associated infections, surgical-care errors, and unsafe technologies) than benefits to the patients (costs are by definition unwarranted)	Services that lead to additional costs without expected health benefit, that is, the services have no known benefit for all patients or the services are not appropriate for the individual patient, based on expected outcomes, medical criteria, guidelines or preferences	Services for which alternatives exist that provide the same benefit for lower cost, or higher benefit for the same cost, that is, are more cost-effective	Services or resources for which alternatives exist that provide similar benefit while being more environmentally sustainable (or higher benefit for the same environmental impact)	Services that could be provided at a lower level of care (setting/ sector/ profession) incurring fewer costs (and reducing potential patient risks) or that could have been prevented by the provision of care at previous levels of care	Provision/ costs/ quality of services vary between geographic regions not explained by different need	Provision/ costs/ quality of services vary between patient groups (segmented by social, demographic and or other characteristics) not explained by different need	Cost-effective services not provided despite necessity – meaning that services are not offered to patients fitting a particular clinical description while such services are considered cost-effective	Services that are not provided despite being considered high value, as they both improve health outcomes and save costs (“dominating” in the cost-effectiveness plane)
LOW-VALUE CARE TERMS	Harm Patient safety risks	Overutilisation/ Overdiagnosis/ Overtreatment “No-value care” Inappropriate care Outdated care	Low value for money Cost-ineffective Low-priority care	Unsustainability Carbon-intensive care	Low value for money Inefficient care Not cost-saving	Geographic variation Small area variation Inequity	Inequity	Underuse Necessity Untimely care	Underuse Necessity Untimely care
IMPLICATIONS FOR PATIENT OUTCOMES	Negatively impacted	Unchanged, exposure to risk	Unchanged or negatively impacted	Unchanged	Unchanged	Unchanged or negatively impacted	Unchanged or negatively impacted	Negatively impacted	Negatively impacted

Directorate-General for Health and Food Safety (European Commission) & Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2025). *Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment* (Rapport). Publications Office of the European Union. https://health.ec.europa.eu/document/download/1adc2134-5753-4ffb-a6d5-ab8d224874c6_en?filename=hspa_low-value-care_report_en.pdf

2. CONTEXTE

✦ Sur cette base, deux axes prioritaires ont été retenus :

- ✦ L'identification et la réduction des **Low Value Care**, c'est-à-dire des soins qui n'apportent pas de bénéfice clinique suffisant au regard des connaissances scientifiques disponibles

→ **Problème structurel, systémique**

- ✦ L'analyse des **variations de pratique**, qui permet de détecter des écarts dans l'utilisation des soins et de cibler les domaines nécessitant une analyse et des actions d'amélioration.

→ **Problème de distribution, d'hétérogénéité**

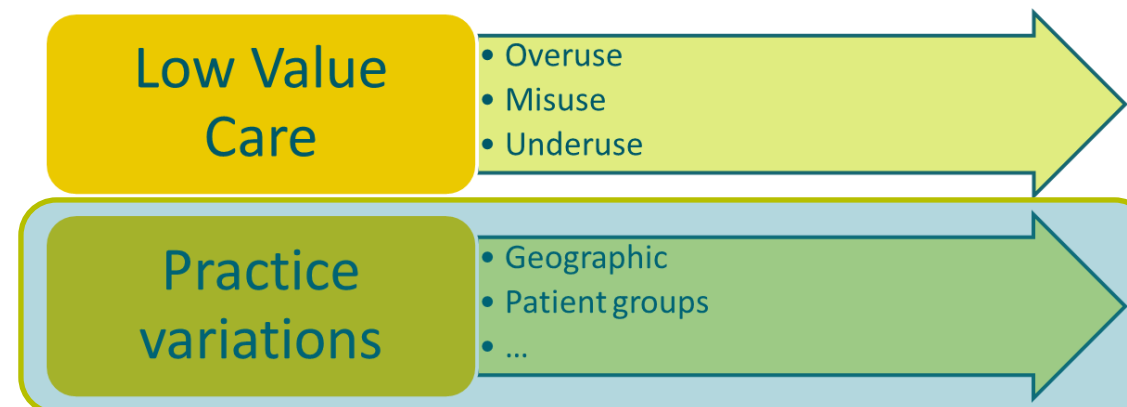
✦ Op basis hiervan zijn twee prioriteiten vastgesteld:

- ✦ Het identificeren en terugdringen van **Low Value Care**, dat wil zeggen zorg die onvoldoende klinisch voordeel oplevert in het licht van de beschikbare wetenschappelijke kennis.

→ **Structureel, systemisch probleem**

- ✦ Het analyseren van **praktijkvariëties**, waardoor afwijkingen in het gebruik van zorg kunnen worden opgespoord en gebieden kunnen worden geïdentificeerd die moeten worden geanalyseerd en verbeterd

→ **Probleem van verdeling en heterogeniteit**



✦ Conseil national de la promotion de la qualité

→ Le CNPQ existe depuis le 13 juillet 2001 et comporte 44 membres, représentants :

- des syndicats des médecins
- des universités / associations scientifiques
- des mutualités
- de l'Autorité

✦ Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie

→ De NRKP bestaat sinds 13 juli 2001 en telt 44 leden, met vertegenwoordigers van:

- artsensyndicaten
- universiteiten / wetenschappelijke verenigingen
- ziekenfondsen
- overheid

✦ Conseil national de la promotion de la qualité

→ A pour objectif de promouvoir et de soutenir des initiatives qui renforcent la qualité des soins, tel que définies dans ses missions légales :

- Gère le système de peer review pour **évaluer la qualité des prestations médicales et améliorer en continu les pratiques**
- Élabore des recommandations pour l'utilisation du dossier médical global
- Encourage le travail en équipe et les collaborations entre médecins
- Définit des recommandations de bonnes pratiques et des **indicateurs de qualité, avec feedback aux médecins** et groupes locaux
- Coordonne ses travaux avec le groupe de direction de l'accréditation.

✦ Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie

→ Heeft tot doel de kwaliteit van de zorgverlening te promoten en initiatieven ter bevordering van de kwaliteit te ondersteunen, zoals vastgelegd in haar wettelijke opdrachten :

- Beheert het peer-reviewsysteem om **de kwaliteit van medische zorg te evalueren en continu te verbeteren**
- Ontwikkelt aanbevelingen voor het correct gebruik van het globaal medisch dossier
- Bevordert teamwerk en samenwerkingsverbanden tussen artsen
- Stelt richtlijnen voor goede medische praktijk en **kwaliteitsindicatoren vast en geeft feedback aan artsen** en lokale kwaliteitsgroepen
- Coördineert zijn werkzaamheden met de Accreditingsstuurgroep.

2. CONTEXTE

Kick-off « Direction Appropriate Care »

Since 2019

March
2025

June
2025

September
2025

December
2025

February
2026

End April
2026

Production and publication of analyses of practices variations on Healthy Belgium

Identification and validation by the CNPQ/NRKP of quality indicator sources including the Low Value Care report. Concern: the vast majority of indicators was related to general medicine

To involve as many medical specialties as possible, the NRKP/CNPQ, based on the conceptual framework of the Low Value Care report, decided to focus on analyses of practices variations with a high degree of variation.

The CNPQ/NRKP approves a template letter to be sent to medical organizations inviting them to work on a list of practice variation analyses (and agrees on a methodology to rank the analyses).

The 2026-2027 national medical-mutual agreement includes a section about this letter addressed to medical organizations regarding analyses of practice variations.

Sending **letters** to medical organizations

Structured list of priority themes, each accompanied by a brief description specifying the context, issues, or explanatory elements useful for understanding them

2. CONTEXTE

À l'attention des organisations médicales (sociétés scientifiques et union professionnelle) :

Chers Confrères,
Chères Consœurs,

Depuis plusieurs années maintenant, l'INAMI investit dans les soins appropriés, avec encore récemment la création de la Direction Appropriate Care destinée à coordonner sa stratégie globale en la matière. Une des composantes de cette stratégie est la mise à disposition de données, par l'intermédiaire du site [Vers une Belgique en bonne santé](#) sur lequel figurent de nombreux rapports de variations géographiques dans la pratique des soins. Plusieurs de ces analyses montrent des variations importantes dans la pratique des soins en Belgique, variations dont les causes sont multiples mais dont une partie pourrait être expliquée par des écarts par rapports aux recommandations scientifiques ou autres guidelines connues et identifiées.

Le Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ), également constitué au sein de l'INAMI, a pour objectif de promouvoir et de soutenir des initiatives qui renforcent la qualité des soins. Il est composé de membres médecins généralistes, spécialistes ainsi que de membres représentant les universités, les organisations scientifiques et les organismes assureurs.

Dans le cadre d'une **démarche de promotion de la qualité à l'initiative du CNPQ**, nous souhaiterions vous inviter à prendre connaissance des différentes analyses thématiques de variations de pratiques (ou de prescription de médicaments) concernant votre spécialité (Annexe 1), sur lesquelles vos représentants pourraient travailler. Il nous a semblé opportun pour cet exercice de solliciter autant les associations scientifiques que les unions professionnelles des différentes spécialités médicales, vous trouverez d'ailleurs annexé à la présente la liste des différents destinataires de ce même courrier pour votre spécialité (Annexe 2).

L'objectif affiché des analyses de variations de pratiques est d'identifier les différences de pratiques dans les soins de santé qui restent inexpliquées après standardisation. En effet, ces différences peuvent parfois être un signe d'utilisation non optimale des moyens disponibles (pour plus d'informations : [Pourquoi "les variations de pratiques" ? - Vers une Belgique en bonne santé](#)), ce concept est d'ailleurs également repris dans le cadre conceptuel du rapport international « Low value care »¹. Comme précédemment énoncé, les variations restent par essence multicausales, et sont le plus souvent composées de facteurs liés tant à la demande qu'à l'offre² :

- Causes liées à la demande :
 - Épidémiologie de la maladie
 - Variables socio-économiques
 - **Choix du patient**
- Causes liées à l'offre :
 - **Modalité de pratique du professionnel de santé**
 - Densité médicale
 - Accès aux soins

Ter attentie van geneeskundige verenigingen (wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisatie)

Beste collega's,

Al enkele jaren investeert het RIZIV in doelmatige zorg, recent nog met de oprichting van de Directie Appropriate Care, die de algemene strategie op dit vlak moet coördineren. Een van de onderdelen van deze strategie is het ter beschikking stellen van gegevens via de website [Naar een gezond België](#), waarop talrijke rapporten over geografische variaties in de zorgpraktijk te vinden zijn. Verschillende van deze analyses tonen aan dat er in België grote variaties bestaan in de zorgpraktijk. Deze variaties hebben verschillende oorzaken, maar kunnen deels worden verklaard door afwijkingen van wetenschappelijke aanbevelingen of andere gekende en geïdentificeerde richtlijnen.

De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), eveneens opgericht binnen het RIZIV, heeft tot doel initiatieven te bevorderen en te ondersteunen die de kwaliteit van de zorg verhogen. Hij is samengesteld uit huisartsen, specialisten en vertegenwoordigers van universiteiten, wetenschappelijke organisaties en verzekeringsinstellingen.

In het kader van een **aanpak ter bevordering van de kwaliteit op initiatief van de NRKP** nodigen wij u uit kennis te nemen van de verschillende thematische analyses van variaties in praktijken (of in het voorschrijven van geneesmiddelen) met betrekking tot uw specialisme (bijlage 1), waaraan uw vertegenwoordigers zouden kunnen werken. Het leek ons gepast om voor deze oefening zowel wetenschappelijke verenigingen als beroepsorganisaties van de verschillende medische specialismen te benaderen. Bijgevoegd vindt u de lijst met de verschillende bestemmingen van deze brief voor uw specialisme (bijlage 2).

Het doel van de analyses van praktijkvariaties is het identificeren van verschillen in praktijken in de gezondheidszorg die na standaardisatie onverklaard blijven. Deze verschillen kunnen namelijk soms wijzen op een niet optimaal gebruik van de beschikbare middelen (voor meer informatie: [Waarom de "praktijkvariaties"? - Naar een gezond België](#)), dit concept wordt overigens ook opgenomen in het conceptuele kader van het internationale rapport "Low value care"¹. Zoals eerder vermeld, blijven variaties in wezen multicausaal en bestaan ze meestal uit factoren die zowel verband houden met de vraag als met het aanbod² :

- Oorzaken die verband houden met de vraag:
 - Epidemiologie van de aandoening
 - Sociaaleconomische variabelen
 - **Keuze van de patiënt**
- Oorzaken die verband houden met het aanbod:
 - **Praktijkstijl van de zorgverlener**
 - Medische dichtheid
 - Toegang tot de zorg

3. METHODOLOGIE

3. MÉTHODOLOGIE

- ✦ Les analyses de variations de pratiques en un coup d'œil : Qui ? Où ? Combien ? Quoi ? Comment ?
 - ✦ Illustration des différents critères de variations géographiques
 - ✦ Un classement pour vous aider à prioriser
 - ✦ La liste des analyses qui vous a été fournie
- ✦ De praktijkvariatiën in één oogopslag : Wie? Waar? Hoeveel? Wat? Hoe?
 - ✦ Illustratie van verschillende criteria voor geografische variatie
 - ✦ Een classificatie om te helpen prioriteren
 - ✦ De geleverde lijst van analyses

QUI ? OÙ ? COMBIEN ? WIE? WAAR? HOEVEEL?

www.belgiqueenbonnesante.be - www.gezondbelgie.be

Profils de variation dans les pratiques médicales - Variatiepatronen in medische praktijken

For a healthy Belgium: health and healthcare indicators

Directie Appropriate Care, Dienst
Geneeskundige Verzorging
Direction Appropriate Care,
Service des soins de santé

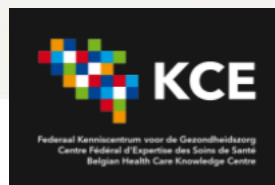


Health status of the Belgian
population

sciensano



Health System Performance
Assessment

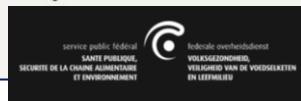


Patterns of variations in
medical practices

Read more ...



Key data in healthcare



250 analyses de variations de pratiques
médicales (Nomenclature)
250 analyses ivm medische praktijkvariëaties

40 analyses médicaments (ATC)
40 analyses geneesmiddelengebruik (ATC)

25 analyses professionnels de la santé
25 analyses zorgverleners

Rapports standards Standaard rapporten

Anesthesia-reanimation – Chronic pain treatment

Medical practice variations

Chronic pain treatment

Analysis of the distribution of medical practice in Belgium, in terms of volume and expenditure per patient and per insured (distribution, occurrence, trends by region, province and district), for the year 2024



INAMI-RIZIV

NIHDI – Healthcare Service – Directorate for Research, Development and Quality promotion

Appropriate care unit
Pascal Meeus, Benjamin Swine, Katrien Declercq, Delphine Beauport
Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Date of report : 25 October 2025

Chronic pain treatment

Key figures		
PROVIDERS & PRESCRIBERS		
Main healthcare providers: Anesthesia-reanimation		86.21%
Main prescribers: Undefined		-
RATE OF USE		
Number of services per year		377.780
Average occurrence per patient per day (services)		1.03
Average occurrence per patient per year (days)		2.07
Total average occurrence		2.12
Estimated number of patients per year		179.097
Standardised rate of use (per 100,000 insured persons)		1.536
Percentage of outpatient care		98.50%
Percentage of One-day in hospitalisations		97.37%
POPULATION		
Percentage of selected insured persons		100.00%
Median age		60 years
Ratio of standardised usage rate women/men		1.39
Ratio of standardised usage rate preferential regime/general regime		1.22
TRENDS		
Trend 2014-2024		3.45%
Trend 2014-2022		1.88%
Trend 2022-2024		9.98%
GEOGRAPHICAL VARIATIONS		
Coefficient of variation 2024		36.09
Coefficient of variation 2014-2016		33.04
Coefficient of variation 2022-2024		36.36
DIRECT EXPENDITURE		
Annual expenditure		50.891.540 €
Average annual expenditure per insured		4.37 €
Average annual expenditure per patient		284.16 €

On this table, when a statistical test has been performed, the data showing a significant difference is displayed.

The geographical dispersion marker Δ shows the result of comparing the coefficient of variation (CV) of the this indicator: δ if $CV > MED + 10\%$, $\delta\delta$ if $CV > MED + 20\%$, $\delta\delta\delta$ if $CV > MED + 30\%$ (Exception: For medical practice variations).

Download the full report

Download the methodology

Méthodologie standard Standaard methodologie

Methodology

VARIATIONS IN PRACTICES

Methodology and elements of interpretation

Selection of themes, elements of data interpretation and analysis method of variations in medical practices



INAMI-RIZIV

NIHDI – Healthcare Service – Research, Development, Quality Promotion Directorate

Appropriate Care Unit
Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

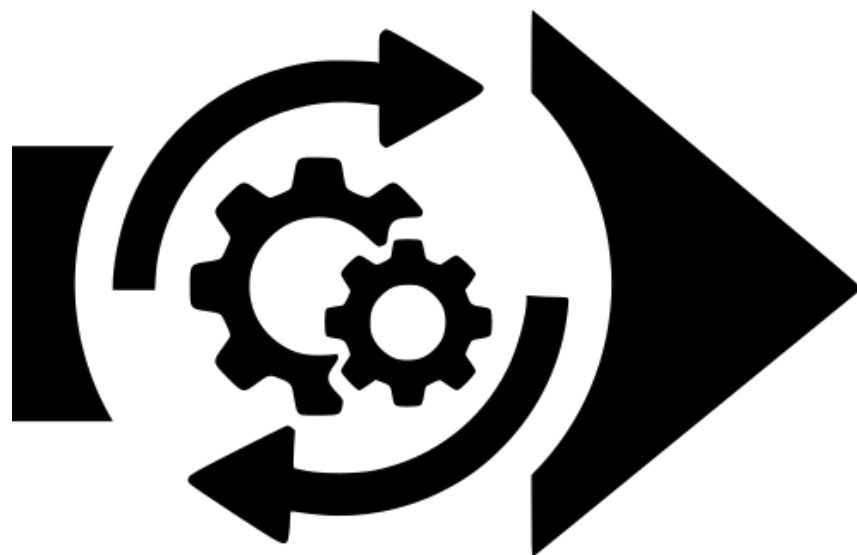
Date of this version: 19 September 2025

Comment ? Hoe?

Liste des codes
nomenclature



Lijst van
nomenclatuurcodes



Chronic pain treatment

Key figures

Data

Graphics

Comments

PROVIDERS & PRESCRIBERS		Dispersion Δ
Main healthcare providers: Anesthesia-reanimation	86.21%	
Main prescribers: Undefined	-	
RATE OF USE		
Number of services per year	377,780	
Average occurrence per patient per day (services)	1.03	
Average occurrence per patient per year (days)	2.07	
Total average occurrence	2.12	888
Estimated number of patients per year	179,097	
Standardised rate of use (per 100,000 insured persons)	1,536	888
Percentage of outpatient care	98.50%	
Percentage of One-day in hospitalisations	97.37%	
POPULATION		
Percentage of selected insured persons	100.00%	
Median age	60 years	
Ratio of standardised usage rate women/men	1.39	
Ratio of standardised usage rate preferential regime/general regime	1.22	
TRENDS		
Trend 2014-2024	3.45%	888
Trend 2014-2022	1.88%	
Trend 2022-2024	9.98%	
GEOGRAPHICAL VARIATIONS		
Coefficient of variation 2024	36.09	
Coefficient of variation 2014-2016	33.04	
Coefficient of variation 2022-2024	36.36	
DIRECT EXPENDITURE		
Annual expenditure	50,891,540 €	
Average annual expenditure per insured	4.37 €	
Average annual expenditure per patient	284.16 €	888

Critères de variations géographiques

Criteria voor geografische variaties

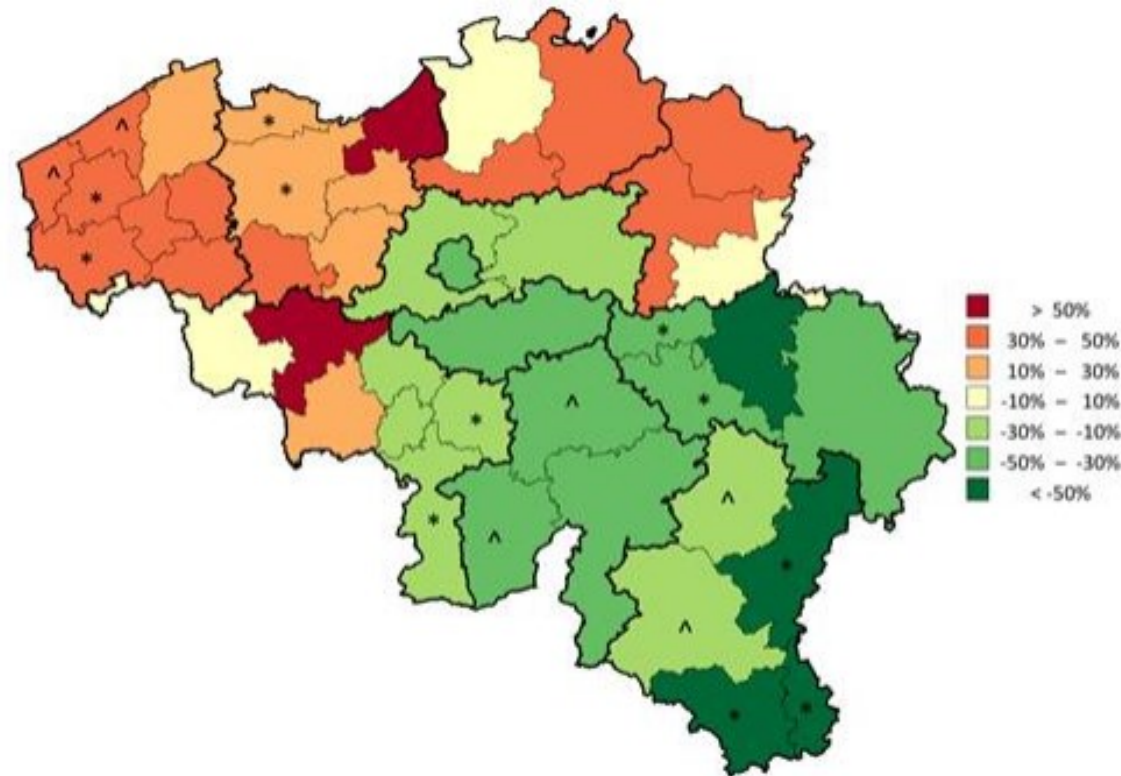
- ✦ Taux de recours standardisé (par 100 000 assurés)
 - ✦ Dépenses moyennes annuelles par patient ou par prestation
 - ✦ Tendence (croissance annuelle moyenne) (2014-2024)
 - ✦ Occurrence moyenne totale
 - ✦ Ratio taux standardisés régime préférentiel/régime général
 - ✦ Ratio des taux standardisés femmes/hommes
 - ✦ Âge médian des patients
 - ✦ Pourcentage One-day/(One-day + Classique)
- ✦ Gestandaardiseerd gebruik (per 100.000 verzekerden)
 - ✦ Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt of per prestatie
 - ✦ Trend (gemiddelde jaarlijkse groei) (2014-2024)
 - ✦ Gemiddelde totale herhaling
 - ✦ Ratio gestandaardiseerd gebruik voorkeursregime/algemeen regime
 - ✦ Ratio gestandaardiseerd gebruik vrouwen/mannen
 - ✦ Mediane leeftijd van de patiënten
 - ✦ Percentage dagziekenhuis/(dagziekenhuis + klassieke hospitalisatie)

Variations géographiques du nombre de patients par 100.000 assurés

Exemple « Traitement de la douleur chronique »

Geografische variaties van het aantal patiënten per 100.000 verzekerden

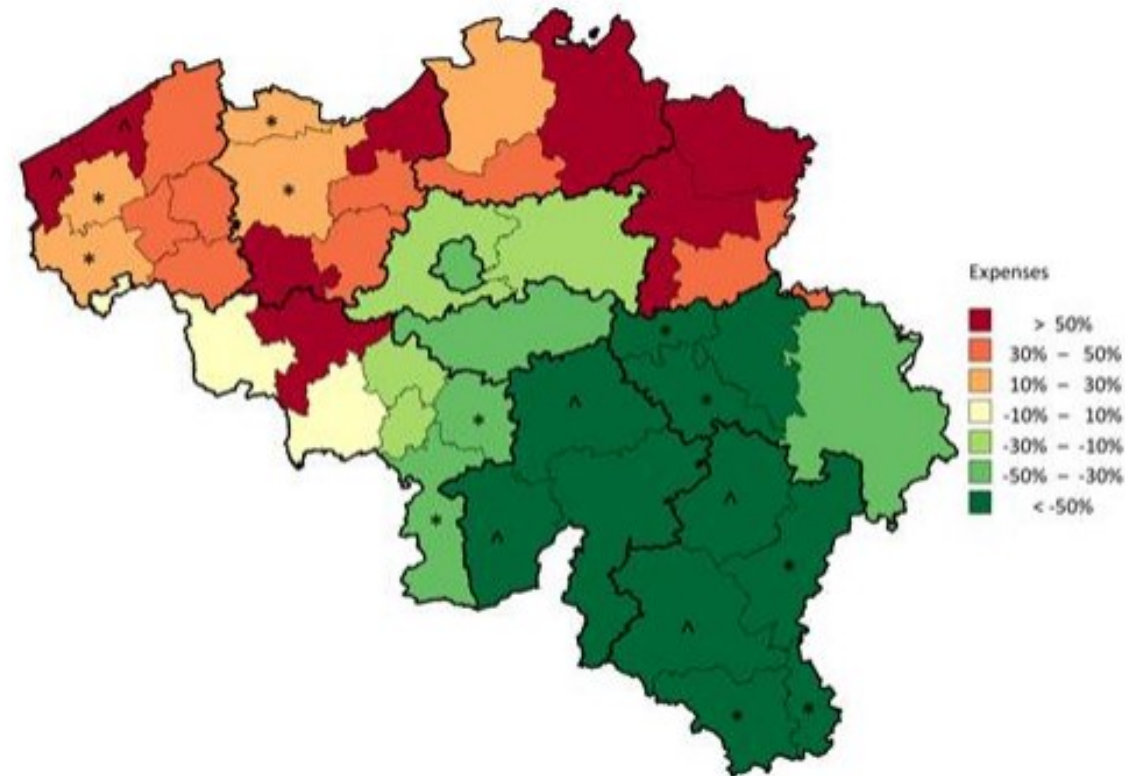
Voorbeeld “Chronische pijnbehandeling”



Map showing distribution of standardised usage rates, by district*

Variations géographiques des dépenses par patient (€) Exemple « Traitement de la douleur chronique »

Geografische variaties voor de uitgaven per patiënt (€) Voorbeeld voor de analyse “Chronische pijnbehandeling”



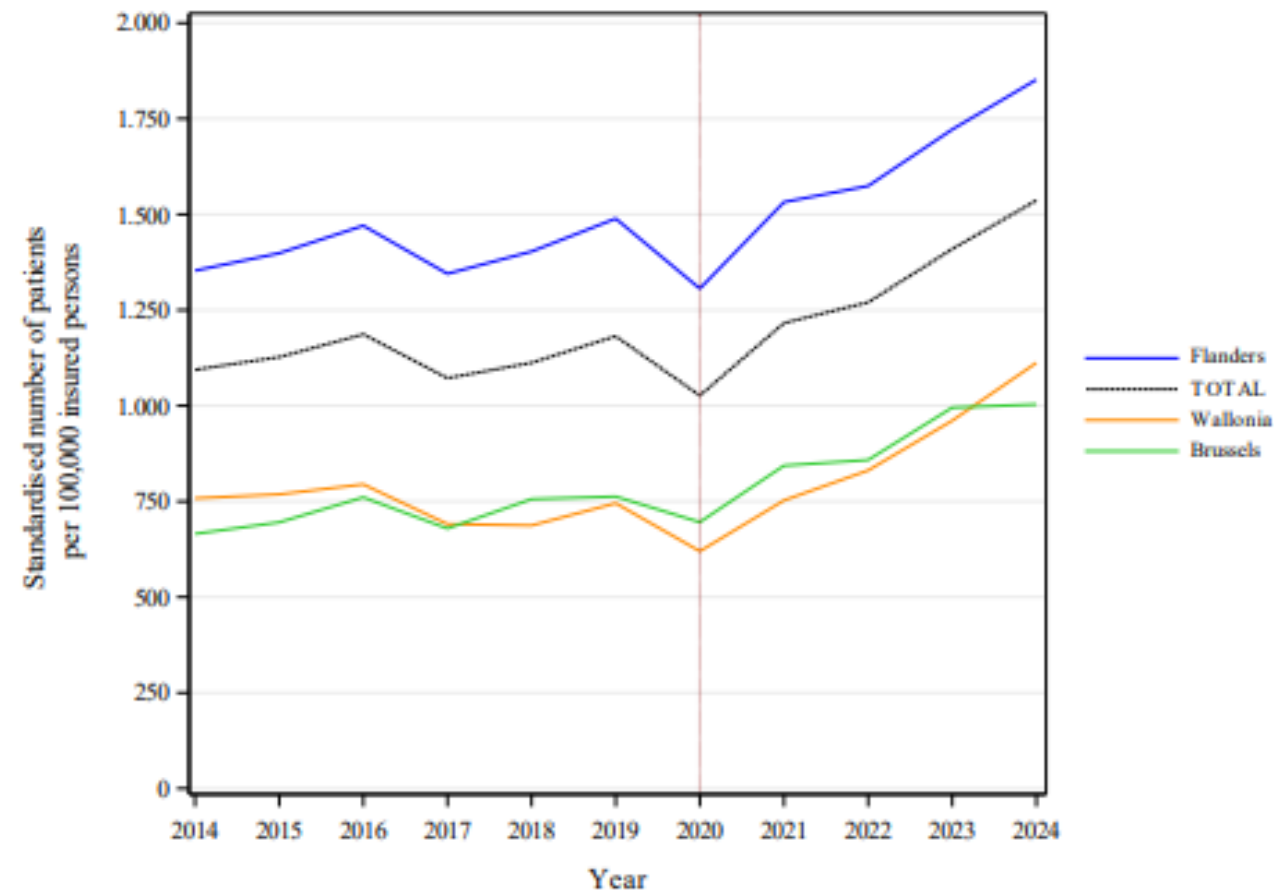
Map showing distribution of standardised expenditure, by district* (per insured person)

Variations géographiques de la croissance annuelle moyenne

Exemple « Traitement de la douleur chronique »

Geografische variaties voor de gemiddelde jaarlijkse groei

Voorbeeld “Chronische pijnbehandeling”



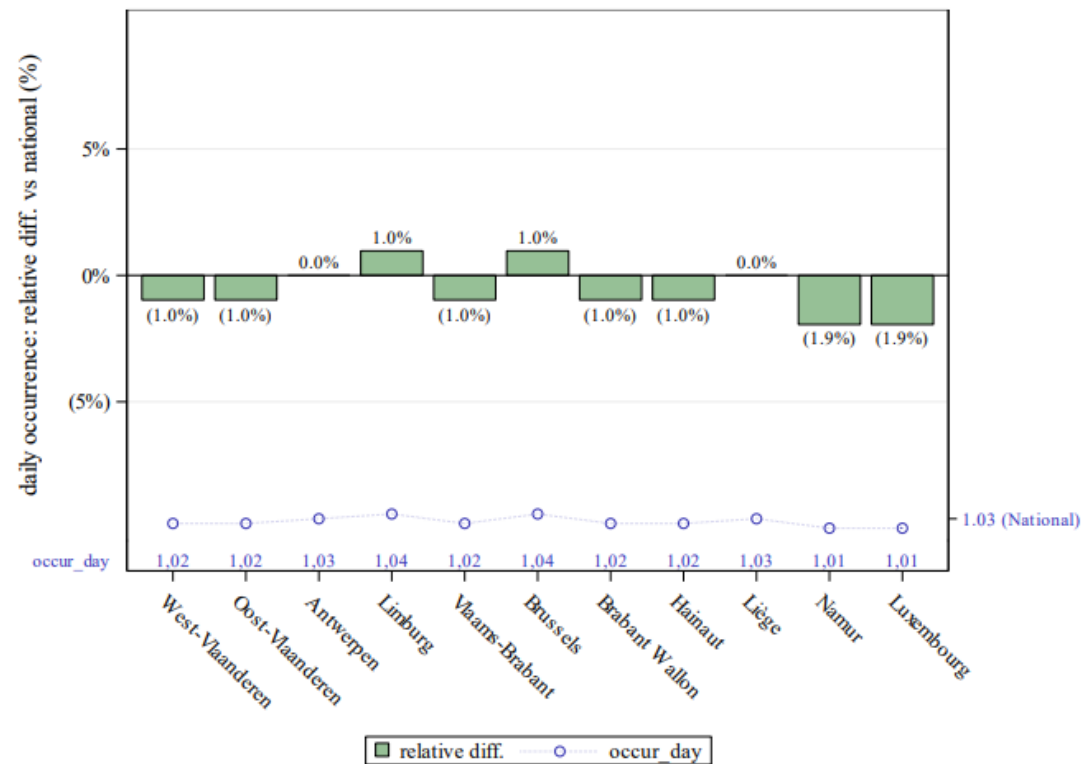
Trends in the standardised usage rate per 100 000 insured persons, by region

Variations géographiques de l'occurrence moyenne totale

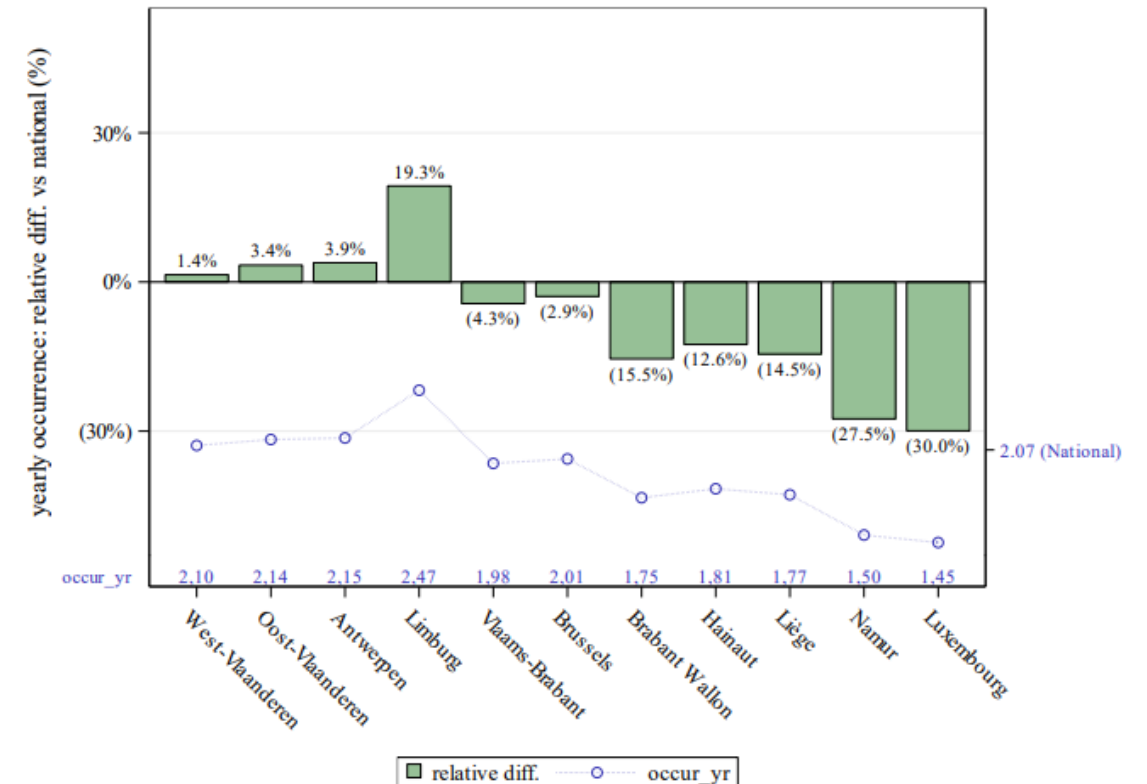
Exemple « Traitement de la douleur chronique »

Geografische variaties voor de gemiddelde totale herhaling

Voorbeeld "Chronische pijnbehandeling"



Average number of services per day per patient by province and variation in relation to the national average (2023)



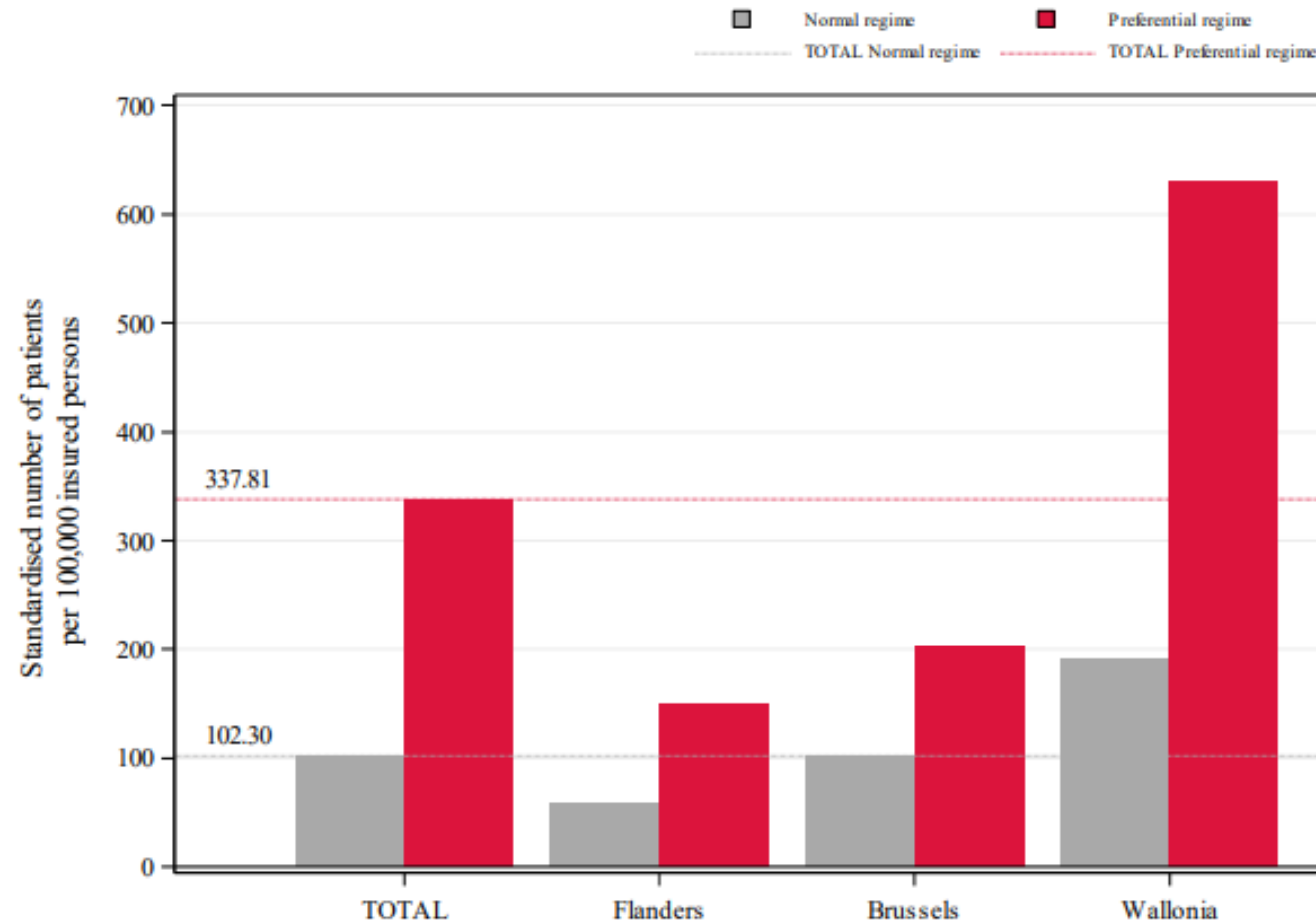
Average number of days per patient over the year by province and variation in relation to the national average (2023)

Variations géographiques du ratio des taux standardisés BIM vs. non-BIM

Exemple « Potentiels évoqués cognitifs »

Geografische variaties voor de ratio van het gestandaardiseerd gebruik van het voorkeursregime vs. algemeen regime

Voorbeeld “Cognitieve geëvoceerde potentialen”



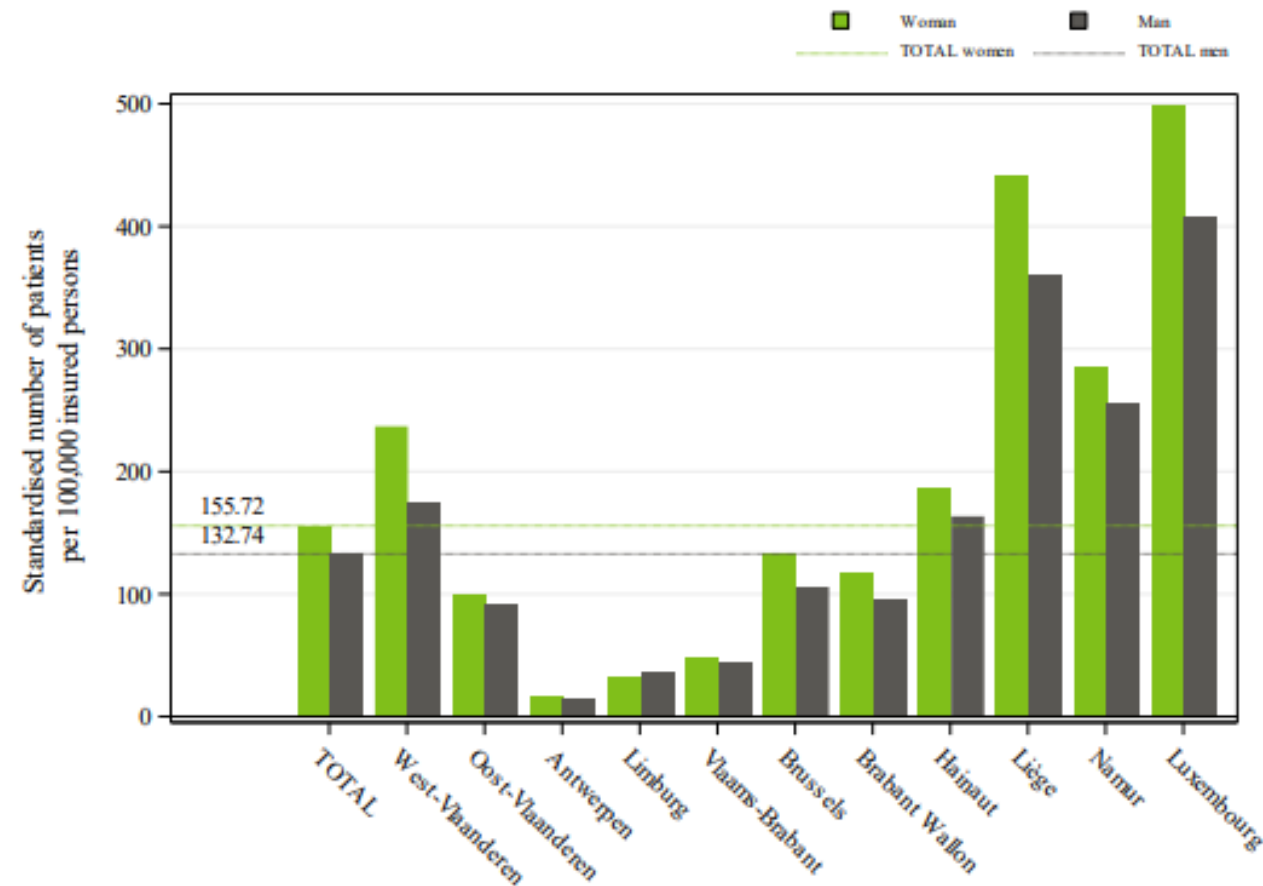
Standardised usage rate by reimbursement scheme and by region

Variations géographiques du ratio des taux standardisés femmes/hommes

Exemple « Potentiels évoqués cognitifs »

Geografische variaties voor de ratio van het gestandaardiseerd gebruik vrouwen vs.mannen

Voorbeeld “Cognitieve geëvoceerde potentialen”



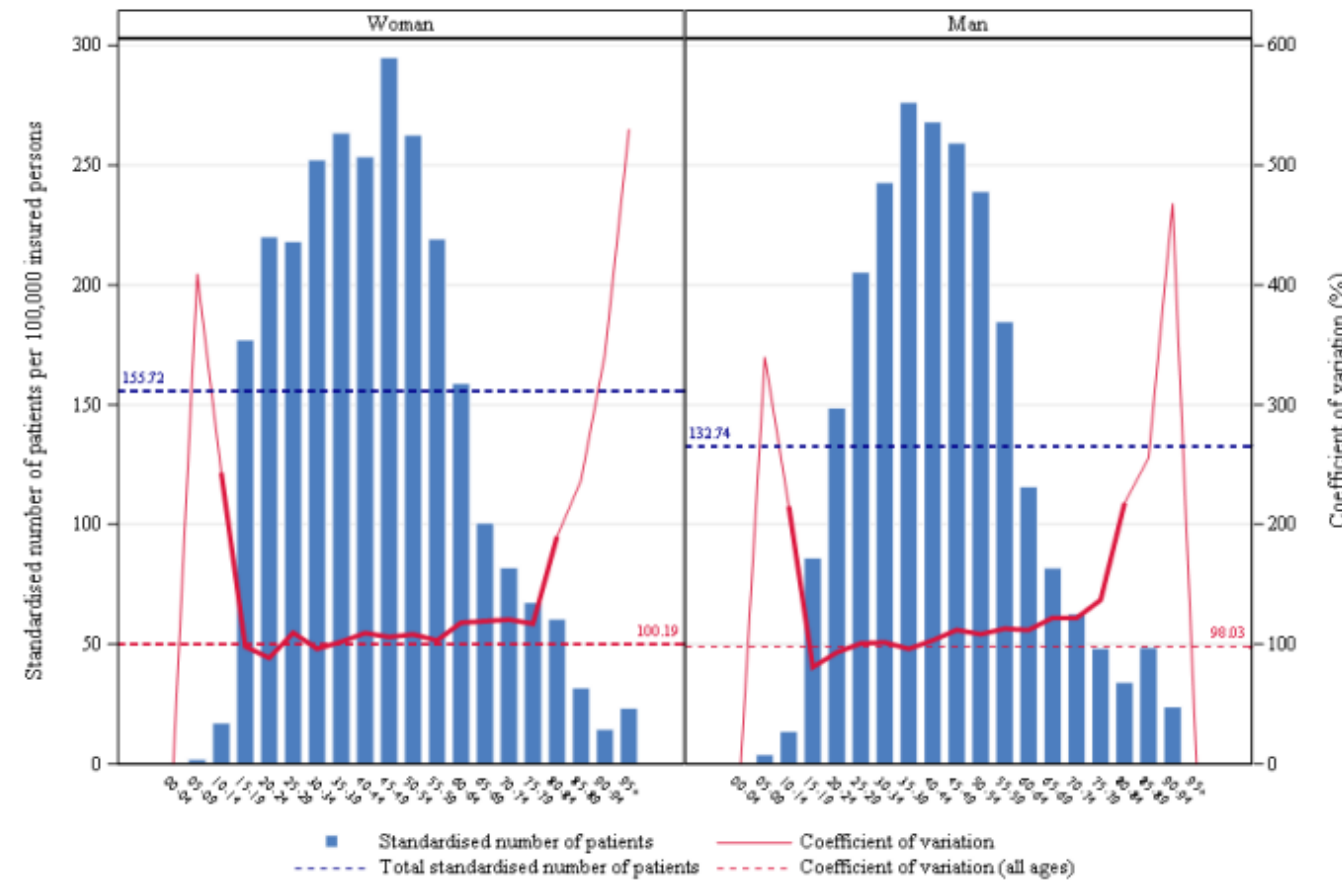
Standardised usage rate per 100 000 insured persons, by sex and by province for the year 2024

Variations géographiques de l'âge médian des patients

Exemple « Potentiels évoqués cognitifs »

Geografische variaties voor de mediane leeftijd van de patiënten

Voorbeeld "Cognitieve geëvoceerde potentialen"



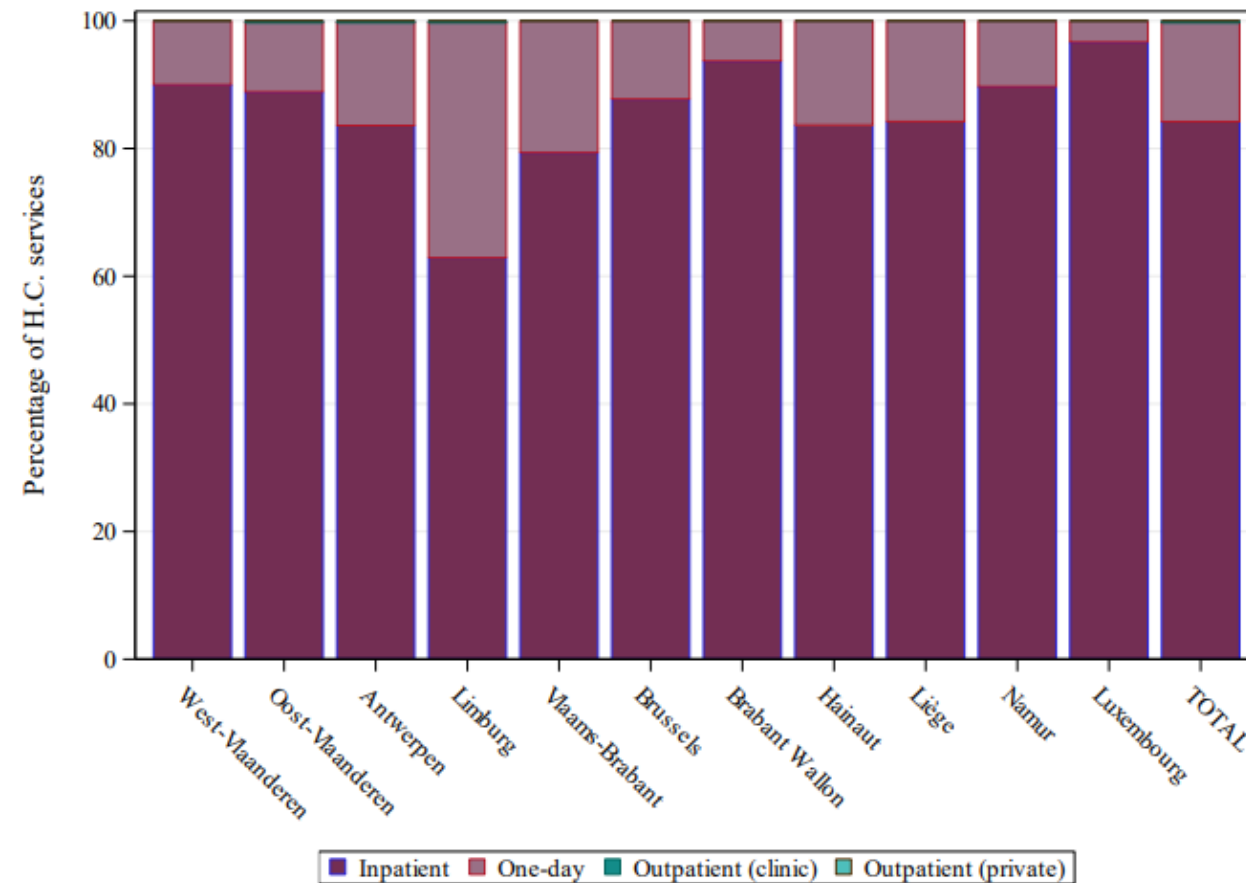
Standardised usage rate per 100 000 insured persons, and coefficient of variation for the districts*, by age group and sex, for the year 2024

Variations géographiques du pourcentage One-day/(One-day + Classique)

Exemple « Cholécysectomie »

Geografische variaties voor het percentage Percentage dagziekenhuis/(dagziekenhuis + klassieke hospitalisatie)

Voorbeeld "Cholecystectomie"



Distribution of types of patient care by province (2023)

- ✦ Pour chaque analyse et pour chacune de ces 7 types de variations géographiques étudiées, un coefficient de variation (CV) est calculé (arrondissements ou provinces)
 - ✦ Ensuite, le CV est comparé au benchmark (médiane des CV sur plus de 200 analyses 2023)
- ✦ Voor elke analyse en voor elk van de 7 types van geografische variatie wordt een variatiecoefficient (CV) berekend (arrondissementen of provincies)
 - ✦ Elke CV wordt vergeleken met een benchmark (mediaan CV over meer dan 200 analyses 2023)

Indicateurs de dispersion (sur base du benchmark)

Indicatoren voor de variatie (op basis van de benchmark)

INAMI-RIZIV

Chronic pain treatment		
Key figures	Data	Graphics
PROVIDERS & PRESCRIBERS		
Main healthcare providers: Anesthesia-reanimation	86.21%	
Main prescribers: Undefined	-	
RATE OF USE		
Number of services per year	377,780	
Average occurrence per patient per day (services)	1.03	
Average occurrence per patient per year (days)	2.07	
Total average occurrence	2.12	\$\$\$
Estimated number of patients per year	179,097	
Standardised rate of use (per 100,000 insured persons)	1,536	\$\$\$
Percentage of outpatient care	98.50%	
Percentage of One-day in hospitalisations	97.37%	
POPULATION		
Percentage of selected insured persons	100.00%	
Median age	60 years	
Ratio of standardised usage rate women/men	1.39	
Ratio of standardised usage rate preferential regime/general regime	1.22	
TRENDS		
Trend 2014-2024	3.45%	\$\$\$
Trend 2014-2022	1.88%	
Trend 2022-2024	9.98%	
GEOGRAPHICAL VARIATIONS		
Coefficient of variation 2024	36.09	
Coefficient of variation 2014-2016	33.04	
Coefficient of variation 2022-2024	36.36	
DIRECT EXPENDITURE		
Annual expenditure	50,891,540	
Average annual expenditure per insured	4.37 €	
Average annual expenditure per patient	284.16 €	\$\$\$

Δ : Indicateurs de dispersion

Pour déterminer si un indicateur présente une grande variabilité géographique, il est comparé à la médiane de l'ensemble des pratiques médicales principales analysées l'année précédente.

- δ = valeur supérieure à la médiane + 10 %
- $\delta\delta$ = valeur supérieure à la médiane + 20 %
- $\delta\delta\delta$ = valeur supérieure à la médiane + 30 %

Exception : pour l'âge médian, δ indique un CV supérieur à la médiane + 30 %.

Δ : Indicatoren voor spreiding (variatie)

Om aan te geven of een indicator een hoge geografische variabiliteit vertoont, wordt deze vergeleken met de mediaan van alle medische hoofdpraktijken die het jaar ervoor zijn geanalyseerd.

- δ = waarde hoger dan de mediaan + 10%
- $\delta\delta$ = waarde hoger dan de mediaan + 20%
- $\delta\delta\delta$ = waarde hoger dan de mediaan + 30%

Uitzondering: voor de mediane leeftijd geef δ een CV aan die hoger is dan de mediaan + 30%.

Un classement pour vous aider à prioriser

1^{er} facteur : les critères de variations géographiques

Een rangschikking om te helpen prioriteren

1^e factor: criteria voor geografische variatie

✦ Pour détecter les pratiques médicales présentant de fortes variations géographiques, des « variations points » sont attribués pour chaque critère de variations :

→ $\delta = 1$ « variations point »

→ $\delta\delta = 2$ « variations points »

→ $\delta\delta\delta = 3$ « variations points »

Occurrence moyenne totale
Taux de recours standardisé (par 100 000 assurés)
Pourcentage One-day/(One-day + Classique)
Âge médian des patients
Ratio des taux standardisés femmes/hommes
Ratio des taux standardisés régime préférentiel/régime général
Tendance (croissance annuelle moyenne) (2014-2024)
Dépenses moyennes annuelles par patient ou par prestation

✦ Om medische praktijken te detecteren die grote geografische variaties vertonen, werden “variatiepunten” toegekend voor elk criterium:

→ $\delta = 1$ « variations point »

→ $\delta\delta = 2$ « variations points »

→ $\delta\delta\delta = 3$ « variations points »

Totale gemiddelde herhaling
Gestandaardiseerd gebruik (per 100 000 verzekerden)
Percentage dagziekenhuis/(dagziekenhuis + klassiek ziekenhuis)
Mediane leeftijd van patiënten
Ratio gestand. gebruik vrouwen/mannen
Ratio gestand. gebruik voorkeurregeling/algemene regeling
Trends (gemiddelde jaarlijkse groei) (2014-2024)
Gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt of per verstrekking

Un classement pour vous aider à prioriser

2ème facteur : les critères d'intérêt

Een rangschikking om te helpen prioriteren

2^e factor: criteria voor belang

✦ Présence / absence des critères suivants :

- Taux d'utilisation ratio Flandre vs Wallonie ($< 0,70$ ou $> 1,30$)
- Nombre de patients ($> 20\,000$)
- Dépenses annuelles (> 50 millions)
- Taux d'utilisation ratio BIM vs non-BIM (< 1)
- Taux de croissance annuel moyen ($< -5\%$ ou $> 5\%$)
- Simulations dépenses P25-75 ($< -500\,000$)
- Simulations dépenses P10-90 ($< -500\,000$)

✦ Plus une analyse accumule de critères, plus elle aura un intérêt à investiguer les variations géographiques

- 1 « prior points » pour chaque critère rempli

✦ Aanwezigheid/afwezigheid van volgende criteria:

- Ratio gebruik Vlaanderen vs Wallonië ($< 0,70$ of $> 1,30$)
- Aantal patiënten (> 20.000)
- Jaarlijkse uitgaven (> 50 miljoen)
- Ratio gebruik voorkeursregeling/standaard regeling (< 1)
- Gemiddelde jaarlijkse groei ($< -5\%$ of $> 5\%$)
- Simulaties uitgaven P25-75 ($< -500\,000$)
- Simulaties uitgaven P10-90 ($< -500\,000$)

✦ Hoe hoger totaal punten voor een analyse, hoe meer van belang om geografische variaties verder te onderzoeken

- 1 « prior points » toegekend per criterium

PRIOR POINTS

Exemple « Traitement de la douleur chronique » Voorbeeld “Chronische pijnbehandeling”

	Value	
✦ Ratio usage rate Flanders vs. Wallonia (< 0.70 or > 1.30)	1,77	✓
✦ Number of patients (> 20 000)	163.804	✓
✦ Expenses per year (> 50 M)	43.440.473	✗
✦ Ratio usage rate BIM vs non-BIM (< 1)	1,26	✗
✦ Average yearly growth rate (< -5% or > 5%)	2,9	✗
✦ Simulations EXP_10_90 (< -500 000)	77.057	✗
✦ Simulations EXP_25_75 (< -500 000)	-218.055	✗

= 2 prior points

Scoring permettant le ranking des analyses par spécialité

Scoring om de analyses per specialisme te rangschikken

$$(\text{Nb variations points} + 1) * (\text{Nb prior points} + 1) = \text{RANKING SCORE}$$

- ✦ Pourquoi « + 1 » ?
- ✦ Pour éviter un facteur égal à 0 et donc pour éviter un produit nul.
- ✦ Ce scoring permet de générer un tableau récapitulatif, classé par spécialité et par ordre décroissant de score, facilitant ainsi le choix des analyses les plus problématiques.

- ✦ Waarom « + 1 » ?
- ✦ Om te vermijden dat een factor 0 wordt en dus om een resultaat van 0 te vermijden.
- ✦ Deze scoring laat toe een samenvattende tabel te maken, per specialisme, in dalende volgorde van score om toe te laten de meest problematische analyses te identificeren.

Liste des analyses de variations des pratiques par spécialité

Lijst van analyses van praktijkvariatië per specialisme

- ✦ Classement par ordre décroissant de scoring
 - ✦ Un rapport "professionnels de la santé" de la spécialité est rajouté en fin de liste
 - ✦ Les sous-analyses sont placées sous l'analyse principale. Exemple :
 - Endoscopie digestive basse
 - Endoscopie digestive basse (sous 50)
- But: faciliter la réflexion sur les variations de pratiques observées

- ✦ Klassement volgens dalende volgorde van score
 - ✦ Een rapport "zorgverleners" van het specialisme werd toegevoegd onderaan de lijst
 - ✦ De sub-analyses werden onder de hoofdanalyse geplaatst. Voorbeeld:
 - Lage spijsvertering endoscopie
 - Lage spijsvertering endoscopie (onder 50)
- Doel: reflectie faciliteren over geobserveerde variaties

Liste restreinte pour la médecine générale

Verkorte lijst voor algemene geneeskunde

✦ 67 analyses de variations de pratiques relatives à la médecine générale.

✦ Nombre étant excessif

✦ Shortliste en concertation avec CNPQ

General medicine
Dosing vitamin D - Outpatient
Dosing vitamin B12 - Outpatient
Dosing D-Dimers - Outpatient
Spine imaging
Spine imaging - MRI
Spine imaging - RX
Spine imaging - CT scan
Analysis CT - NMR
Analysis CT
Analysis NMR
Multidisciplinary oncology consultation (General practitioners)
Breast cancer screening (Women 50-74)
Palliative care at home
Lipid-modifying agents - C10BA
Antidepressants
Antidiabetics – Blood glucose lowering drugs except insulins
Drugs affecting bone structure and mineralization
CONTEXTUAL : Health Professionals Report "General medicine"

✦ 67 analyses van praktijkvariëaties voor algemene geneeskunde

✦ Veel

✦ Shortlist in overleg met NRKP



Direction Appropriate Care

E-mail: appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Service des soins de santé de l'INAMI
Avenue Galilée 5/01
1210 Bruxelles

Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ)

E-mail: nrkp-cnpq@riziv-inami.fgov.be

Direction Appropriate Care, Service des soins de
santé de l'INAMI

4. VERWACHTINGEN

4. ATTENTES

La liste des analyses ci-dessous est classée par ordre décroissant de priorité en termes d'ampleur des variations observées. Une analyse « Health Professionals Report », également relative à votre spécialité, a été ajoutée en fin de liste afin de vous fournir un aperçu complémentaire concernant l'accessibilité, la patientèle, la charge de travail et les sous-spécialités. Ces différents éléments ont pour objectif de vous offrir une base d'analyse partagée et d'alimenter votre réflexion sur les différences de pratiques constatées. Nous vous invitons à examiner ces rapports à la lumière de votre expertise de terrain afin :

- d'identifier les variations qui vous semblent réellement significatives ou problématiques, notamment par rapport à des guidelines ou des recommandations
- de déterminer les thématiques qui mériteraient selon vous d'être considérées comme prioritaires
- de proposer, le cas échéant, d'autres sujets pertinents qui ne figureraient pas dans ces analyses mais sur lesquels il vous semblerait opportun d'agir

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir, **pour le 30 avril 2026**, nous transmettre une liste structurée de ces thématiques prioritaires, accompagnée pour chacune d'un bref descriptif précisant le contexte, les enjeux ou les éléments explicatifs utiles à leur compréhension. Sur cette base, les services de l'INAMI pourront reprendre contact avec vous afin d'examiner les suites à donner et les modalités d'un éventuel travail ultérieur.

Nous vous remercions d'avance pour votre contribution et restons à votre disposition pour toute clarification. A cette fin, nous vous invitons à un **webinaire le jeudi 12 mars 2026 de 18h à 20h** afin de présenter cette démarche plus en détail et de répondre à vos questions (prière d'envoyer un email à nrkp-cnpq@riziv-inami.fgov.be pour vous y inscrire).

Ensemble, nous mettrons au point des initiatives communes qui permettront de progresser vers une utilisation plus appropriée et plus efficiente des moyens, au service de la santé de la population.

Veuillez agréer, Chers Confrères, Chères Consœurs, l'expression de mes sentiments les plus distingués

Docteur Gilbert Bejjani, président du Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ),
Pour le Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ)

De onderstaande lijst met analyses is gerangschikt in afnemende volgorde van prioriteit op basis van de omvang van de waargenomen variaties. Aan het einde van de lijst is een analyse uit het "Health Professionals Report" toegevoegd, die ook betrekking heeft op uw specialisme, om u een aanvullend overzicht te geven van de toegankelijkheid, het patiëntenbestand, de werklust en de subspecialismen. Deze verschillende elementen zijn bedoeld om u een gemeenschappelijke analysebasis te bieden en u te ondersteunen in de reflectie over de vastgestelde verschillen in de praktijk. Wij nodigen u uit om deze rapporten te bekijken in het licht van uw expertise in het veld om:

- de variaties te identificeren die u echt significant of problematisch vindt, met name in vergelijking met richtlijnen of aanbevelingen
- de thema's te bepalen die volgens u als prioritair moeten worden beschouwd
- indien nodig andere relevante onderwerpen voor te stellen die niet in deze analyses voorkomen, maar waarvoor u het opportuun acht om actie te ondernemen

Wij zouden het op prijs stellen als u ons **vóór 30 april 2026** een gestructureerde lijst van deze prioritaire thema's zou willen bezorgen, met voor elk thema een korte beschrijving waarin de context, de uitdagingen of de elementen die nuttig zijn voor het begrip ervan worden toegelicht. Op basis daarvan kunnen de diensten van het RIZIV opnieuw contact met u opnemen om te bekijken welke verdere stappen kunnen worden ondernomen en hoe een eventuele verdere samenwerking eruit zou kunnen zien.

Wij danken u bij voorbaat voor uw bijdrage en staan tot uw beschikking voor verdere verduidelijking. Daartoe nodigen wij u uit voor een **webinar op donderdag 12 maart 2026 van 18 tot 20 uur** om deze aanpak meer in detail voor te stellen en uw vragen te beantwoorden (u kan zich registreren door een e-mail te sturen naar nrkp-cnpq@riziv-inami.fgov.be).

Samen zullen we gemeenschappelijke initiatieven ontwikkelen die zullen leiden tot een doelmatiger en efficiënter gebruik van middelen ten dienste van de volksgezondheid.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Gilbert Bejjani, Voorzitter van de Nationale Raad voor de Kwaliteitspromotie (NRKP),
Namens de Nationale Raad voor de Kwaliteitspromotie (NRKP)

★ Concrètement

1. Identifier, dans la liste fournie, les variations de pratique qui vous semblent être réellement problématiques
 - Expliquer brièvement le contexte qui vous amène à les identifier comme problématiques
 - Expliquer brièvement l'enjeu derrière cette problématique
2. Parmi ces variations de pratiques identifiées, établir un classement du problème le plus urgent au problème le moins urgent
3. Si cela s'avère pertinent, proposer d'autres sujets sur lesquels il vous semble pertinent d'agir
 - Expliquer brièvement le contexte qui vous amène à les identifier comme problématiques
 - Expliquer brièvement l'enjeu derrière cette problématique

★ Concreet

1. Identificeer in de verstrekte lijst de praktijkvariaties die volgens u werkelijk problematisch zijn
 - Leg kort de context uit die u ertoe brengt deze als problematisch te beschouwen
 - Leg kort uit wat de kern is van deze problematiek
2. Maak, uit deze geïdentificeerde variaties, een rangschikking van het meest urgente probleem tot het minst urgente probleem
3. Stel andere onderwerpen voor waarover u het relevant vindt om actie te ondernemen
 - Leg kort de context uit die u ertoe brengt deze als problematisch te beschouwen
 - Leg kort uit wat de kern is van deze problematiek

4. ATTENTES

- ✦ Template sera mis à disposition sur le [site de l'INAMI](#)
- ✦ À renvoyer pour le 30 avril 2026 au plus tard
- ✦ Via adresse mail du CNPQ : nrkp-cnpq@riziv-inami.fgov.be

Nom de l'organisation médicale* <i>Click or tap here to enter text.</i>
Spécialité concernée <i>Click or tap here to enter text.</i>
Personne de contact <i>Click or tap here to enter text.</i>
Adresse email de contact <i>Click or tap here to enter text.</i>
Liste de thématiques prioritaires (par ordre décroissant de priorité)
1. « Nom de l'analyse » : <i>Click or tap here to enter text.</i> - Variations significatives ou problématiques : <i>Click or tap here to enter text.</i> <u>Contexte</u> : <i>Click or tap here to enter text.</i> <u>Enjeux</u> : <i>Click or tap here to enter text.</i>
2. « Nom de l'analyse » : <i>Click or tap here to enter text.</i> - Variations significatives ou problématiques : <i>Click or tap here to enter text.</i> <u>Contexte</u> : <i>Click or tap here to enter text.</i> <u>Enjeux</u> : <i>Click or tap here to enter text.</i>
... (voir verso)

- ✦ Template zal ter beschikking worden gesteld op de [website van het RIZIV](#)
- ✦ Ten laatste terug te sturen tegen 30 april 2026
- ✦ Via het e-mailadres van de NRKP: nrkp-cnpq@riziv-inami.fgov.be

4. ATTENTES

✦ Ce que nous allons faire :

- ✦ Partager la présentation sur le [site de l'INAMI](#)
- ✦ Récolter et lister l'ensemble de vos remarques
- ✦ **Améliorer notre algorithme** de ciblage des variations de pratiques selon vos retours
- ✦ **Prioriser les domaines de collaboration** entre l'INAMI et les organisations médicales
- ✦ Reprendre contact avec les différentes organisations médicales pour approfondir le travail et la collaboration sur des **thématiques spécifiques** (en fonction des priorités)

✦ Wat we gaan doen:

- ✦ De presentatie delen op de [website van het RIZIV](#)
- ✦ Verzamelen en ophoofden van uw opmerkingen
- ✦ **Verbeteren van ons algoritme** voor praktijkvariëtes op basis van uw feedback
- ✦ **Prioriteren van de samenwerkingsdomeinen** tussen het RIZIV en de medische organisaties
- ✦ Contact opnemen met de verschillende geneeskundige verenigingen om het werk en de samenwerking **rond specifieke thema's** verder te verdiepen (in functie van prioritering)



INAMI-RIZIV



5. VRAGEN

5. QUESTIONS

Nous commençons par les questions dans le Chat

S'il y a des questions supplémentaires et selon le temps disponible, nous y répondrons

Une fois le webinar terminé, vous pouvez toujours nous contacter par mail pour de plus amples informations

We beginnen met de vragen in de Chat

Als er bijkomende vragen zijn en afhankelijk van de beschikbare tijd, zullen we deze beantwoorden.

Na afloop van het webinar kunt u ons altijd contacteren via e-mail voor meer informatie