

Antwoorden op de vragen die zijn gesteld tijdens het webinar van 12 maart 2026 over de brief die de NRKP aan geneeskundige verenigingen heeft gestuurd met betrekking tot de praktijkvariaties

VRAAG & ANTWOORD 1

Heeft elk specialisme een overzicht ontvangen van de geografische variaties in de zorg die specifiek op dat specialisme betrekking hebben?

De brief is verstuurd naar 35 verschillende specialismen, in totaal naar 107 verschillende geneeskundige verenigingen (beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen). Elk specialisme heeft een lijst ontvangen met analyses die specifiek op dat specialisme betrekking hebben.

VRAAG & ANTWOORD 2

Aan welke geneeskundige verenigingen is de brief verzonden?

De geneeskundige verenigingen van het betreffende specialisme waaraan de brief is verzonden, staan vermeld in bijlage 2 bij de betreffende brief. Het is echter altijd mogelijk om de brief door te sturen naar andere geneeskundige verenigingen die deze nog niet hebben ontvangen, wat wij graag zullen doen.

VRAAG & ANTWOORD 3

Is het mogelijk dat een geneeskundige vereniging belangstelling toont voor andere analyses dan die welke in de aan hen gerichte brief worden vermeld? Kunnen cardiologen bijvoorbeeld belangstelling tonen voor de analyse [Lipid-modifying agents - For a Healthy Belgium](#), ook al zijn huisartsen de belangrijkste voorschrijvers daarvan (81,22%)?

Ja, geneeskundige verenigingen kunnen zeker ook belangstelling tonen voor andere analyses dan die welke in de brief aan hun specialisme zijn vermeld. We nodigen de geneeskundige verenigingen overigens uit om kennis te nemen van alle analyses van praktijkvariaties die zijn uitgevoerd:

[Medical Practice Variations - For a Healthy Belgium](#)

VRAAG & ANTWOORD 4

Waar kunnen we het antwoordformulier vinden om onze input te geven over de prioritering van onze gegevensanalyse?

De template om verenigingen te helpen bij het beantwoorden van het verzoek in de brief die zij hebben ontvangen, kan onderaan de webpagina worden gedownload: [Doelmatigheid in de gezondheidszorg | RIZIV](#)

VRAAG & ANTWOORD 5

Ik had de indruk dat het doel was om het over kwaliteitszorg te hebben, maar ik merk dat we ons uiteindelijk alleen richten op praktijkvariaties. Raken we daarmee niet ver verwijderd van het eigenlijke doel?

Het klopt dat we ons op twee verschillende niveaus bevinden, ook al sluit het ene het andere niet uit. De analyse van praktijkvariaties dient in de eerste plaats om inconsistenties of ongelijkheden in de zorg op te sporen. Deze variaties kunnen worden gerechtvaardigd door contextuele verschillen, maar kunnen soms ook wijzen op kwaliteitsproblemen, zoals het blootstellen van patiënten aan onnodige onderzoeken of praktijken die niet aan de aanbevelingen voldoen. Hoewel het oorspronkelijke doel dus is om de variaties te bestuderen, zal dit de facto mogelijkheden bieden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

VRAAG & ANTWOORD 6

Het kan gevoelig liggen om over de kwaliteit van de zorg te spreken aan de hand van een analyse die geen rekening houdt met de gezondheidstoestand van patiënten en de “outcomes”. Analyses van praktijkvariaties houden echter geen rekening met deze aspecten. Is dat geen probleem?

De analyses van praktijkvariaties gaan uit van administratieve gegevens en bieden een gestandaardiseerde set informatie die geneeskundige verenigingen kan helpen bij het prioriteren van thema's op basis van de mate van onverklaarbare variaties.

Het opstellen van analyses die rekening houden met de gezondheidstoestand van patiënten en de “outcomes” in verband met de geanalyseerde praktijk kan per geval worden uitgevoerd, maar vergt tijd en middelen.

Nadat de geneeskundige verenigingen de thema's hebben geprioriteerd, zouden bepaalde thema's het voorwerp kunnen uitmaken van een dergelijke analyse per geval (outcomes, ...).

In eerste instantie wordt aan de geneeskundige verenigingen echter gevraagd:

- *de variaties te identificeren die werkelijk significant of problematisch lijken, met name in vergelijking met richtlijnen of aanbevelingen*
- *de thema's te bepalen die als prioritair moeten worden beschouwd*
- *indien van toepassing, andere relevante onderwerpen voor te stellen die niet in deze analyses zouden voorkomen (om de variaties daarin te analyseren), maar waarvoor het wenselijk lijkt om actie te ondernemen.*

VRAAG & ANTWOORD 7

Kunt u aangeven of er in uw pipeline ideeën of initiatieven lopen met betrekking tot de doelstelling van sensibilisering en de aanpak van „handhaving”? Hoe zijn deze pijlers in dit project geïntegreerd?

Het meerjarenplan „Appropriate Care” omvat een grondige analyse van onze verschillende instrumenten, met name op het gebied van sensibilisering en „handhaving”. Wat sensibilisering betreft, voeren we acties uit zoals communicatiecampagnes gericht op het grote publiek en initiatieven die specifiek gericht zijn op zorgverleners, om te informeren en te mobiliseren. Het doel is om zowel individueel als collectief bewustzijn te creëren, om zo een vrijwillige gedragsverandering op gang te brengen. Daarnaast voorziet de aanpak van “handhaving” in de geleidelijke inzet van verschillende begeleidingsinstrumenten, zoals het vaststellen van drempels, het voorstellen van aanpassingen aan de nomenclatuur of het integreren van bepaalde zorg in zorgtrajecten, om de evolutie van de praktijken te ondersteunen. In het kader van de opdrachten van het RIZIV past deze aanpak ook in een logica van responsabilisering van de actoren en kan zij, indien nodig, steunen op controlemechanismen en op meer

dwingende maatregelen. Al deze complementaire pijlers zijn opgenomen in ons meerjarenplan, met het oog op een duurzame en gedeelde verandering.

VRAAG & ANTWOORD 8

Wordt bij de analyses van praktijkvariaties rekening gehouden met de plaats waar de zorg wordt verleend of met de woonplaats van de patiënt? Patiënten gaan niet altijd naar een arts in de provincie of regio waar ze wonen. Zou het dan niet relevanter zijn om de analyses te baseren op de plaats waar de zorg wordt verleend (ziekenhuis, enz.)?

Het is de woonplaats van de patiënt die in aanmerking wordt genomen voor de analyses van praktijkvariaties (voor alle soorten prestaties: diagnostisch, therapeutisch of andere). Hierdoor kunnen de gegevens die per geografische subgroep worden gepresenteerd, per jaar worden gestandaardiseerd op basis van leeftijd (per jaar), geslacht en voorkeursregeling van de nationale bevolking. Deze standaardisatie van de bevolking is niet mogelijk wanneer de plaats van zorgverlening wordt gebruikt in plaats van de woonplaats van de verzekerden.

VRAAG & ANTWOORD 9

Op slide 33 van uw presentatie (een ranglijst om u te helpen bij het stellen van prioriteiten: de criteria voor belang) noemt u als criteria voor belang “Simulaties uitgaven P25-75 (< -500 000)” en “Simulaties uitgaven P10-90 (< -500 000)”. Kunt u aangeven waaruit deze twee criteria bestaan?

De bedoeling van de oefening is om medische praktijken onder de loep te nemen met een hoge geografische variatie. Hierbij willen we ons toespitsen op analyses waarvoor het reduceren van de variabiliteit potentieel een voldoende grote financiële impact kan hebben. Daarom brengen we de gesimuleerde uitgaven P10-90 en P25-75 in rekening. Voor de gesimuleerde bedragen P10-90 worden de uitgaven per patiënt van de 10 % laagste arrondissementen tot de waarde die overeenstemt met 10% verhoogd en de uitgaven van de 10% hoogste arrondissementen verlaagd tot de waarde die met 90% overeenstemt. Daarvan wordt de financiële impact geschat en opgeteld. Wanneer het resultaat een extra kost is, levert dat een positieve waarde op en wanneer het om een lagere totale kost gaat, levert dat een negatieve waarde op. We willen graag een lagere kost van minstens 500.000€ en daarom geven we een ‘prior’ punt in dat geval.

De redenering is analoog voor de simulaties uitgaven P25-75.

VRAAG & ANTWOORD 10

Sociaaleconomische variabelen kunnen soms bepaalde variaties verklaren. Houdt u in uw analyses van praktijkvariaties rekening met de variaties in gemiddeld inkomen per arrondissement?

De gepresenteerde gegevens zijn gestandaardiseerd op basis van leeftijd, geslacht en voorkeursregeling van de nationale bevolking. Het inkomenscriterium kon niet worden meegenomen in de analyses van variaties in de medische praktijken, omdat het ons niet mogelijk is om het inkomen (het RIZIV beschikt niet over deze gegevens) te koppelen aan de andere administratieve gegevens waarover wij beschikken.

VRAAG & ANTWOORD 11

De ontvangen analyses hebben betrekking op 2024. Maar is het zeker dat dezelfde "rode" zones (van slides 22 en 23 van de PowerPoint) in dezelfde arrondissementen voorkwamen in 2023, 2022, 2021 zodat er een "systemische" variatie is ?

Zodra de jaarlijkse analyses zijn afgerond, voeren we een algemene controle uit om na te gaan of de belangrijkste indicatoren afwijkingen vertonen ten opzichte van het voorgaande jaar. Soms worden er kleine verschillen in de variaties binnen eenzelfde arrondissement tussen twee geanalyseerde jaren vastgesteld, maar over het algemeen blijven de variaties relatief stabiel.

Op HealthyBelgium is momenteel alleen de analyse over 2024 beschikbaar. Aangezien de presentatie van de gegevens en de methodologie van de analyses van praktijkvariaties de komende jaren stabiel zouden moeten blijven, zijn we van plan om bij de volgende updates een historisch overzicht beschikbaar te stellen, te beginnen met het analyserapport van 2024.

De analyses van praktijkvariaties met betrekking tot de jaren vóór 2024 zijn daarentegen verwijderd, omdat de presentatie van de gegevens elk jaar is gewijzigd en de methodologie voor de analyse van de rapporten in de loop der jaren is geëvolueerd (en verbeterd), wat een vergelijking complex maakt tussen een analyse van 2024 en die van voorgaande jaren. De belangrijkste methodologische verandering is dat vanaf 2023 de presentatie van de gegevens is toegespitst op het gebruik door patiënten en niet langer op het gebruik van de prestaties.

VRAAG & ANTWOORD 12

Tot wie kunnen we ons richten om onderliggende verklarende cijfers te kunnen bekomen (bv. socio-economische factoren, densiteit, ...) ?

Een analyse uit het „Health Professionals Report“, ingedeeld per medisch specialisme, is toegevoegd aan het einde van de lijst die bij de brief aan de geneeskundige verenigingen is gevoegd om een aanvullend overzicht te bieden van de toegankelijkheid, het patiëntenbestand, de werklust en de subspecialismen (hierin zijn met name gegevens over de dichtheid van artsen te raadplegen): [Healthcare providers - For a Healthy Belgium](#)

Deze analyse 'Healthcare providers' is aan het einde van de lijst opgenomen om geneeskundige verenigingen te helpen de vermelde analyses van praktijkvariaties in de juiste context te plaatsen. Er wordt echter niet van de geneeskundige verenigingen verwacht dat zij uitsluitend op basis van deze contextuele analyse 'Healthcare providers' werk verrichten, tenzij zij dit zelf nodig achten.

VRAAG & ANTWOORD 13

Als ik naar de slide over cholecystectomy (slide 29) kijk, zie ik een afwijkende waarde (outlier). Worden afwijkende waarden/outliers in de statistiek niet verwijderd?

Het is niet de bedoeling om afwijkende waarden systematisch uit een analyse weg te laten. Integendeel, ze kunnen ook nuttige informatie bevatten en aanleiding geven tot nader onderzoek naar de oorzaken van de waargenomen variaties.

VRAAG & ANTWOORD 14

Maken andere landen ook analyses van praktijkvariaties? Zo ja, waar kunnen we die analyses vinden?

Op de volgende pagina van HealthyBelgium vindt u interessante links naar andere Europese websites over variaties in medische praktijken: [Practice variations in Europe - For a Healthy Belgium](#)

Men moet echter voorzichtig zijn bij het vergelijken van de gebruikscijfers tussen landen, omdat de registratie van informatie (codering en gegevensbron) niet gestandaardiseerd is en de samenstelling van de bevolking naar leeftijd significant kan verschillen.

VRAAG & ANTWOORD 15

Men zou de indruk kunnen krijgen dat variaties inherent „slecht“ zijn en dat ze moeten worden genormaliseerd. Maar kunnen variaties soms niet ook een teken zijn van de kracht van ons systeem, die innovatie bevordert?

*Variaties hebben in wezen meerdere oorzaken en bestaan meestal uit factoren die zowel met de vraag als met het aanbod te maken hebben: de epidemiologie van de ziekte, sociaaleconomische variabelen, de keuze van de patiënt, de **werkwijze van de zorgverlener**, de medische dichtheid en de toegang tot zorg. Het is dus normaal dat er variaties bestaan. Het doel van analyses van praktijkvariaties is het identificeren van verschillen in de gezondheidszorg die na standaardisatie onverklaard blijven en die u werkelijk significant of problematisch lijken, met name in vergelijking met richtlijnen of aanbevelingen.*

VRAAG & ANTWOORD 16

In de rapporten wordt een verschil gemaakt tussen uitgaven per patiënt en uitgaven per “verzekerde persoon”. Hoe moeten we dit zien ?

In de analyses van praktijkvariaties worden de gestandaardiseerde uitgaven voor gezondheidszorg die ten laste van de verzekering komen, soms gerelateerd aan alle verzekerden in een bepaald gebied, soms aan de voor de analyse geselecteerde verzekerden die in dat gebied woonachtig zijn (ook wel „patiënten” genoemd):

- *Het quotiënt “gemiddelde jaarlijkse uitgaven per verzekerde” is het resultaat van de deling van de deler “gestandaardiseerde uitgaven van een praktijk in een bepaald gebied” door de noemer “aantal verzekerden dat in dat gebied woont”.*
- *Het quotiënt “gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt” is het resultaat van de deling van de deler “gestandaardiseerde uitgaven van een praktijk in een bepaald gebied” door de deler “aantal patiënten dat onder de praktijk valt en in dat gebied woont”.*

Deze twee soorten gegevens geven verschillende informatie. Daarom bevatten de rapporten:

- *Een kaart met de verdeling per arrondissement van de gestandaardiseerde uitgaven (**per verzekerde**)*
- *Een kaart met de verdeling per arrondissement van de gestandaardiseerde uitgaven (**per patiënt**)*

*De variaties die ons hier in het bijzonder interesseren, zijn de variaties in de gemiddelde jaarlijkse uitgaven **per patiënt**, variaties die impliceren dat eenzelfde praktijk variabele kosten kan hebben afhankelijk van de woonplaats van een patiënt.*

VRAAG & ANTWOORD 17

Hebben we toegang tot de prestatiecodes die voor elke analyse zijn gebruikt?

De nomenclatuurcodes die in een analyse van praktijkvariaties zijn gebruikt, staan vermeld in een tabel die aan het begin van het rapport wordt weergegeven. De methodologie en de interpretatie-elementen van de analyses van praktijkvariaties kunnen worden geraadpleegd en gedownload op HealthyBelgium:

[VariationsMethodo-VarPrat NL.pdf](#)