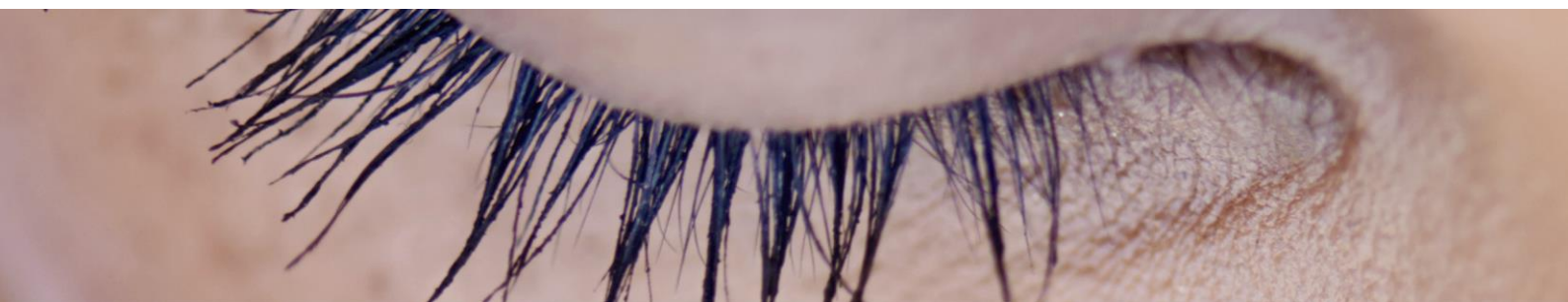




# Toelichting praktijkspiegel

November 2022



**vektis**

# Inhoudsopgave

In deze Toelichting vindt u nadere uitleg over:

<b>1.</b>	<b>Achtergrond en gebruik van de Praktijkspiegel</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Algemene uitgangspunten</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Veel gebruikte begrippen</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Toelichting per hoofdstuk</b>	<b>6</b>
4.1.	Hoofdstuk 2 Praktijkgegevens	6
4.2.	Hoofdstuk 3 Patiëntenpopulatie	6
4.3.	Hoofdstuk 4 Totale zorgkosten	7
4.4.	Hoofdstuk 5 Huisartsenzorg	8
4.5.	Hoofdstuk 6 Extramurale farmaceutische zorg	8
4.6.	Hoofdstuk 7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	9
4.7.	Hoofdstuk 8 Medisch-specialistische zorg (MSZ)	9
4.8.	Hoofdstuk 9 Eerstelijnsdiagnostiek	10

# 1. Achtergrond en gebruik van de Praktijkspiegel

Nagenoeg alle huisartsenpraktijken in Nederland ontvangen tweemaal per jaar een Praktijkspiegel van Vektis. In de Praktijkspiegel wordt het complete zorggebruik van uw eigen patiënten vergeleken met het zorggebruik van soortgelijke patiënten in uw regio en in Nederland. De informatie in de Praktijkspiegel wordt kosteloos aan u ter beschikking gesteld. Zorgverzekeraars financieren de Praktijkspiegel en willen u hiermee ondersteunen in uw dagelijks werk. Het doel van de Praktijkspiegel is om u handvatten te bieden om uw handelen te kunnen optimaliseren. Dit leidt dan weer tot meer gepaste zorg.



De Praktijkspiegel is ontwikkeld door Vektis, in samenwerking met de zorgverzekeraars en huisartsen. Enerzijds om u een overzicht te bieden van het zorggebruik van uw patiënten. Anderzijds met de intentie om bij te dragen aan inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

De Praktijkspiegel reikt feiten en cijfers aan en geeft de mogelijkheid om cijfers met een vergelijkende waarde te spiegelen. Van een beoordeling van zorg is geen sprake. Doel is om constructieve gespreksstof met collega's binnen de praktijk, collega praktijken en met zorgverzekeraars te bieden. "Wat zou de oorzaak van het verschil kunnen zijn?"

Het spreekt vanzelf dat de kwaliteit van zorg nooit alleen uit cijfers is af te leiden. De in de Praktijkspiegel gepresenteerde cijfers vormen een instrument om de zorg van patiënten bij uw huisartsenpraktijk te monitoren. Deze monitor kan gebruikt worden bij de inrichting van de zorg.

## 2. Algemene uitgangspunten

Bij het samenstellen van de Praktijkspiegel gelden de volgende algemene uitgangspunten:

- De patiëntenpopulatie bestaat uit alle mensen die zijn verzekerd binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- De patiënten (met het zorggebruik) zijn in een rapportagejaar aan één praktijk gekoppeld.
- De zorgkosten hebben alleen betrekking op zorg die wordt vergoed via de basisverzekering.
- De zorgkosten hebben betrekking op de gedeclareerde kosten en zijn dus inclusief een eventuele eigen bijdrage of eigen risico.
- Zorggebruik en zorgkosten van een patiënt zijn gesommeerd voor het hele jaar en worden in z'n geheel toegerekend aan de praktijk waar de patiënt aan is gekoppeld. Zorgkosten en zorggebruik zijn op basis van de begindatum van de declaratie toegerekend aan een rapportagejaar.
- Bij de zorgsegmenten wordt in principe de kostenontwikkeling van de afgelopen vijf jaar getoond. Het is mogelijk dat het meest recente jaar niet wordt getoond. Dat heeft er mee te maken dat er onvoldoende declaraties beschikbaar zijn om een betrouwbaar beeld te schetsen. Dit speelt bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg waar de dbc's maximaal 120 dagen open kunnen staan.
- De weergegeven kosten en aantallen zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Vektis is daarbij afhankelijk van de verschillende zorgverzekeraars voor de kwaliteit en de aanlevering van de declaratiegegevens. Het kan daarom voorkomen dat cijfers in een volgende Praktijkspiegel zijn bijgesteld.
- Het kan zijn dat percentages niet optellen tot 100%. Dat heeft te maken met afrondingen.

## 3. Veel gebruikte begrippen

### Verwachte waarde

U treft in de overzichten, naast gegevens over uw praktijk, ook een verwachte waarde voor uw patiëntenpopulatie aan. Deze geeft aan wat voor het totaal van uw patiënten zou mogen worden verwacht als we uitgaan van het regionale respectievelijk landelijke zorggebruik. Hierbij kijken we naar de patiëntkenmerken vijfjaarsleeftijdsklasse, geslacht en sociaal-economische status. De sociaal-economische status is afkomstig van het CBS<sup>1</sup>. Voor elke combinatie/groep (bijvoorbeeld vrouwen in de leeftijd van 65 tot 70 jaar met een SES-WOA score Midden) wordt het gemiddelde zorggebruik per ingeschreven patiënt op regionaal respectievelijk landelijk niveau berekend. Op praktijkniveau wordt het aantal mensen per groep vermenigvuldigd met de gemiddelde waarde per groep om de verwachte waarde van de praktijk te bepalen.

Het verschil tussen de cijfers van uw praktijk en de 'verwachte waarde' wordt vaak uitgedrukt in een percentage. Een 'min' duidt erop dat de waarde voor uw praktijk lager is dan het gemiddelde van de vergelijkbare regionale of landelijke populatie. Een 'plus' duidt op een hogere waarde. Bij het berekend van het percentage is het regionale/landelijke gemiddelde de noemer. Wanneer de verwachte waarde afwijkt van de waarde voor uw praktijk, is het de moeite waard om te onderzoeken welke redenen er zijn voor dit verschil.

De methode is versimpeld ten opzichte van eerdere releases. Analyse heeft uitgewezen dat de versimpelde om de verwachte waarde te berekenen tot een hoge R-kwadraat leidde en daarmee (ook) betrouwbaar is. Dat kan er bijvoorbeeld mee te maken hebben dat de chronische patiëntenpopulatie – een element uit de vorige methode - gecorreleerd is aan de leeftijd.

### Ingeschreven en zorggebruikende patiënt

U ziet vrijwel steeds een uitsplitsing van de zorgkosten per ingeschreven patiënt en per zorggebruikende patiënt. Een ingeschreven patiënt is een persoon die bij uw praktijk staat ingeschreven, ongeacht of hij zorg heeft ontvangen. Iemand is een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment, bijvoorbeeld medisch-specialistische zorg.

## 4. Toelichting per hoofdstuk

### 4.1. Hoofdstuk 2 Praktijkgegevens

#### Praktijkgegevens

De praktijkgegevens omvatten de NAW-gegevens en de AGB-code van de praktijk. De informatie is gebaseerd op de meest actuele informatie uit het AGB-register. Het gaat dus om het adres dat op het moment van het samenstellen van de Praktijkspiegel actueel is.

#### Huisartsgegevens

Dit overzicht toont welke huisartsen in het meest recente rapportagejaar werkzaam zijn (geweest) in uw praktijk. De kolom 'Dienstverband volgens AGB' geeft de relatie weer tussen de praktijk en de zorgverleners, zoals vastgelegd in het AGB-register. Daarnaast ziet u de ingangs- en eventuele einddatum. Als het dienstverband gedurende het jaar is gewijzigd – bijvoorbeeld al een waarnemer praktijkhouder wordt - komt iemand tweemaal voor in het overzicht. Een waarnemer kan in principe bij meerdere praktijken werkzaam zijn, deze persoon komt dan in meerdere Praktijkspiegels terug.

Ook ziet u per zorgverlener wie op naam van de praktijk inschrijftarieven gedeclareerd heeft. Als een zorgverlener gedeclareerd heeft op naam van de praktijk, maar er in het AGB geen relatie bekend was, wordt in de kolom Dienstverband volgens AGB "onbekend" weergegeven. Voor zover bekend in AGB, wordt wel de naam van de zorgverlener weergegeven.

#### Regio-informatie

In de nieuwe Praktijkspiegel is de regio op basis van de ketenzorgprestaties vervangen door de regio op basis van de gemeente waar uw praktijk is gevestigd. De indeling van gemeenten naar regio's is gebaseerd op de Hechte Huisartsenzorg ([www.hechtehuisartsenzorg.nl](http://www.hechtehuisartsenzorg.nl)) en wordt bij de volgende release van Praktijkspiegel in samenwerking met de veldpartijen<sup>2</sup> verder aangescherpt. De populatie van een regio betreft alle ingeschreven patiënten van de huisartspraktijken in de betreffende regio.

### 4.2. Hoofdstuk 3 Patiëntenpopulatie

#### Aantal ingeschreven patiënten

Patiënten worden per rapportagejaar aan één praktijk gekoppeld. De relatie tussen de patiënt en praktijk wordt afgeleid uit de inschrijftarieven. Uitgangspunt zijn de inschrijftarieven van het 3e kwartaal, op peildatum 1 juli 2021. Mocht een persoon geen inschrijftarief hebben in het derde kwartaal van het rapportagejaar dan wordt er naar het eerste kwartaal gekeken van het

rapportagejaar. Als die persoon ook geen inschrijftarief heeft in het eerste kwartaal dan kijken we naar het tweede kwartaal en als daar ook geen inschrijftarief bekend is dan kijken we naar het vierde kwartaal. Op deze wijze hebben we de mensen die zijn overleden of zijn geëmigreerd in het vizier. Mocht het om een geboorte gaan na 1 oktober in het betreffende rapportagejaar dan kijken we nog naar inschrijftarieven in het eerste kwartaal van het jaar na het rapportagejaar en wordt de persoon op basis van dat inschrijftarief aan een praktijk toegewezen. Met de huidige methodiek is 99,5% van de patiënten met een inschrijftarief gekoppeld aan een praktijk. De meeste inschrijftarieven worden ingediend met de AGB-code van de praktijk. In dit geval is de relatie eenduidig vast te leggen en hoeft er alleen gekeken te worden of de praktijk volgens het AGB-register actief was op die datum. Wanneer de AGB-code van de indiener niet van een praktijk is, wordt er in deze versie van de Praktijkspiegel ook gekeken naar de AGB-code van de behandelaar. Als de behandelaar bij één praktijk werkzaam is volgens het AGB-register, op de datum dat het inschrijftarief is gedeclareerd, wordt de patiënt toegewezen aan de betreffende praktijk. Wanneer een behandelaar – bijvoorbeeld een waarnemer - bij meerdere praktijken werkzaam is, wordt patiënt niet toegewezen aan een praktijk.

#### **Percentage ingeschreven patiënten naar SES-WOA score op basis van buurt**

De sociaal-economische status is gebaseerd op welvaart, opleidingsniveau en arbeidsverleden. Het CBS heeft de SES-WOA score in 2022 geïntroduceerd. De score is berekend per huishouden voor de jaren 2014-2019 en is beschikbaar op buurt- en wijkniveau.

Aan elke patiënt is de SES-WOA score toegekend van de buurt waar hij/zij op 1 juli 2021 woont. Als het buurniveau door te weinig waarnemingen niet beschikbaar is, maken we gebruik van het wijkniveau. Er is dus altijd een SES-WOA score per patiënt bekend.

De getoonde scores hebben betrekking op 2019 en zijn numeriek van aard. We hebben de scores ingedikt tot drie klassen: laag, midden en hoog. De grenswaarden zijn gebaseerd op de landelijke verdeling waarbij een derde van de mensen in 'laag' valt, een derde in 'midden' en een derde in 'hoog'. De getoonde percentages bij regionaal en bij landelijk geven de werkelijke waarde in de regio respectievelijk de landelijke waarde aan.

#### **Percentage ingeschreven patiënten naar leeftijd en geslacht**

De patiënten zijn ingedeeld in leeftijdscategorieën op basis van de leeftijd op 1 juli van het laatste rapportagejaar. De regionale en landelijke informatie is door Vektis gegenereerd.

### **4.3. Hoofdstuk 4 Totale zorgkosten**

#### **Totale zorgkosten regionaal / landelijk**

De overzichten tonen de zorgkosten in alle segmenten van de zorg in de basisverzekering. De uitgaven van de 'hoge kosten patiënten' zijn hier dus ook in opgenomen.

In deze Praktijkspiegel zijn de kosten van POH-GGZ voor het eerst in de huisartsenzorg opgenomen. Deze handelwijze sluit aan bij de financiering van de huisartsenzorg.

De categorie 'Overige kosten' omvat de zorgkosten van alle ander niet-vermelde zorgsegmenten. Denk bijvoorbeeld aan mondzorg, hulpmiddelen, ziekenvervoer en paramedische zorg (exclusief fysiotherapie).

### **Patiënten met hoge kosten**

Een patiënt wordt gerekend tot de categorie 'hoge kosten patiënten' wanneer hij/zij in een kalenderjaar meer dan € 10.000,- aan GGZ-zorg heeft gehad en/of meer dan €22.500,- aan zorgkosten in totaal (inclusief GGZ).

De patiënten met hoge kosten zijn vanaf de release van december 2022 meegenomen in de rapportage. Hierdoor ontstaat een totaalbeeld van het zorggebruik in uw praktijk en de zorgkosten in andere delen van de zorg.

## **4.4. Hoofdstuk 5 Huisartsenzorg**

### **Gemiddelde kosten huisartsenzorg per ingeschreven patiënt**

Deze grafiek toont alle kosten van de huisartsenpraktijk zoals gedeclareerd via de standaard. Van inschrijftarieven, consulten, visites, M&I-verrichtingen, modules etc. tot prestaties voor specifieke verzekeraars.

### **Gemiddelde kosten consulten en visites per ingeschreven patiënt (2021)**

Vanaf 2015 kunnen voor huisartsenpraktijken die een contract hebben met DSW geen cijfers berekend worden over de huisartsenconsulten, omdat bij deze zorgverzekeraar de consulten zijn opgenomen in een moduletarif (en niet meer los worden gedeclareerd).

### **Onderverdeling patiënten aantallen van praktijk naar type zorggebruiker**

Uw patiënten zijn hier ingedeeld naar het aantal consulten en visites. De breedte van elke kolom illustreert hoeveel procent van uw patiënten in de betreffende leeftijdscategorie valt (de totale breedte = 100%). De hoogte per vakje illustreert per leeftijdscategorie de procentuele verdeling naar het type zorggebruiker (de totale hoogte = 100%). Ieder vakje bevat het aantal patiënten met het type zorggebruik.

NB Per abuis is de prestatie Triage consult HAP/HDS niet meegenomen in de Praktijkspiegel van juni 2021. Hierdoor zal er een verschil bestaan met de resultaten van de vorige release.

### **Overzicht percentage verschil aantal gedeclareerde M&I verrichtingen in uw selectie van praktijken t.o.v. verwacht**

De top 10 van M&I-verrichtingen is gebaseerd op de landelijke zorgkosten. De tabel toont het verschil – uitgedrukt als percentage - tussen de waarde van uw praktijk en de verwachte waarde per M&I verrichting. De sortering is op basis van de hoogte van het regionale verschil.

### **Overzicht POH-GGZ (2021)**

Bij de kosten voor de POH-GGZ zijn alleen de kosten voor consulten meegenomen,

## **4.5. Hoofdstuk 6 Extramurale farmaceutische zorg**

### **Gemiddelde kosten medicijnen per ingeschreven patiënt**

De kosten omvatten de farmaceutische kosten, dus de kosten van het geneesmiddel en de kosten van de zorg. Verder gaat het om alle extramurale farmaceutische zorg, ongeacht de voorschrijver. Dat kan bijvoorbeeld ook een specialist of een andere huisarts zijn geweest. De kosten van de



extramurale farmaceutische zorg zijn gebaseerd op de werkelijke prijzen en niet – zoals in het verleden – op basis van de mediane prijzen.

#### **Extramurale farmaceutische zorg per anatomische hoofdgroep / Opsplitsing naar voorschrijver**

In de grafiek zijn per anatomische hoofdgroep de kosten weergegeven. Hierin zitten alle voorschrijvers, dus huisarts, specialist en overige voorschrijvers. In de tabel zijn de kosten per zorggebruikende patiënt gesplitst naar voorschrijver: huisarts of specialist.

De kosten per zorggebruikende patiënt per voorschrijver betreffen de kosten van de farmaceutische zorg zoals voorgeschreven door de huisarts respectievelijk de specialist gedeeld door het aantal patiënten per voorschrijver (huisarts respectievelijk specialist). In de voorgaande Praktijkspiegel werden de kosten per voorschrijver gedeeld door het totaal aantal zorggebruikende patiënten.

### **4.6. Hoofdstuk 7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**

#### **Gemiddelde totale GGZ-kosten per ingeschreven patiënt en per zorggebruikende patiënt**

De totale GGZ-kosten zijn de optelsom van de Generalistische basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ en de Langdurige GGZ (Zvw-zorg).

Let op: de POH-GGZ staat in deze Praktijkspiegel onder de huisartsenzorg.

Aandachtspunt: In 2022 is een nieuw bekostigingsmodel is ingevoerd in de GGZ. Hierdoor zijn alle dbc's in 2021 hard afgesloten en is de informatiewaarde van de cijfers over 2021 beperkt. Dit is ook de belangrijkste reden dat we het overzicht met initiële en vervolg-dbc's achterwege hebben gelaten.

### **4.7. Hoofdstuk 8 Medisch-specialistische zorg (MSZ)**

#### **Gemiddelde kosten MSZ per ingeschreven patiënt**

De kosten van de medisch-specialistische zorg omvatten de kosten van de dbc's inclusief de overige zorgproducten. De kosten van de dbc's zijn gebaseerd op de werkelijke prijzen en niet – zoals in het verleden – op basis van de mediane prijzen.

#### **Overzicht verschil percentage patiënten onder behandeling specialist in t.o.v. verwacht**

Het overzicht toont de 12 specialismen binnen de medisch-specialistische zorg die landelijk de meeste behandelingen uitvoeren.

Het aantal patiënten is afgeleid van het aantal dbc's dat in een jaar is geopend. Het gaat hierbij zowel om initiële als om vervolg-dbc's. Het specialisme heeft betrekking op de hoofdbehandelaar.

#### **Gemiddelde kosten per zorggebruikende patiënt – Initiële en vervolg-dbc's**

Een initiële dbc is een diagnosebehandelcombinatie die een hoofdbehandelaar, na doorverwijzing, opent voor een eerste of een nieuwe zorgvraag van een patiënt. De initiële dbc is altijd de eerste dbc binnen een zorgtraject.

Een vervolg-dbc is een diagnosebehandelcombinatie die wordt geopend door een specialist, volgend op een initiële dbc of een voorgaande vervolg-dbc, in het kader van dezelfde primaire diagnose.

De getoonde kosten zijn het quotiënt van de kosten van de initiële respectievelijk dbc's gedeeld door het aantal mensen met een initiële respectievelijk vervolg-dbc.

#### **4.8. Hoofdstuk 9 Eerstelijnsdiagnostiek**

##### **Gemiddelde kosten Eerstelijnsdiagnostiek per ingeschreven patiënt**

In dit overzicht worden de kosten van eerstelijnsdiagnostiek getoond, ongeacht de aanvrager.

##### **Aantal aanvragen Eerstelijnsdiagnostiek voor ingeschreven patiënten van uw praktijk**

Eerstelijnsdiagnostiek is ingedeeld in naar functieonderzoek (bijvoorbeeld een ECG), laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bloedonderzoek) en radiologie (bijvoorbeeld röntgen of echo).

De prestatiecodes en de groepering zijn ontleend aan de 'beleidsregel eerstelijns diagnostiek' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit 2015. Deze lijst is echter niet meer actueel, zo ontbreekt er een aantal codes. Om deze reden zal in de volgende Praktijkspiegel - in overleg met een aantal gebruikers – de informatie over eerstelijnsdiagnostiek worden aangepast. Let wel, in het overzicht van de kosten zijn wel alle prestaties meegenomen.