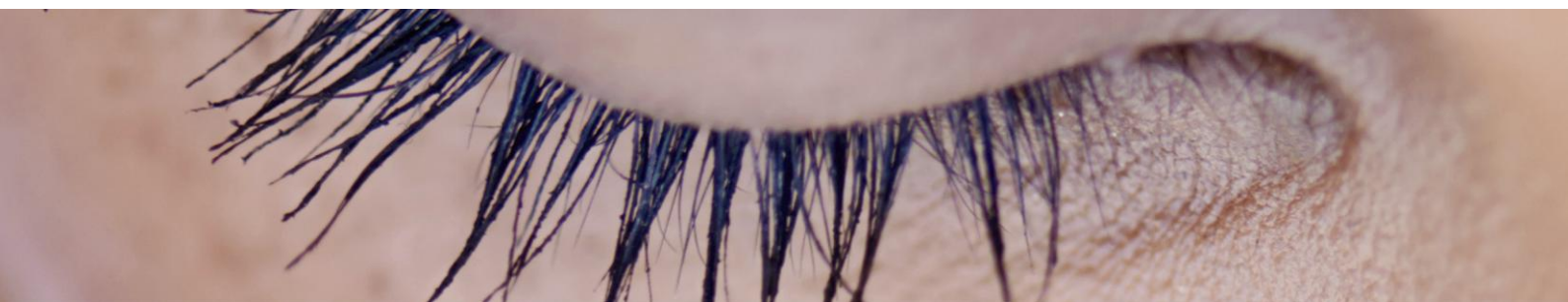




Toelichting praktijkspiegel

Juni 2025



vektis

Inhoudsopgave

In deze toelichting vindt u nadere uitleg over:

1.	Achtergrond en gebruik van de Praktijkspiegel	3
2.	Algemene uitgangspunten	4
3.	Veel gebruikte begrippen	5
4.	Toelichting per hoofdstuk	6
4.1.	Hoofdstuk 2 Praktijkgegevens	6
4.2.	Hoofdstuk 3 Patiëntpopulatie	7
4.3.	Hoofdstuk 4 Totale zorgkosten	9
4.4.	Hoofdstuk 5 Huisartsenzorg	9
4.5.	Hoofdstuk 6 Extramurale farmaceutische zorg	10
4.6.	Hoofdstuk 7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	11
4.7.	Hoofdstuk 8 Medisch-specialistische zorg (MSZ)	11
4.8.	Hoofdstuk 9 Eerstelijnsdiagnostiek	13

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. Het 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.
- De praktijkspiegel is zo actueel mogelijk. Bij alle zorgsegmenten wordt in principe de kostenontwikkeling van de afgelopen vijf jaar getoond. Het is echter mogelijk dat het meest recente jaar nog niet wordt getoond. We streven er naar om met de data in de Praktijkspiegel een compleet en betrouwbaar beeld te weergeven. Dat kan alleen als het zorgsegment voor het betreffende jaar (zo goed als) is uitgedeclareerd. Voor sommige zorgsegmenten duurt het langer voordat er voldoende informatie beschikbaar is. Dit speelt bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg waar de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) maximaal 120 dagen open kunnen staan. Hierdoor kan het voorkomen dat een zorgstroom niet 100% is uitgedeclareerd bij publicatie van de Praktijkspiegel. In een volgende update zullen de cijfers dan worden geüpdatet.
- 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 uw totale patiëntenpopulatie mag worden verwacht als we uitgaan van het regionale en landelijke zorggebruik.

Voor de verwachte waarde kijken we naar drie patiëntkenmerken: vijfjaarsleeftijdsklasse, geslacht en sociaaleconomische status. De sociaaleconomische status is afkomstig van het CBS¹. 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. De patiëntenpopulatie van uw praktijk wordt dus vergeleken met een vergelijkbare patiëntenpopulatie (d.w.z. dezelfde patiëntkenmerken) op regionaal en landelijk niveau.

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. 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 methode om de verwachte waarde te berekenen tot een hoger R-kwadraat leidde en daarmee (net als de oude methode) 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.

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/infoservice/hoe-interpreteer-je-de-ses-woa-scores-en-hoe-zijn-deze-bepaald->

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 als 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 Praktijkspiegel is de regio op basis van de gemeente waar uw praktijk is gevestigd. De gemeenten zijn ingedeeld op basis van de Hechte Huisartsenzorg² regio-indeling. De populatie van een regio betreft alle ingeschreven patiënten van de huisartspraktijken in de betreffende regio.

² www.hechtehuisartsenzorg.nl

4.2. Hoofdstuk 3 Patiëntpopulatie

Aantal ingeschreven patiënten

Om te weten welke kosten een praktijk maakt, is het van belang om te weten welke patiënten bij een praktijk horen. Dit noemen we de patiënt-praktijk relatie. Als we weten welke patiënten bij een praktijk horen, dan koppelen we de kosten van die patiënt aan de praktijk. Patiënten worden per rapportagejaar aan één praktijk gekoppeld.

Om de patiënt-praktijk relatie vast te stellen, doorlopen we verschillende stappen:

STAP 1: In de eerste stap halen we voor alle jaren waarover we de Praktijkspiegel berekenen de declaraties op met prestatiecodes die gerelateerd zijn aan inschrijftarieven. Van deze declaraties weten wij de prestatie, de verzekerde, wie de declaratie heeft ingediend ('indiener') en welke zorgverlener is gekoppeld aan de prestatie ('behandelaar').

STAP 2: Uit het AGB-register halen wij alle actieve ondernemingen en vestigingen op met de volgende kwalificaties:

- 0100 – Huisartspraktijk
- 0101 – Huisarts
- 0102 – Huisarts, medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik
- 0110 – Huisarts, Apotheekhoudend
- 3700 – Gezondheidscentra

STAP 3: In deze stap gaan we patiënten koppelen. We kijken hiervoor naar het kwartaal waarin het inschrijftarief is gedeclareerd. De kwartalen worden gerangschikt op de volgorde kwartaal 3 dan 1, dan 2 dan 4. Hiermee wordt er op verschillende peilmomenten gekeken of er een inschrijftarief is gedeclareerd. Op deze manier zijn de mensen die zijn overleden of zijn geëmigreerd ook in het vizier.

Als in de declaratie van het inschrijftarief, de AGB-code van een onderneming (of vestiging) staat als 'indiener', dan weten we direct dat we de patiënt aan die praktijk kunnen koppelen. Op deze manier kan het grootste deel van de mensen aan een praktijk worden gekoppeld.

STAP 4: Het kan ook voorkomen dat we een declaratie niet kunnen koppelen op basis van het veld 'indiener'. In zo'n situatie kijken we naar de 'behandelaar' die is gekoppeld aan de declaratie. Aan welke praktijk(en) is deze huisarts gekoppeld met arbeidsrelatietype 'eigenaar', 'in loondienst' of 'vrijgevestigd (MTO getekend)'?

Als een huisarts aan slechts één huisartspraktijk is gekoppeld, dan weten we dat het gedeclareerde inschrijftarief ook bij deze praktijk hoort en kan de patiënt aan de praktijk worden toegekend. Als een huisarts aan meerdere praktijken is gekoppeld, dan weten we helaas niet bij welke praktijk het inschrijftarief hoort. Deze declaraties (en verzekerden) kunnen dan niet aan een praktijk worden gekoppeld. Dit geldt voor minder dan 1% van de patiënten in Nederland, maar het kan hierdoor wel zijn dat u patiënten in uw Praktijkspiegel mist.

Let er bij het declareren daarom altijd op dat de AGB-code van de praktijk wordt ingevuld!

STAP 5: Als laatste stap kijken we naar pasgeborenen die nog niet ingeschreven waren. Hiervoor gebruiken we het inschrijftarief van het eerste kwartaal van het jaar, nadat ze geboren zijn.

Voorbeeld: Een baby wordt geboren op 27 september 2022. Het kan zijn dat deze niet direct is ingeschreven bij de huisartspraktijk, waardoor er op 1 oktober geen inschrijftarief is gedeclareerd. In deze situatie kijken we naar het inschrijftarief dat wordt gedeclareerd op 1 januari 2023.

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

De sociaaleconomische status is gebaseerd op welvaart, opleidingsniveau en arbeidsverleden. Het CBS heeft de SES-WOA score in 2022 geïntroduceerd. De meest recente score is berekend voor het jaar 2021 en is beschikbaar op buurt- en wijkniveau³.

Aan elke patiënt is de SES-WOA score toegekend van de buurt waar hij/zij op 1 juli van het meest recente rapportagejaar 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 2021 en zijn numeriek van aard. We hebben de scores ingedeeld in 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 en op landelijk niveau aan.

Percentage ingeschreven patiënten naar leeftijd en geslacht

De patiënten zijn ingedeeld in leeftijdscategorieën op basis van de leeftijd op 1 juli 2023. De regionale en landelijke informatie is door Vektis gegenereerd.

Percentage ingeschreven patiënten in een opslagwijk

Het aantal en percentage ingeschreven patiënten uit opslagwijken bij de huisarts in 2023 wordt berekend door middel van aangeleverde gegevens van het NZa. We nemen de postcodes mee die geldend zijn als een postcode in een opslagwijk op 1 januari 2023. Er wordt gekeken waar patiënten woonachtig zijn op 1 juli 2023.

Percentage patiënten met een declaratie voor MTVP

Om inzicht te geven voor welk aandeel van de patiënten 'Meer tijd voor de patiënt' (MTVP) wordt gedeclareerd is in de praktijkspiegel het percentage patiënten, waarvoor een MTVP-declaratie is ingediend, weergegeven.

LHV, ZN en InEen definiëren MTVP als volgt: "Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit, wordt het mogelijk om meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het 'goede

³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2023/33/sociaal-economische-status-per-postcode-2020-en-2021>

gesprek' met de patiënt te voeren. De RHO ondersteunt de huisartsen bij de implementatie van MTVP".

MTVP wordt alleen weergegeven voor het laatst beschikbare jaar in de praktijkspiegel. Het percentage is gebaseerd op de personen die een declaratie MTVP hebben gehad ten opzichte van het totaal aantal ingeschreven patiënten.

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 kosten van POH-GGZ zijn opgenomen in de huisartsenzorg. Dit is in lijn met de financiering van de huisartsenzorg. De categorie 'Overige kosten' omvat de zorgkosten van alle andere niet-vermelde zorgsegmenten. Denk bijvoorbeeld aan mondzorg, hulpmiddelen, ziekenvervoer en paramedische zorg (exclusief fysiotherapie). Vanaf versie 3.5 valt ook kortdurende zorg onder de categorie 'Overige kosten'. Eerder viel dit onder de medisch-specialistische zorg.

Patiënten met hoge kosten

Een patiënt wordt gerekend tot de categorie hogekostenpatiënten 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. Bij de totaaloverzichten in hoofdstuk zijn de kosten zowel inclusief als exclusief hogekostenpatiënten zichtbaar. Hiermee geeft de praktijkspiegel een volledig beeld van alle kosten in de praktijk, en is tevens een vergelijking tussen jaren te maken. De gebruiker kan hierdoor kiezen welke informatie belangrijk is voor de praktijk.

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. Ook de GEZ-gelden en ketenzorg worden meegenomen.

Gemiddelde kosten consulten en visites per ingeschreven patiënt

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 moduletarief (en niet meer los worden gedeclareerd).

Uitsplitsing 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.

Aantal consulten & visites per praktijk (incl. HAP/HDS/ANW)

Deze grafieken tonen hoeveel consulten en visites er zijn geweest per leeftijdscategorie in het meest recente rapportjaar. De aantallen worden hierbij afgezet tegen de verwachte waarde regionaal en landelijk. Er wordt zowel een totaal aantal getoond, als uitgesplitst per type. De tabel laat zien hoeveel uw waarde afwijkt t.o.v. regionaal dan wel landelijk.

Overzicht procentueel verschil aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen van uw praktijk t.o.v. verwacht

De top tien van M&I-verrichtingen is gebaseerd op de landelijke zorgkosten. Dit betekent dat het kan zijn dat er in uw praktijk andere verrichtingen vaker worden uitgevoerd. 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

Bij zowel de aantallen als de kosten voor de POH-GGZ zijn alleen de aantallen en 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/ uitsplitsing naar voorschrijver

In de grafieken (in hoofdstuk 6.3) zijn per anatomische hoofdgroep de kosten weergegeven. Hierin zijn alle voorschrijvers opgenomen, dus huisarts, specialist en overige voorschrijvers. In de tabel zijn de kosten per zorggebruikende patiënt uitgesplitst naar voorschrijver: huisarts of specialist.

De kosten per zorggebruikende patiënt per voorschrijver worden berekend door de kosten van de farmaceutische zorg zoals voorgeschreven door de huisarts respectievelijk de specialist te delen door het aantal patiënten per voorschrijver (huisarts respectievelijk specialist). Wanneer een huisarts een ander middel heeft voorgeschreven dan de apotheek uitlevert, dan komt in de declaratie het middel dat de apotheek heeft uitgeleverd. Het middel dat in de declaratie staat, is dan ook het middel wat in de rapportage voorkomt.

Let op: de cijfers van de grafieken in hoofdstuk 6.3 kunnen niet worden opgeteld tot de cijfers in hoofdstuk 6.1. Dit komt, omdat in hoofdstuk 6.1 wordt gekeken naar de gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt. De onderliggende overzichten in hoofdstuk 6.3 zijn de kosten per

zorggebruikende patiënt.

4.6. Hoofdstuk 7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

De gemiddelde totale GGZ-kosten zijn de optelsom van alle GGZ-kosten die vanuit de Zvw zijn gefinancierd.

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. Het is daarom niet meer mogelijk om onderscheid te maken tussen basis-GGZ en specialistische GGZ. Om die reden zijn hoofdstuk 7.3 t/m 7.6 niet geüpdatet met gegevens vanaf 2022.

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 aantal initiële DBC's naar type verwijzing

Het overzicht toont hoeveel initiële DBC's er zijn geopend en wie de verwijzer was. Een initiële DBC is een diagnosebehandelcombinatie die een hoofdbehandelaar, na doorverwijzing door bijvoorbeeld de huisarts, opent voor een eerste of een nieuwe zorgvraag van een patiënt. De initiële DBC is altijd de eerste DBC binnen een zorgtraject.

Omschrijving verwijzer	Toelichting van de categorie
Verwezen patiënt niet-SEH vanuit de eerstelijns*	Een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns, bijvoorbeeld een patiënt die door de huisarts is verwezen naar de cardioloog.
Eigen patiënt (zelfde specialisme binnen dezelfde instelling)	In het geval van een vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van een eigen patiënt binnen hetzelfde specialisme in dezelfde instelling, bijvoorbeeld een patiënt die eerst voor zijn knie bij orthopedie komt en vervolgens voor de heup.
Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme, binnen dezelfde instelling	Een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling, bijvoorbeeld een doorverwijzing van radiologie naar oncologie.
Verwezen patiënt SEH	Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing.
Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling	Een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een andere instelling.
Zelfverwijzer SEH	Een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing.
Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns*, maar verwijzer heeft geen AGB-code	Bijvoorbeeld in het geval van optometristen
Zelfverwijzer niet-SEH	Een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing
Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot paramedische hulp	Bijvoorbeeld directe toegang tot fysiotherapie
Onbekend	Onbekend

* Onder de eerstelijnszorg vallen onder andere de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige.

Overzicht totaal aantal initiële DBC's en aantal initiële DBC's met huisarts als verwijzer

Dit overzicht toont hoeveel initiële DBC's er zijn geopend bij de twaalf van specialismen met landelijk gezien de meeste verwijzingen. Onder "huisarts als verwijzer" vallen de categorieën:

- Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns
- Verwezen patiënt SEH

Dit betreft zowel huisartsen als de ANW-dienstenstructuur.

Overzicht procentueel verschil aantal verwezen patiënten vanuit de eerstelijns t.o.v. verwacht

Het overzicht toont de twaalf specialismen binnen de medisch-specialistische zorg die landelijk de meeste verwijzingen vanuit de huisarts of ANW-dienstenstructuur hebben. De percentages zijn gebaseerd op het totaal aantal DBC's dat in een jaar is geopend. Het specialisme heeft betrekking op de hoofdbehandelaar.

Overzicht aantal verwijzingen vanuit huisartsen en/of ANW-dienstenstructuur naar de MSZ per specialisme met bijbehorende kosten

In deze overzichten is per specialisme het werkelijk aantal verwijzingen en de kosten per verwijzing naar de MSZ vanuit huisartsen of ANW-dienstenstructuur te zien. Hierbij worden de twaalf specialismen met landelijk gezien het meeste aantal verwijzingen getoond. De praktijkwaarde wordt afgezet tegen de verwachte waarde regionaal en landelijk.

Overzicht aantal patiënten onder behandeling specialist met daarbij de kosten per zorggebruikende patiënt

Het overzicht toont de twaalf 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. De kosten zijn per zorggebruikende patiënt binnen het getoonde specialisme. De praktijkwaarde wordt afgezet tegen de verwachte waarde regionaal en landelijk.

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 zeven categorieën:

1. Klinische chemie en haematologie: hoofdzakelijk bloedafname en -onderzoek
2. Microbiologie en parasitologie: hoofdzakelijk analyse op DNA en RNA
3. Overige laboratoriumverrichtingen: voornamelijk kosten voor huisbezoek en registratie met betrekking tot bovenstaande 2 categorieën, maar bijv. ook toxicologisch en sperma-onderzoek
4. Beeldvormende diagnostiek: voornamelijk echografie, radiologisch onderzoek en mammografie
5. Diagnostische activiteiten: bijv. beoordeling van hart- en inspanningsonderzoek of uitvoering van een diagnostische endoscopie
6. Pathologie: pathologisch onderzoek van bijv. een biopsie of een resectie
7. Overige therapeutische activiteiten: divers, bijv. 24-uursmeting aan hart of bloeddruk

De groepering in bovenstaande categorieën is gebaseerd op de zorgprofielklasse van de soortgelijke zorgactiviteit die onderdeel kan zijn van een DBC. Voor ELD-verrichtingen enerzijds en zorgactiviteiten in DBC's anderzijds wordt dezelfde codering gebruikt, waardoor deze koppeling mogelijk is.

Voor de berekening van het aantal aanvragen Eerstelijnsdiagnostiek zijn de volgende uitgangspunten aangehouden:

- De verrichtingen zijn geselecteerd op basis van het declaratietype 11 of 20
- Uitsluitend verrichtingen die volgen uit een verwijzing door een huisarts zijn geselecteerd, dit betreft de overgrote meerderheid van de ELD-verrichtingen
- Een zeer klein deel van de ELD-verrichtingen zou op basis van de zorgprofielklasse zijn ingedeeld in de categorie 'Operatieve verrichtingen' of 'Niet in profiel meegenomen'. Deze zijn niet in de Praktijkspiegel opgenomen

Let wel, in het overzicht van de kosten zijn wel alle ELD-declaraties meegenomen, ongeacht de categorie of verwijzer.