

Landelijke behandelindex logopedie

Toelichting rekenmethodiek

Versie:
Oktober 2026

In dit document wordt de rekenmethode voor de landelijke behandelindex logopedie uiteengezet en wordt het format voor spiegelinformatie weergegeven.

vektis

Wijzigingsbeheer

Datum	Wijziging
2022-12	Aanpassing zin over niet meenemen SES bij middelgrote pathologieklassen verwijderd, dit hoort niet bij Logopedie, daarin wordt in alle mandjes SES meegenomen. Zin toegevoegd over niet meenemen 4xxx en 0000 in de hoofddiagnosegroepen (aangezien dit niet altijd duidelijk was op basis van overzicht in tabel 2 op pagina 11).
2023-02	Paragraaf 3.3 geslacht toegevoegd (dit ontbrak in rekenmethodiek, maar werd wel al toegepast in berekening) Aan paragraaf 3.1 uitleg toegevoegd dat patiënten in meerdere hoofddiagnosegroepen ingedeeld kunnen worden
2023-06	CSI-code verwijderd uit 'declaraties met missende of ongeldige velden' in Tabel 1 Uitgevoerde selecties op de brongegevens
2023-07	Paragraaf 3.3: selectie voor geslacht aangepast. Meest recente geslacht en extra benoemd dat geslacht "X" en geslacht onbekend worden uitgesloten. Paragraaf 7.1: aangepast dat saldering conform eigen inzicht plaatsvindt en dat na saldering iedere resterende declaratierecord meetelt voor de berekening van de behandelindex. ENO vervangen door Salland Zorgverzekeraar
2024-07	SES-WOA tabel geactualiseerd
2025-06	Tekstuele verbeteringen zijn doorgevoerd en opmaak is aangepast
2025-10	Tekstuele verbeteringen zijn doorgevoerd Prestatiecodes 4057, 4058 en 4059 toegevoegd Prestatiecode 4004 en 4050 verwijderd Eucare toegevoegd aan deelnemende verzekeraars
2026-01	Rekenmethodiek geactualiseerd

Inhoudsopgave

1.	**Blauwdruk landelijke uniforme behandelindex**	**4**
1.1.	Inleiding en doel van een landelijke behandelindex	4
1.2.	Interpretatie en gebruik van de behandelindex	4
1.3.	Proces en verantwoordelijkheden	5
1.4.	Leeswijzer	6
2.	**Selectie van brongegevens**	**7**
3.	**Kenmerken in het model**	**10**
3.1.	Hoofddiagnosegroepen	10
3.2.	Leeftijdscategorie	11
3.3.	Geslacht	11
3.4.	Sociaaleconomische status	12
3.5.	Klassenindeling kenmerken in definitieve model	12
4.	**Berekeningsmethode behandelindex**	**13**
4.1.	Afleiden behandelgemiddelde per mandje	13
4.2.	Koppelen landelijk behandelgemiddelde	14
4.3.	Berekenen subbehandelindex per mandje per praktijk	14
4.4.	Bepalen wegingsfactor per mandje	14
4.5.	Berekenen behandelindex op praktijkniveau	14
4.6.	Werkwijze kleine mandjes (<60 verzekerden)	14
5.	**Toepassing correctiefactor**	**15**
6.	**Rapportage**	**16**
7.	**Bijlagen**	**18**
7.1.	Verrekening debet- en creditrecords	18
7.2.	Selectie op prestatiecodes	18
7.3.	Voorbeeldberekening behandelindex	21
7.4.	Correctiefactor	23
7.5.	Toelichting SES-WOA	25

1. Blauwdruk landelijke uniforme behandelindex

1.1. Inleiding en doel van een landelijke behandelindex

Waar zorgverzekeraars voorheen de behandelindex (BI) voor logopediepraktijken zelf berekenden, gebeurt dit vanaf 2022 landelijk (zie tabel 1 voor betrokken partijen). Hierdoor is de BI betrouwbaarder (omdat deze op veel meer data is gebaseerd) en effectiever (geen verschillende BI's van verschillende zorgverzekeraars voor één praktijk). De wens om over te gaan naar één uniform berekende BI bleek breed gedragen en in lijn met de afspraken in bestuurlijke akkoorden. Adviesbureau Equalis heeft desgewenst in 2020 het onderzoek uitgevoerd naar de invulling van de landelijke BI voor logopedie. De berekening van de landelijke BI is belegd bij Vektis. Jaarlijks worden de data-aanlevering en rekenmethodiek gecontroleerd en gevalideerd door een externe partij.

Dit document bevat een technische beschrijving van de methode voor de berekening van de BI van logopedie.

1.2. Interpretatie en gebruik van de behandelindex

Praktijken kunnen de BI gebruiken als input voor een **verbetercyclus** ter stimulering van de efficiëntie. Daarom worden er naast de jaarlijkse index ook twee tussentijdse analyses gedaan. Zorgverzekeraars kunnen de BI gebruiken in de **contractering** en bepalen ieder hun eigen contracteringsbeleid en de inzet van de BI hierin.

De BI is een instrument dat het werkelijke aantal goedgekeurde behandelingen afzet tegen het verwachte aantal behandelingen op basis van verzekerdekenmerken. Het geeft praktijken daarmee spiegelinformatie over het aantal behandelingen dat zij levert, waarbij rekening is gehouden met het type verzekerden dat zij behandelt. Bij de BI logopedie wordt er rekening gehouden met pathologie(o.b.v. diagnosecode), leeftijd, geslacht en SES (afgeleid van postcode). Een afwijkende BI betekent niet per definitie een afwijking in efficiëntie van de logopediepraktijk, mogelijk kan dit op een andere manier verklaard worden.

Als het werkelijke aantal goedgekeurde behandelingen van een praktijk gelijk is aan het verwachte aantal behandelingen, is de BI gelijk aan 100. Meer goedgekeurde behandelingen dan verwacht leidt tot een BI hoger dan 100 en minder dan verwacht leidt tot een BI lager dan 100.

1.3. Proces en verantwoordelijkheden

Om jaarlijks tot een betrouwbare BI te komen is het van belang dat de processen en verantwoordelijkheden goed zijn ingeregeld. Figuur 1 geeft het proces weer voor het berekenen en de uitvoering van de landelijke BI, en per stap welke partijen verantwoordelijk zijn.

Figuur 1 Proces voor berekening en gebruik van de landelijke behandelindex



1. Dataselecties
   De BI wordt afgeleid aan de hand van de bij zorgverzekeraars via VECOZO gedeclareerde gegevens. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de correcte data-aanlevering aan Vektis. Vektis verzamelt alle gegevens om vervolgens de benodigde selecties toe te passen en analyses uit te voeren.

2. Analyses
   Vektis voert de analyses en berekeningen van de BI uit zoals beschreven in deze technische toelichting. Deze analyses zijn gestandaardiseerd en worden elk jaar gevalideerd door een externe partij.

3. Rapportage
   De BI en onderliggende informatie wordt door Vektis aan de specifieke praktijk beschikbaar gesteld door middel van een pdf-rapportage via de MijnVektis omgeving. Ook draagt Vektis de resultaten over aan de zorgverzekeraars, zodat zij deze kunnen gebruiken voor benchmarking en contractering.

4. Toepassing
   Tot slot kunnen praktijken de resultaten duiden, waarbij ze toetsen of een afwijkende BI verklaarbaar is en of er mogelijk acties ondernomen moeten worden. Aan de andere kant bepaalt elke zorgverzekeraar afzonderlijk hoe zij de BI toepast, of zij bijvoorbeeld de BI in haar contractering wil toepassen of eventueel andere acties wil ondernemen o.b.v. de resultaten.

1.4. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 omschrijft de selectiecriteria van de brongegevens. In hoofdstuk 3 gaan we in op de kenmerken in het model. Per variabele wordt omschreven op welke manier deze in het model is opgenomen. De berekenmethode van de BI wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de toepassing van de correctiefactor voor het betrouwbaarheidsinterval rondom de BI. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 een uitleg over de rapportage gegeven en volgt in hoofdstuk 7 een overzicht van de bijlagen.

2. Selectie van brongegevens

Bij de selectie van de brongegevens is het uitgangspunt dat alle goedgekeurde declaraties voor logopedie, die voldoen aan de selectiecriteria uit tabel 1 worden meegenomen. De volgende selecties worden toegepast om tot de bronbestanden voor de berekening van de landelijke BI te komen:

Tabel 1 Uitgevoerde selecties op de brongegevens

Onderwerp		Toelichting
Declaraties	Type declaratie	Alleen door zorgverzekeraars goedgekeurde en via VECOZO ingediende declaraties voor logopediezittingen in de BV en/of AV worden meegenomen. Poliklinische zittingen worden niet meegenomen (wanneer er sprake is van eerstelijns zorg geleverd vanuit het ziekenhuis worden de zittingen wel meegeteld).
	Restitutierecords	Gegevens die niet volgens de declaratiestandaard (VECOZO) zijn ingediend worden niet meegenomen. Dit betekent dat declaraties ingediend door verzekerden zelf (bijv. bij een restitutiepolis) niet worden meegenomen. Voor het grootste deel missen hierbij namelijk benodigde informatie voor het berekenen van de BI.
	Peildatum declaraties	Alle prestaties die in het betreffende jaar (bijv. tussen 1 januari 2022 en 31 december 2022) zijn uitgevoerd worden meegenomen. Hierbij wordt uitgegaan van max. 2 maanden vertraging in de boeking (boekdatum loopt van 1 januari 2022 tot en met 28 februari 2023).

Onderwerp		Toelichting
	Declaraties met missende of ongeldige velden	We sluiten gegevens uit bij missende of ongeldige BSN, leeftijd, geslacht, diagnosecode of AGB-code. Bij een ontbrekende postcode worden de gegevens wel meegenomen (deze worden ingedeeld bij SES overig).
	Prestatiecodes	Alle prestatiecodes die meegenomen worden in de berekening van de behandelindex zijn terug te vinden in bijlage 7.2.
Betrokken partijen	Zorgverzekeraars	Data van CZ, Salland Zorgverzekeraar, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis, a.s.r., ONVZ, EUCare en Zorg en Zekerheid vormen de brongegevens voor de berekening van de landelijke BI. Declaraties bij andere zorgverzekeraars lopen niet mee in de analyses.
	Volmachten[1]	De gegevens van volmachten worden niet meegenomen in de berekening, omdat de kwaliteit van de gegevens van volmachten niet is gegarandeerd. Voor EUCare is een uitzondering gemaakt aangezien EUCare volledig op de UZOVI-code van de volmacht declareert. Er is gecontroleerd dat de datakwaliteit van deze volmacht naar behoren is.
	Praktijken	Alleen declarerende praktijken met een AGB-code die zijn opgenomen in het AGB-register worden meegenomen (al dan niet gestart of gestopt). We gebruiken de AGB-code van de praktijk ten tijde van de behandeling.

[1] *Volmachten zijn geen zorgverzekeraars, maar ondernemingen die zorgverzekeringen (basis en aanvullend) van een verzekeraar aanbieden, de administratie van lopende verzekeringen voeren en schadeclaims afwikkelen.*

Onderwerp		Toelichting
	Verdragsverzekerden, asielzoekers en Militairen	De gegevens over deze groepen worden niet meegenomen. Hier mogen de gegevens niet van worden ingezien vanwege privacy redenen. Verdragsverzekerden, asielzoekers en militairen staan geregistreerd onder 5 UZOVI-codes die hiervoor gereserveerd zijn. Deze UZOVI-codes zijn niet geïncludeerd.
	Overleden verzekerden	Overleden verzekerden worden meegenomen in de berekening. Het aantal behandelingen wordt *niet* gecorrigeerd voor het moment van overlijden.

3. Kenmerken in het model

Het bronbestand voor de berekening van de BI bevat per verzekerde het aantal zittingen per risicodrager, AGB-code van de praktijk en individuele kenmerken. Deze individuele kenmerken zijn de hoofddiagnose, leeftijdscategorie, geslacht en SES. Dezelfde verzekerde kan vaker in het bronbestand voorkomen. Voor sommige verzekerdenkenmerken, zoals hoofddiagnose, geldt dat deze per verzekerde in meerdere klassen kunnen voorkomen. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer eenzelfde verzekerde in hetzelfde prestatiejaar voor meerdere aandoeningen die onder verschillende hoofddiagnoses vallen wordt behandeld. Ook kan eenzelfde verzekerde bij verschillende praktijken onder behandeling zijn en dus meerdere zittingen bij verschillende AGB-praktijkcodes hebben.

De definitieve indeling van de kenmerken in het model is tot stand gekomen in samenwerking met de begeleidingscommissie, waaraan de beroepsvereniging voor logopedie (NVLF), zorgverzekeraars en Vektis deelnamen. Doel is om afdoende te corrigeren voor verzekerdekenmerken die resulteren in een hogere/lagere zorgzwaarte, terwijl betrouwbaarheid van de resultaten geborgd wordt door niet te veel kenmerken of uitsplitsingen toe te passen. Hierdoor was het noodzakelijk om klassen binnen de kenmerken samen te voegen of te excluderen. In het vervolg van het hoofdstuk volgt per kenmerk een toelichting van de gekozen klassenindelingen.

3.1. Hoofddiagnosegroepen

De indeling van hoofddiagnose vindt plaats volgens de ICIDH-systematiek. De klassen zijn ingedeeld op basis van de hoofddiagnosegroepen (het eerste cijfer van de viercijferige ICIDH). Dat maakt de klassen zoals weergeven in tabel 2.

Tabel 2 Indeling van hoofddiagnose

ICIDH-codes	Omschrijving
1xxx	Hoorstoornis en stoornis in auditieve functies
2xxx	Stemstoornis
3xxx	Taalstoornis
5xxx en 6xxx (samengevoegd)	Articulatiestoornis en Nasaliteit
7xxx	Stoornis in de vloeiendheid en ritme van het spreken

8xxx	Afwijkend mondgedrag/stoornis in de (senso-)motoriek
9xxx	Overige stoornissen (van belang bij logopedisch handelen)

De hoofddiagnosegroepen 5xxx en 6xxx zijn samengevoegd, omdat de omvang laag is, behandelingen vergelijkbaar van aard zijn en het gemiddeld aantal behandelingen vergelijkbaar is.

Hoofddiagnosegroep 4xxx wordt uitgesloten, omdat dit niet verzekerde zorg betreft. Daarnaast worden alle declaraties waarbij er geen stoornis bekend is (alle ICIDH codes met 0xxx) niet meegenomen in de berekening van de BI.

Patiënten kunnen in meerdere hoofddiagnosegroepen ingedeeld worden. Dat is het geval wanneer er voor één patiënt meerdere behandeltrajecten – die in verschillende hoofddiagnosegroepen vallen – zijn gedeclareerd.

Ter verduidelijking twee voorbeelden:
- Een patiënt met behandeltrajecten die vallen in diagnosecodes 32xx en 33xx valt in hoofddiagnosegroep 3xxx. 32xx en 33xx zijn immers opgenomen in dezelfde hoofddiagnosegroep.
- Een patiënt met behandeltrajecten die vallen in diagnosecodes 32xx en 82xx wordt tweemaal meegenomen in het bronbestand. Het eerste record valt in hoofddiagnosegroep 3xxx en het tweede record in de hoofddiagnosegroep 8xxx. De zittingen worden gesplitst tussen deze hoofddiagnosegroepen.

3.2. Leeftijdscategorie

De volgende leeftijdscategorieën worden gehanteerd:

- 0 t/m 1 jaar
- 2 t/m 11 jaar
- 12 jaar en ouder

De peildatum voor leeftijd is 30 juni van het prestatiejaar. Nuljarigen geboren na 30 juni zijn geclassificeerd als nuljarigen.

3.3. Geslacht

De indeling van geslacht vindt plaats in de volgende klassen:
1. Man
2. Vrouw

Het meest recent bekende geslacht wordt meegenomen. Geslacht “X” of geslacht onbekend worden uitgesloten.

3.4. Sociaaleconomische status

Sociaal economische status (SES) is in twee klassen ingedeeld:

- SES Laag
- SES Overig (samenvoeging van SES Middel en SES Hoog)

Deze indeling komt tot stand op basis van het viercijferige postcode van het huisadres van de verzekerde en de SES WOA-indeling van de postcodes van het CBS over 2021 met de gemeente indeling van 2022. De postcodes zijn in drie even grote groepen ingedeeld, waarbij de laagste 33% in SES Laag valt en de overige postcodes in SES Overig (i.e. de twee hoogste groepen samengevoegd).

De peildatum van de postcode om de sociaaleconomische status (SES) te bepalen is 30 juni van het prestatiejaar. Bij verzekerden die verhuisd zijn, wordt slechts één postcode toegekend (de postcode op peildatum 30 juni van het prestatiejaar). Wanneer er sprake is van een onbekende postcode of van een postcode die niet gekoppeld is aan een SES (bijvoorbeeld een verzekerde woonachtig in het buitenland) dan worden deze verzekerden in SES Overig ingedeeld.

3.5. Klassenindeling kenmerken in definitieve model

Zoals beschreven verschilt de indeling in klassen per kenmerk naar de grootte van de pathologieklasse. Tabel 3 geeft de klassenindelingen die de mandjes in het definitieve model vormgeven weer:

Tabel 3 Klassenindeling van de kenmerken voor het definitieve model

pathologieklasse	Klassen leeftijdscategorie	Klassen SES	Geslacht
1xxx **2xxx** **3xxx** **5xxx en 6xxx** **7xxx** **8xxx** **9xxx**	0 t/m 1 jaar 2 t/m 11 jaar 12 jaar en ouder	SES laag SES overig	Man Vrouw

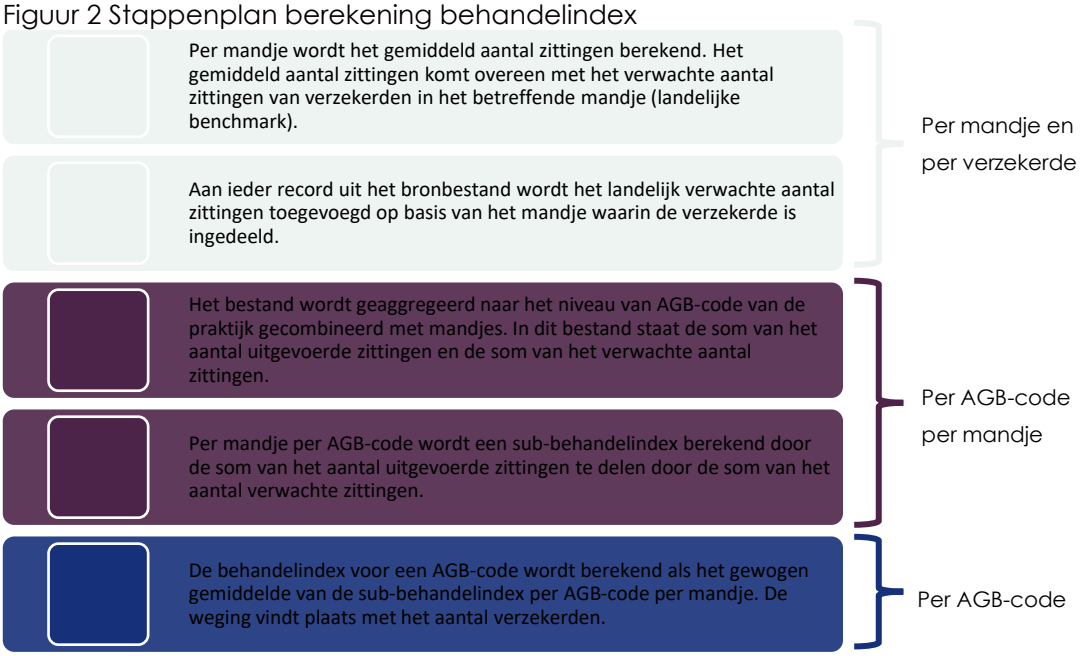
Op basis van bovenstaande indeling zijn er theoretisch 84 mandjes, bestaande uit:

- 7 pathologieklassen * 3 leeftijdsklassen * 2 SES klassen * 2 geslacht klassen

4. Berekeningsmethode behandelindex

De BI op praktijkniveau wordt in 5 stappen berekend, weergegeven in Figuur 2. In de paragrafen 4.1 t/m 4.6 worden deze stappen toegelicht. Tijdens de berekening wordt tussentijds niet afgerond; de afronding gebeurt pas in stap 5 (voorafgaand aan weergave in de rapportage).
In Bijlage 7.3 wordt het onderstaande stappenplan in een rekenvoorbeeld uitgewerkt.

Figuur 2 Stappenplan berekening behandelindex



4.1. Afleiden behandelgemiddelde per mandje

Op basis van de in paragraaf 3.5 besproken klassenindeling worden verzekerden ingedeeld in mandjes met overeenkomstige populatiekenmerken. Zoals in hoofdstuk 3. beschreven kunnen verzekerden meer dan één keer voorkomen in de dataset, echter de combinatie van een verzekerde, AGB-code en verzekerdenkenmerken komt altijd maar één keer voor. Dit geldt ook als basis voor alle berekeningen.

Alle verzekerden zijn in een mandje ingedeeld op basis van de verzekerdenkenmerken. Vervolgens wordt voor ieder (gevuld) mandje een landelijk behandelgemiddelde vastgesteld:

Landelijk behandelgemiddelde per mandje
=
Som van het aantal zittingen per verzekerde/ Som van het aantal verzekerden

4.2. Koppelen landelijk behandelgemiddelde

Het landelijke behandelgemiddelde vergelijken we in de volgende stappen met het werkelijk geleverde aantal behandelingen van een betreffende verzekerde binnen een praktijk. Hiervoor dient de landelijke behandelgemiddelde gekoppeld te worden aan de verzekerden op basis van de verzekerdekenmerken.

4.3. Berekenen subbehandelindex per mandje per praktijk

Vervolgens berekenen we per praktijk en mandje de subbehandelindex door het werkelijke aantal behandelingen te vergelijken met het landelijke behandelgemiddelde per mandje:

Subbehandelindex per mandje
=
(Som van het werkelijke aantal behandelingen per mandje]/ Som van het landelijke behandelgemiddelde per mandje) * 100

4.4. Bepalen wegingsfactor per mandje

Om te bepalen welk aandeel ieder mandje heeft binnen de praktijk, berekenen we de wegingsfactor door het relatieve aandeel van de verzekerden binnen de praktijk per mandje te berekenen:

Wegingsfactor per mandje
=
Som van het aantal verzekerden per mandje / Som van het aantal verzekerden

4.5. Berekenen behandelindex op praktijkniveau

De BI op praktijkniveau wordt berekend door alle verschillende subbehandelindexen (voor de verschillende mandjes) te middelen, waarbij rekening gehouden wordt met de wegingsfactor:

Behandelindex op praktijkniveau
=
Som van alle (subbehandelindexen per mandje * de wegingsfactor per mandje)

Het resultaat is één behandelindex per praktijk die alle subbehandelindexen die onder de betreffende praktijk vallen in acht neemt. Het gemiddelde van alle behandelindexen per praktijk is 100. Een voorbeeldberekening van de BI wordt weergegeven in Bijlage 7.3.

4.6. Werkwijze kleine mandjes (<60 verzekerden)

Het is mogelijk dat een mandje landelijk minder dan 60 verzekerden bevat. Indien er op landelijk niveau mandjes zijn met minder dan 60 verzekerden, dan worden deze in eerste instantie wel meegenomen in de berekening voor de BI. Indien blijkt dat dit voor de behandelindex van een praktijk consequenties heeft, wordt voor de betreffende praktijk de BI nogmaals berekend zonder de mandjes met minder dan 60 verzekerden (landelijk gezien).

5. Toepassing correctiefactor

Doordat de ene verzekerde niet per definitie hetzelfde is als een andere verzekerde met dezelfde verzekerdekenmerken, bestaat er een kans dat een praktijk door toeval alleen maar verzekerden met een lage (of juist hoge) zorgvraag binnen de groep behandelt. De kans op zulk toeval is groter wanneer een praktijk minder verzekerden behandelt. Om voor dit toeval te corrigeren, hanteren we bij de BI een correctiefactor waarmee het (95%)-betrouwbaarheidsinterval rondom de BI wordt vastgesteld. Deze correctiefactor wordt bepaald door twee factoren:

- Het aantal verzekerden[2] binnen een praktijk
- De standaarddeviatie van de landelijke BI[3]

Op basis van deze factoren geldt de in Tabel 8 (Bijlage 7.4.) gegeven correctiefactor. Het betrouwbaarheidsinterval wordt vervolgens vastgesteld op basis van de BI van de praktijk minus de correctiefactor en de BI van de praktijk plus de correctiefactor.

[2] Hierbij gaat het specifiek om het aantal combinaties van verzekerden en mandjes
[3] Zoals vastgesteld volgens het stappenplan uit hoofdstuk 4. (zonder exclusie van de kleine mandjes)

6. Rapportage

Over elk kalenderjaar vanaf 2023 vindt er 3 keer een update plaats van de BI en de bijbehorende spiegelinformatie. Een update voegt iedere keer informatie toe aan de voorgaande versie over dat jaar, zodat de spiegelinformatie en BI gedurende het jaar steeds beter inzicht geeft in de ontwikkeling van het betreffende jaar.

- **Versie 1** bevat declaraties van behandelingen over de periode van januari tot en met juni (het eerste half jaar). Deze versie bevat declaraties over een relatief korte periode en geeft daarmee een eerste indicatie. Het dient vooral als management informatie.
- **Versie 2** bevat declaraties van behandelingen over de periode januari tot en met september (eerste drie kwartalen). Deze versie betreft een langere periode en geeft daarmee al een voorzichtig voorspellend inzicht.
- **Versie 3** bevat declaraties van behandelingen over de periode januari tot en met december (volledig kalenderjaar). Deze versie toont daarmee de BI en spiegelinformatie voor het betreffende kalenderjaar en geeft de fysiotherapeut inzicht in de gegevens van zijn praktijk ten opzichte van de praktijken van collega's.

Alle drie de versies worden ieder kalenderjaar beschikbaar gesteld via de MijnVektis omgeving.

Beschikbaar
De verschillende versies komen enige tijd na de betreffende periode beschikbaar. Dit komt doordat over die periode eerst alle declaraties vanuit de zorgverleners binnen en verwerkt moeten zijn bij de zorgverzekeraars. Vervolgens stellen de zorgverzekeraars hun informatie beschikbaar via VECOZO aan Vektis, zodat Vektis de berekeningen kan doen met de gezamenlijke data. Concreet betekent dit:

	Versie 1 (over jaar t)	versie 2 (over jaar t)	versie 3 (over jaar t)
Declaraties van behandelingen over de periode:	januari - juni	januari – september	januari – december
beschikbaar	half oktober	half januari (in jaar t +1)	half april (in jaar t +1)

De rapportage toont in totaal maximaal 9 periodes. Iedere versie van de rapportage blijft via de website beschikbaar, tot maximaal 4 versies. Zo is het mogelijk om terug te kijken op de ontwikkeling van de BI. Vanzelfsprekend kunt u de rapportages downloaden voor eigen gebruik, en kunt u zo ook beschikken over meer dan 4 versies terug.

7. Bijlagen

7.1. Verrekening debet- en creditrecords

Debet- en creditrecords van declaraties worden met elkaar verrekend.

Na saldering telt ieder resterende declaratierecord mee voor de berekening van de BI.

7.2. Selectie op prestatiecodes

Onderstaande Tabel 4 geeft de lijst met prestatiecodes die worden geïncludeerd in de analyses.

Tabel 4 Selectie van prestatiecodes en de bijbehorende omschrijvingen

Prestatiecode	Prestatiecode omschrijving
4000	Individuele zitting reguliere logopedie
4001	Individuele zitting reguliere logopedie met toeslag voor behandeling aan huis
4002	Individuele zitting reguliere telelogopedie
4003	Individuele zitting reguliere logopedie met toeslag voor behandeling in een instelling
4005	Meekijkconsult logopedie: inroepen van deskundigheid van een andere zorgverlener
4010	Telefonische zitting logopedie
4011	Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt bij logopedie
4054	Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening

Prestatiecode	Prestatiecode omschrijving
4055	Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening - met toeslag voor behandeling aan huis
4056	Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening - met toeslag voor behandeling in een instelling
4057	Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor logopedie, uitvoeren logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing
4058	Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor logopedie, uitvoeren logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing - met toeslag voor behandeling aan huis
4059	Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor logopedie, uitvoeren logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing - met toeslag voor behandeling in een instelling
4061	Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en behandelplan na verwijzing
4062	Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing - met toeslag voor behandeling aan huis
4063	Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een logopedisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing - met toeslag voor behandeling in een instelling
4214	Groepszitting voor behandeling logopedie van twee personen
4215	Groepszitting voor behandeling logopedie van drie personen
4216	Groepszitting voor behandeling logopedie van vier personen
4217	Groepszitting voor behandeling logopedie van vijf tot tien personen

Prestatiecode	Prestatiecode omschrijving
4301	Individuele zitting logopedie stotteren
4302	Individuele zitting logopedie stotteren met toeslag voor behandeling aan huis
4303	Individuele zitting preverbale logopedie
4304	Individuele zitting preverbale logopedie met toeslag voor behandeling aan huis
4305	Individuele zitting logopedie afasie
4306	Individuele zitting logopedie afasie met toeslag voor behandeling aan huis
4308	Individuele zitting logopedie stotteren met toeslag voor behandeling in een instelling
4309	Individuele zitting telelogopedie stotteren
4310	Individuele zitting preverbale logopedie met toeslag voor behandeling in een instelling
4311	Individuele zitting logopedie afasie met toeslag voor behandeling in een instelling
4312	Individuele zitting telelogopedie afasie
4315	Lange zitting logopedie
4316	Lange zitting logopedie - met toeslag voor behandeling aan huis
4317	Lange zitting logopedie - met toeslag voor behandeling in een instelling

7.3. Voorbeeldberekening behandelindex

Het onderstaande fictieve voorbeeld geeft een uitwerking voor de berekening van de BI per praktijk. Om de berekeningen eenvoudig weer te kunnen geven, hebben we het aantal praktijken beperkt tot 2 en het aantal mandjes beperkt tot 3. In dit voorbeeld gaan we er van uit dat er slechts één risicodrager (UZOVI) is.

- Mandje 1 betreft bijvoorbeeld mannelijke verzekerden van 0 t/m 1 jaar met hoofddiagnose 1xxx, wonend in postcode ingedeeld in SES Laag.
- Mandje 2 betreft bijvoorbeeld vrouwelijke verzekerden van 2 t/m 11 jaar met hoofddiagnose 1xxx, wonend in postcode ingedeeld in SES Laag.
- Mandje 3 betreft bijvoorbeeld mannelijke verzekerden van 12+ jaar met hoofddiagnose 1xxx, wonend in postcode ingedeeld in SES laag.

Berekening behandelindex
Uit tabel 5 blijkt dat bij praktijk 1, verzekerden in mandje 1 gemiddeld 14 zittingen hebben en bij praktijk 2 gemiddeld 8 zittingen hebben. Dit betekent dat het landelijke gemiddelde voor dit mandje uitkomt op 10. Praktijk 1 behandelt gemiddeld dus meer dan het landelijk gemiddelde voor mandje 1, en praktijk 2 behandelt gemiddeld minder dan het landelijk gemiddelde voor mandje 1.

Tabel 5 Rekenvoorbeeld gemiddeld aantal zittingen per verzekerde voor drie mandjes bij twee praktijken

Praktijk	**AGB 1**			**AGB 2**		**Totaal**
	Aantal Verze-kerden	Aantal zittingen per verzekerde	Aantal Verze-kerden	Aantal zittingen per verzekerde	Aantal verze-kerden	Gemiddeld aantal zittingen per verzekerde
Mandje 1	5	14	10	8	15	(5*14+10*8)/15 = 10
Mandje 2	10	16	20	10	30	(10*16+20*10)/30 = 12
Mandje 3	5	6	20	11	25	(5*6+20*11)/25 = 10

De BI per praktijk is het gewogen gemiddelde van de BI per mandje. Uit tabel 6 blijkt dat de BI voor mandje 1 bij praktijk 1 140 (100* 14/10) en bij praktijk 2 80 (100*8/10) is. Voor de andere mandjes wordt dit op dezelfde manier berekend, waarna het gewogen gemiddelde van alle mandjes de BI op praktijkniveau geeft. Het gewogen gemiddelde van de BI bij praktijk 1 is 117 en bij praktijk 2 is 93. Praktijk 1 behandelt dus ook over het algemeen meer dan gemiddeld en praktijk 2 minder dan gemiddeld.

Tabel 6 Gemiddelde behandelindex per mandje per praktijk

Praktijk	AGB 1				AGB 2		
	Aantal verzekerden	Aantal zit-tingen per verzekerde	Behandelindex		Aantal verzekerden	Aantal zit-tingen per verzekerde	Behandelindex
Mandje 1	5	14	100*14/10 = 140		10	8	100*8/10 = 80
Mandje 2	10	16	100* 16/12 = 133		20	10	100*10/12 = 83
Mandje 3	5	6	100*6/10 = 60		20	11	100*11/10 = 110
Totaal	20		1171		50		932

[1] (140*5 + 133*10 + 60*5) / 20
[2] (80*10 + 83*20 + 110*20) / 50

Toepassing correctiefactor
Op basis van de analysedata gelden de correctiefactoren in Tabel 7. Voor praktijk 1 met 20 verzekerden geldt een correctiefactor van 8. Het 95% betrouwbaarheidsinterval van de BI van deze praktijk is dus 117 +/- 8, ofwel een BI tussen 109 t/m 125.

Voor praktijk 2 met 50 verzekerden geldt een correctiefactor van 5. Het 95% betrouwbaarheidsinterval van de BI van deze praktijk is dus 93 +/- 5, ofwel een BI tussen 88 t/m 98.

Tabel 7 Correctiefactor voor de landelijke behandelindex

Aantal verzekerden per praktijk	Behandelindex +/- correctiefactor
<=12 en > 10	11
<=15 en > 12	10
<=20 en > 15	8
<=30 en > 20	7

<=40 en > 30	6
<=60 en > 40	5
<=100 en > 60	4
<=250 en > 100	3
<=1000 en > 250	2
>1000	1

7.4. Correctiefactor

Onderstaande Tabel 8 geeft de correctiefactor die wordt toegepast naar de standaarddeviatie van de landelijke BI en praktijkgrootte.

Tabel 8 Correctiefactor bij 95% zekerheid naar aantal verzekerden en standaarddeviatie van de BI[4]

Standaarddeviatie behandelindex	**>=40**	**>=35 en <40**	**>=30 en < 35**	**>=25 en < 30**	**>=20 en < 25**	**<20**
Aantal verzekerden per praktijk	Correctiefactor					
<=12 en >10	21	19	16	13	11	8
<=15 en > 12	19	16	14	12	10	7
<=20 en > 15	16	14	12	10	8	6
<=25 en > 20	14	12	11	9	7	6
<= 30 en > 25	13	11	10	8	7	5
<=40 en > 30	11	10	8	7	6	4

[4] De tabel met correctiefactoren is tot stand gekomen door het gebruik van eenzijdige 95% betrouwbaarheidsintervallen voor een t verdeling met het aantal verzekerden minus 1 als vrijheidsgraden, en de waarden op hele cijfers af te ronden

<=50 en > 40	10	9	8	6	5	4
<=60 en >50	9	8	7	6	5	4
<=70 en > 60	8	7	6	5	4	3
<=100 en > 70	7	6	5	5	4	3
<=150 en > 100	6	5	5	4	3	3
<=200 en > 150	5	5	4	3	3	2
<=250 en > 200	5	4	4	3	3	2
<=300 en > 250	4	4	3	3	2	2
<= 400 en > 300	4	3	3	3	2	2
<=500 en > 400	3	3	3	2	2	2
<= 750 en > 500	3	3	2	2	2	1
<= 1000 en > 750	3	2	2	2	2	1
<= 2000 en >1000	2	2	2	1	1	1
<=3000 en > 2000	2	2	1	1	1	1
>3000	2	1	1	1	1	1

7.5. Toelichting SES-WOA

Hieronder staan linkjes naar de website van het CBS naar documenten met uitleg over de SES-WOA:

- https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksomschrijvingen/ses-woa-scores-per-wijk-en-buurt
- https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2023/33/sociaal-economische-status-per-postcode-2020-en-2021
- https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85539NED