

Praktijkspiegel
Regionale Spiegelinformatie
JONKER/KOETSIER
(01052214)

Inhoudsopgave

1. Tot uw dienst!	3
2. Praktijkgegevens	4
3. Patiëntenpopulatie	5
4. Totale zorgkosten	6
5. Huisartsenzorg	8
6. Extramurale farmaceutische zorg	17
7. Extramurale farmaceutische zorg per anatomische hoofdgroep	18
8. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	21
9. Medisch-specialistische zorg (MSZ)	24
10. Medisch-specialistische zorg per specialisme	25
11. Eerstelijns diagnostiek	28
12. Eerstelijns diagnostiek verdeling aanvragen	29
13. Toelichting	30

1. Tot uw dienst!

Deze Praktijkspiegel geeft u zicht op de geleverde zorg aan uw patiënten. U vindt onder meer gegevens over de samenstelling van uw patiëntenpopulatie, het medicijngebruik, de bezoekfrequentie aan uw praktijk en de behandeling door specialisten. Daarmee geeft de Praktijkspiegel een beeld van de zorg die u en andere zorgverleners leveren aan alle bij u ingeschreven patiënten.

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 uw inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

De Praktijkspiegel gebruikt twee bronnen: de zorgdeclaraties zoals ingediend bij de zorgverzekeraars en het AGB-register (Algemeen Gegevensbeheer) van Vektis.

Ter objectivering van uw praktijkgegevens treft u in de Praktijkspiegel steeds een vergelijkende waarde aan: 'verwacht voor uw patiëntenpopulatie'. Deze 'verwachte waarde' is het regionaal gemiddelde dat een praktijk met uw patiëntenpopulatie aan zorg zou ontvangen. Die waarde wordt berekend door uw patiëntengroep op zeven kenmerken te analyseren: leeftijd, geslacht, inkomen, Farmaceutische kosten groepen en de chronische aandoeningen (diabetes, COPD en hart- en vaatziekten). Afwijkingen in uw zorgkosten die verklaarbaar zijn uit specifieke scores op deze kenmerken worden op deze wijze gestandaardiseerd. Dat maakt een zinvolle vergelijking met andere praktijken mogelijk.

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

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

Hierna vindt u cijfermatige overzichten verdeeld in een aantal categorieën. Voor de interpretatie daarvan verwijzen we naar de toelichting achterin de rapportage. In de toelichting vindt u ook meer informatie over onze werkwijze en lichten we enkele veel voorkomende begrippen toe.

Met de Praktijkspiegel zijn wij u graag van dienst.

Hebt u vragen naar aanleiding van deze rapportage, mailt u die dan naar intelligence@vektis.nl. Via dit adres staan we ook open voor uw opmerkingen en suggesties ter verbetering van de Praktijkspiegel.

We wensen u en uw patiënten goede zorg toe.

2. Praktijkgegevens

2.1 Praktijkgegevens

Naam JONKER/KOETSIER
 AGB-code huisartsenpraktijk 01052214
 Datum aanvang 01 januari 1976
 Vestigingsadres(sen) Beverwijkstraat 9 c
 1024 VR
 AMSTERDAM
 Aantal huisartsen 2

2.2 Huisartsengegevens

Naam huisarts	AGB-code zorgverlener	Dienstverband volgens AGB	Inschrijftarieven gedeclareerd	Ingangsdatum relatie	Einddatum relatie
JONKER	01023407	Niet in loondienst bij / vrijgevestigd	Nee	01 maart 2005	
KOETSIER	01024202	Niet in loondienst bij / vrijgevestigd	Ja	01 maart 2005	

2.3 Ketenzorggroepen

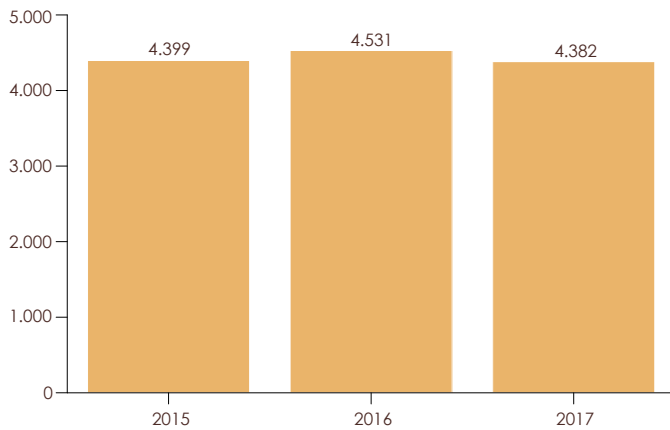
Soort ketenzorg	AGB-code zorggroep	Naam zorggroep	Aantal patiënten
VRM	53530328	ROHA B.V.	321
Diabetes mellitus 2	53530328	ROHA B.V.	250
COPD	53530328	ROHA B.V.	40

2.4 Geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ)

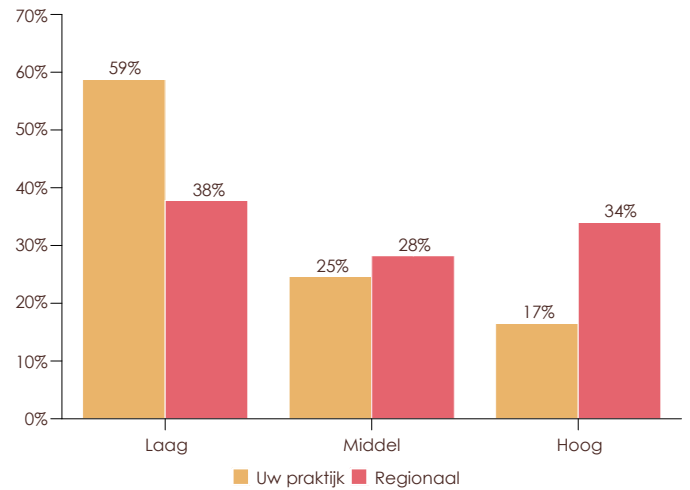
Er zijn in het rapportagejaar geen declaraties GEZ ontvangen op naam van de patiënten in uw praktijk.

3. Patiëntenpopulatie

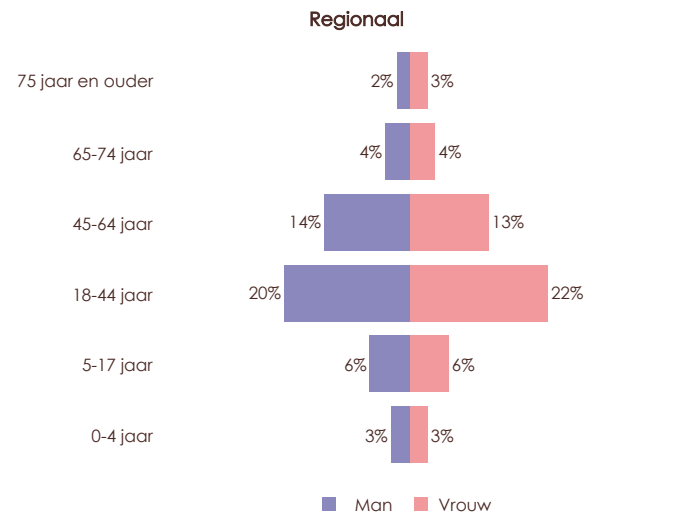
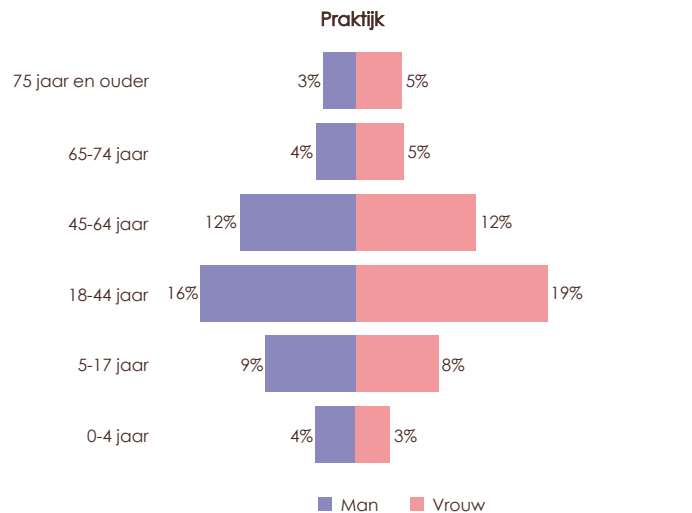
3.1 Aantal ingeschreven patiënten



3.2 Percentage ingeschreven patiënten naar inkomen* op basis van postcode (2017)



3.3 Percentage ingeschreven patiënten naar leeftijd en geslacht (2017)











Aantal patiënten	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
man	180	397	684	509	174	142
vrouw	150	365	844	527	209	200

Verdeling naar geslacht	% Geslacht Praktijk	% Geslacht Regionaal
man	48%	49%
vrouw	52%	51%

* Bron: "CBS: Kerncijfers Postcodegebieden 2008-2010". Zie toelichting voor meer informatie.

4. Totale zorgkosten

4.1 Totale zorgkosten

Segment	Afwijking kosten praktijk ten opzichte van de verwachte kosten			Gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt (laatst bekende jaar)	
	2015	2016	2017	Uw praktijk	Verwacht voor uw patiëntenpopulatie
Totaal	0%	0%	-2%	€ 1.574	€ 1.599
 Huisartsenzorg	13%	7%	8%	€ 190	€ 176
 Extramurale farmaceutische zorg	-3%	-1%	-2%	€ 213	€ 216
 Fysiotherapie (basisverzekering)	-20%	-7%	-17%	€ 17	€ 21
 Wijkverpleging	-40%	-45%	-48%	€ 41	€ 79
 Geestelijke gezondheidszorg (incl. POH-GGZ)	-7%	-26%	-4%	€ 141	€ 147
 Medisch-specialistische zorg	3%	8%	3%	€ 710	€ 689
 Eerstelijns diagnostiek	-22%	-19%	-27%	€ 25	€ 34
 Overig *	11%	4%	0%	€ 238	€ 239

* Voor de Overige kosten zijn de zorgkosten voor alle overige zorgsegmenten opgenomen die zijn vergoed vanuit de basisverzekering. Hierbij kunt u denken aan kosten voor hulpmiddelen, overige paramedische zorg (niet zijnde fysiotherapie) en andere.

■ Uw praktijk
■ Verwacht voor uw patiëntenpopulatie

4.2 Patiënten met hoge kosten

Uw huisartsenpraktijk heeft voor 4.382 patiënten een inschrijftarief gedeclareerd in 2017. Van deze ingeschreven patiënten hebben 78 patiënten hoge kosten in de basisverzekering (meer dan € 10.000 aan geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of meer dan € 22.500 aan kosten totaal) in 2017. De kosten hiervan bedragen in totaal € 3.949.507. De patiënten met hoge kosten zijn niet meegenomen in deze rapportage.

Extramurale farmaceutische zorg € 148.194 door 76 patiënten.
Geestelijke gezondheidszorg € 392.771 door 16 patiënten.
Medisch-specialistische zorg € 2.203.813 door 75 patiënten.
Overig € 1.204.729 door 78 patiënten.

4.3 Verwachte kosten

De zorgkosten of aantallen die als **verwachte** waarde worden weergegeven zijn gecorrigeerd voor de volgende factoren:

1. Leeftijd
2. Geslacht
3. Inkomen
4. Farmaceutische kostengroepen (FKG's)
5. Patiënten met COPD
6. Patiënten met diabetes
7. Patiënten met CVRM

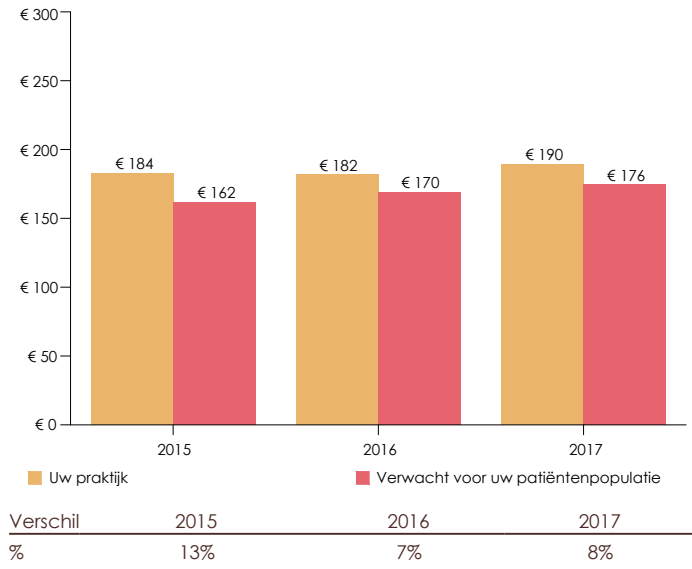
De verwachte waarde is specifiek voor de patiëntenpopulatie van deze praktijk berekend en toont wat er volgens het regionale gemiddelde verwacht mag worden. Voor meer informatie zie toelichting.

De regio

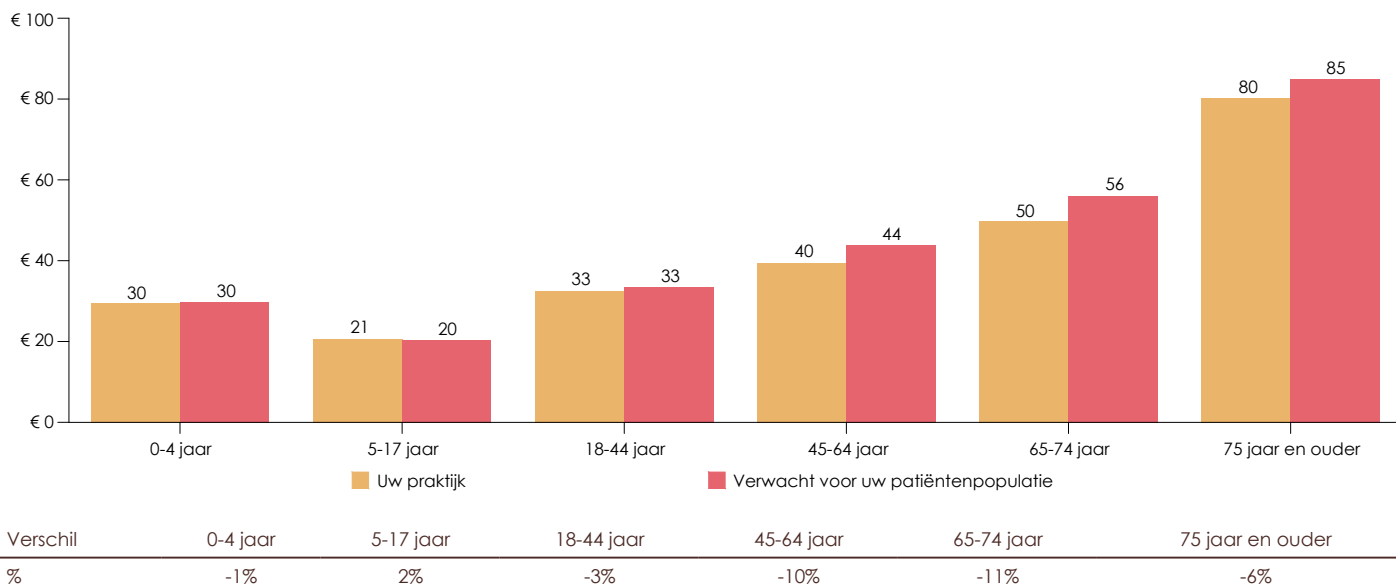
De verwachte waarde is bepaald op basis van het regionale gemiddelde. De populatie van de regio is een selectie van alle ingeschreven patiënten van alle huisartspraktijken die verbonden zijn aan een zorggroep. Dit betreft de zorggroep die in uw regio actief is met het ketenzorgprogramma diabetes.

5. Huisartsenzorg

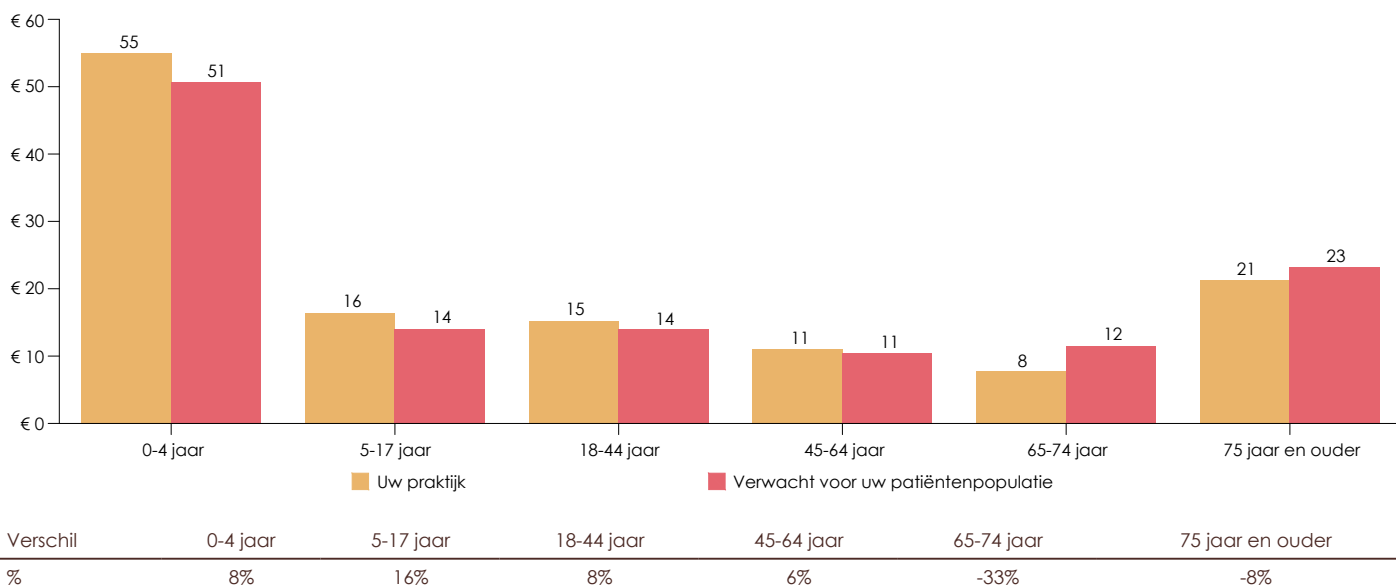
5.1 Gemiddelde kosten huisartsenzorg per ingeschreven patiënt



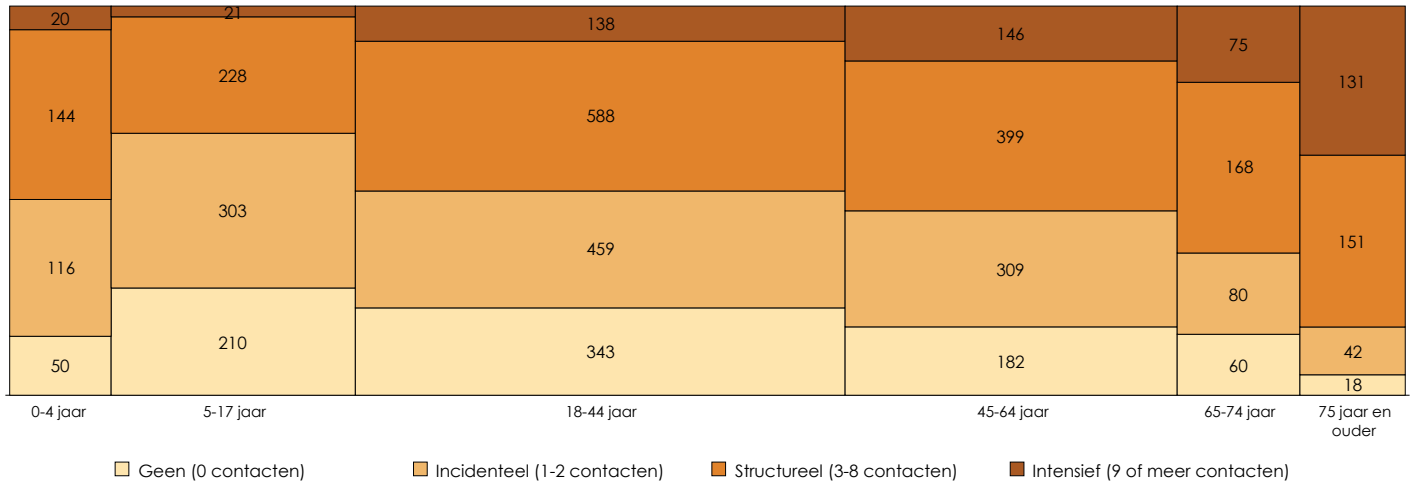
5.2 Gemiddelde kosten consulten en visites per ingeschreven patiënt (2017)



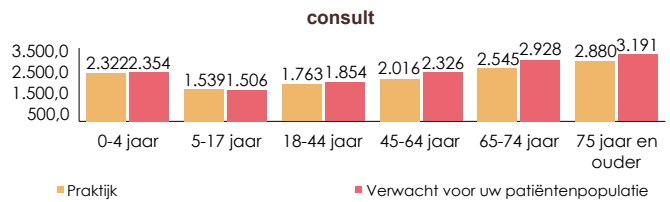
5.3 Gemiddelde kosten ANW/HAP/HDS consulten en visites per ingeschreven patiënt (2017)



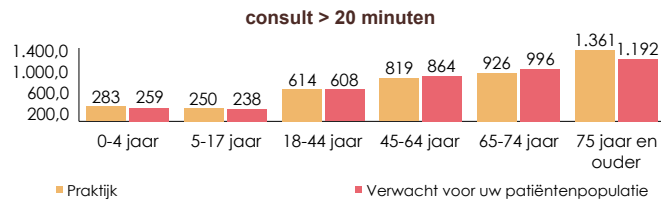
5.4 Onderverdeling patiëntenaantallen van praktijk naar type zorggebruiker (2017)



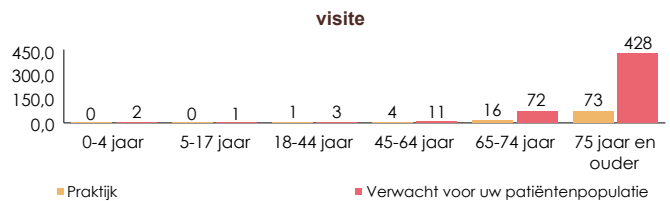
5.5 Gemiddeld aantal consulten en visites per 1.000 ingeschreven patiënten (2017)



Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-1%	2%	-5%	-13%	-13%	-10%



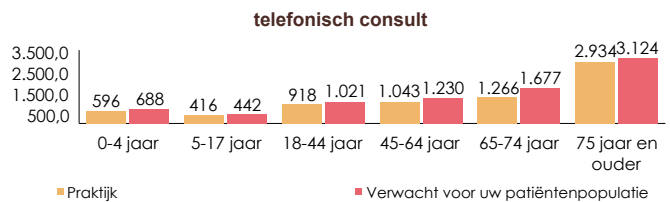
Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	9%	5%	1%	-5%	-7%	14%



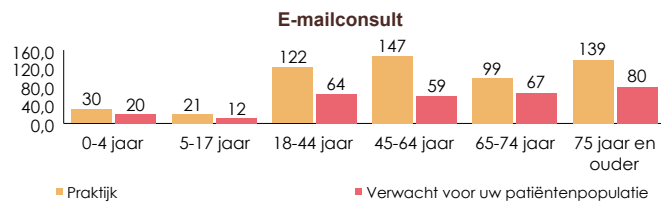
Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-100%	-100%	-58%	-65%	-77%	-83%



Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-100%	-100%	43%	-11%	67%	4%

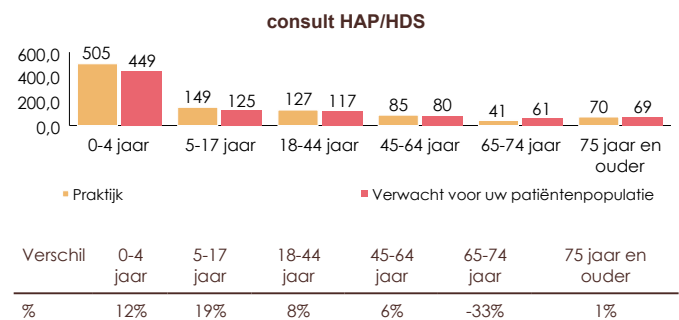
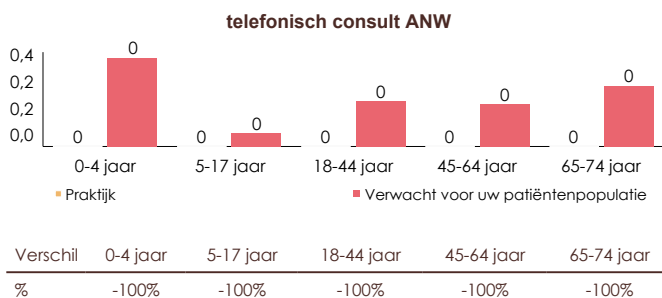
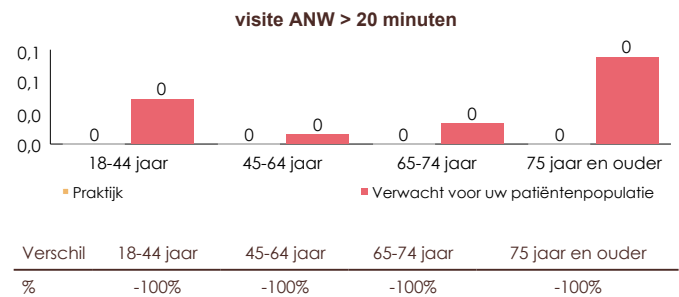
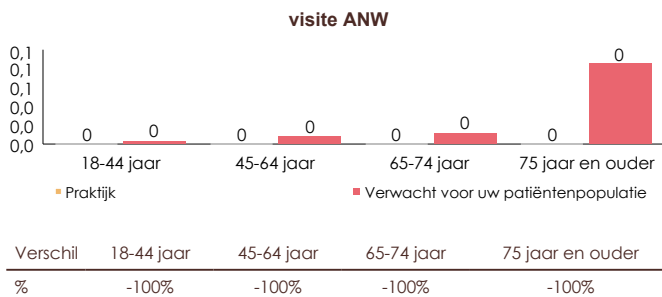
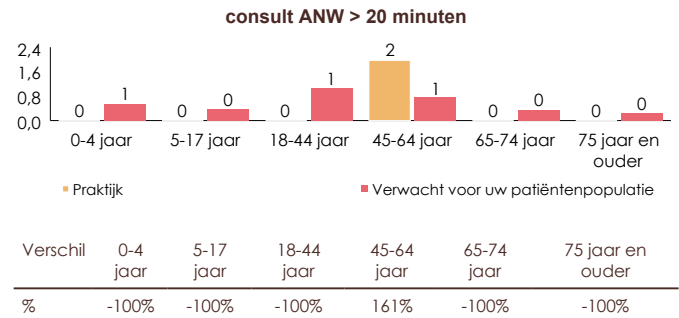
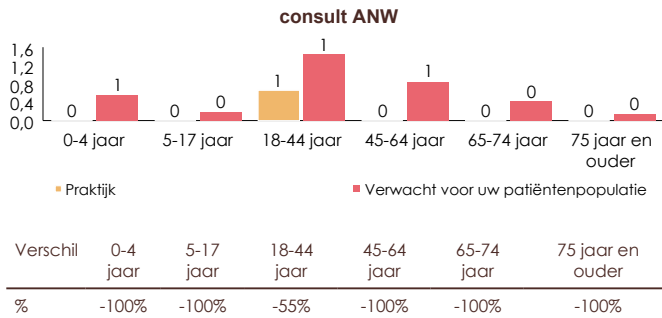


Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-13%	-6%	-10%	-15%	-25%	-6%

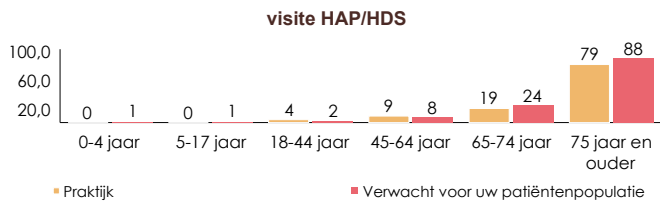


Verskil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	50%	82%	89%	148%	47%	74%

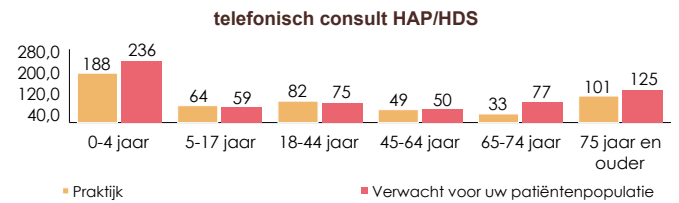
5.6 Gemiddeld aantal consulten en visites ANW/HAP/HDS per 1.000 ingeschreven patiënten (2017)



5.6 Gemiddeld aantal consulten en visites ANW/HAP/HDS per 1.000 ingeschreven patiënten (2017)



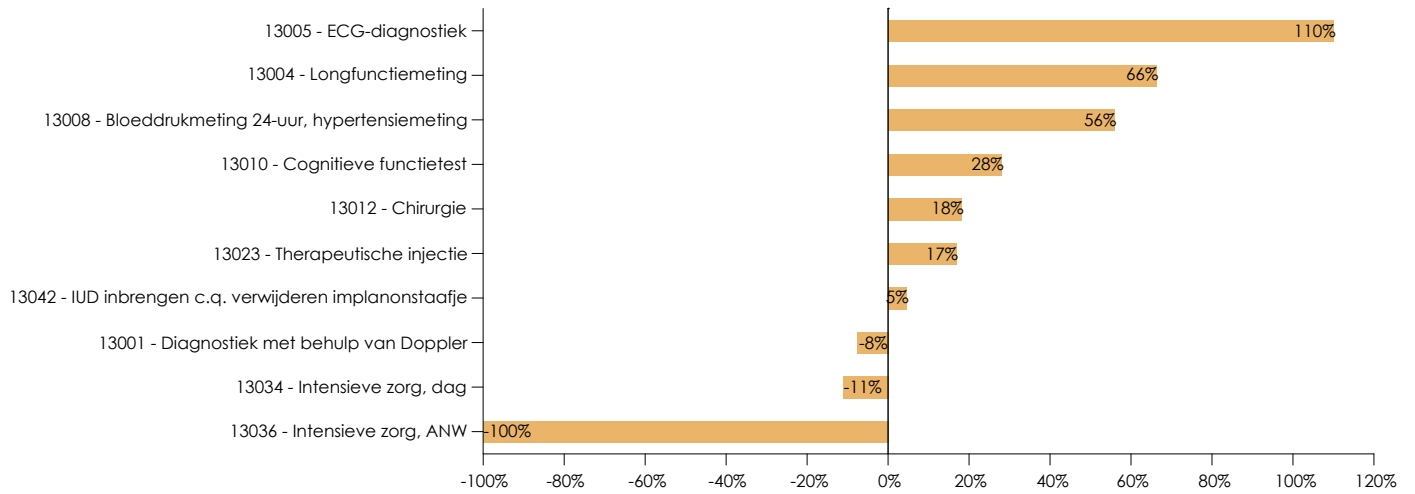
Verschil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-100%	-100%	63%	13%	-18%	-10%



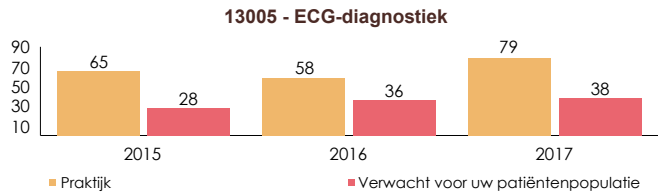
Verschil	0-4 jaar	5-17 jaar	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
%	-20%	10%	10%	-2%	-57%	-19%

5.7 Overzicht percentage verschil aantal gedeclareerde M&I verrichtingen in uw praktijk t.o.v. verwacht (2017)

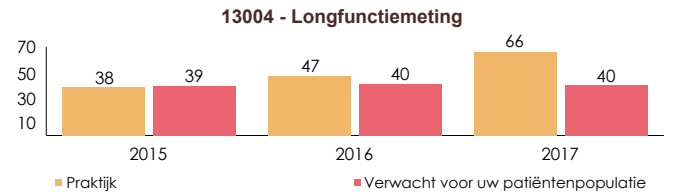
Voor de tien landelijk meest gedeclareerde verrichtingen



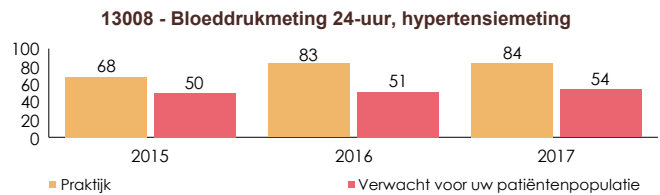
5.8 Aantal verrichtingen in uw praktijk t.o.v. verwacht per M&I verrichting



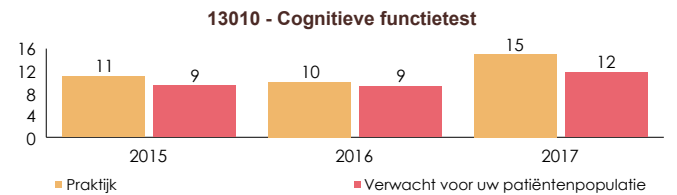
Verskil	2015	2016	2017
%	136%	61%	110%



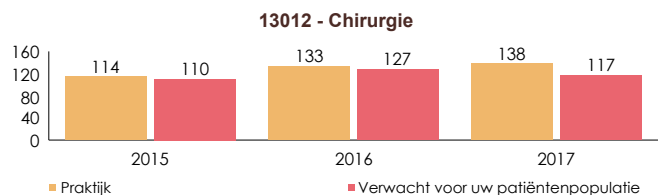
Verskil	2015	2016	2017
%	-3%	16%	66%



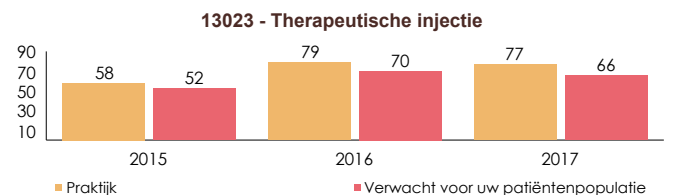
Verskil	2015	2016	2017
%	37%	63%	56%



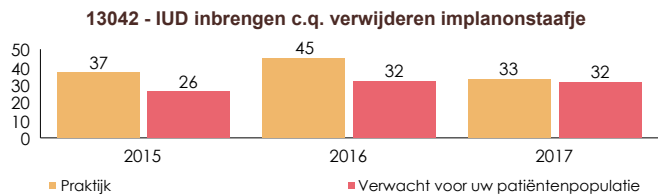
Verskil	2015	2016	2017
%	18%	9%	28%



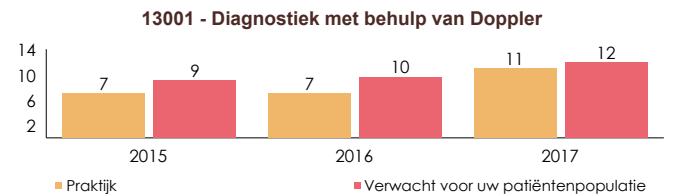
Verskil	2015	2016	2017
%	3%	5%	18%



Verskil	2015	2016	2017
%	11%	13%	17%

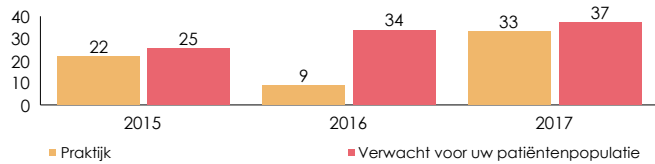


Verskil	2015	2016	2017
%	40%	41%	5%



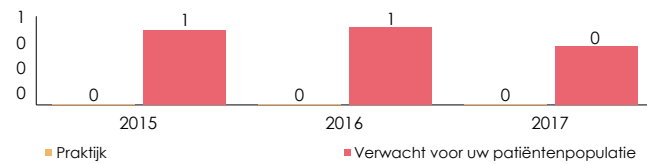
Verskil	2015	2016	2017
%	-22%	-27%	-8%

13034 - Intensieve zorg, dag



Vershil	2015	2016	2017
%	-14%	-73%	-11%

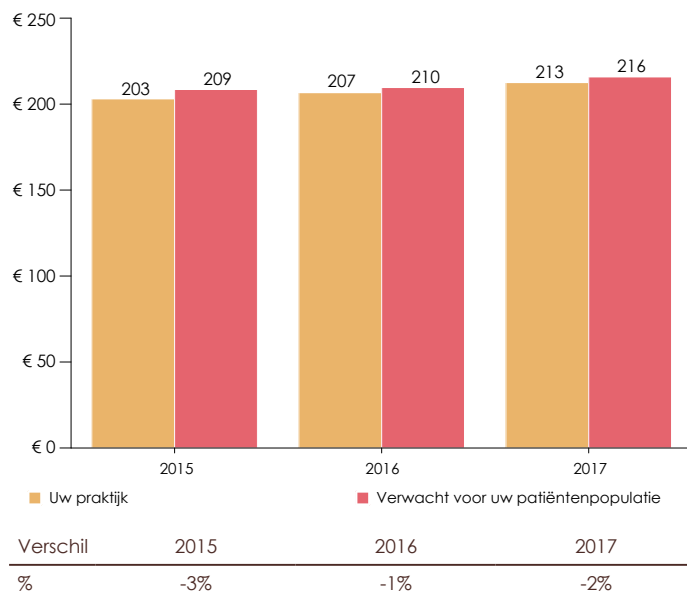
13036 - Intensieve zorg, ANW



Vershil	2015	2016	2017
%	-100%	-100%	-100%

6. Extramurale farmaceutische zorg

6.1 Gemiddelde kosten medicijnen per ingeschreven patiënt



6.2 Overzicht Extramurale farmaceutische zorg (2017)

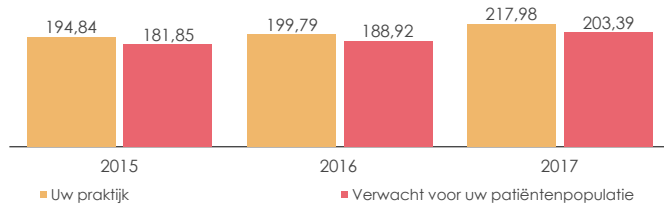
	% Zorggebruikende patiënt*	Kosten per zorggebruikende patiënt	Kosten per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	67%	€ 316	€ 213
Verwacht	66%	€ 325	€ 216
% verschil	2%	-3%	-2%

* Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment. Een ingeschreven patiënt is een persoon die bij uw praktijk staat ingeschreven, ongeacht of hij zorg heeft ontvangen.

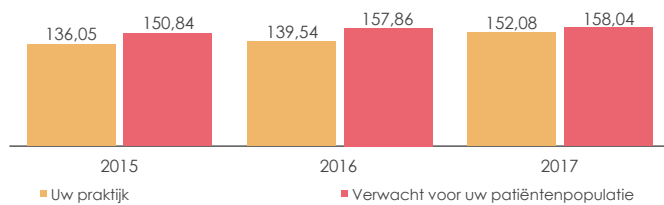
7. Extramurale farmaceutische zorg per anatomische hoofdgroep

7.1 Gemiddelde kosten per zorggebruikende patiënt*

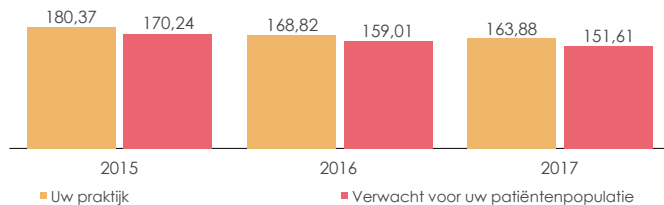
C: Hartvaatstelsel



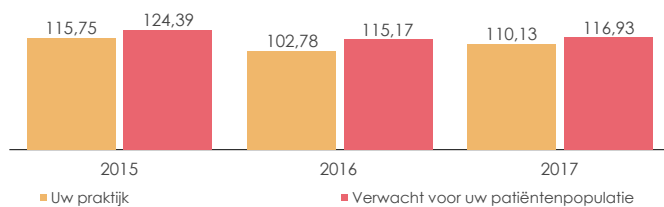
A: Maagdarmkanaal en metabolisme



N: Zenuwstelsel



R: Ademhalingsstelsel



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 165,71	€ 18,76	€ 175,58	€ 16,49	€ 180,00	€ 28,93
Verwacht	€ 153,67	€ 18,65	€ 162,59	€ 12,33	€ 168,34	€ 15,46
% verschil	8%	1%	8%	34%	7%	87%

Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 112,94	€ 10,78	€ 119,28	€ 11,55	€ 128,07	€ 11,15
Verwacht	€ 123,88	€ 15,96	€ 131,29	€ 12,34	€ 129,25	€ 12,75
% verschil	-9%	-32%	-9%	-6%	-1%	-13%

Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 120,26	€ 31,40	€ 114,48	€ 20,12	€ 109,56	€ 23,95
Verwacht	€ 106,37	€ 37,66	€ 102,75	€ 23,98	€ 103,14	€ 19,78
% verschil	13%	-17%	11%	-16%	6%	21%

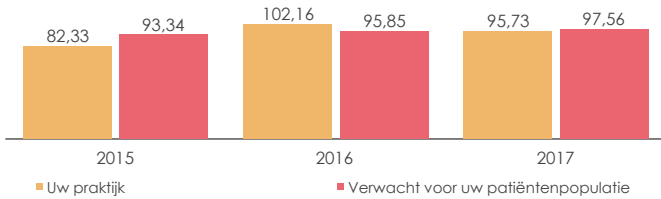
Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 101,79	€ 7,69	€ 90,71	€ 7,12	€ 95,35	€ 8,70
Verwacht	€ 104,31	€ 12,11	€ 100,44	€ 6,57	€ 99,53	€ 7,50
% verschil	-2%	-36%	-10%	8%	-4%	16%

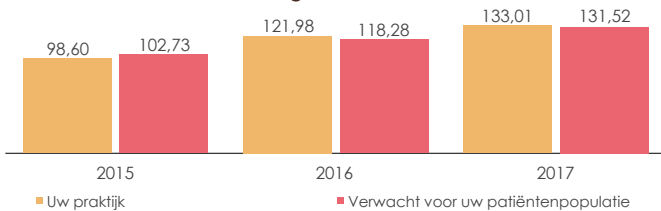
* Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment.

** Exclusief voorschrijvers niet zijnde huisartsen en specialisten.

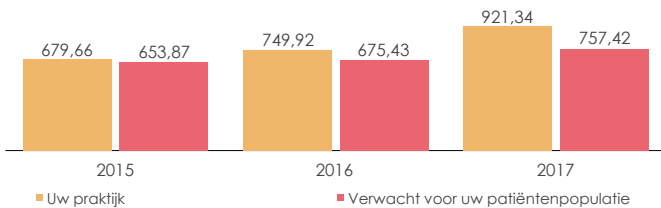
J: Antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik



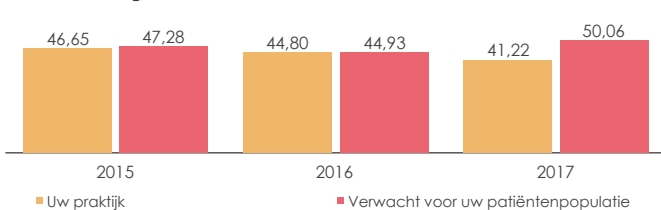
B: Bloed en bloedvormende organen



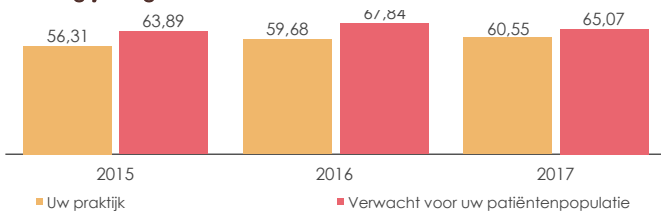
L: Oncolytica en immunomodulantia



D: Dermatologica



S: Zintuiglijke organen



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 24,25	€ 38,16	€ 29,88	€ 39,95	€ 37,89	€ 38,46
Verwacht	€ 28,83	€ 43,05	€ 28,67	€ 30,02	€ 32,38	€ 35,42
% verschil	-16%	-11%	4%	33%	17%	9%

Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 67,67	€ 21,64	€ 84,78	€ 23,39	€ 100,47	€ 16,92
Verwacht	€ 74,85	€ 18,65	€ 82,56	€ 14,34	€ 94,40	€ 15,28
% verschil	-10%	16%	3%	63%	6%	11%

Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 99,16	€ 401,87	€ 147,48	€ 535,92	€ 154,25	€ 641,14
Verwacht	€ 92,61	€ 449,62	€ 110,41	€ 360,51	€ 231,66	€ 413,75
% verschil	7%	-11%	34%	49%	-33%	55%

Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 35,61	€ 7,74	€ 33,58	€ 8,04	€ 32,94	€ 6,01
Verwacht	€ 32,56	€ 10,46	€ 31,88	€ 6,59	€ 33,35	€ 6,99
% verschil	9%	-26%	5%	22%	-1%	-14%

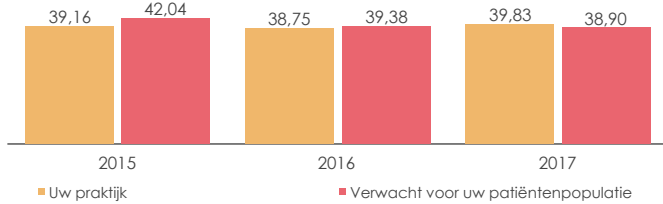
Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 32,11	€ 16,43	€ 36,69	€ 12,92	€ 38,41	€ 13,25
Verwacht	€ 35,59	€ 18,16	€ 37,39	€ 11,85	€ 36,23	€ 10,95
% verschil	-10%	-10%	-2%	9%	6%	21%

* Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment.

** Exclusief voorschrijvers niet zijnde huisartsen en specialisten.

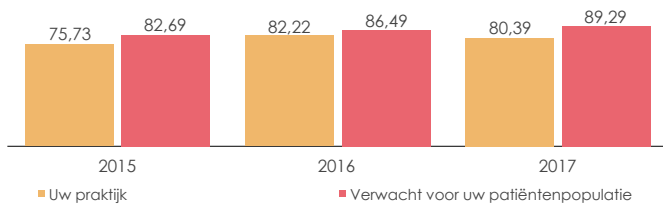
M: Skeletspierstelsel



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 27,70	€ 5,65	€ 27,85	€ 4,61	€ 29,73	€ 4,77
Verwacht	€ 28,15	€ 6,14	€ 28,52	€ 3,25	€ 28,07	€ 3,37
% verschil	-2%	-8%	-2%	42%	6%	41%

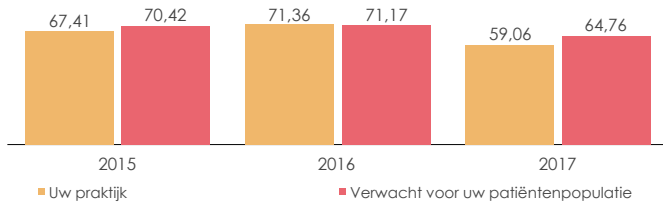
G: Urogenitale stelsel en geslachtshormonen



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 65,18	€ 6,08	€ 66,18	€ 10,52	€ 57,68	€ 11,43
Verwacht	€ 64,95	€ 11,57	€ 67,95	€ 8,83	€ 66,09	€ 10,20
% verschil	0%	-47%	-3%	19%	-13%	12%

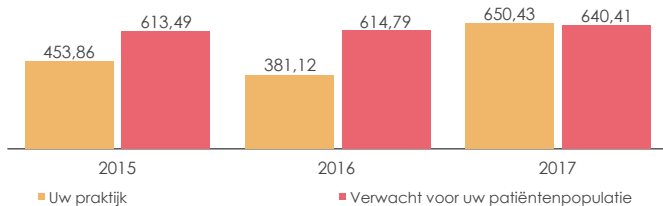
H: Systemische hormoonpreparaten, excl geslachtshormonen



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 51,79	€ 9,62	€ 54,67	€ 11,66	€ 46,22	€ 6,94
Verwacht	€ 46,76	€ 11,72	€ 47,06	€ 13,34	€ 46,25	€ 8,14
% verschil	11%	-18%	16%	-13%	0%	-15%

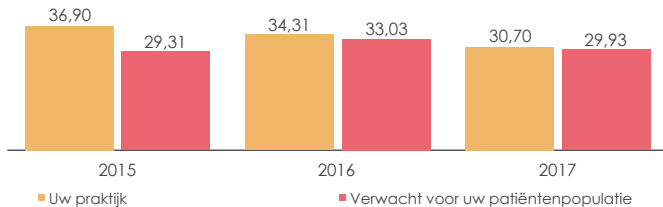
V: Diverse middelen



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 77,60	€ 158,35	€ 137,68	€ 16,18	€ 131,77	€ 286,66
Verwacht	€ 328,26	€ 200,84	€ 440,00	€ 79,33	€ 465,43	€ 78,21
% verschil	-76%	-21%	-69%	-80%	-72%	267%

P: Antiparasitica, insecticiden en insectwerende middelen



Opsplitsing naar voorschrijver (volgens declaratie)**

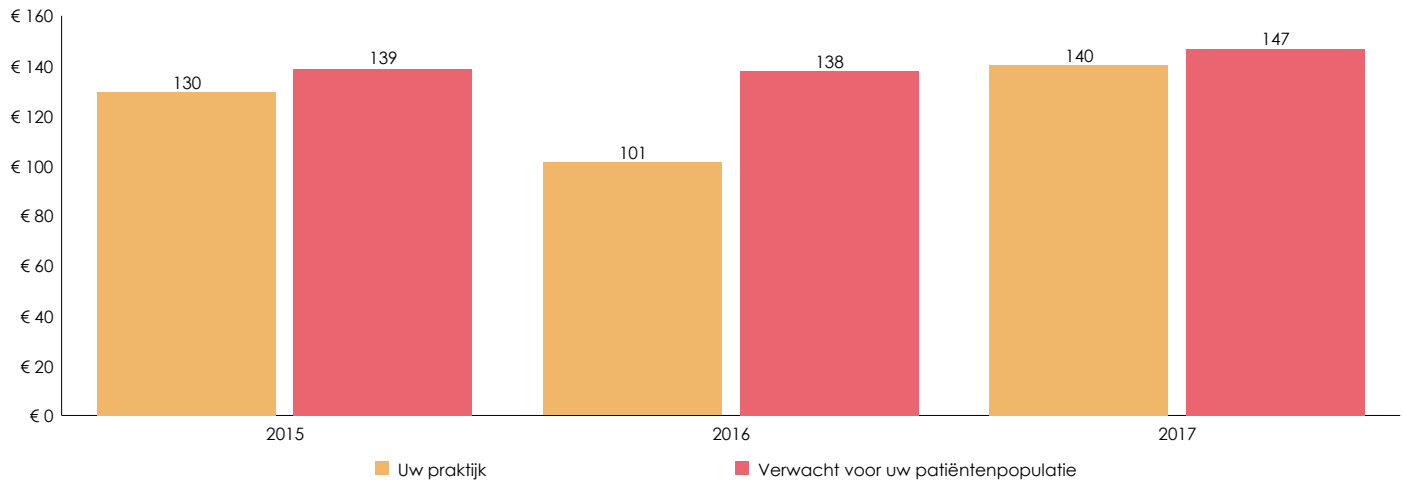
	2015		2016		2017	
	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist	Huisarts	Specialist
Uw praktijk	€ 21,53	€ 5,75	€ 22,44	€ 5,46	€ 20,68	€ 5,10
Verwacht	€ 17,49	€ 6,44	€ 19,17	€ 5,04	€ 16,46	€ 5,79
% verschil	23%	-11%	17%	8%	26%	-12%

* Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment.

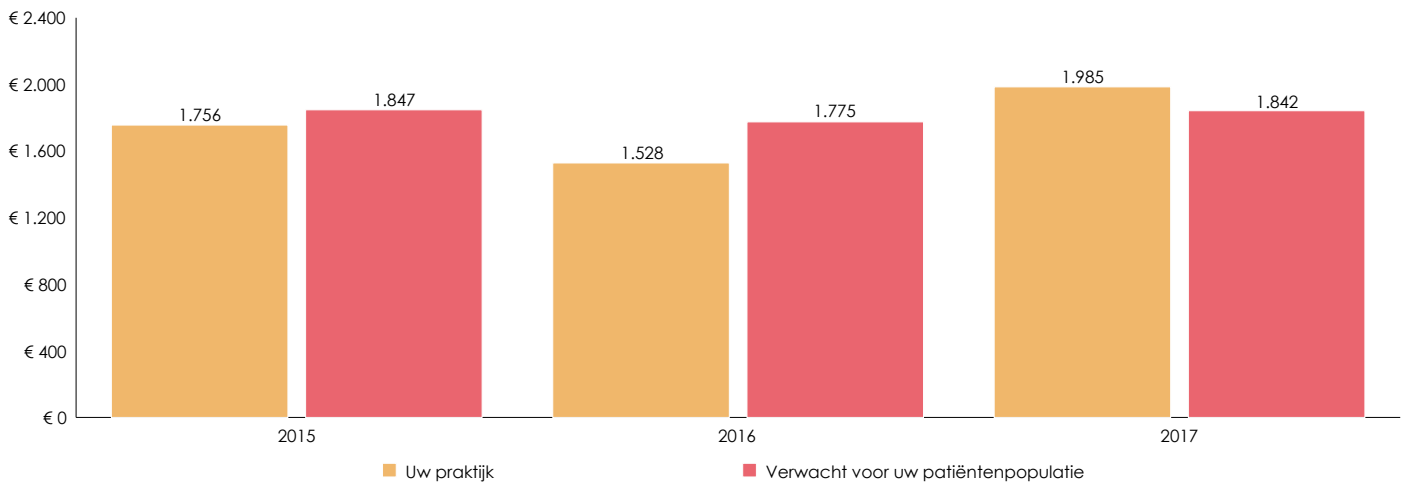
** Exclusief voorschrijvers niet zijnde huisartsen en specialisten.

8. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

8.1 Gemiddelde totale GGZ-kosten per ingeschreven patiënt



8.2 Gemiddelde totale GGZ-kosten per zorggebruikende patiënt



* Met ingang van 2017 is een grote wijziging doorgevoerd in de organisatie van de GGZ-zorg. Hierdoor zijn de jaren vanaf 2017 niet goed vergelijkbaar met de jaren voorafgaand aan de wijziging. Zie hoofdstuk Toelichting voor meer informatie.

8.3 Gemiddelde kosten consulten POH-GGZ per ingeschreven patiënt



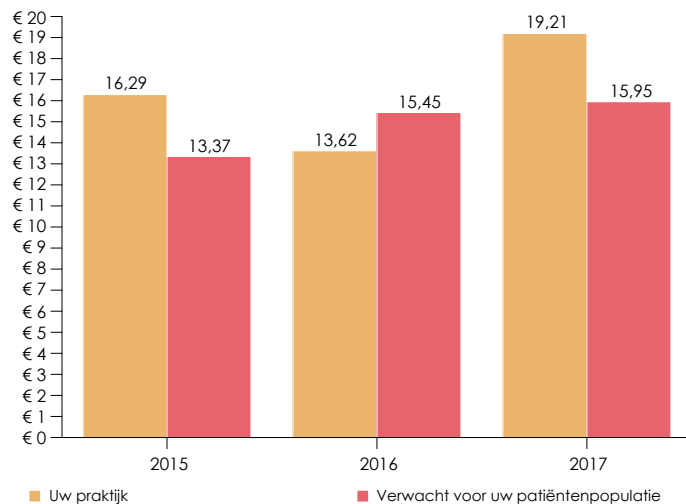
Verschil	2015	2016	2017
%	38%	-1%	7%

8.4 Overzicht POH-GGZ (2017)

	% Zorggebruikende patiënten	Per zorggebruikende patiënt	Per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	3,0%	€ 81	€ 2
Verwacht	3,6%	€ 62	€ 2
% verschil	-17,6%	29,5%	7,1%

In de tabel hierboven zijn alleen de consulten POH-GGZ meegenomen. Als ook de modules POH-GGZ worden meegenomen, dan zijn de kosten per ingeschreven patiënt € 7,39 (voor zowel consulten als modules). Verwacht voor uw patiëntenpopulatie is dit € 10,55.

8.5 Gemiddelde kosten Generalistische basis-GGZ per ingeschreven patiënt



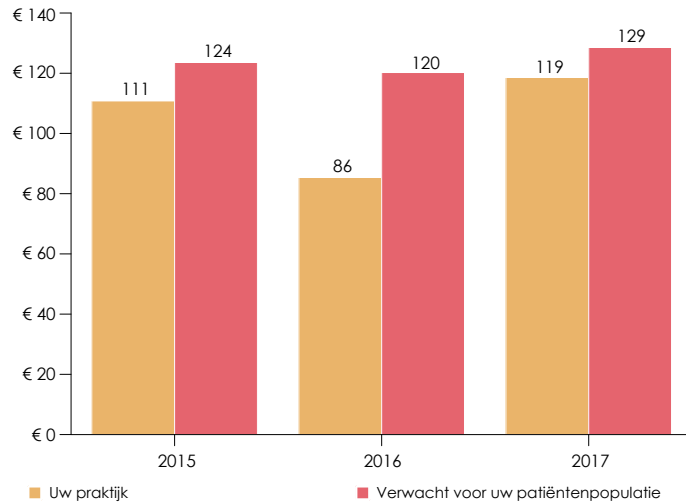
Verschil	2015	2016	2017
%	22%	-12%	20%

8.6 Overzicht Generalistische basis-GGZ (2017)

	% Zorggebruikende patiënten	Per zorggebruikende patiënt	Per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	2,1%	€ 898	€ 19
Verwacht	1,6%	€ 1.028	€ 16
% verschil	37,8%	-12,6%	20,4%

* Met ingang van 2017 is een grote wijziging doorgevoerd in de organisatie van de GGZ-zorg. Hierdoor zijn de jaren vanaf 2017 niet goed vergelijkbaar met de jaren voorafgaand aan de wijziging. Zie hoofdstuk Toelichting voor meer informatie.

8.7 Gemiddelde kosten Gespecialiseerde GGZ per ingeschreven patiënt

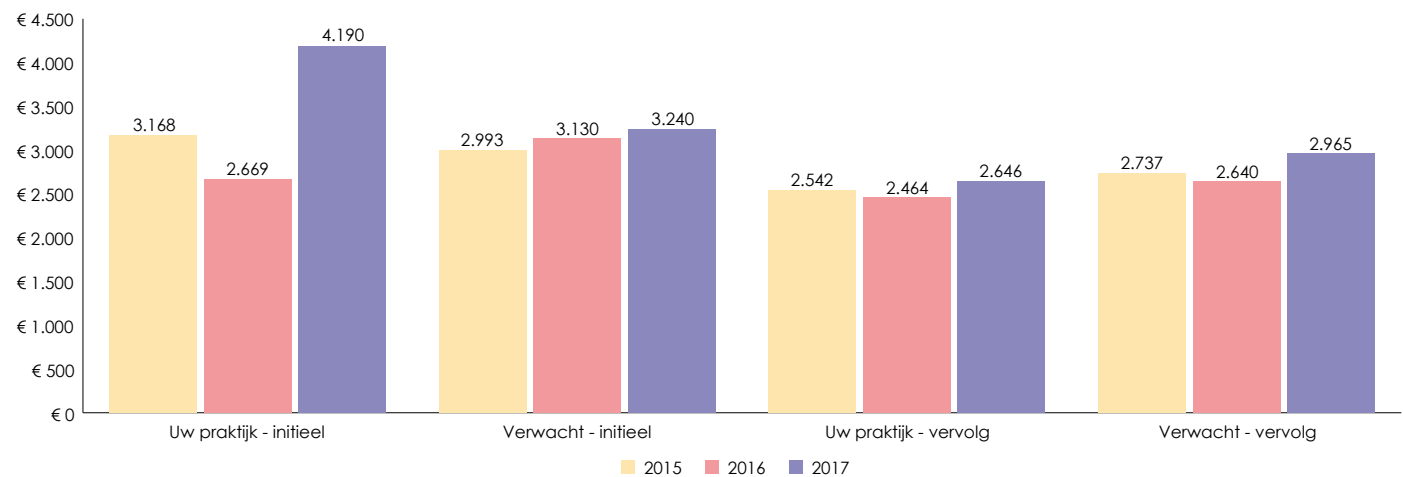


Verskil	2015	2016	2017
%	-10%	-29%	-8%

8.8 Overzicht Gespecialiseerde GGZ (2017)

	% Zorggebruikende patiënten	Per zorggebruikende patiënt	Per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	3,2%	€ 3.753	€ 119
Verwacht	4,0%	€ 3.251	€ 129
% verschil	-20,1%	15,4%	-7,8%

8.9 Gemiddelde kosten voor initiële en vervolg-DBC's* per zorggebruikende patiënt (Gespecialiseerde GGZ)**



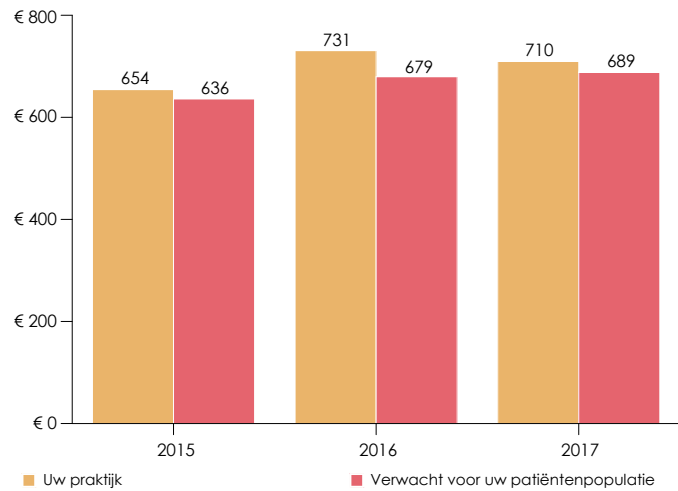
* Met ingang van 2017 is een grote wijziging doorgevoerd in de organisatie van de GGZ-zorg. Hierdoor zijn de jaren vanaf 2017 niet goed vergelijkbaar met de jaren voorafgaand aan de wijziging. Zie hoofdstuk Toelichting voor meer informatie.

* **initieële DBC** is een diagnosebehandelcombinatie die een hoofdbehandelaar, na doorverwijzing, opent voor een eerste of een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Een **vervolg-DBC** is een diagnosebehandelcombinatie die wordt geopend door een specialist, volgend op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC.

** Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment.

9. Medisch-specialistische zorg (MSZ)

9.1 Gemiddelde kosten MSZ per ingeschreven patiënt



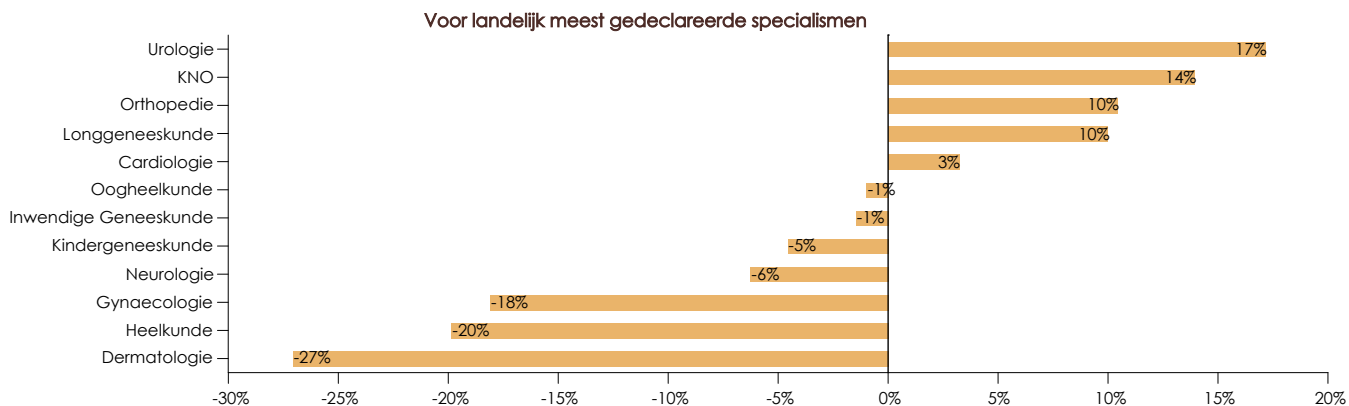
Verskil	2015	2016	2017
%	3%	8%	3%

9.2 Overzicht MSZ (2017)

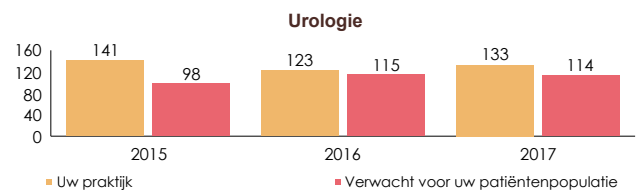
	% Zorggebruikende patiënten	Per zorggebruikende patiënt	Per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	39%	€ 1.806	€ 710
Verwacht	41%	€ 1.672	€ 689
% verschil	-5%	8%	3%

10. Medisch-specialistische zorg per specialisme

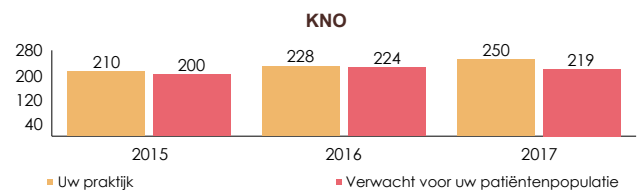
10.1 Overzicht verschil percentage patiënten onder behandeling specialist in uw praktijk t.o.v. verwacht (2017)



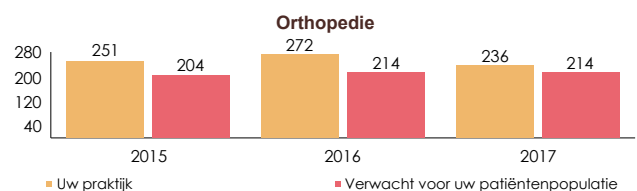
10.2 Aantal patiënten onder behandeling specialist in uw praktijk t.o.v. verwacht per specialisme



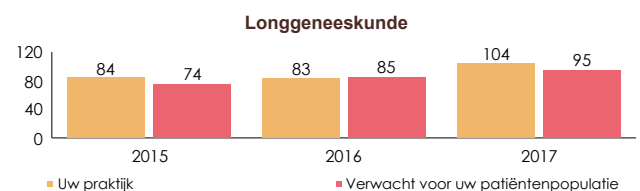
Vershil	2015	2016	2017
%	44%	7%	17%



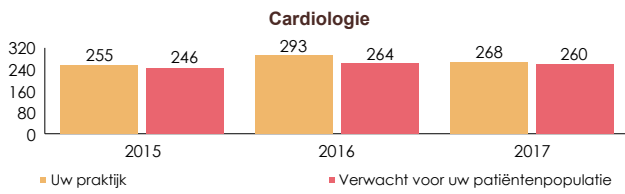
Vershil	2015	2016	2017
%	5%	2%	14%



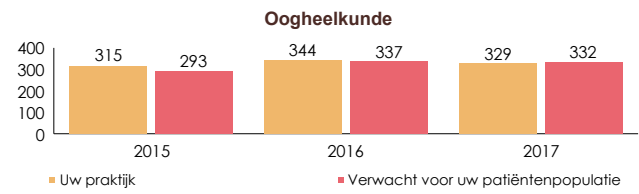
Vershil	2015	2016	2017
%	23%	27%	10%



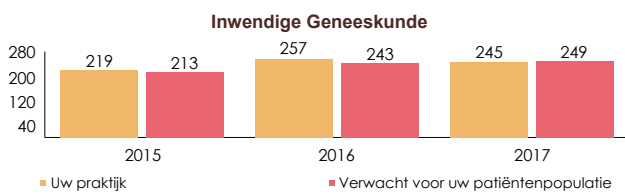
Vershil	2015	2016	2017
%	13%	-2%	10%



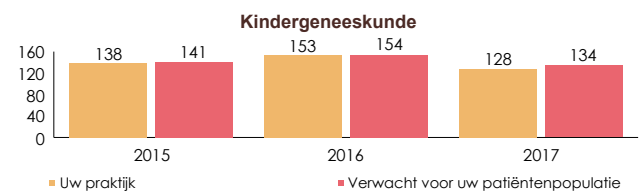
Vershil	2015	2016	2017
%	4%	11%	3%



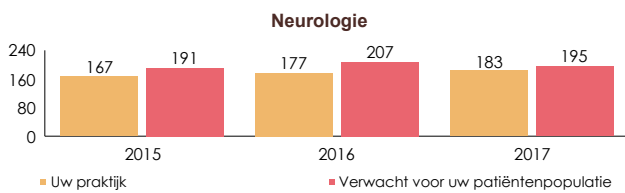
Vershil	2015	2016	2017
%	7%	2%	-1%



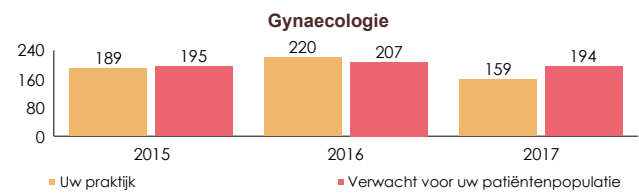
Vershil	2015	2016	2017
%	3%	6%	-1%



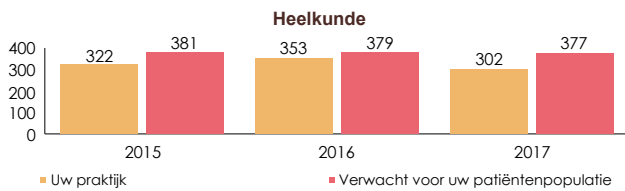
Vershil	2015	2016	2017
%	-2%	0%	-5%



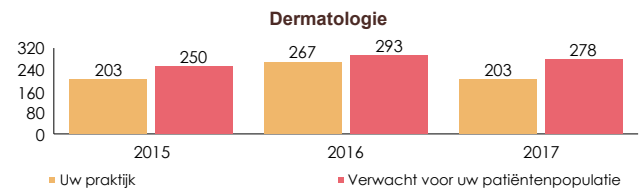
Vershil	2015	2016	2017
%	-12%	-15%	-6%



Vershil	2015	2016	2017
%	-3%	6%	-18%

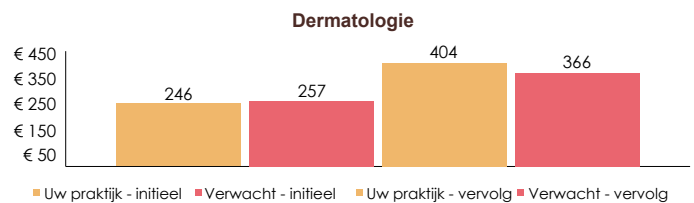
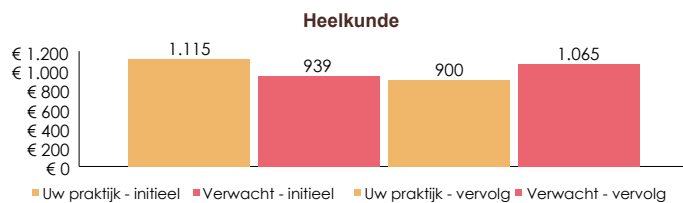
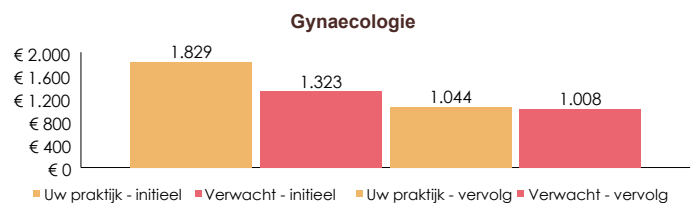
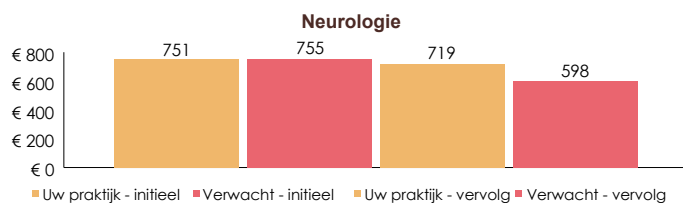
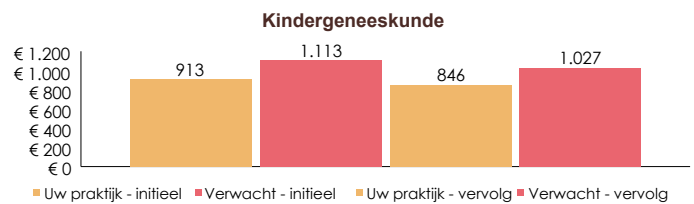
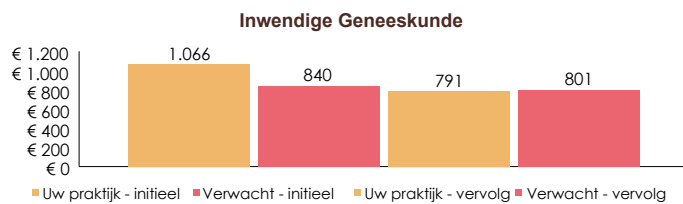
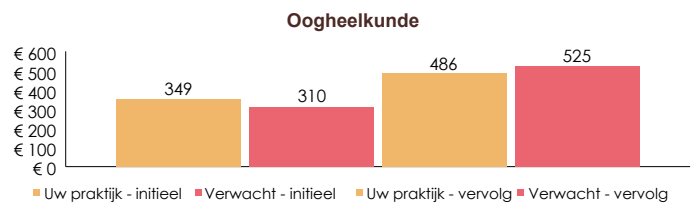
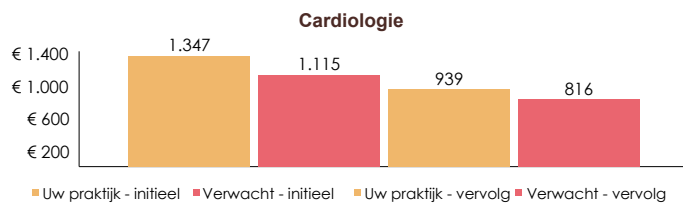
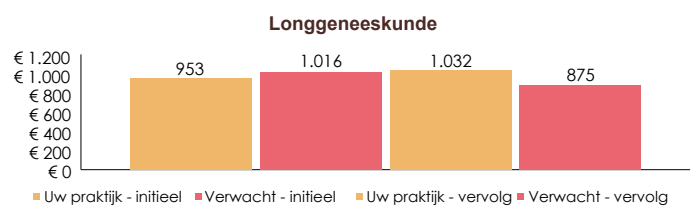
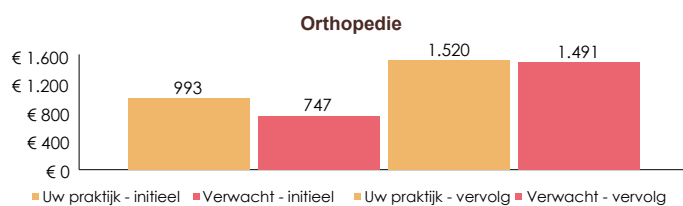
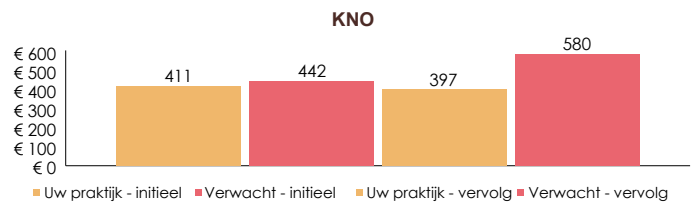
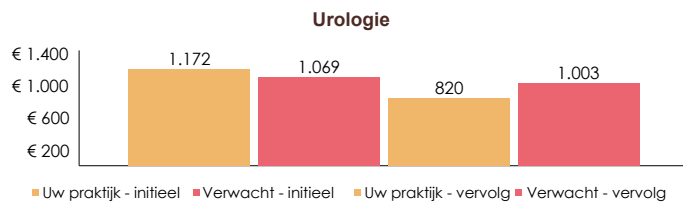


Vershil	2015	2016	2017
%	-15%	-7%	-20%



Vershil	2015	2016	2017
%	-19%	-9%	-27%

10.3 Gemiddelde kosten in 2017 per zorggebruikende patiënt* – Initiële en vervolg-DBC's** (voor landelijk meest gedeclareerde specialismen)

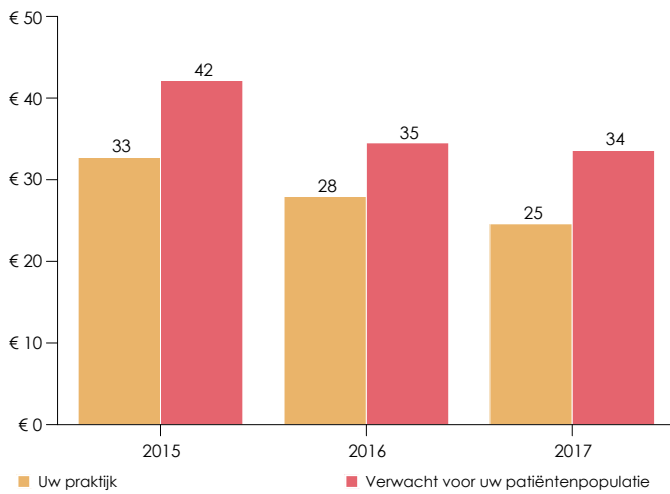


* Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment.

** Een **initieële DBC** is een diagnosebehandelcombinatie die een hoofdbehandelaar, na doorverwijzing, opent voor een eerste of een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Een **vervolg-DBC** is een diagnosebehandelcombinatie die wordt geopend door een specialist, volgend op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC.

11. Eerstelijns diagnostiek

11.1 Gemiddelde kosten Eerstelijns diagnostiek per ingeschreven patiënt



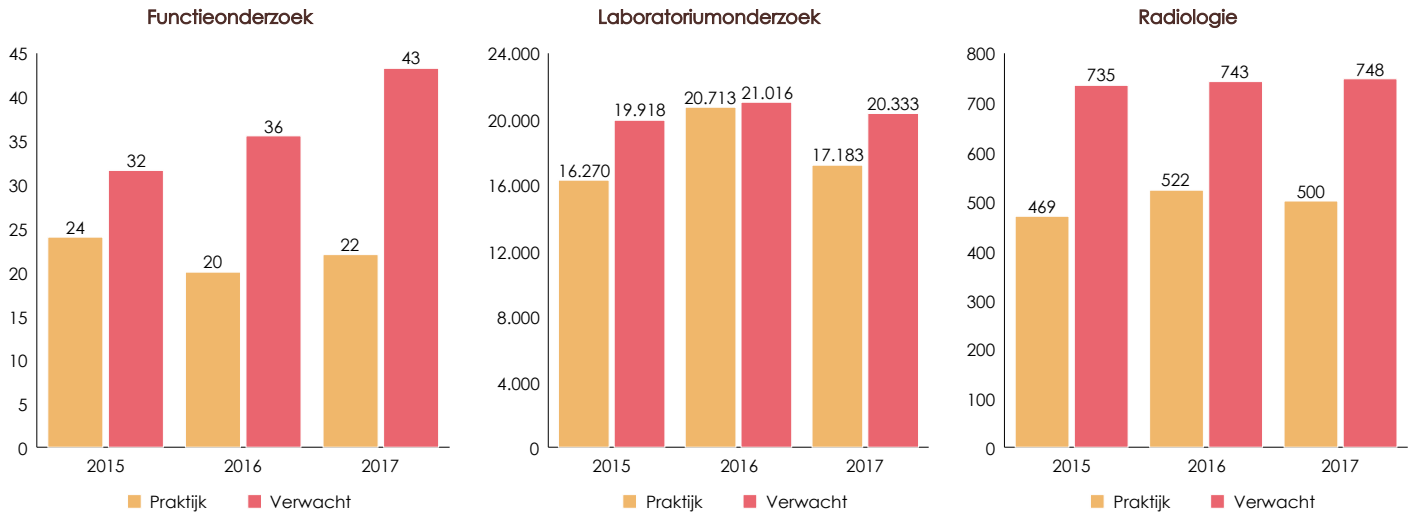
Verschil	2015	2016	2017
%	-22%	-19%	-27%

11.2 Overzicht Eerstelijns diagnostiek (2017)

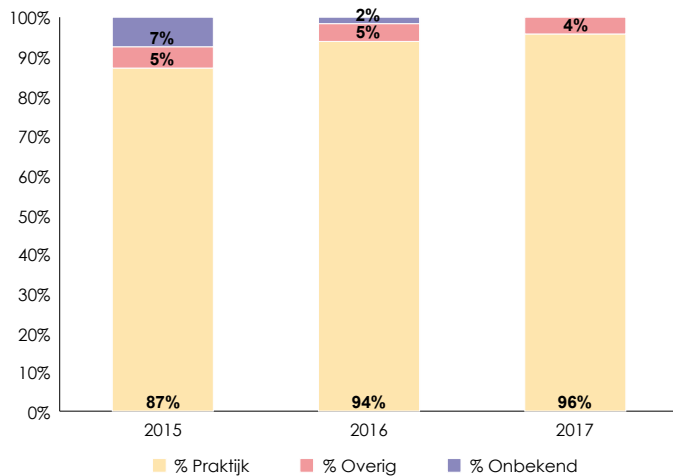
	% Zorggebruikende patiënten	Per zorggebruikende patiënt	Per ingeschreven patiënt
Uw praktijk	37%	€ 66	€ 25
Verwacht	39%	€ 85	€ 34
% verschil	-5%	-23%	-27%

12. Eerstelijns diagnostiek verdeling aanvragen

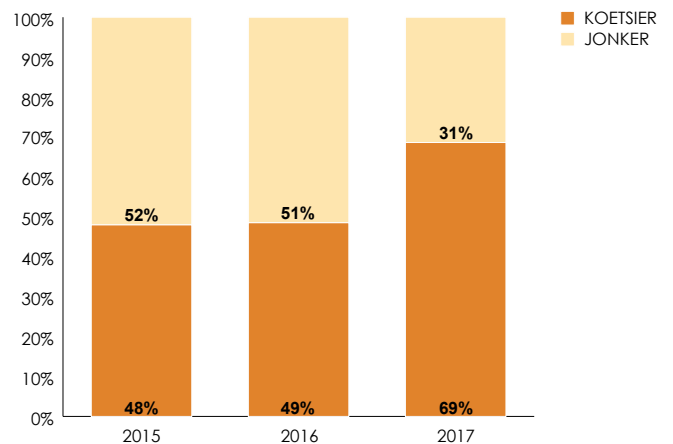
12.1 Aantal aanvragen Eerstelijns diagnostiek voor ingeschreven patiënten van uw praktijk



12.2 Percentage aanvragen Eerstelijns diagnostiek per soort zorgaanbieder



12.3 Percentage aanvragen Eerstelijns diagnostiek per huisarts binnen uw praktijk



13. Toelichting

In deze Toelichting vindt u nadere uitleg over:

- algemene uitgangspunten van onze werkwijze;
- vaak voorkomende begrippen;
- de gegevens en gebruikte begrippen per zorgsegment.

13.1 Algemene uitgangspunten

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.

Bij de praktijkgegevens (zoals adres en werkzame huisartsen) wordt de vermelde peildatum aangehouden. De patiëntgegevens en de zorgkosten per jaar worden steeds voor het hele jaar opgeteld voor alle patiënten die op 1 juli bij de praktijk staan ingeschreven.

Bij alle zorgsegmenten wordt een kostenontwikkeling geschetst van een aantal jaren. Sommige behandelingen in het ziekenhuis of in de geestelijke gezondheidszorg hebben een lange doorlooptijd. Om deze reden kan het aantal gerapporteerde jaren verschillen tussen de zorgsegmenten. In dat geval zijn van een recenter jaar onvoldoende declaraties beschikbaar om een betrouwbaar beeld te geven. Er is dan bijvoorbeeld voor Huisartsenzorg een recenter jaar beschikbaar dan voor Medisch-specialistische zorg.

De patiëntenpopulatie bestaat uit alle mensen die zijn verzekerd binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw).

13.2 Begrippen

Verwachte waarde

U treft in de overzichten naast uw praktijkgegevens steeds ook een verwachte waarde voor uw patiëntenpopulatie aan.

Deze geeft aan wat voor het totaal van uw patiënten zou mogen worden verwacht voor het zorggebruik. Iedere huisartsenpraktijk is natuurlijk uniek. Maar afwijkingen op zeven specifieke kenmerken van uw patiëntenpopulatie - leeftijd, geslacht, inkomen, de Farmaceutische kostengroepen en drie chronische aandoeningen (Diabetes, COPD en CVRM) - worden in de berekeningen gecorrigeerd. Dat maakt vergelijking mogelijk met wat volgens het regionale gemiddelde verwacht mag worden.

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.

Het verschil tussen de cijfers van uw praktijk en de 'verwachte waarde' wordt uitgedrukt in een percentage:

- 0 % - de cijfers voor uw praktijk komen overeen met de verwachte cijfers;
- % - uw praktijk heeft lagere zorgkosten of aantallen dan verwacht op basis van de patiëntkenmerken;
- % - uw praktijk heeft hogere zorgkosten of aantallen dan verwacht op basis van de patiëntkenmerken.

Dit percentage is berekend op basis van de niet-afgeronde cijfers. In de tabellen en grafieken worden afgeronde cijfers weergegeven. Om die reden kunt u hier en daar minieme verschillen in de cijfers aantreffen.

De regio

De verwachte waarde is bepaald op basis van het regionale gemiddelde. De populatie van de regio is een selectie van alle ingeschreven patiënten van alle huisartspraktijken die verbonden zijn aan een zorggroep. Dit betreft de zorggroep die in uw regio actief met het ketenzorgprogramma diabetes.

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. De inschrijving wordt bepaald op basis van de inschrijftarieven betaald in het derde kwartaal van het rapportagejaar.

Iemand wordt een zorggebruikende patiënt wanneer hij of zij meer dan € 0,- zorgkosten heeft gemaakt binnen het betreffende zorgsegment. De zorgkosten zijn inclusief eventuele eigen bijdragen van de patiënt.

Patiënt met hoge zorgkosten

Een patiënt heeft hoge zorgkosten, wanneer hij/zij in een jaar meer dan € 10.000,- aan GGZ-zorg heeft gehad en/of meer dan € 22.500,- aan zorgkosten in totaal (onafhankelijk van de zorgsoort).

In de grafieken en de tabellen zijn patiënten met hoge kosten niet meegenomen. Dit omdat zij voor een onevenredige vertekening van de gemiddelden voor uw praktijk zorgen.

Alleen in het overzicht van het 'type zorggebruiker' onder 'Huisartsenzorg' worden deze patiënten wel meegeteld.

13.3 Praktijkgegevens (zie hoofdstuk 2)

Deze pagina geeft algemene informatie over de huisartsenpraktijk, welke huisartsen in de praktijk werken, en in welke samenwerkingsverbanden de praktijk is opgenomen op peildatum 1 juli van het rapportagejaar. De bronnen van deze gegevens zijn het AGB-register en de declaratiegegevens zoals de zorgverzekeraars ze aan Vektis hebben aangeleverd.

Praktijkgegevens

De algemene praktijkgegevens worden weergegeven zoals deze in het AGB-register zijn vastgelegd. Mochten de gegevens niet correct zijn, dan kunt u ze in het AGB-register aanpassen via www.vecozo.nl onder de dienst 'wijzigen van AGB-gegevens'.

Huisartsgegevens

Dit overzicht toont welke huisartsen werkzaam zijn 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. Ook ziet u per zorgverlener wie op naam van de praktijk inschijftarieven 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.

Ketenzorggroepen

Hier wordt aangegeven bij welke zorggroepen de patiënten van de praktijk in behandeling zijn voor welke ketenzorgprogramma's. Een relatie met de zorggroep blijkt uit de declaratiegegevens: de zorggroep heeft voor kwartaal 3 van het rapportagejaar declaraties ingediend voor bij de praktijk ingeschreven patiënten.

De naam van de zorggroep wordt weergegeven zoals deze in AGB is vastgelegd. Het aantal patiënten dat in een programma is opgenomen, is bepaald op basis van de declaratiegegevens voor kwartaal 3 van het rapportagejaar. Als het aantal patiënten 0 is, is er wel een relatie volgens AGB maar zijn er geen declaraties ontvangen voor uw patiënten vanuit deze ketenzorggroep.

Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)

Als uw praktijk ook is aangesloten bij een GEZ, dan ziet u ook de AGB-code en de naam van de GEZ.

Op basis van de GEZ-gelden (prestatiecodes 11600 en 11601) is bepaald of u samenwerkt in een GEZ.

Zijn er geen declaraties voor een GEZ voor uw praktijk geweest, dan wordt vermeld: 'Er zijn in het rapportagejaar geen declaraties GEZ ontvangen op naam van de patiënten in uw praktijk'.

13.4 Patiëntenpopulatie (zie hoofdstuk 3)

Aantal ingeschreven patiënten

U ziet het aantal patiënten dat is ingeschreven bij uw huisartsenpraktijk op peildatum 1 juli van het rapportagejaar. Dit aantal is bepaald op basis van de gedeclareerde inschijftarieven.

Percentage ingeschreven patiënten naar inkomen op basis van postcode

De inkomensgegevens zijn op basis van de postcode van het woonadres van de patiënt. Het Centraal Bureau voor de Statistiek stelt het inkomen vast voor iedere volledige postcode in Nederland. De inkomensverdeling, het percentage patiënten dat woont in een postcode gebied met respectievelijk laag, midden of hoog inkomen, voor uw praktijk is afgezet tegen de regionale verdeling, die vooraf is bepaald op 30% laag, 40% middel en 30% hoog. Bron: "CBS: Kerncijfers Postcodegebieden 2008-2010"

Percentage ingeschreven patiënten naar leeftijd en geslacht

De patiënten zijn ingedeeld in leeftijdscategorieën op basis van de leeftijd op 1 juli van het rapportagejaar. De regionale verdeling is afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

13.5 Totale zorgkosten (zie hoofdstuk 4)

U ziet een totaaloverzicht van de gedeclareerde zorgkosten over een aantal jaren. Een percentage toont het verschil tussen de waarde van uw praktijk en de verwachte waarde. Daarnaast vindt u de gemiddelde zorgkosten per ingeschreven patiënt, voor het laatste jaar waarin die voor dat zorgsegment beschikbaar is. De zorgkosten hebben alleen betrekking op de basisverzekering (dit geldt ook voor fysiotherapie).

Voor **Huisartsenzorg** zijn alle zorgkosten opgenomen exclusief de kosten voor POH-GGZ en verloskundige hulp door de huisarts.

De zorgkosten voor **Wijkverpleging** zijn opgenomen vanaf 2015.

In de zorgkosten voor de **Geestelijke gezondheidszorg** zijn de declaraties voor de praktijkondersteuner GGZ (consulten POH-GGZ), Generalistische basis-GGZ en de Gespecialiseerde GGZ opgenomen. De behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen een lange doorlooptijd hebben. Het duurt hierdoor langer tot er voldoende cijfers beschikbaar zijn om met voldoende zekerheid de verwachte waarde te voorspellen.

De behandelingen in de **Medisch-specialistische zorg** kunnen een lange doorlooptijd hebben. Het duurt hierdoor langer tot er voldoende cijfers beschikbaar zijn om met voldoende zekerheid de verwachte waarde te voorspellen.

Bij de **Eerstelijns diagnostiek** zijn de zorgkosten opgenomen voor alle aanvragen voor eerstelijns diagnostiek. De ordertarieven zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Voor de **Overige kosten** zijn de zorgkosten voor alle overige zorgsegmenten opgenomen die zijn vergoed vanuit de basisverzekering. Hierbij kunt u denken aan kosten voor hulpmiddelen, overige paramedische zorg (niet zijnde fysiotherapie) en andere.

Patiënten met hoge kosten

Een patiënt heeft hoge zorgkosten, wanneer hij/zij in een jaar meer dan € 10.000,- aan GGZ-zorg heeft gehad en/of meer dan € 22.500,- aan zorgkosten in totaal (onafhankelijk van de ontvangen zorgsoort). Zijn er in uw praktijk minder dan 10 patiënten met hoge kosten, dan mag niet worden getoond hoeveel patiënten het exact betreft en voor welk bedrag er zorg is ontvangen. Dit om eventuele herleidbaarheid naar individuele patiënten te voorkomen. Ook wanneer er voor bepaalde zorg minder dan 10 patiënten met hoge kosten zijn binnen uw praktijk worden - om dezelfde reden - de gegevens niet vermeld.

Verwachte kosten

Voor de meeste kosten en aantallen wordt naast de cijfers voor de praktijk ook een verwachte waarde berekend. Deze verwachte waarde geeft aan wat voor het totaal van de patiëntenpopulatie van de praktijk zou mogen worden verwacht voor het zorggebruik. Naast de kenmerken als **leeftijd**, **geslacht** en **inkomen** (zie patiëntenpopulatie) zijn de volgende kenmerken opgenomen:

Farmaceutische kostengroepen (FKG's)

Dit is een indeling die wordt toegepast binnen het risicovereeningsstelsel. De patiënten worden ingedeeld in klassen van chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelgebruik in het verleden. Op de website van het Zorginstituut Nederland staan alle definities weergegeven van de FKG's (in het ATC-referentiebestand).

Chronische aandoening Diabetes

De patiënten worden op basis van geneesmiddelgebruik, behandelingen in het ziekenhuis en/of een eerstelijns behandeling (Keten DBC/koptarief) ingedeeld naar wel of geen diabetes patiënt.

Chronische aandoening COPD

De patiënten worden op basis van geneesmiddelgebruik, behandelingen in het ziekenhuis en/of een eerstelijns behandeling (Keten DBC) ingedeeld naar wel of geen COPD patiënt.

Chronische aandoening Hart- en vaatziekten (CVRM)

De patiënten worden op basis van geneesmiddelgebruik, behandelingen in het ziekenhuis en/of een eerstelijns behandeling (Keten DBC) ingedeeld naar wel of geen CVRM patiënt.

13.6 Huisartsenzorg (zie hoofdstuk 5)

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).

Gemiddelde kosten huisartsenzorg per ingeschreven patiënt

Voor elk van de opeenvolgende jaren zijn alle zorgkosten voor huisartsenzorg opgeteld voor de patiënten die op peildatum 1 juli van dat jaar waren ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

Gemiddelde kosten consulten en visites per ingeschreven patiënt

Deze kosten zijn bepaald op basis van de declaratiegegevens in het gehele jaar. U vindt de gemiddelde kosten uitgesplitst per leeftijdscategorie, op basis van de leeftijd op 1 juli van het rapportagejaar.

Gemiddelde kosten ANW/HAP/HDS consulten en visites per ingeschreven patiënt

Deze kosten zijn bepaald op basis van de declaratiegegevens in het gehele jaar. U vindt de gemiddelde kosten uitgesplitst per leeftijdscategorie, op basis van de leeftijd op 1 juli van het rapportagejaar.

Onderverdeling patiëntenaantallen van praktijk naar type zorggebruiker

Uw patiënten zijn hier ingedeeld naar het aantal contacten (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 illustreert per leeftijdscategorie de procentuele verdeling naar het type zorggebruiker (de totale hoogte = 100%). Ieder hokje bevat het aantal patiënten met het door de kleur aangegeven type zorggebruik. In dit overzicht worden ook de patiënten met hoge kosten meegenomen, in tegenstelling tot in de rest van de rapportage.

Gemiddeld aantal consulten en visites per 1.000 ingeschreven patiënten

Deze aantallen zijn bepaald op basis van de declaratiegegevens in het gehele jaar. U vindt de gemiddelde aantallen per 1.000 ingeschreven patiënten voor de verschillende consulten en visites, uitgesplitst per leeftijdscategorie. U kunt deze steeds vergelijken met de verwachte waarde.

Gemiddeld aantal ANW/HAP/HDS consulten en visites per 1.000 ingeschreven patiënten

Deze aantallen zijn bepaald op basis van de declaratiegegevens in het gehele jaar. U vindt de gemiddelde aantallen per 1.000 ingeschreven patiënten voor de verschillende ANW/HAP/HDS consulten en visites, uitgesplitst per leeftijdscategorie. U kunt deze steeds vergelijken met de verwachte waarde.

Overzicht percentage verschil aantal gedeclareerde M&I verrichtingen in uw praktijk t.o.v. verwacht

De Top 10 van M&I-verrichtingen is gebaseerd op de landelijke zorgkosten. De grafiek toont het percentage verschil tussen de waarde van uw praktijk en de verwachte waarde per M&I verrichting. Het kan voorkomen dat voor een bepaalde verrichting er geen declaraties zijn; u ziet dan -100%.

Aantal verrichtingen in uw praktijk t.o.v. verwacht per M&I verrichting

De Top 10 van M&I-verrichtingen is gebaseerd op de landelijke zorgkosten. U vindt hier hoeveel M&I-verrichtingen u heeft uitgevoerd in het rapportagejaar, op basis van zorgdeclaraties. Het kan voorkomen dat er voor een bepaalde verrichting er geen declaraties zijn; u ziet dan 0.

13.7 Extramurale farmaceutische zorg (zie hoofdstuk 6)

Gemiddelde kosten medicijnen per ingeschreven patiënt

U ziet het medicijngebruik van uw patiënten in opeenvolgende jaren. Hierbij zijn alle medicijnkosten en de receptregelvergoedingen (receptregelvergoeding t/m 2014 exclusief BTW en m.i.v. 2015 inclusief BTW) van de ingeschreven patiënten per jaar opgeteld, ongeacht wie de voorschrijver was.

Overzicht Extramurale farmaceutische zorg

U ziet voor het rapportagejaar hoeveel procent van de ingeschreven patiënten medicijnen hebben gebruikt. Ook de gemiddelde zorgkosten per zorggebruikende en per ingeschreven patiënt zijn weergegeven.

13.8 Extramurale farmaceutische zorg per anatomische hoofdgroep (zie hoofdstuk 7)

Gemiddelde kosten per zorggebruikende patiënt

Per geneesmiddelsoort worden voor het rapportagejaar en de eerdere jaren de kosten van gedeclareerde medicijnen (inclusief de receptregelvergoedingen) uit deze groep voor uw praktijk aangegeven, naast de verwachte waarden voor de zorggebruikende patiënten. Bovendien ziet u per geneesmiddelsoort de zorgkosten per zorggebruikende patiënt. Deze zijn opgesplitst naar voorschrijver - huisarts of specialist - volgens de declaratie van de apotheek. Voorschrijvers niet zijnde huisartsen of specialisten zijn niet meegenomen in dit overzicht. Hierdoor worden niet alle kosten per patiënt getoond.

De volgorde van de grafieken is gebaseerd op de landelijke kosten: de geneesmiddelsoort die bovenaan staat omvat landelijk gezien de meeste kosten.

13.9 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (zie hoofdstuk 8)

Op 1 januari 2014 is de geestelijke gezondheidszorg omgevormd naar een stelsel met 'generalistische basis-GGZ' en 'gespecialiseerde GGZ'. Het overkoepelende doel van deze stelselwijziging is dat patiënten een passende behandeling krijgen op de juiste plaats in de GGZ. Deze wijziging was onderdeel van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord GGZ, waarin afspraken tussen veldpartijen zijn gemaakt om kwalitatief goede zorg te blijven bieden met beheerste kostenontwikkeling.

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

De totale GGZ-kosten worden gevormd door de optelsom van de kosten voor POH-GGZ, Generalistische basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ (de langdurige GGZ is niet meegenomen). U ziet deze kosten weergegeven voor een aantal jaren, eerst berekend naar ingeschreven patiënten, dan naar zorggebruikende patiënten. Een zorggebruikende patiënt is hier een persoon die een vorm van GGZ-zorg heeft gehad. Ook een patiënt die alleen bij de POH-GGZ is geweest, is een zorggebruikende patiënt.

In de grafieken zijn de kosten POH-GGZ niet altijd zichtbaar, omdat ze relatief laag zijn.

Gemiddelde kosten per GGZ-soort

U vindt hier voor de POH-GGZ, Generalistische basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ:

- een grafiek met de gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt over een aantal jaren;
- een overzicht van het laatst beschikbare jaar waarin staat welk percentage van de ingeschreven patiënten GGZ-zorg heeft gebruikt, de gemiddelde zorgkosten per zorggebruikende patiënt en de gemiddelde zorgkosten per ingeschreven patiënt.

Voor de POH-GGZ zijn hierbij alleen de consulten geteld (het moduleriet voor consulten POH GGZ dat huisartsenpraktijken met een contract met DSW in rekening brengen is hierin niet meegenomen). Onder de tabel vindt u de kosten per ingeschreven patiënt inclusief de modules POH-GGZ.

Gemiddelde kosten voor initiële en vervolg-DBC's per zorggebruikende patiënt (Gespecialiseerde GGZ)

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.

13.10 Medisch-specialistische zorg (MSZ) (zie hoofdstuk 9)

Gemiddelde kosten MSZ per ingeschreven patiënt

Voor elk van de opeenvolgende jaren zijn alle zorgkosten voor medisch-specialistische zorg opgeteld voor de patiënten die op peildatum 1 juli van dat jaar waren ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

Overzicht MSZ

U ziet welk percentage van de ingeschreven patiënten medisch-specialistische zorg heeft ontvangen. Ook de gemiddelde zorgkosten per zorggebruikende en per ingeschreven patiënt worden getoond.

De kosten, berekend op basis van de declaratiegegevens en de andere gegevens, zijn afgezet tegen de verwachte waarde voor uw patiëntenpopulatie.

13.11 Medisch-specialistische zorg per specialisme (zie hoofdstuk 10)

Overzicht verschil percentage patiënten onder behandeling specialist in uw praktijk t.o.v. verwacht

U krijgt een overzicht van de twaalf specialismen binnen medisch specialistische zorg die landelijk de meeste behandelingen uitvoeren. Voor uw huisartsenpraktijk is per specialisme het verschil percentage ten opzichte van de verwachte waarde aangegeven voor het aantal patiënten onder behandeling van een specialist.

Aantal patiënten onder behandeling specialist in uw praktijk t.o.v. verwacht per specialisme

Voor uw huisartsenpraktijk is per specialisme aangegeven in absolute cijfers en in percentages hoeveel patiënten zorg hebben gehad van een specialist. U kunt deze steeds vergelijken met de verwachte waarden.

Gemiddelde kosten per zorggebruikende patiënt – Initiële en vervolg-DBC's

Vervolgens vindt u voor het rapportagejaar per specialisme de zorgkosten per zorggebruikende patiënt voor **initiële DBC's** en **vervolg-DBC's**, met de verwachte waarden voor uw praktijk.

Uitleg over DBC's vindt u eerder in deze Toelichting onder GGZ.

13.12 Eerstelijns diagnostiek (zie hoofdstuk 11)

Gemiddelde kosten Eerstelijns diagnostiek per ingeschreven patiënt

Voor elk van de opeenvolgende jaren zijn alle zorgkosten voor Eerstelijns-diagnostische zorg (exclusief de ordertarieven) opgeteld voor de patiënten die op peildatum 1 juli van dat jaar waren ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

Overzicht Eerstelijns diagnostiek

U ziet welk percentage van de ingeschreven patiënten Eerstelijns-diagnostische zorg hebben gehad. Ook de gemiddelde zorgkosten per zorggebruikende en per ingeschreven patiënt worden getoond. U kunt de gegevens vergelijken met de verwachte waarden.

13.13 Verdeling aanvragen Eerstelijns diagnostiek (zie hoofdstuk 12)

Aantal aanvragen Eerstelijns diagnostiek voor ingeschreven patiënten van uw praktijk

Voor elk van de opeenvolgende jaren zijn de aantallen (exclusief de ordertarieven) van dat jaar opgeteld, ongeacht wie de aanvrager was. De aanvragen zijn uitgesplitst naar functieonderzoek (bijvoorbeeld een ECG), laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bloedonderzoek) en radiologie (bijvoorbeeld röntgen of echo). De indeling is op basis van declaraties, waarbij de groepering is aangehouden van de 'beleidsregel eerstelijns diagnostiek' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Percentage aanvragen Eerstelijns diagnostiek per soort zorgaanbieder

U ziet een verdeling naar aangevraagd door huisartsen in uw praktijk, overige zorgaanbieders en onbekend. Tot de 'overige zorgaanbieders' worden alle zorgaanbieders buiten de huisartsen gerekend die aanvragen hebben gedaan, zoals verloskundigen of een huisarts die op de peildatum niet meer werkzaam is in uw praktijk of een huisarts van een andere praktijk. Is de aanvrager onbekend, dan is de aanvraag opgenomen in de categorie 'onbekend'.

Percentage aanvragen Eerstelijns diagnostiek per huisarts binnen uw praktijk

Hier ziet u welke huisarts binnen de praktijk de aanvrager was. Dit kan een specifieke huisarts zijn, maar ook de praktijk zelf, dit is afhankelijk van hoe de declaratie is ingediend.

Alle aangevraagde analyses voor de patiënten die op peildatum 1 juli van het rapportagejaar zijn ingeschreven bij uw huisartsenpraktijk, zijn meegeteld. De ordertarieven zijn bij het tellen van de aanvragen niet meegenomen.