

## Bijlage 1 – Materiaal en methoden

### Gegevens Vektis

De NZa beschikt over een uitgebreide dataset van declaratiegegevens zoals die door Vektis worden verzameld. De voor de monitor gebruikte gegevens beslaan de jaren 2015 tot en met (het derde kwartaal van) 2019. Voor de vrijwel alle analyses zijn gegevens gebruikt uit de tabel waarin de declaraties huisartsenzorg zijn opgenomen (VEX\_HAZ\_DCL\_PRS). De uit deze tabel gebruikte jaren zijn 2015 t/m 2018 en de eerste twee kwartalen van 2019. Zie de paragraaf over extrapolatie voor de methode om die twee kwartalen door te rekenen naar informatie over heel 2019.

Uit de genoemde Vektis tabel zijn de volgende velden gebruikt:

- BEGINJAAR\_PRESTATIE, doorvertaald naar JAAR
- BEGINDATUM\_PRESTATIE, waaruit KWARTAAL is afgeleid (quarter from BEGINDATUM\_PRESTATIE)
- PRESTATIECODE
- UZOVICODE, waaruit CONCERN is afgeleid
- AANTAL\_UITGEVOERDE\_PRESTATIES
- DECLARATIE\_BEDRAG
- INDIENER\_AGB
- INDIENER\_POSTCODE (4 cijfers, 2 letters) waaruit de regio is afgeleid (obv 4 cijfers) voor analyses van regio voor segment 1
- PSEUDO\_BSN, ter koppeling met woonplaatsgegevens verzekerde (zie hieronder) voor analyses van regio voor segment 2

Aanvullend hebben we de tabel gebruikt met woonplaatsgegevens van patiënten (VEX\_VRZ\_DCL\_WON) en daaruit de volgende velden:

- JAAR
- PSEUDO\_BSN, ter koppeling met declaratiegegevens verzekerde (zie hierboven) voor analyses van regio voor segment 2
- POSTCODE\_NR (4 cijfers)

Tussenresultaatbestanden op niveau verzekerde (PSEUDO\_BSN) zijn, na verwerking (afleiding) gewist.

Op deze velden zijn waar nodig de volgende selecties uitgevoerd:

- JAAR: bovengenoemde jaren c.q. 2018 en 2019 voor analyses O&I
- KWARTAAL: 2015 t/m 2018 alle kwartalen, 2019 kwartalen 1 en 2
- INDIENER\_AGB, voor bepaalde deel-analyses (bijvoorbeeld segment 2) een subset van codes (LIKE '5353%'), of specifieke subset obv contractering (zoals opgegeven door zorgverzekeraars)
- PRESTATIECODE, voor bepaalde deel-analyses (bijvoorbeeld segment 2) een subset van codes

### Indeling concerns

Omdat de Vektis gegevens het UZOVI nummer bevatten van de zorgverzekeraar en het zorgbeleid tot stand komt op het niveau van concerns van zorgverzekeraars, hebben we de UZOVI code vertaald naar concern.

Het gaat om de volgende zorgverzekeraars op concern niveau:

- Achmea
- ASR
- CZ
- DSW
- De Friesland
- Eno
- Menzis
- ONVZ
- VGZ
- Zorg en Zekerheid

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
2 van 25

Waar in dit rapport de term zorgverzekeraar staat gaat het dus in alle gevallen om de zorgverzekeraar op concern niveau.

### **Indeling zorg**

In de Vektis gegevens staan declaraties die onder meer als kenmerk hebben de declaratiecode. In de huisartsenzorg worden ruim 1000 declaratiecodes gebruikt. Vanuit het beleid zowel als in de rapportage delen we de huisartsenzorg in categorieën in. De belangrijkste daarvan zijn de drie segmenten.

Om de declaratie gegevens uit Vektis op te kunnen splitsen in categorieën huisartsenzorg, is een indeling gemaakt van de zorg op basis van de declaratiecodes. Deze is deels afgeleid van een indeling die al in de Vektis codelijst staat (kolom C). Hieronder beschrijven we per categorie hoe die is samengesteld.

- a. Segment 1 – deze categorie komt exact overeen met de categorie 'Segment 1' in de Vektis indeling. Dit houdt in:
  - i. Alle codes voor inschrijving
  - ii. Alle codes voor consulten
  - iii. Alle codes voor prestaties die qua tarief gekoppeld zijn aan het consult (visites, vaccinatie)
  - iv. Overige segment 1 codes: POH-GGZ, ELV, ingrepen (zoals chirurgie), SMR, intensieve zorg
  - v. DSW: ook een deel van de segment 3 zorg (codes 31200 en 31274)

De segment 3 codes 31200 ('Toeslag basis huisartsenzorg DSW', tot en met 2016) en 31274 ('Toeslag zorgzwaarte', vanaf 2016), worden binnen het DSW werkgebied gebruikt om voor het DSW bekostigingsmodel voor de segment 1 zorg. Daarom zijn deze codes meegerekend bij segment 1.

- b. Segment 2 – deze categorie is de combinatie van de categorieën 'Segment 2' en 'Segment 2 Segment 2 - Multidisciplinaire eerstelijnszorg' in de Vektis indeling. Aangevuld met code 11608 'Module geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden met een rechtspersoonlijkheid - Zorggroep'. Dit houdt in:
  - i. Multidisciplinaire zorg voor de bestaande ketens (DM2, VRM, COPD, Astma, HVZ, VVR) inclusief of exclusief O&I
  - ii. O&I niet inclusief in een keten (Ketenzorg, Wijkmanagement, Regiomanagement, overig)
  - iii. module geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden zonder of met een rechtspersoonlijkheid
- c. Segment 3 – deze categorie is de combinatie van de categorieën Segment 3, Segment 3 – Huisarts en Segment 3 – Multidisciplinaire eerstelijnszorg (op twee manieren gespeld) in de Vektis indeling. Dit houdt in een totaal van bijna 800 codes, waaronder:
  - i. Innovatie

- ii. Substitutie
  - iii. Preventie
  - iv. Samenwerking
  - v. Resultaatbeloning
  - vi. E-health
  - vii. Modules
  - viii. Zorg voor bijzondere groepen
  - ix. Andere aanvullingen op segmenten 1 en 2
- d. ANW – een combinatie van de codes:
- i. 12300 - Consult HAP/HDS
  - ii. 12301 - Visite HAP/HDS
  - iii. 12302 - Telefonisch consult HAP/HDS
- e. Prestaties buiten segmenten – deze categorie komt overeen met de categorie 'Prestatie buiten segmenten' in de Vektis indeling, met uitzondering van 'Dienstuur HDS' en 'Opslag dienstuur HDS', die bij categorie Overig zijn ingedeeld. Dit houdt in:
- i. Consulten en visites ANW
  - ii. M&I's buiten segmenten (zoals audiometrie)
  - iii. SCEN, euthanasie en palliatieve zorg
  - iv. Informatieverstrekking
  - v. Keuringen
  - vi. Kosten materiaal, laboratorium
  - vii. Km vergoedingen
- f. Verloskundige hulp – deze categorie komt exact overeen met de categorie 'Verloskundige hulp' in de Vektis indeling. Dit houdt in alle codes voor verloskundige hulp door de huisarts.

In alle analyses, dus ook voor de kosten van alle huisartsenzorg, is categorie f. Verloskundige hulp niet meegenomen in de berekeningen.

### Regio-indeling

We willen inzicht hebben in de regionale verschillen binnen Nederland in de uitgaven aan huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg, en delen hiervan. Naast weergave van totaalbedragen voor heel Nederland, en een opsplitsing op basis van zorgverzekeraar (concern niveau), hebben we een opsplitsing gebruikt op basis van een regio-indeling. Daarvoor hebben we de [regio-indeling](#) gebruikt die ZN recent heeft gepubliceerd en die afgeleid is van de indeling in zorgkantoorregio's. Met deze indeling is ons land verdeeld in 31 regio's (genummerd 1 t/m 32, regio 5 bestaat niet) en met de volgende namen:

Nr	Regio
1	Regio Amstelland en De Meerlanden
2	Regio Amsterdam
3	Regio Apeldoorn/Zutphen
4	Regio Arnhem
6	Regio Drenthe
7	Regio Flevoland
8	Regio Friesland
9	Regio Groningen
10	Regio Haaglanden
11	Regio Kennemerland
12	Regio Noord-Oost Brabant
13	Regio Midden-Holland
14	Regio Midden-IJssel
15	Regio Nijmegen

16	Regio Noord- en Midden Limburg
17	Regio Noord Holland Noord
18	Regio Rotterdam
19	Regio 't Gooi
20	Regio Twente
21	Regio Utrecht
22	Regio Waardenland
23	Regio Midden-Brabant
24	Regio West Brabant
25	Regio Zaanstreek/Waterland
26	Regio Zeeland
27	Regio Zuid Holland Noord
28	Regio Zuid Hollandse Eilanden
29	Regio Zuid Oost Brabant
30	Regio Zuid-Limburg
31	Regio Zwolle
32	Regio Westland Schieland Delfland

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron**  
**niet gevonden.**

**Pagina**  
4 van 25

Door een tabel met alle 4-cijferige postcodegebieden (PC4) in Nederland met de bijbehorende gemeente te koppelen aan deze tabel, hebben we een tabel gemaakt met het regionummer voor elke PC4. Door de declaratiegegevens uit Vektis op te splitsen naar PC4 op patiëntniveau kon de regio-indeling toegepast worden op de declaraties.

**Bedragen per verzekerde per jaar**

Om de informatie over de huisartsenzorg vergelijkbaar te maken tussen zorgverzekeraars, regio's c.q. zorgsegmenten, hebben we de declaratiebedragen omgerekend naar de grootte bedrag per verzekerde per jaar. In die berekening worden dus de totaal gedeclareerde bedragen voor een prestatie of categorie van prestaties (zie Indeling zorg) gedeeld door het aantal verzekerden. Het aantal verzekerden is daarbij telkens uit de Vektis gegevens afgeleid door de aantallen gedeclareerde inschrijvingen te tellen voor de betreffende zorgverzekeraar c.q. de betreffende regio.

**Toerekening O&I**

Omdat we wilden onderzoeken hoe de uitgaven aan O&I zich in de afgelopen periode hebben ontwikkeld, hebben we een uitvraag gedaan onder zorgverzekeraars en de Vektisdata geanalyseerd.

Om te beginnen bestaan er declaratiecodes voor O&I die wordt afgerekend los van de zorgketen: Deze declaraties zijn voor 100% meegeteld in de analyse.

- O&I Ketenzorg (code 11610)
- O&I Regiomanagement (code 11611),
- O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig (code 11612) en
- O&I Wijkmanagement (code 11624).
- GEZ (code 11600)
- Koptarief (codes 11602, 11604, 11605, 11603, 11606 en 11607)

Daarnaast zijn de declaratiebedragen voor ketens die gecontracteerd zijn inclusief O&I (codes 40001, 40011, 11625, 40021, 11626, 11627, 31292 en 31293). Daarin hebben we per contract (oftewel zorgaanbieder) en per keten voor de jaren 2018 en 2019 gevraagd aan zorgverzekeraars welk tarief was overeengekomen en welk bedrag daarvan toegerekend mag worden aan O&I. We hebben hier de opgaves ontvangen van de preferente zorgverzekeraars. Op basis hiervan hebben we de gedeclareerde ketenzorg opgesplitst.

Dit leidt tot een aandeel O&I per declaratietitel. Dit aandeel is toegerekend aan "O&I" voor alle declaraties aan de preferente zorgverzekeraar. Maar ook aan alle declaraties van de overige zorgverzekeraars, voor zover het tarief per declaratie overeenkomt met het tarief dat aan de preferente zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht.

Er zijn nog combinaties van zorgaanbieder-keten waarvoor afwijkende contracten zijn afgesloten met twee zorgverzekeraars. Deze volgen elkaars contract dus niet. In dat geval gaven beide zorgverzekeraars een eigen aandeel O&I in de totale integrale afspraak op. Op basis van de hoogte van het tarief konden we vervolgens in alle gevallen achterhalen welk van deze twee contracten gevolgd werd door de andere zorgverzekeraars, en dus welk percentage O&I op het gedeclareerde bedrag toegepast moest worden.

Tenslotte is er nog O&I die in segment 3 is overeengekomen en waarvoor ook door de zorgverzekeraars O&I bedragen waren opgegeven. Deze O&I hebben we kunnen meerekenen door aanvullend aan de zorgverzekeraars te vragen onder welke declaratiecodes deze zorg betaald werd. De toerekening van het O&I-aandeel binnen deze afspraken aan de

“volgende” verzekeraars gebeurde vervolgens op gelijke wijze als hierboven.

**Kenmerk  
Fout! Verwijzingsbron  
niet gevonden.**

**Pagina  
6 van 25**

### Extrapolatie 2019

Eind december 2019 heeft Vektis een nieuwe versie van de dataset met de declaraties huisartsenzorg opgeleverd. In die versie zijn ook declaraties opgenomen over het derde kwartaal van 2019. Daarmee was dus niet alle informatie beschikbaar over 2019 op het moment waarop de NZa de analyses voor de tweede editie van de monitor uitvoerde. Teneinde de informatie over 2019 te kunnen vergelijken met voorgaande jaren, moest hier rekening mee gehouden worden. Met andere woorden, we willen de incomplete informatie over 2019 extrapoleren naar een compleet gevuld jaar.

Daartoe hebben we de vulling per kwartaal over alle kwartalen van 2015 t/m 2019 vergeleken. De vulling is uitgedrukt in het percentage declaraties ten opzichte van het totaal aan declaraties over het jaar. Dit hebben we gedaan zowel op basis van aantallen declaraties als de gedeclareerde bedragen. Omdat het declaratieverkeer naar verwachting varieert naar gelang de soort zorg (indeling in segmenten c.q. verschil tussen de soorten aanbieders), is deze analyse opgesplitst volgens de hierboven beschreven indeling.

*Gemiddelde vulling obv aantallen declaraties van de kwartalen in de jaren 2015 t/m 2018*

	Q1	Q2	Q3	Q4
Alle huisartsenzorg	24,0%	23,7%	23,8%	28,5%
ANW	25,1%	26,6%	24,1%	24,2%
Segment 1	25,3%	24,9%	24,6%	25,2%
Segment 2	24,6%	25,0%	25,2%	25,2%
Segment 3	22,7%	22,5%	23,0%	31,9%

*Gemiddelde vulling obv declaratiebedragen van de kwartalen in de jaren 2015 t/m 2018*

	Q1	Q2	Q3	Q4
Alle huisartsenzorg	24,9%	24,8%	24,4%	26,0%
ANW	25,2%	26,5%	24,0%	24,3%
Segment 1	25,3%	24,9%	24,6%	25,1%
Segment 2	24,6%	24,9%	25,2%	25,3%
Segment 3	21,9%	21,5%	22,6%	34,0%

Er is weinig verschil te zien tussen de kwartaalpercentages op basis van aantallen c.q. bedragen. Omdat we de bedragen gaan rapporteren, gebruiken we die percentages als uitgangspunt voor het extrapoleren in 2019. Daarnaast is het duidelijk dat de vulling per kwartaal nagenoeg  $\frac{1}{4}$  is van de vulling over het hele jaar, behalve voor de declaraties in segment 3.

Vervolgens hebben we gekeken in welke mate de nu beschikbare kwartalen van 2019 bruikbaar zijn voor de extrapolatie, uitgaande van een theoretische vulling van 25% per kwartaal.

*Kwartalen 2019 tov geëxtrapolieerd heel 2019*

	Q1	Q2	Q3
Alle huisartsenzorg	26,2%	26,3%	22,5%
ANW	26,6%	28,8%	19,6%
Segment 1	26,4%	26,3%	22,3%
Segment 2	24,9%	25,2%	25,0%
Segment 3	25,7%	25,2%	24,1%

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
7 van 25

Hieruit blijkt dat het derde kwartaal van 2019 vooralsnog minder gevuld is dan de eerste twee kwartalen, behalve voor segment 2. Op basis hiervan hebben we ervoor gekozen de extrapolatie per segment uit te voeren op basis van de eerste helft van 2019 (Q1 en Q2), met als extrapolatiefactor de reciproke van het over de 4 voorgaande jaren gemiddelde percentage vulling van het eerste halfjaar. De extrapolatiefactor voor segment 3 is dan bijvoorbeeld  $1 / (0,219 + 0,215) = 2,3041$ .

	Q1 + Q2	Factor
Alle huisartsenzorg	49,7%	2,01
ANW	51,7%	1,93
Segment 1	50,3%	1,99
Segment 2	49,5%	2,02
Segment 3	43,4%	2,30

**Spreiding in beeld**

Verschillende resultaten in de monitor zijn grafisch ondersteund in de vorm van tabellen en grafieken. Omdat hoogtes van bedragen potentieel concurrentiegevoelige informatie betreffen, hebben we de representatie op verschillende manieren aangepast. Het gaat dan om informatie die uitgesplitst is naar zorgverzekeraar of regio. De meest uitgebreide informatie is uitgesplitst naar geanonimiseerde zorgverzekeraars. Daarnaast is spreiding weergegeven door middel van box plots en 'waaiers'.

*Anonimisering*

Door de namen van zorgverzekeraars of regio's te vervangen door een letter (pseudoniem) is het in veel gevallen mogelijk een compleet beeld van ontwikkelingen en de spreiding daarin te geven zonder dat de informatie te herleiden is naar een zorgverzekeraar of regio.

*Box plots*

Wanneer opsplitsing zou leiden tot teveel herleidbaarheid, bijvoorbeeld bij het geven van informatie over één bepaald zorgsegment, is de herleidbaarheid verkleind door de spreiding weer te geven in zogenaamde box plots. In zo'n grafische weergave worden (van onder naar boven) vijf statistische grootheden gerepresenteerd:

1. Het minimum (het onderste punt van de lijn die onder de 'box' uitsteekt).
2. Het eerste kwartiel, dat is de waarde waar  $\frac{1}{4}$  van de waarnemingen zich onder bevinden en  $\frac{3}{4}$  erboven (de onderste lijn van de 'box').
3. De mediaan oftewel het tweede kwartiel, waar de helft van de waarneming onder en de helft van de waarnemingen boven ligt (de streep die de 'box' in tweeën deelt)

4. Het derde kwartiel, dat is de waarde waar  $\frac{3}{4}$  van de waarnemingen zich onder bevinden en  $\frac{1}{4}$  erboven (de bovenste lijn van de 'box').
5. Het maximum (het bovenste punt van de lijn die boven de 'box' uitsteekt).

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
8 van 25

#### *Waaier rond het gemiddelde*

Omdat de omvang van de verzekerdenpopulatie tussen zorgverzekeraars sterk verschilt, is in grafieken met uitsplitsing per verzekeraar of met box plots niet goed op te maken hoeveel de spreiding in het bedrag per gemiddelde verzekerde is zonder zo'n opsplitsing. Om dat in beeld te brengen hebben we een weergave toegevoegd waarin, naast de gemiddelde waarden, een tweetal lijnen onder en boven dat gemiddelde toegevoegd. De binnenste twee lijnen geven de range aan waartussen 68% van de bedragen per verzekerde zich bevinden. Dit komt overeen met een gebied van éénmaal de standaardafwijking boven en onder het gemiddelde. De buitenste twee lijnen geven de range aan waartussen 95% van de bedragen per verzekerde zich bevinden. Anders gezegd: deze lijnen lopen door respectievelijk het 2,5 percentiel (onderste) en het 97,5 percentiel. Dit komt overeen met een gebied van tweemaal de standaardafwijking boven en onder het gemiddelde.



### Uitgebreide verzameling resultaten

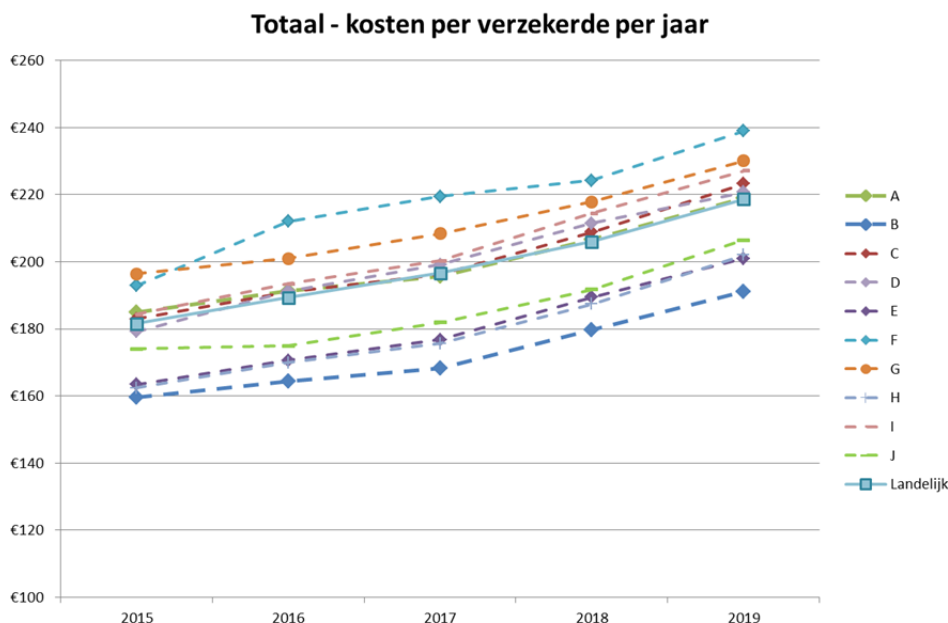
Hieronder geven we weer resultaten van de belangrijkste analyses. Daar waar deze ondersteunend zijn aan de tekst van de monitor, zijn de resultaten ook daar weergegeven.

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
 9 van 25

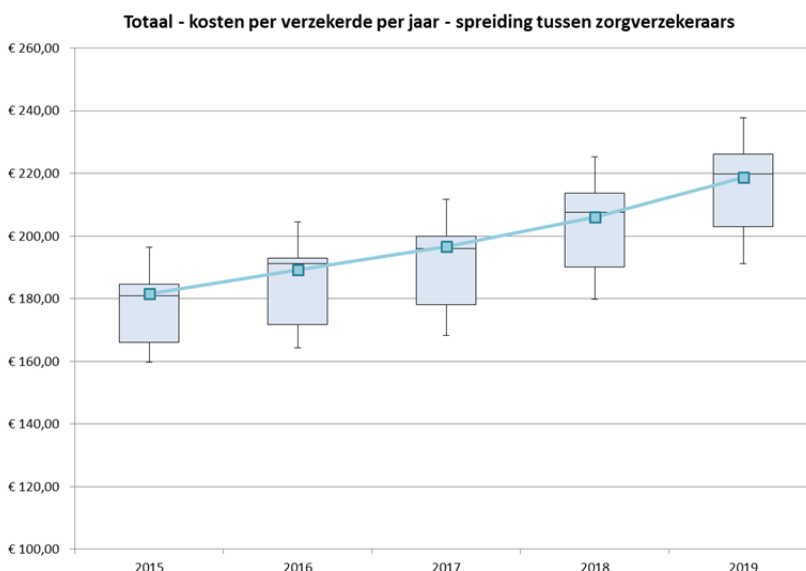
### Uitsplitsing zorgverzekeraars

*Alle huisartsenzorg*

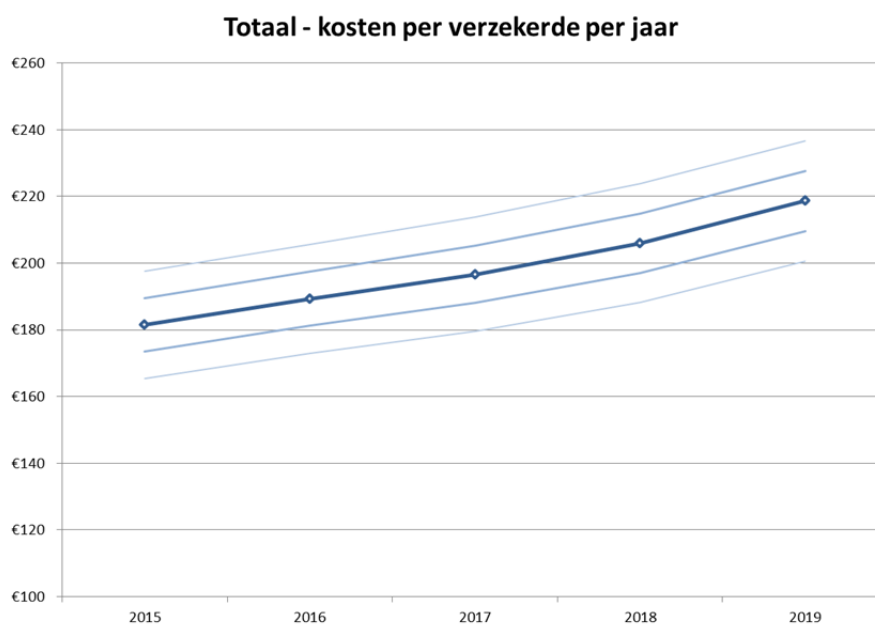


In deze grafiek geven we de totale kosten voor huisartsenzorg (alle segmenten, huisartsenposten, exclusief geboortezorg) per verzekerde per jaar weer, uitgesplitst naar geanonimiseerde zorgverzekeraar. De doorgetrokken lijn geeft het landelijke gemiddelde weer voor alle verzekerden in Nederland, berekend over alle declaraties, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De stippellijnen per zorgverzekeraar representeren verschillende aantallen verzekerden, zodat het gemiddelde van de punten van alle zorgverzekeraars in een jaar niet hoeft samen te vallen met het landelijk gemiddelde.

Het is opvallend dat de ontwikkeling over de jaren, met een sterkere stijging in 2018 en (geëxtrapoleerd) 2019 voor alle zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde verloopt.

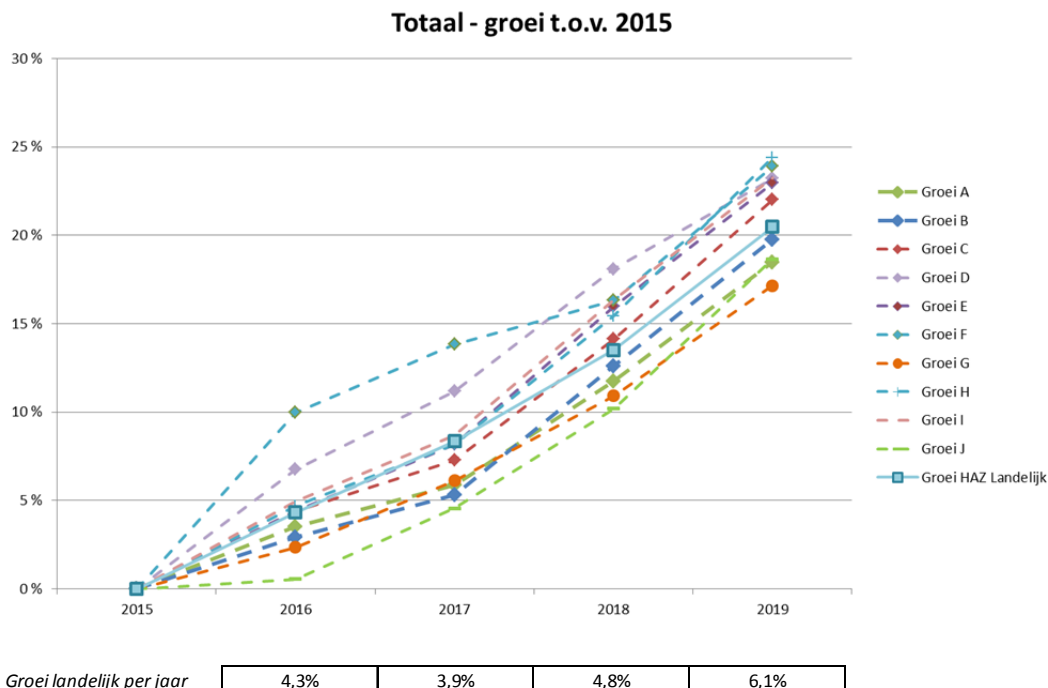


Deze grafiek is een alternatieve representatie van de vorige en geeft dus eveneens de totale kosten voor huisartsenzorg per verzekerde per jaar weer, maar nu in box plot vorm. De doorgetrokken lijn geeft ook hier het landelijke gemiddelde weer voor alle verzekerden in Nederland, berekend over alle declaraties, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De mediaan (de scheidinglijn tussen de onderste en bovenste box) van de waarden per zorgverzekeraar en het landelijk gemiddelde vallen zo goed als samen. Maar onder en boven het midden is de verdeling enigszins scheef: de punten per zorgverzekeraar onder het midden vertonen een grotere spreiding dan de punten boven het midden.

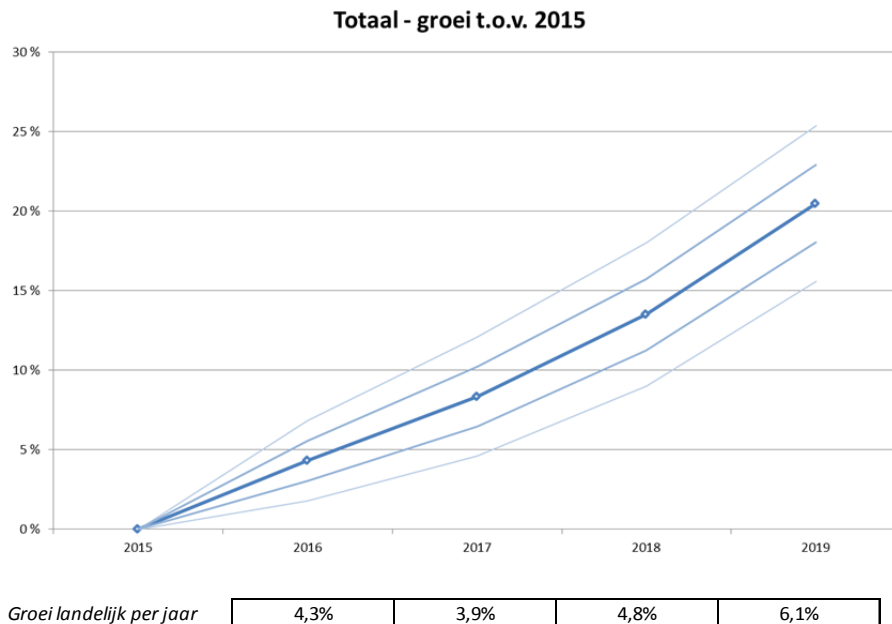


Deze grafiek is een derde alternatieve representatie van de twee vorige en geeft dus eveneens de totale kosten voor huisartsenzorg per verzekerde per jaar weer, maar nu met een waaier rond het gemiddelde. De doorgetrokken lijn geeft ook hier het landelijke gemiddelde weer voor alle verzekerden in Nederland, berekend over alle declaraties, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De lijnen daaromheen geven aan hoe groot de spreiding is in het bedrag per verzekerde, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De binnenste twee lijnen geven aan tussen welke bedragen 68% van de verzekerden aan huisartsenzorg kwijt zijn. En de buitenste twee lijnen doen dat voor 95% van de verzekerden. Voor 2018, bijvoorbeeld, bevindt het bedrag per verzekerde zich in 95% van de gevallen tussen € 188 en € 224.

ingsbron  
i.



Deze grafiek is een afgeleide van de eerste drie grafieken en geeft de groei aan van de totale kosten voor huisartsenzorg (drie segmenten en exclusief geboortezorg) per verzekerde per jaar weer, uitgesplitst naar (geanonimiseerde) zorgverzekeraar. Opvallend is dat de groei in 2019 voor alle zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde patroon volgt.

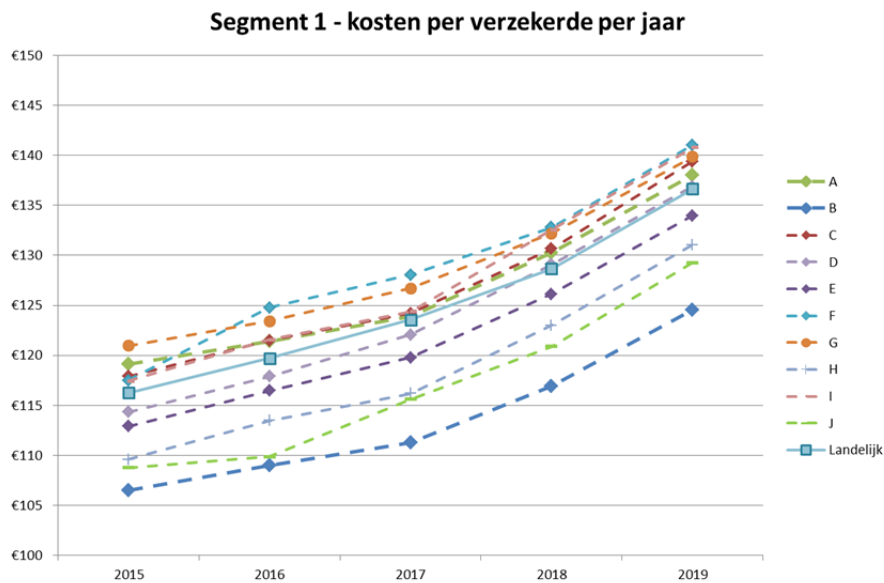


Deze grafiek is eveneens een afgeleide van de eerste drie grafieken en geeft de groei aan van de totale kosten voor huisartsenzorg per verzekerde per jaar weer. Deze keer met een waaier rond het gemiddelde. De doorgetrokken lijn en de lijnen daaromheen moeten dan ook op dezelfde manier geïnterpreteerd worden als bij de vorige grafiek, maar geven in dit geval de groei weer van de kosten per verzekerde. Voor 2018, bijvoorbeeld, bevindt de groei van het bedrag per verzekerde zich in 63 % van de gevallen tussen 11 en 16 procent.

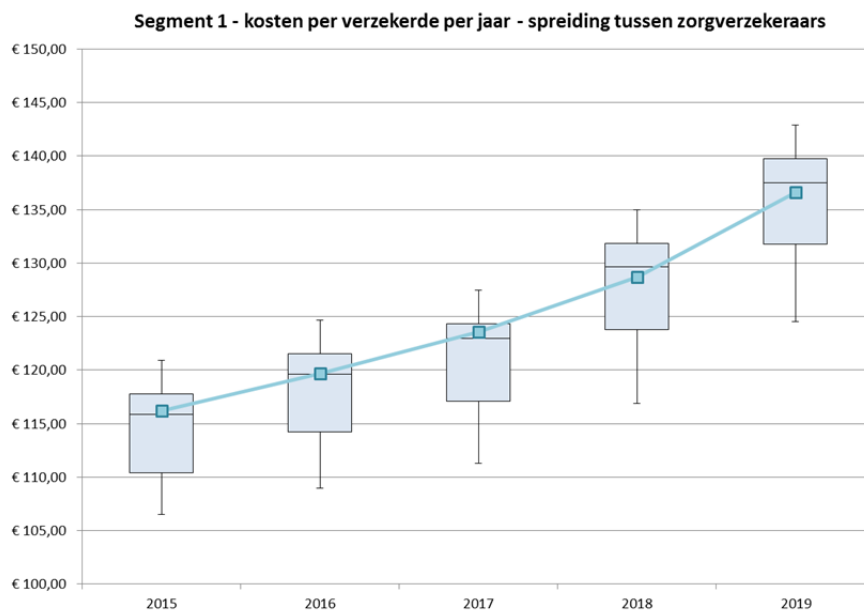
Segment 1 zorg

**Kenmerk**  
Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

**Pagina**  
12 van 25



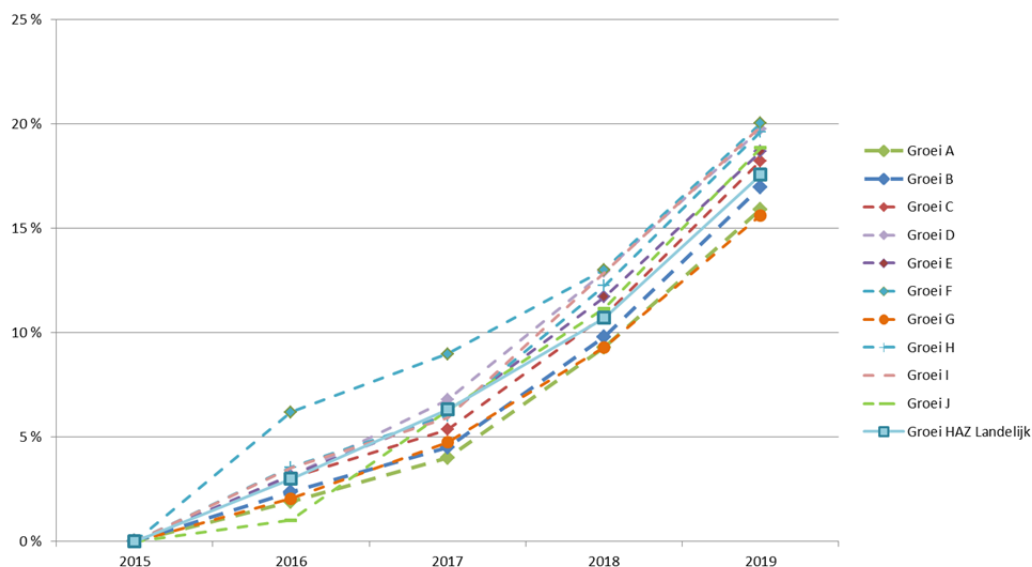
Deze grafiek is een herhaling van de eerste grafiek maar nu met een filter op declaraties in segment 1.



Deze grafiek is een herhaling van de tweede grafiek maar nu met een filter op declaraties in segment 1. Om de leesbaarheid te vergroten is de verticale as afgebroken onder € 80. Daardoor lijkt de spreiding groter dan in de eerste grafiek. De scheefheid van de bedragen uitgesplitst per zorgverzekeraar is iets minder groot dan bij alle huisartsenzorg.

zingsbron  
en.

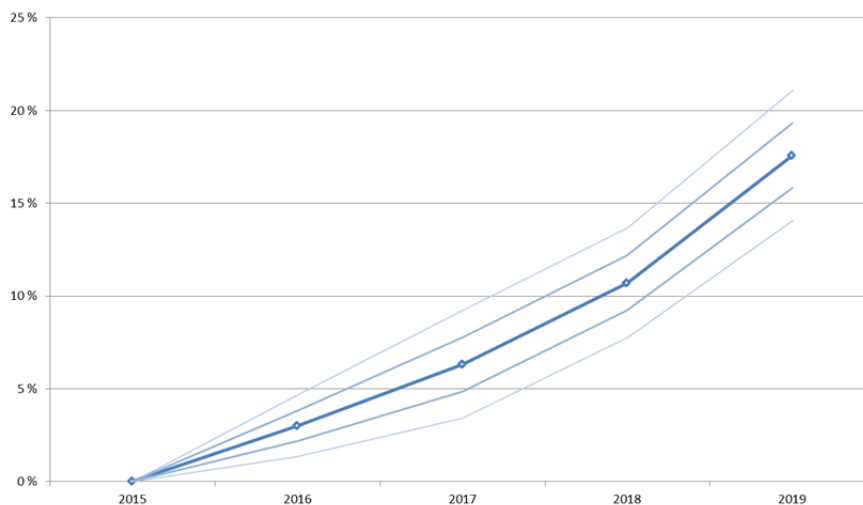
Segment 1 - groei t.o.v. 2015



Groei landelijk per jaar	2015	2016	2017	2018	2019
Groei HAZ Landelijk	0%	3,0%	3,2%	4,1%	6,2%

In deze grafiek zien we de groei van de uitgaven per verzekerde per jaar aan segment 1 zorg. Het landelijk gemiddeld is hier weer met een doorlopende lijn weergegeven. De groei van 2017 naar 2018 sterker is dan in voorgaande jaren en de groei naar 2019 nog sterker dan naar 2018.

Segment 1 - groei t.o.v. 2015



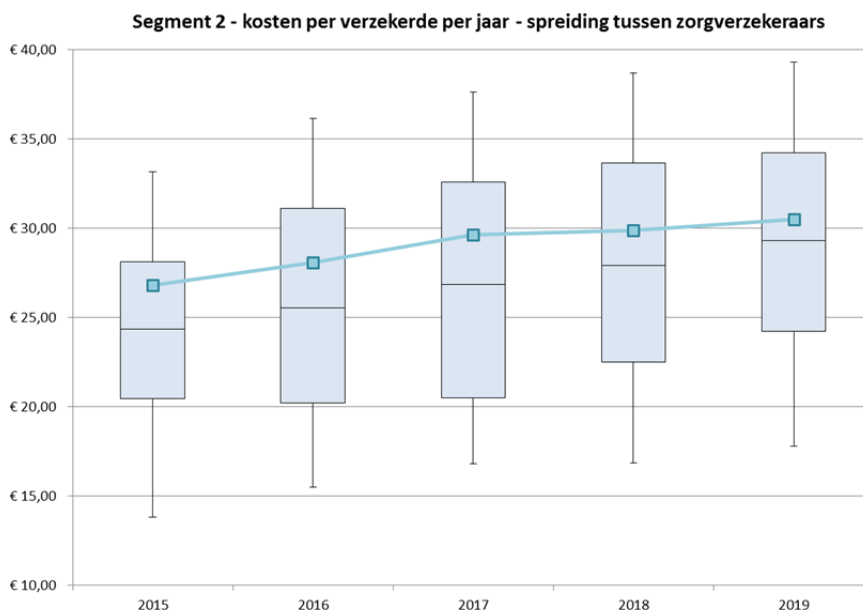
Groei landelijk per jaar	2015	2016	2017	2018	2019
Groei HAZ Landelijk	0%	3,0%	3,2%	4,1%	6,2%

Ook in deze grafiek zien we de groei van de uitgaven per verzekerde per jaar aan segment 1 zorg, maar nu met waaier. Zie voor de uitleg van de waaier bij de overeenkomstige grafiek (de laatste) in de paragraaf met informatie over alle huisartsenzorg.

Segment 2 zorg

**Kenmerk**  
Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

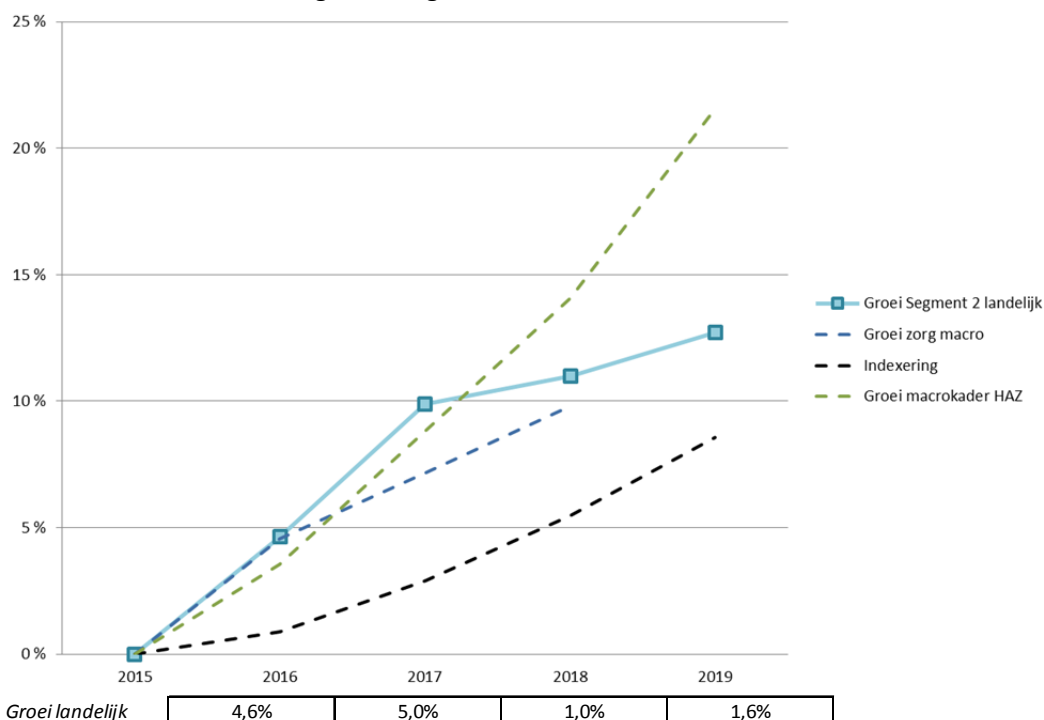
**Pagina**  
14 van 25



Deze grafiek is een herhaling van de tweede grafiek (bij alle huisartsenzorg) maar nu met een filter op declaraties in segment 2.

Hier valt op dat het landelijk gemiddelde in alle jaren boven de mediaan ligt van de punten per zorgverzekeraar. Dat komt doordat de bedragen per verzekerde boven de mediaan in belangrijke mate gelden voor grote zorgverzekeraars. Het gemiddelde bedrag per verzekerde zonder uitsplitsing op zorgverzekeraar ligt vanzelfsprekend dicht bij de bedragen per verzekerde van die grote zorgverzekeraars.

**Segment 2 - groei t.o.v. 2015**



Deze grafiek geeft de landelijk gemiddelde groei van de zorg in segment 2 (berekend zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar) weer met de doorgetrokken lijn. De stippellijnen geven, ter vergelijking, de groei weer van respectievelijk de macrokosten van ZVW-zorg, de indexering (benaderd als de gemiddelde ontwikkeling van de door de NZa

gereguleerde tarieven over de afgelopen jaren) en van het macrokader huisartsenzorg (zoals opgegeven door het ministerie van VWS).

De ontwikkeling van de declaraties in segment 2 zeggen geïsoleerd niet alles. We zien een grote variatie in de wijze waarop afspraken rondom multidisciplinaire zorg landen in declaratietitels. Deze variatie zien we tussen verzekeraars en ook per regio. Daar waar in regio X een O&I-component onderdeel is van een segment 2 ketenzorg-afspraken, is in regio Y een vergelijkbare component opgenomen in segment 3. Segment 3 bevat afspraken over aanvullende ondersteuning rondom kwetsbare ouderen of GGZ, die in sommige gevallen via het samenwerkingsverband verlopen, en in andere gevallen weer direct met een huisartsenpraktijk worden afgerekend. Segment 2 en 3 zijn daarmee communicerende vaten. Ook de tendens dat specialismen zoals voetzorg verwijderd worden uit de integraal bekostigde ketenprestatie draagt bij aan het afvlakkend beeld van segment 2.

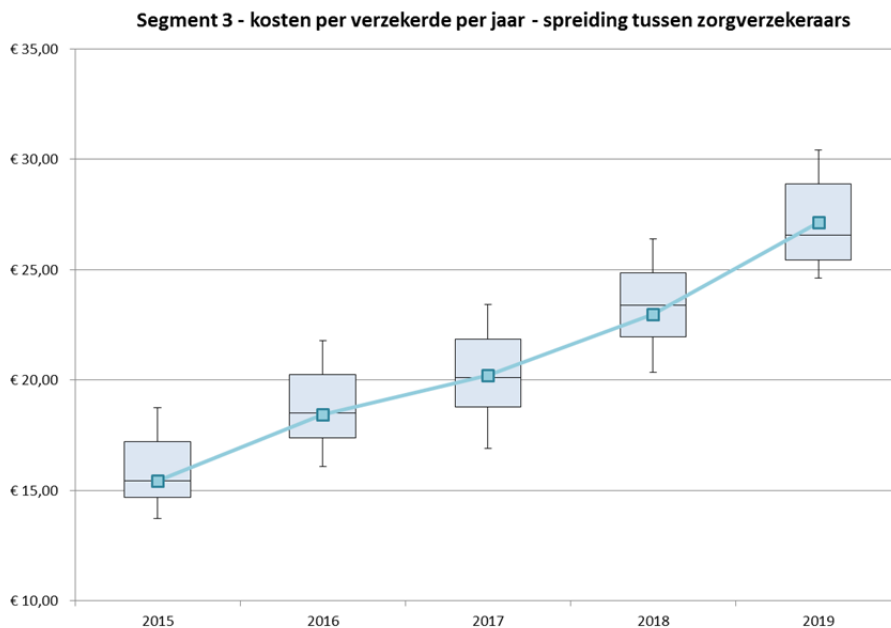
**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
15 van 25

Segment 3

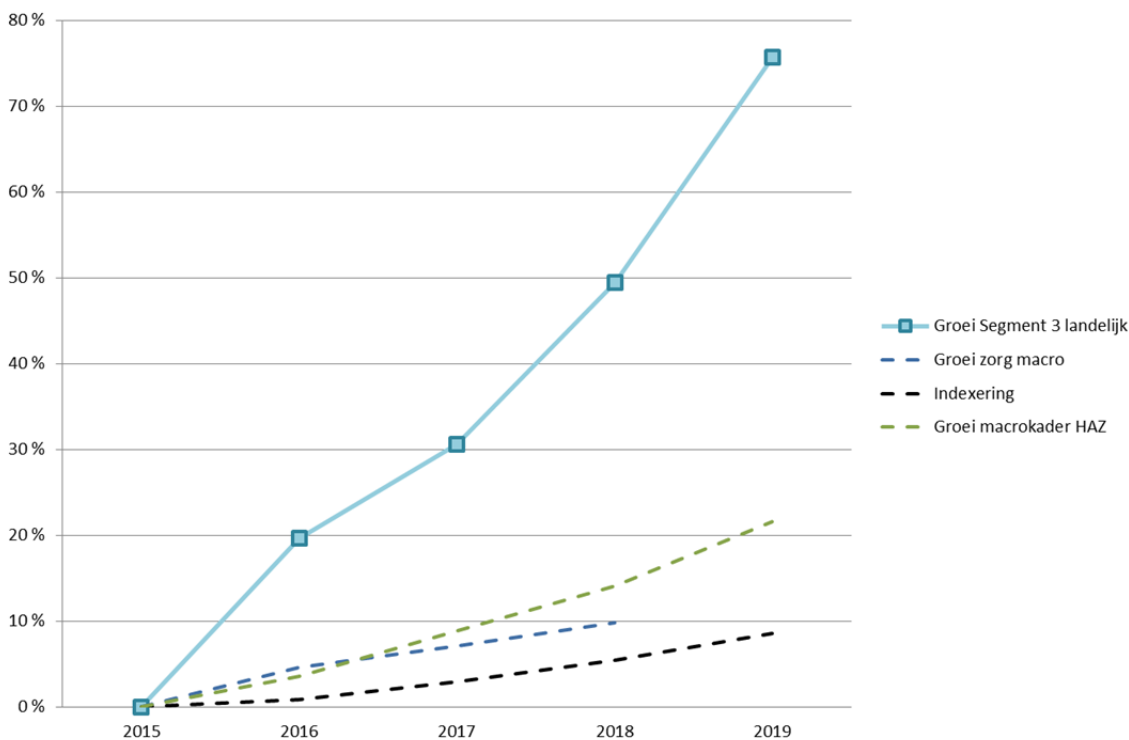
**Kenmerk  
out! Verwijzingsbron  
iet gevonden.**

pagina  
6 van 25



Deze grafiek is een herhaling van de tweede grafiek (bij alle huisartsenzorg) maar nu met een filter op declaraties in segment 3. Hier valt op dat de spreiding over de zorgverzekeraars meer symmetrisch is dat de uitgaven in dit segment harder groeien dan in de andere segmenten. Zoals hiervoor aangegeven zal een deel van de afzwakkende groei in segment 2 hierin terug te zien zijn.

**Segment 3 - groei t.o.v. 2015**



Groei landelijk

19,6%	9,2%	14,4%	17,5%
-------	------	-------	-------



Deze grafiek is een herhaling van de laatste grafiek in de vorige paragraaf (bij segment 2 zorg) maar nu met een filter op declaraties in segment 3. Ook hier valt op dat de groei van de uitgaven in segment 3 ver boven de groei ligt van alle zorg, indexering en macrokader huisartsenzorg.

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

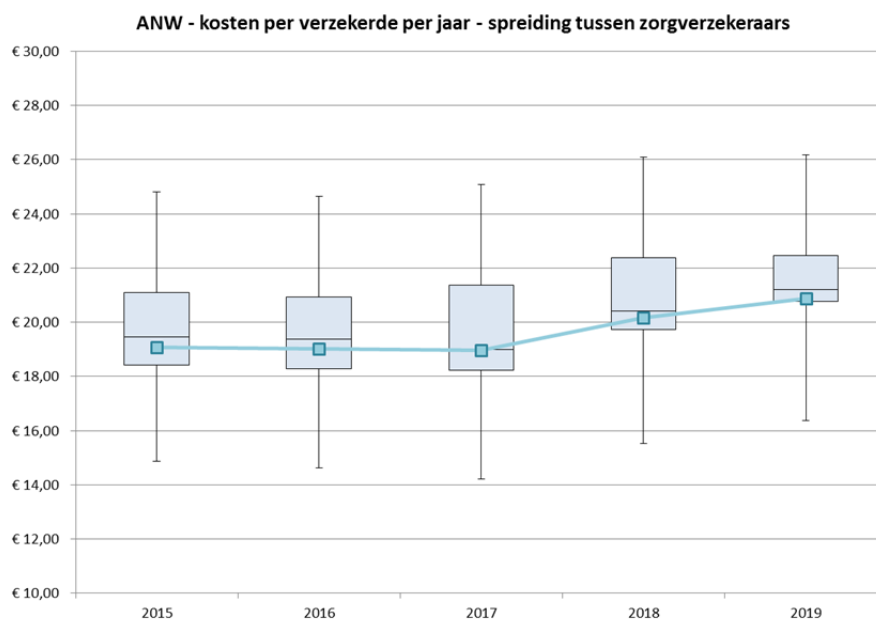
**Pagina**  
17 van 25

**ANW zorg**

De beide grafieken in deze paragraaf zijn dezelfde weergaven als in de vorige twee paragrafen (segment 2 en segment 3 zorg), maar nu met een filter op ANW zorg.

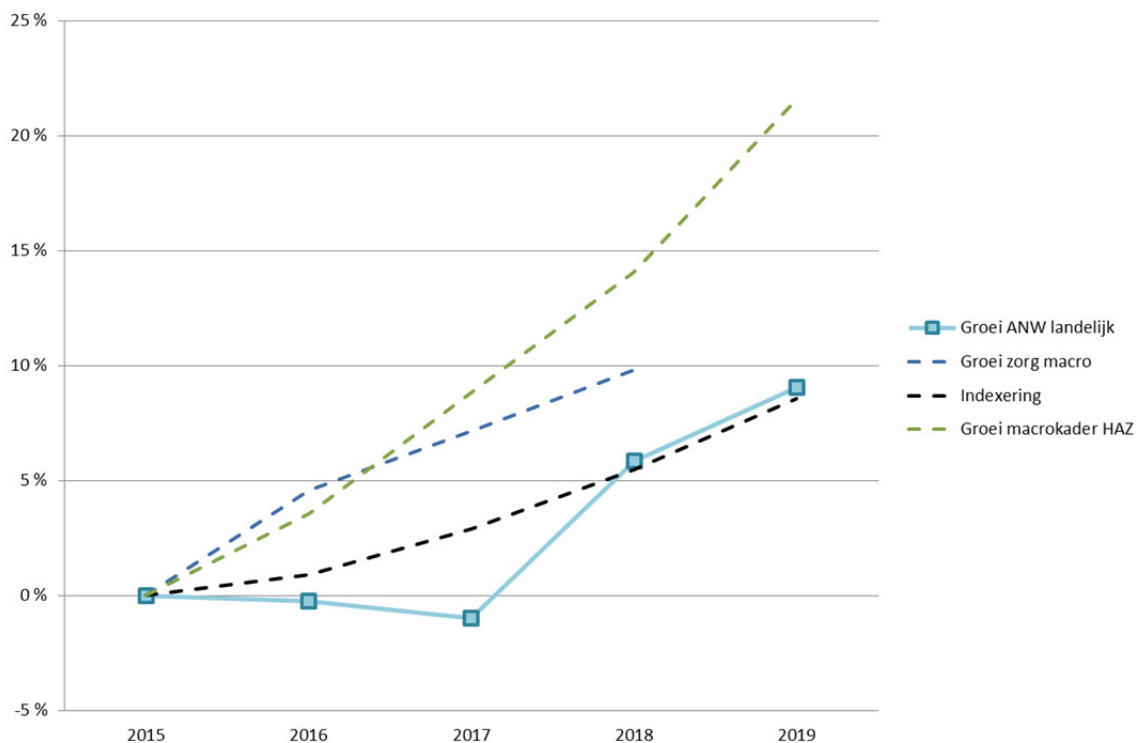
**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
18 van 25



Hier valt op dat uitgaven in de ANW zorg tot 2017 licht daalde en daarna duidelijk steeg.

**ANW - groei t.o.v. 2015**



Groei landelijk	-0,2%	-0,7%	6,9%	3,0%
-----------------	-------	-------	------	------

In deze grafiek zien we dat de uitgaven aan ANW zorg in alle, ook de recente jaren, aanvankelijk daalden en daarna minder stegen dan alle Zw en Wlz zorg, de indexering en het macrokader huisartsenzorg. In 2018 volgt een correctie en de trend zet zich in 2019 voort op een

niveau dat iets boven het niveau ligt dat enkel op basis van kostencorrectie mag worden verwacht.

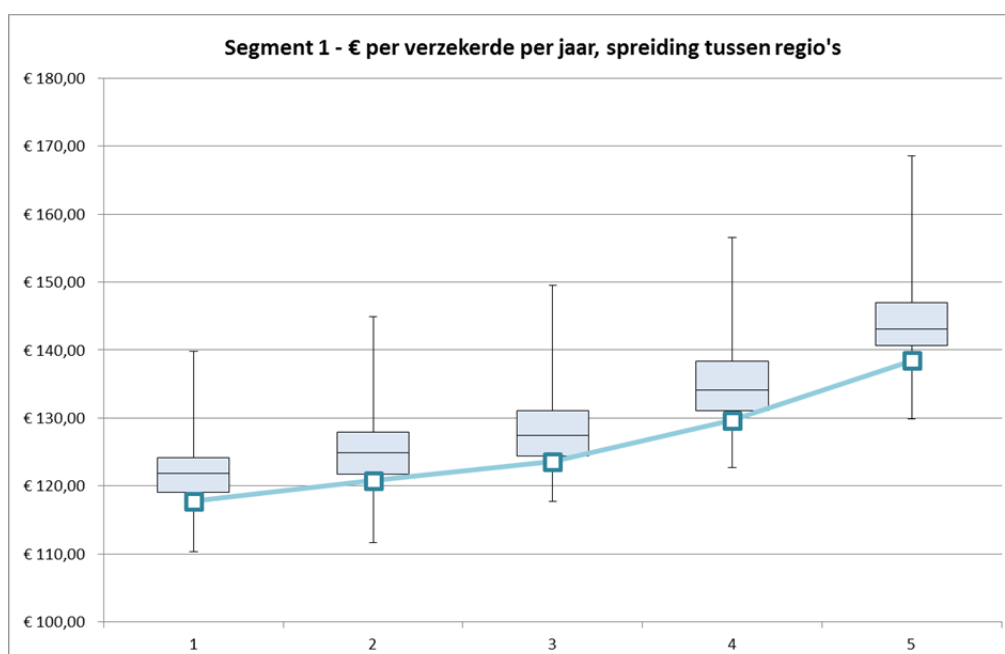
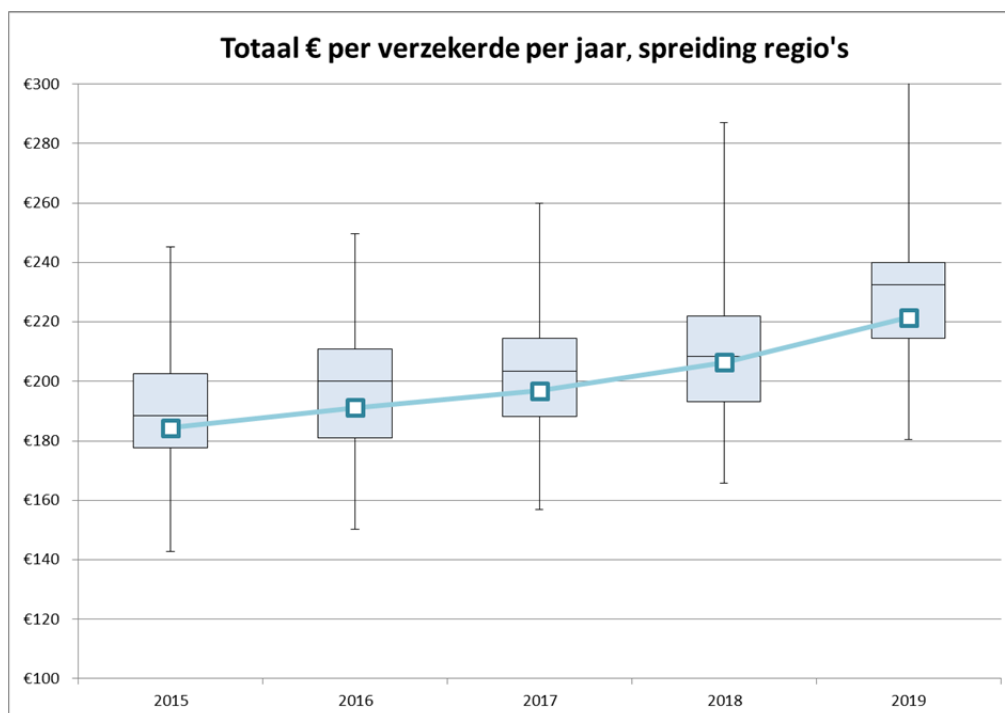
**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

**Pagina**  
19 van 25

### Uitsplitsing regio's

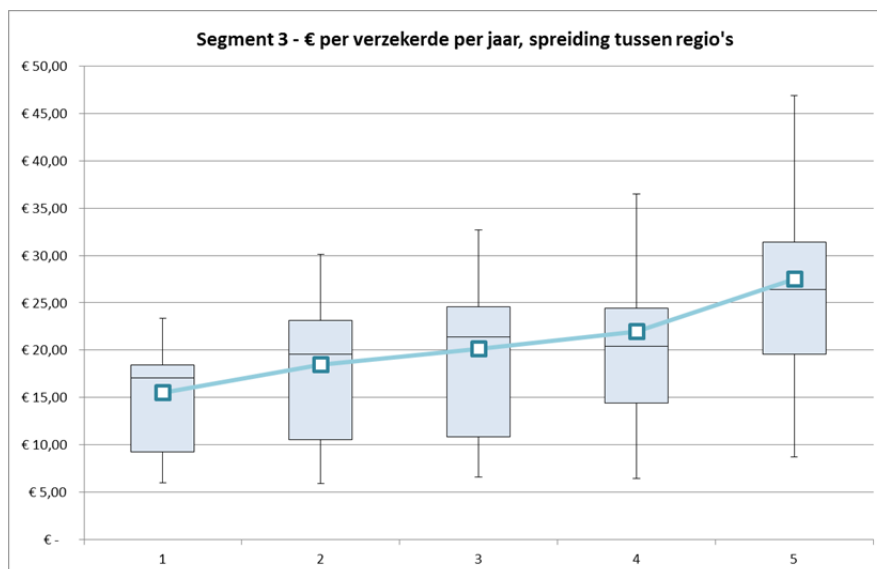
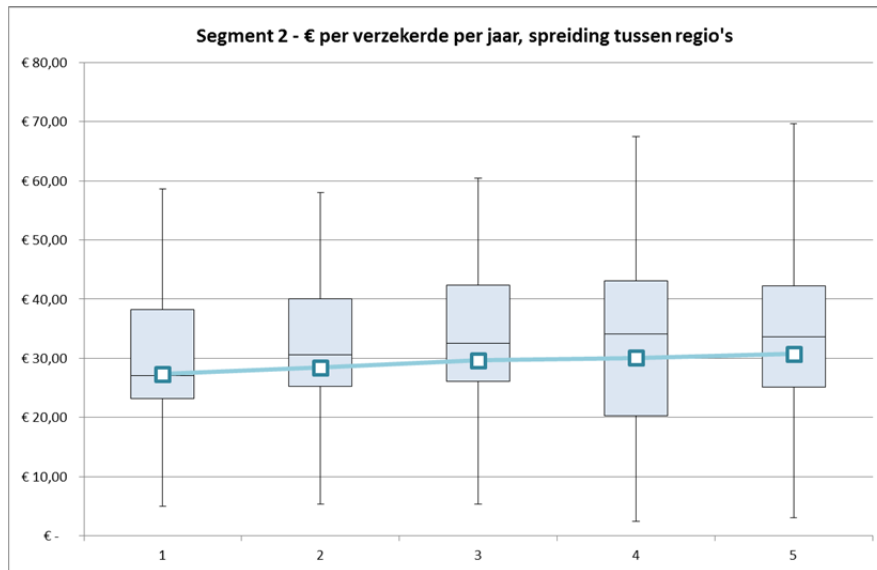
Alle analyses met uitsplitsing naar regio zijn weergegeven als box plot, omdat het weergeven van 31 regio's erg onoverzichtelijk is en ook teveel concurrentiegevoelig. Verder zijn deze grafieken op dezelfde volgorde weergegeven als de paragrafen hierboven: alle huisartsenzorg, segment 1, segment 2, segment 3 en ANW zorg.

Door uitsplitsing in regio's ontstaat in alle segmenten een beeld van grotere spreiding dan we zien bij uitsplitsing naar zorgverzekeraar. Daarbinnen zien we dat in veel regio's de stijging van uitgaven aan zorg gelijke tred houdt met het landelijk beeld, maar dat er tegelijk regio's zijn die ruim onder of boven dat gemiddelde zitten.



**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron**  
**niet gevonden.**

**Pagina**  
20 van 25





**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron**  
**niet gevonden.**

**Pagina**  
21 van 25

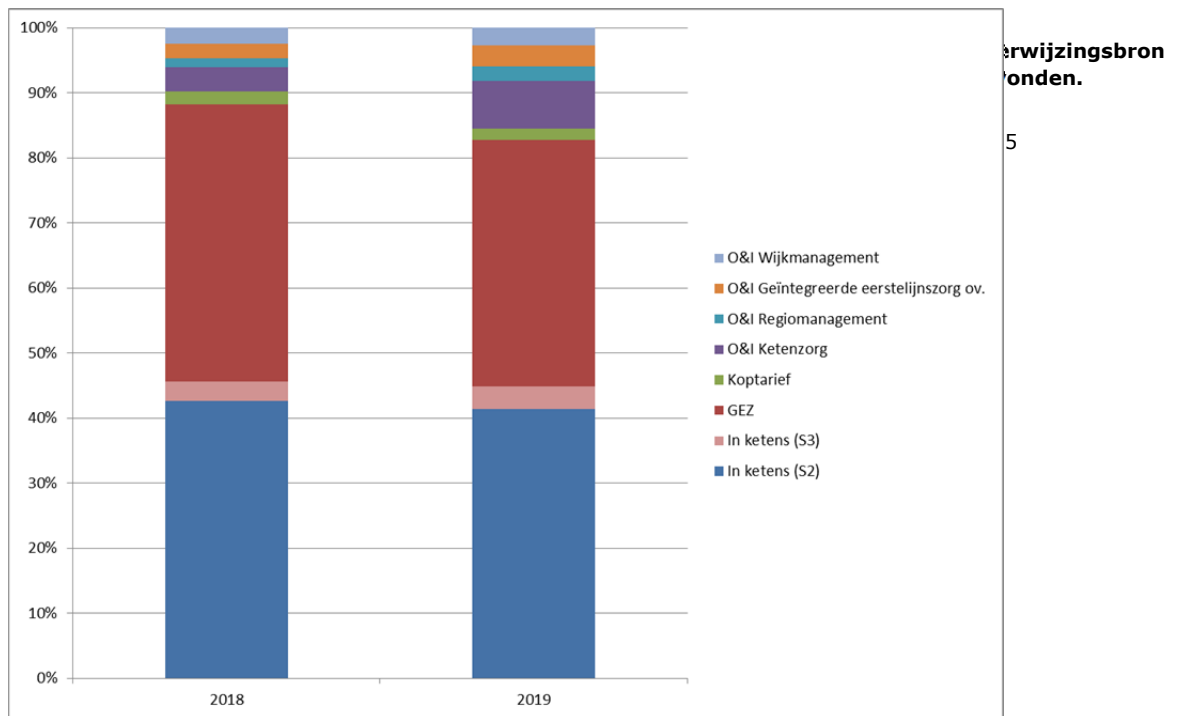
## Organisatie & Infrastructuur

Kenmerk  
**Fout! Verwijzingsbron  
niet gevonden.**

Pagina  
22 van 25

Bij de analyses rondom O&I moeten we vooraf een belangrijke disclaimer opnemen. Om deze analyse te kunnen uitvoeren werken we met ruwe declaratiedata. Deze zijn nog niet voor geheel 2019 beschikbaar. We extrapoleren op basis van de eerste twee kwartalen uit 2019. In de analyse tot nu toe zien we vrijwel geen toename in uitgaven O&I in 2019 ten opzichte van 2018. We hebben meerdere signalen dat we hierbij met name de ontwikkeling O&I in 2019 onderschatten. We zien in de declaratiedata een sterke daling in uitgaven in een aantal regio's, waarbij de daar preferente zorgverzekeraars aangeven dit niet te herkennen op basis van hun eigen administratie of afspraken. We verwachten dat dit de komende kwartalen zal leiden tot een opwaartse correctie van uitgaven O&I over 2019. We voeren deze analyse nu voor het eerst uit en hebben nog geen betrouwbare "spiegel" voor de wijze waarop dit deel van de uitgaven nog bijtrekken. Gelet op beelden die we in de vorige monitor over 2019 ophaalden, de correctie die Vektis zelf nog inschat op de tot en met december beschikbare data over 2019 (+ 1%) en de recent voorspelde groei van segment 2 als geheel ( 1,8%), ligt een toename van O&I uitgaven tussen de 1 en 3% in 2019 ten opzichte van 2018 in de verwachting. Dit is echter vooralsnog een voorspelling met een grote slag om de arm. We hebben vanuit individuele verzekeraars ook indicaties ontvangen dat de correctie hoger uit kan vallen.

In de grafiek hieronder zijn de relatieve uitgaven aan Organisatie en Infrastructuur (O&I) weergegeven per categorie, over de jaren 2018 en 2019.



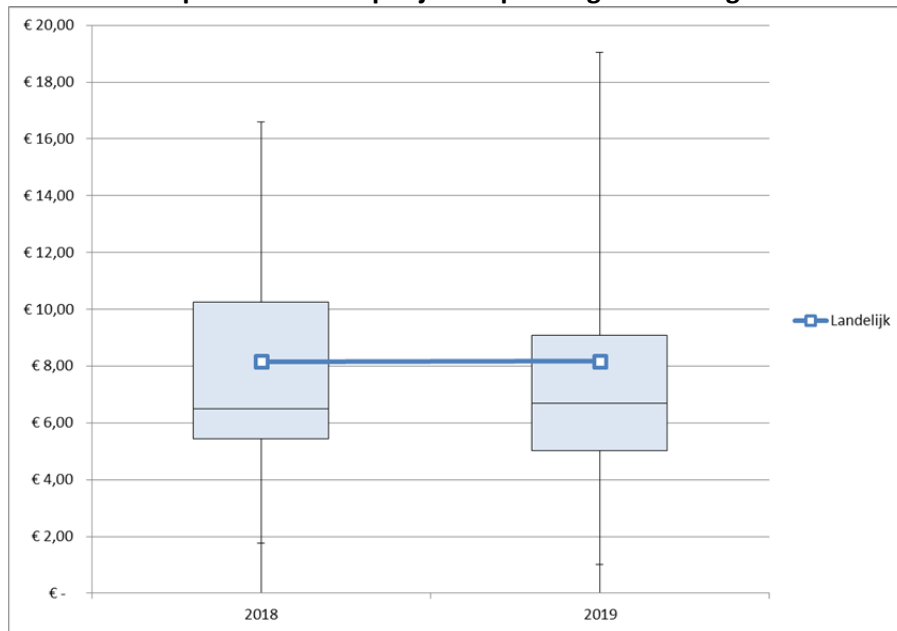
	2018	2019	2019 tov 2018
In ketens (S2)	€ 3,48	€ 3,39	-2,6%
In ketens (S3)	€ 0,24	€ 0,28	16,8%
GEZ	€ 3,47	€ 3,10	-10,8%
Koptarief	€ 0,16	€ 0,14	-9,8%
O&I Ketenzorg	€ 0,30	€ 0,60	97,7%
O&I Regiomanagement	€ 0,11	€ 0,19	65,4%
O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig	€ 0,18	€ 0,26	39,1%
O&I Wijkmanagement	€ 0,20	€ 0,23	14,7%
	€ 8,16	€ 8,19	0,4%

Deze grafiek laat de spreiding tussen de regio's zien in de bedragen die worden uitgegeven aan O&I.

**Kenmerk Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

Pagina  
24 van 25

**O&I per verzekerde per jaar - spreiding tussen regio's**





Hieronder geven we de spreiding weer tussen verzekeraars in de totaalbedragen die zij uitgeven aan O&I.

**Kenmerk**  
**Fout! Verwijzingsbron**  
**niet gevonden.**

**Pagina**  
25 van 25

**O&I per verzekerde per jaar - spreiding tussen verzekeraars**

