

Bijsluiter

**Vektis Open Databestanden
Zorgverzekeringswet
2011 - 2023**

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Samenstelling en data-integriteit	4
3.	Verzekerdengegevens	5
3.1	Algemeen	5
3.2	Definitie verzekerdengegevens	5
4.	Kostengegevens	7
4.1	Algemeen	7
4.2	Definitie kostenrubrieken	7
4.3	Declaratiekwartalen en uitloopkosten	10
4.4	Eigen risico, eigen bijdrage, eigen betalingen en coronabijdrage	10
5.	Disclaimer	111

1. Inleiding

De Vektis Open Databestanden Zorgverzekeringswet 2011 - 2023 zijn openbaar toegankelijke databestanden van Vektis. De databestanden bevatten de - onder de basisverzekering - gedeclareerde zorgkosten uit de kostenjaren 2011 tot en met 2023, onderverdeeld naar de verschillende zorgsoorten die binnen de Zorgverzekeringswet worden onderscheiden. Daarnaast bevatten de databestanden enkele persoonskenmerken van zorgverzekerden: geslacht, leeftijd en postcode of gemeente. In de bestanden op postcodeniveau zijn de gegevens samengevoegd in categorieën voor de eerste 3 cijfers van de postcode (postcode3). Leeftijdsgegevens in de postcodebestanden zijn geordend in leeftijdsklassen van 1 jaar; in bestanden op gemeenteniveau zijn de leeftijdsgegevens geaggregeerd in leeftijdsklassen van 5 jaar.

De databestanden hebben een landelijke dekking en bevatten dus gegevens van alle zorgverzekerden. De gegevens zijn echter niet herleidbaar naar individuele personen of verzekeraars.

Voor de kostenjaren 2011 tot en met 2023 zijn beschikbaar:

- 13 bestanden 'Vektis Open Databestand Zorgverzekeringswet <kostenjaar> - postcode3' met gegevens voor leeftijdsklassen van 1 jaar;
- 13 bestanden 'Vektis Open Databestand Zorgverzekeringswet <kostenjaar> - gemeente' met gegevens voor leeftijdsklassen van 5 jaar.

Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland en stelt partijen in staat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland te verbeteren. Met de open databestanden maakt Vektis, in opdracht van de zorgverzekeraars, deze gegevens voor iedereen toegankelijk.

Alvorens gebruik te maken van de databestanden, hier analyses op uit te voeren en conclusies te verbinden aan de resultaten, is het raadzaam deze bijsluiters door te lezen. Hoofdstuk 2 beschrijft op welke manier de gegevens in de databestanden geaggregeerd zijn. Hoofdstuk 3 bespreekt de verzekerdengegevens in de databestanden. Hier komen de verzekerdenkenmerken geslacht, leeftijdsklasse, postcode3 en gemeente alsmede de begrippen verzekerdenaantallen en verzekerde jaren aan de orde. Hoofdstuk 4 behandelt de definities van de kostengegevens, de mate waarin kostengegevens volledig zijn en op welke manier eigen betalingen, eigen bijdragen en het eigen risico in de kostengegevens zijn verwerkt.

2. Samenstelling en data-integriteit

De databestanden zijn samengesteld uit de bestandsaanleveringen van alle zorgverzekeraars. Deze bestandsaanleveringen worden door Vektis zorgvuldig gecontroleerd. Eventuele geconstateerde fouten worden altijd teruggekoppeld aan de betreffende verzekeraar met een verzoek om een nieuwe aanlevering van de betreffende data. Vektis voert zelf geen correcties uit. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de databestanden ook negatieve bedragen bevatten. Dit kunnen correcties zijn van uitbetaalde kosten over een eerder jaar die een verzekeraar in een later jaar heeft doorgevoerd.

Uit de bestandsaanleveringen van de verzekeraars zijn bronbestanden samengesteld die vervolgens zijn geaggregeerd tot bestanden met minimaal 10 achterliggende personen per datarecord. In het datawarehouse van Vektis komen geen burgerservicenummers (BSN's) voor en in de databron voor het maken van de open databestanden is geen gebruik gemaakt van volledige geboortedata of volledige adresgegevens.

De databestanden bevatten gesommeerde kosten, verzekerdenaantallen en verzekerde jaren voor alle unieke combinaties van de verzekerdenkenmerken geslacht, leeftijdsklasse en postcode3 of gemeente. Nu komt het voor dat er combinaties van verzekerdenkenmerken zijn waarbij het gesommeerde verzekerdenaantal kleiner is dan 10.

In de bestanden op postcode3-niveau is in die gevallen als volgt gehandeld:

- 1) In eerste instantie is de postcode op '000' gezet (zie ook paragraaf 3.2 onder het kopje 'Postcode_3').
- 2) Indien er bij de resterende combinaties (van leeftijd en geslacht) nog steeds sprake is van minder dan 10 personen, zijn de bijbehorende verzekerdenaantallen, verzekerde jaren en kosten opgeteld zodat deze gezamenlijk één restcategorie vormen waarvan de kenmerken ontbreken.

In de bestanden op gemeenteniveau is stap 1 overgeslagen en zijn records met minder dan 10 achterliggende personen dus direct aan de restcategorie toegekend. De restcategorie is in de databestanden te herkennen aan de lege cellen bij geslacht, leeftijdsklasse en postcode3 of gemeente. Ook bevat deze restcategorie de verzekerdenaantallen, verzekerde jaren en kosten van verzekerden waarvan één of meer persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, postcode of gemeente) onbekend zijn in de brongegevens.

Het hanteren van een minimum aantal van 10 personen moet voorkomen dat informatie in de databestanden leidt tot onthulling van gegevens over individuele personen. Verder staat in de databestanden geen informatie die te herleiden is tot individuele zorgverzekeraars.

3. Verzekerdengegevens

3.1 Algemeen

De Vektis Open Databestanden bevatten op geaggregeerd niveau van alle verzekerden die op enig moment in het betreffende jaar verzekerd zijn geweest binnen de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) een aantal verzekerdenkenmerken: geslacht, leeftijdsklasse en postcode3 of gemeente. De volgende paragraaf geeft een toelichting op deze kenmerken alsmede op de begrippen verzekerdenaantal en verzekerdejaar.

3.2 Definitie verzekerdengegevens

Geslacht

'M' betreft mannen en 'V' betreft vrouwen.

Leeftijdsklasse

In de bestanden op postcode3-niveau is leeftijd opgenomen als eenjarige klassen, waarbij de leeftijden van 90 jaar en hoger gegroepeerd zijn in de klasse 90+.

In de bestanden op gemeenteniveau is leeftijd opgenomen als vijfjarige klassen; ook hierbij zijn de leeftijden van 90 jaar en hoger gegroepeerd in de klasse 90+.

De leeftijd van verzekerden is gepeild op 31 december van het betreffende jaar.

Postcode_3

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden op postcode3-niveau.

Dit betreft de eerste 3 cijfers van de postcode. Daarnaast is waarde '000' toegekend aan verzekerden die wonen in een gebied dat zodanig klein is dat het opnemen van de werkelijke postcode3-waarde in de databestanden zou kunnen resulteren in herleidbaarheid naar individuele verzekerden. Door het omzetten van postcode3 naar de waarde '000' worden dergelijke verzekerden gegroepeerd.

Gemeentenaam

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden op gemeenteniveau.

Dit betreft de naam van de gemeente volgens de gemeentelijke indeling in 2025 in het bestand van 2023, de gemeentelijke indeling in 2024 in het bestand van 2022, de gemeentelijke indeling in 2023 in het bestand van 2021, de gemeentelijke indeling in 2022 in het bestand van 2020, de gemeentelijke indeling in 2021 in het bestand van 2019 en de gemeentelijke indeling in 2020 voor de bestanden 2011 t/m 2018.

Aantal_BSN

Aantal_BSN staat voor het aantal unieke verzekerden in het betreffende jaar voor de betreffende combinatie van verzekerdenkenmerken (geslacht, leeftijdsklasse en postcode3 of gemeente).

Aantal_verzekerdejaren

Aantal_verzekerdejaren betreft het aantal verzekerden gewogen naar de inschrijfduur in het betreffende jaar voor de betreffende combinatie van verzekerdenkenmerken.

Aantal_verzekerdejaren is een wegingsfactor die het mogelijk maakt zorgkosten in verschillende regio's of verschillende leeftijdsklassen te vergelijken ongeacht de aantallen nieuw geboren, en

overledenen of verhuisde verzekerden. De berekening van het aantal verzekerde jaren is gebaseerd op de verhouding tussen het aantal dagen van een kalenderjaar dat iemand verzekerd was en het aantal dagen van het betreffende kalenderjaar. Iemand die alle dagen van een kalenderjaar ingeschreven is geweest voor de basisverzekering, heeft een aantal verzekerde jaren gelijk aan 1. Een verzekerde die korter ingeschreven is geweest, heeft een aantal verzekerde jaren kleiner dan 1. Op dezelfde manier drukt het aantal verzekerde jaren de woontijd uit van een verzekerde in een postcodegebied of gemeente.

Een fictief voorbeeld:

- In regio A wonen 8.000 verzekerden met samen 8.000 verzekerde jaren; iedereen is dus het hele jaar ingeschreven geweest. Deze verzekerden hebben gezamenlijke zorgkosten van €1.000.000,-. Gemiddeld hebben zij €125,- kosten per verzekerdenjaar.
- In regio B wonen ook 8.000 verzekerden met samen slechts 4.000 verzekerde jaren; de gemiddelde inschrijfduur van deze verzekerden is dus een half jaar. Ook zij hebben gezamenlijke zorgkosten van €1.000.000,-. Gemiddeld hebben zij echter €250,- kosten per verzekerdenjaar.

Vergelijking van de gemiddelde kosten per verzekerde op basis van aantal verzekerden zou de conclusie opleveren dat in beide regio's evenveel kosten worden gemaakt. Bij gebruik van verzekerde jaren, en dus rekening houdend met de inschrijfduur, blijken de gemiddelde kosten in regio B 2 keer zo hoog te zijn als de gemiddelde kosten in regio A.

4. Kostengegevens

4.1 Algemeen

De Vektis Open Databestanden bevatten zorgkosten binnen de basisverzekering (in euro's) die zorgverleners en verzekerden bij zorgverzekeraars hebben gedeclareerd en die daadwerkelijk zijn uitbetaald. De gegevens in een databestand betreffen zorgkosten die zijn gemaakt in één van de kostenjaren 2011 tot en met 2023 en die zijn gedeclareerd en verwerkt in een periode van 8 kwartalen (2 jaar) gerekend vanaf 1 januari van het betreffende kostenjaar.

Hoe de zorgkosten zijn onderverdeeld in kostenrubrieken licht paragraaf 4.2 toe. Paragraaf 4.3 verklaart het begrip 'declaratiekwartaal' en vermeldt in welke mate na 8 declaratiekwartalen naar verwachting nog kostengegevens ontbreken. Tot slot legt paragraaf 4.4 uit hoe in de kostengegevens is omgegaan met eigen betalingen, eigen bijdragen en het verplicht dan wel vrijwillig eigen risico.

Van belang is te bedenken dat werkelijke zorgkosten kunnen afwijken van de bij zorgverzekeraars gedeclareerde zorgkosten, bijvoorbeeld doordat er achteraf nog andere betalingen of verrekeningen plaatsvinden. Dit speelt met name in de medisch-specialistische zorg, en in mindere mate bij farmacie. In de medisch-specialistische zorg kunnen dergelijke verrekeningen samenhangen met zogenaamde plafondafspraken die zorgverzekeraars en instellingen sinds 2012 maken. Deze afspraken houden in dat in eerste instantie een bepaalde prijs wordt betaald en dat die achteraf op basis van deze afspraken mogelijk wordt gecorrigeerd; zo wordt de prijs verlaagd als het plafond na optelling van alle declaraties blijkt te zijn overschreden.

4.2 Definitie kostenrubrieken

Kosten_medisch_specialistische_zorg

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- kosten en honoraria van DBC-zorgproducten gereguleerde en vrije segment;
- kosten van add-ons;
- kosten en honoraria specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie;
- kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten;
- overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg;
- overige zorgproducten.

Kosten_farmacie

Kosten van farmaceutische hulp, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, moduletairief farmaceutische hulp door apotheekhoudende huisartsen en moduletairief scheiden van zorg en handel.

Kosten_tweedelijns_GGZ (tot en met 2013) / Kosten_specialistische_GGZ (vanaf 2014 en tot en met 2021)

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling);
- kosten van DBC's GGZ zonder verblijf: kosten van instellingen;
- kosten van DBC's GGZ zonder verblijf: kosten van zelfstandig gevestigden.

Kosten_huisarts_inschrijftarief

Kosten van inschrijftarieven huisartsen, inclusief een eventuele opslag voor digitaal declareren, exclusief moduletairief farmaceutische hulp apotheekhoudende huisartsen en moduletairief scheiden van zorg en handel.

Kosten_huisarts_consult

Kosten van consulttarieven huisartsen.

Kosten_huisarts_MDZ

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2015.

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- multidisciplinaire zorg;
- resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen;
- resultaatbeloning en zorgvernieuwing multidisciplinaire zorg;
- overige tarieven.

Kosten_huisarts_overig

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH);
- kosten module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ;
- kosten achterstandsfonds;
- kosten module modernisering en innovatie;
- kosten overige tarieven huisartsenhulp (waaronder passantentarieven);
- kosten avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW).

Kosten_hulpmiddelen

Kosten van hulpmiddelen.

Kosten_mondzorg

Kosten van mondzorg: kosten mondzorg volwassen en jeugdige verzekerden, gebitsprothesen en bijzondere betalingen.

Kosten_paramedische_zorg_fysiotherapie

Kosten van fysiotherapie.

Kosten_paramedische_zorg_overig

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- kosten van oefentherapie cesar/mensendieck;
- kosten van logopedie;
- kosten van ergotherapie
- kosten van gecombineerde leefstijlinterventie (*vanaf 2020*).

Kosten_ziekenvervoer_zittend

Kosten van vervoer per taxi, openbaar vervoer en eigen auto.

Kosten_ziekenvervoer_liggend

Kosten van vervoer per ambulance of helikopter.

Kosten_kraamzorg

Kosten van kraamzorg.

Kosten_verloskundige_zorg

Kosten van verloskundige hulp door verloskundigen en huisartsen.

Een verandering in de wijze waarop verloskundige declaraties worden geboekt, kan op regionaal niveau zorgen voor kostenverschuivingen tussen 2013 en 2014.

Kosten_eerstelijns_psychologische_zorg

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over 2011, 2012 en 2013.
Kosten van eerstelijnspsychologische zorg.

Kosten_generalistische_basis_GGZ

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren van 2014 tot en met 2021.
Kosten van generalistische basis GGZ.

Kosten_langdurige_GGZ

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren van 2015 tot en met 2021.
Kosten van langdurige GGZ.

Kosten_grensoverschrijdende_zorg

Let op: Voor grensoverschrijdende zorg is na 8 kwartalen nog niet alle zorg gedeclareerd, omdat een substantieel deel van de kosten vertraagd binnenkomt. Deze kosten zijn dus incompleet.

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp in het buitenland;
- kosten van geneeskundige zorg in het buitenland gericht op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover deze horen bij deze zorg;
- kosten voor overige prestaties in het buitenland.

Kosten_eerstelijns_ondersteuning

Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg. Slechts enkele verzekeraars declareren dit per verzekerde. Vanaf 2019 worden deze kosten alleen als eenmalig bedrag tussen de zorgverzekeraars en zorgverleners vergoed, waardoor deze niet meer op verzekerde niveau beschikbaar zijn.

Kosten_geriatrische_revalidatiezorg

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2013.
Kosten van geriatrische revalidatiezorg.

Kosten_eerstelijnsverblijf

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2018.
Kosten van eerstelijnsverblijf.

Kosten_verpleging_en_verzorging

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2015.
Kosten van verpleging en verzorging.

Kosten_GZSP

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2020.
Geneeskundig zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP) is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2020.

Kosten_integrale_geboortezorg

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden over de jaren vanaf 2021.
Integrale geboortezorg is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2021

Kosten_innovatiegelden_ggz

Dit gegeven komt alleen voor in de bestanden vanaf 2021.
Beleidsregel innovatie - Kosten GGZ is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2021

Kosten_overig

Deze kostenrubriek bevat het totaal van de volgende kostensoorten:

- ketenzorg (beleidsregel multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen – tot en met 2014);
- zorg zintuiglijk gehandicapten (vanaf 2015);
- overige kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp;
- overige geneeskundige zorg;
- overige kosten overige prestaties;
- overige kosten die niet nader te specificeren zijn.

Kosten_consulten_ggz

Dit gegeven komt alleen voor in het bestand over 2022.

Kosten consulten in de GGZ is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2022

Kosten_intramuraal_verblijf_ggz

Dit gegeven komt alleen voor in het bestand over 2022.

Kosten_intramuraal_verblijf_ggz is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2022

Kosten_overige_prestaties_ggz

Dit gegeven komt alleen voor in het bestand over 2022.

Kosten_overige_prestaties_ggz is een nieuwe kostenrubriek aangemaakt vanaf het jaar 2022

4.3 Declaratiekwartalen en uitloopkosten

Niet iedere zorgsoort wordt even snel gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Zo is er in de specialistische GGZ sprake van langlopende zorgtrajecten die pas na afsluiting gedeclareerd worden. Een huisartsconsult is daarentegen veel sneller gedeclareerd. Na 12 declaratiekwartalen (3 jaar) worden alle zorgsoorten als uitgedeclareerd beschouwd. Alle kosten zijn dan over het desbetreffende jaar bij de verzekeraar gedeclareerd en verwerkt.

De databestanden bevatten gegevens over 8 declaratiekwartalen. Eerstelijnszorg is na 8 kwartalen zo goed als uitgedeclareerd. Dit gaat eveneens op voor de tweedelijnszorg, zij het met uitzondering van de Specialistische GGZ, waarvoor na 8 declaratiekwartalen ca. 90% van de kosten is gedeclareerd. Verder geldt dat het declaratiepercentage van Medisch-specialistische zorg tot en met kostenjaar 2014 na 8 kwartalen nog uitkwam op ca. 98% en pas sinds 2015 ca. 100% bedraagt; dit is het gevolg van het verkorten per 01-01-2015 van de maximale doorlooptijd van DBC's van 365 tot 120 dagen. Voor grensoverschrijdende zorg is na 8 kwartalen nog niet alle zorg gedeclareerd, omdat een substantieel deel van de kosten vertraagd binnenkomt. Deze kosten zijn dus incompleet.

4.4 Eigen risico, eigen bijdrage, eigen betalingen en coronabijdrage

Declaraties van zorgverleners die op jaarbasis onder het totaal blijven van het wettelijk verplicht eigen risico plus een eventueel door de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico, dienen door de verzekerde zelf te worden betaald. De open databestanden zijn inclusief de kosten die vallen onder het eigen risico en die een verzekeraar heeft vergoed en vervolgens in rekening heeft gebracht bij de verzekerde.

Kosten die een verzekerde zelf betaalt maar niet bij de zorgverzekeraar declareert, zijn niet meegenomen in de open databestanden. Dit geldt ook voor kosten die een verzekerde zelf betaalt volgens de wettelijke eigen bijdrage.

Om de continuïteit van de zorg in 2020, 2021 en 2022 te kunnen waarborgen zijn er voor meerdere beroepen en zorgstromen financiële bijdragen beschikbaar gesteld. Deze indirecte coronakosten zitten niet in de Open Databestanden aangezien deze niet op verzekerde niveau zijn gedeclareerd. Een uitzondering hierop is een gedeelte van de coronabijdrage voor de huisartsenzorg. Deze is door een deel van de zorgverzekeraars wel op verzekerde niveau gedeclareerd in de rubrieken Kosten_huisarts_inschrijftarief en Kosten_huisarts_overig. Dit betreft echter een relatief klein percentage van de totale kosten in deze rubrieken.

5. Disclaimer

De Vektis Open Databestanden zijn toegankelijk voor persoonlijke en/of onderzoeksdoeleinden. Het is niet toegestaan de data door te verkopen of te gebruiken voor commerciële doeleinden. Vektis kan niet aansprakelijk worden gesteld voor het gebruik of de gevolgen van het gebruik van de data door derden. Bij elk gebruik van de data dient de bronvermelding te worden opgenomen (bron: Vektis).

In de Vektis Open Databestanden komen voor een gering aantal verzekerden dubbele records voor. Het betreft in totaal 1.924 verzekerden. De verwachting is dat dit in de oplevering van volgend jaar is opgelost.