

HANDBOEK ZORGVERZEKERAARS INFORMATIE ZORGVERZEKERINGSWET 2015

1 Algemeen	2
1.1 Indeling Handboek	3
1.2 Aanlevering van gegevens	5
1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar	14
2 Specifieke Informatie A	69
2.1 Bestuursverklaring	70
2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat	72
2.3 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland	92
3 Specifieke Informatie C	95
3.1 Specificaties van kosten en productie	96
3.2 Regeling wanbetalers	154
4 Definities Kosten en Productie	157
4.1 Kostenbegrip	158
4.2 Kolommen kostenverzamelstaat	160
4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers	166
4.4 Instellingen	192
5 Aanvullende informatie risicoverevening	193
5.1 Beschrijving gegevensvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening	194
5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	205
5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken	213
5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	218
5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	223
5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ	227
5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde	232
5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)	243
5.9 Add-ons geneesmiddelen	247
5.10 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)	251
6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening	255
7 Record lay-out informatie risicoverevening	266
8 Declaratiegegevens	285

1 Algemeen

1.1 Indeling handboek

1.2 Aanlevering van gegevens

1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar

Algemeen

Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het betreft:

- specifieke informatie in de kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende specifieke informatie voor de risicoverevening.

In dit hoofdstuk vindt u in paragraaf 1.1 een toelichting op de indeling van het handboek. In paragraaf 1.2 vindt u welke documenten en bestanden u op welk moment aan wie moet aanleveren, adresgegevens en helpdeskgegevens en de procedure rond de pseudonimisering van persoonsgegevens.

Het handboek is jaaronafhankelijk. In paragraaf 1.3 zijn de wijzigingen en aandachtspunten per jaar en per versie van het handboek opgenomen.

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten, opgave opbrengstverrekening DBC's en HKC

Als de waarde onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. U neemt alle bedragen op in **hele euro's**. Daarbij hanteert u de volgende afrondingsregel: kleiner dan 0,5 naar beneden afronden en 0,5 of groter naar boven. In de gearceerde velden kunnen geen bedragen voorkomen.

1.1 Indeling Handboek

Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het betreft:

- specifieke informatie in de kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende specifieke informatie voor de risicoverevening.

De hoofdstukken 2 tot en met 4 gaan over de kwartaal- en jaarstaten en hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende informatie risicoverevening. In hoofdstuk 6 komt de gegevensaanlevering ten behoeve van de opbrengstverrekening aan de orde. Hoofdstuk 7 geeft de record lay-out van de bestanden per verzekerde ten behoeve van de risicoverevening.

De hoofdstukken 2 en 3 volgen de indeling van het elektronisch format van de kwartaal- en jaarstaten. Elke tabel in de elektronische formats van de kwartaal- en jaarstaten is in dit handboek opgenomen. Bij elke tabel treft u een inhoudelijke omschrijving aan van wat in de tabel wordt uitgevraagd. Ook is aangegeven hoe vaak de tabel moet worden aangeleverd. In hoofdstuk 4 treft u diverse definities aan van begrippen zoals die in de kwartaal- en jaarstaten van toepassing zijn. Ook treft u hier verschillende indelingen van categorieën instellingen aan.

Het handboek is, voor wat betreft de hoofdstukken die gaan over de feitelijke gegevensaanlevering, ingedeeld in de onderdelen:

- 2 Specifieke Informatie A (met accountantsverklaring);
- 3 Specifieke Informatie C (beleidsinformatie zonder accountantsverklaring);
- 5 Aanvullende informatie risicoverevening;
- 6 Gegevens opbrengstverrekening.

2 Specifieke Informatie A

betreft informatie die in de jaarstaat met accountantsverklaring moet worden aangeleverd. Het gaat hier om detailinformatie voor de risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat en afrekeninformatie buitenland. Het controleprotocol bij de specifieke informatie A ontvangt u van de NZa. Tevens moet bij de specifieke informatie A in de jaarstaat een bestuursverklaring worden aangeleverd.

3 Specifieke Informatie C

betreft beleidsinformatie die zonder accountantsverklaring wordt aangeleverd. Het gaat hier om 'specificaties van kosten en productie' per kostenrubriek/ kostencodenummer en een specificatie regeling wanbetalers.

5 Aanvullende informatie risicoverevening

gaat over aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. Deze bestanden moeten worden aangeleverd met een bestuursverklaring en deels met een assurancerapport.

Met assurancerapport

- Bestand verzekerde periode en persoonskenmerken T-1 met bestuursverklaring;
- Bestand persoonskenmerken jaar T met bestuursverklaring;
- Bestand farmaciegegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring;
- Bestand DBC-gegevens somatisch per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand DBC-gegevens GGZ per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand kosten per verzekerde T-3 met bestuursverklaring;
- Bestand hogekostencompensatie GGZ 18+ T-3 met bestuursverklaring;
- Bestand hulpmiddelgegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring.

Zonder assurancerapport

- Bestand kosten per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand add-ons geneesmiddelen gegevens T-2 met bestuursverklaring.

Ook is in dit hoofdstuk een toelichting op de gegevensuitvraag van het Zorginstituut in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening opgenomen.

6 Gegevens opbrengstverrekening

gaat over de gegevensaanlevering ten behoeve van de berekening van de marktaandelen in het kader van de opbrengstverrekening. Deze gegevens moeten worden aangeleverd met een assurancerapport.

1.2 Aanlevering van gegevens

De aanlevering van gegevens over de Zvw door de zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland en de NZa omvat

- kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende gegevens risicoverevening;
- gegevens opbrengstverrekening.

Hierna is per onderdeel toegelicht welke gegevens, op welk moment, door wie, aan wie moeten worden aangeleverd. Voor een nadere toelichting op de aanleveringen aan de NZa en de voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar, verwijst ik u naar de NZa (o.a. het Protocol onderzoek Zvw dat de NZa jaarlijks uitbrengt).

Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw

- **Jaarstaat Zvw**
De wettelijke termijn voor het indienen van de jaarverantwoording door zorgverzekeraars is uiterlijk 1 juli t+1. De inzenddatum van de jaarstaat was altijd 1 juni t+1. In verband met de gewenste vervroeging is met ingang van 2014 de inzenddatum 1 mei t+1. De inzending van de jaarstaat omvat
aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
aan de NZa: - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring (op papier);
- bestuursverklaring bij de specifieke informatie A (op papier).

De inzenddatum voor de documenten aan de NZa is ook 1 mei t+1. In het begeleidende schrijven geeft de zorgverzekeraar aan dat de gegevens in het elektronisch format gelijk zijn aan de op papier aangeleverde gegevens.

- **Kwartaalstaten Zvw**
Alle zorgverzekeraars zorgen ervoor dat Zorginstituut Nederland de volledige kwartaalstaat uiterlijk **vier** weken na afloop van het betreffende kwartaal heeft ontvangen. De verzekerdenstanden over het eerste kwartaal moeten uiterlijk op 7 maart door het Zorginstituut zijn ontvangen. De inzending van de kwartaalstaat omvat
aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdenstand van de maand maart.

Samengevat zijn de inzenddata voor de kwartaal- en jaarstaten Zvw:

1^e kwartaal: 7 maart (uitsluitend verzekerdenstanden januari t/m maart en bestuursverklaring)

1^e kwartaal: 28 april

2^e kwartaal: 28 juli

3^e kwartaal: 28 oktober

4^e kwartaal: 28 januari t+1

jaarstaat : 1 mei t+1

Aanlevering van aanvullende gegevens risicoverevening in 2015

In het kader van de risicoverevening vraagt Zorginstituut Nederland, naast de kwartaal- en jaarstaten, in 2015 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN;
- Persoonskenmerken 2015 op peildatum 1 mei 2015;
- Farmaciegegevens 2014 per verzekerde;
- DBC-gegevens somatisch 2013 per verzekerde;
- DBC-gegevens GGZ 2013 per verzekerde;
- Gegevens kosten per verzekerde 2012 en 2013;
- Opgave hoge kosten compensatie (HKC) GGZ 18+ 2012;
- Hulpmiddelgegevens 2014 per verzekerde;
- Add-ons geneesmiddelen gegevens 2013 per verzekerde.

De inzending van de gegevens (deelbestand) verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, DBC-gegevens GGZ, kosten per verzekerde 2012 en hulpmiddelgegevens omvat

- aan Zorginstituut Nederland:
- gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP);
 - U hoeft geen elektronische versie van de bestuursverklaring aan het Zorginstituut te sturen;
- aan de NZa:
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier);
 - assurancerapport bij de bestuursverklaring (op papier).

Het deelbestand verzekerde periode en persoonskenmerken zonder (geverifieerd) BSN is een Excelformat en wordt niet gepseudonimiseerd. U geeft 1 bestuursverklaring en 1 assurancerapport af bij beide deelbestanden samen.

De inzending van de gegevens kosten per verzekerde 2013 en de gegevens add-ons geneesmiddelen 2013 omvat

- aan Zorginstituut Nederland:
- gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP);
 - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier).

De inzendingen van de hoge kosten compensatie (HKC) omvatten

- aan Zorginstituut Nederland:
- verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- aan de NZa:
- opgave hoge kostencompensatie met assurancerapport (op papier);
 - bestuursverklaring bij de opgave (op papier).

NB In 2015 worden een aantal bestanden bij uitzondering met alleen een bestuursverklaring, dus zonder assurancerapport, aangeleverd: HKC 2012, Kosten per verzekerde 2012 en DBC-gegevens GGZ 2013.

Aanlevering van gegevens opbrengstverrekening in 2015

In 2015 leveren de zorgverzekeraars separaat de definitieve opgave opbrengstverrekening 2013 aan.

De inzending van de definitieve opgave opbrengstverrekening omvat

- aan Zorginstituut Nederland:
- verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- aan de NZa:
- gewaarmerkte opgave definitieve opbrengstverrekening

met assurancerapport (op papier);
- bestuursverklaring bij de definitieve opgave (op papier).

Extra aanleveringen in 2015

In 2015 moeten een drietal verantwoordingen over 2011 opnieuw aan de accountant worden voorgelegd, als gevolg van de ontbrekende goedkeurende accountantsverklaringen.

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie	Aanleverdatum
Jaarstaat 2013	schadejaar 2011	alle zorgverzekeraars 2011	Bij voorkeur 1 juni 2015/ uiterlijk 1 juli 2015
Kosten per verzekerde	verslagjaar 2011	alle zorgverzekeraars 2011	Bij voorkeur 1 juni 2015/ uiterlijk 1 juli 2015
Hogekosten- compensatie Zvw	verslagjaar 2011	alle zorgverzekeraars 2011	Bij voorkeur 1 juni 2015/ uiterlijk 1 juli 2015

Deze in 2014 aangeleverde verantwoordingen over 2011 worden niet aangepast. De verantwoordingen zullen door de zorgverzekeraar nogmaals ter beoordeling aan de accountant worden voorgelegd.

De aanlevering omvat uitsluitend alle papieren documenten aan de NZa. De elektronische bestanden worden niet opnieuw aangeleverd.

Nieuwe gegevensaanlevering in 2015

Met ingang van 2015 vraagt het Zorginstituut de declaratiegegevens op van huisartsenzorg en medische specialistische zorg. Deze gegevens worden aangeleverd zonder accountantsproduct of bestuursverklaring.

Wat	Wanneer	Aan wie
De elektronische bestanden declaratiegegevens medisch specialistische zorg ontvangen tot 1 augustus 2015 en declaratiegegevens huisartsenzorg ontvangen tot 1 juli of 1 augustus 2015, beiden over 2015, 2014, 2013 en 2012	14 augustus 2015	Zorginstituut Nederland
Het elektronische bestand declaratiegegevens medisch specialistische zorg, ontvangen vanaf 1 augustus 2015 over 2015, 2014, 2013 en 2012	telkens 2 weken na afloop van de maand vanaf augustus 2015	Zorginstituut Nederland
Het elektronische bestand declaratiegegevens huisartsenzorg, ontvangen vanaf 1 juli of 1 augustus 2015 over 2015, 2014, 2013 en 2012	telkens 2 weken na afloop van de maand vanaf augustus 2015 of 6 weken na afloop van het derde en vierde kwartaal 2015 en vervolgens 2 weken na afloop van de maand	Zorginstituut Nederland

Aanleverkalender

In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2015 over 2012, 2013, 2014 en 2015 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie 1)	Aanleverdatum
Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2014 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2014	28 januari 2015
Kwartaalstaat verzekerdenstanden	verzekerdenstanden januari, februari en maart 2015	alle zorgverzekeraars 2015	7 maart 2015
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2015 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2015	28 april 2015
Hogekosten-Compensatie Zvw GGZ 18+	verslagjaar 2012, declaraties van verzekerden voor zover die onder de HKC vallen	alle zorgverzekeraars 2012	1 mei 2015
Jaarstaat	schadejaren 2014, 2013 en 2012	alle zorgverzekeraars 2014	1 mei 2015
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2012	alle zorgverzekeraars 2012	1 mei 2015
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2013	alle zorgverzekeraars 2013	1 mei 2015
Add-ons geneesmiddelen	declaraties add-ons geneesmiddelen 2013	alle zorgverzekeraars 2013	1 mei 2015
DBC-gegevens GGZ	declaraties van DBC's GGZ geopend in 2013	alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2015
Farmaciegegevens	declaraties 2014 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2014	1 juni 2015
DBC-gegevens (somatisch)	declaraties van DBC's somatisch geopend in 2013	alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2015
Opbrengstverrekening	declaraties 2013	alle zorgverzekeraars 2013	1 juni 2015
Verzekerde periode en persoonskenmerken	verslagjaar 2014	alle zorgverzekeraars 2014	1 juni 2015
Persoonskenmerken	1 mei 2015	alle zorgverzekeraars 2015	1 juni 2015
Hulpmiddelengegevens	declaraties 2014 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2014	1 juni 2015
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2015 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2015	28 juli 2015
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2015 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2015	28 oktober 2015

- 1) De risicodragende zorgverzekeraar moet één opgave/bestand indienen, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De risicodragende zorgverzekeraar moet er zorg voor dragen dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften.

Bestuursverklaring

In de bestuursverklaring bij de aanvullende gegevens risicoverevening en gegevens opbrengstverrekening verklaart de ondertekenaar dat de aangeleverde gegevens naar het oordeel van het bestuur juist zijn en voldoen aan de door Zorginstituut Nederland gevraagde specificaties. De ondertekening moet plaatsvinden door het bestuur dan wel een persoon die hiervoor formeel toe gemachtigd is.

Het afgeven van een bestuursverklaring betekent dat de zorgverzekeraar in ieder geval een dossier heeft ingericht waarin is aangegeven:

- hoe het betreffende bestand tot stand is gekomen;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier moet beschikbaar zijn voor een (eventuele) review door de NZa.

In lijn met het protocol van de NZa is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Een model van elke bestuursverklaring is opgenomen bij de toelichting op het betreffende bestand in hoofdstuk 5 en 6.

Pseudonimisering en verzending aan ZorgTTP

De persoonsgegevens die zijn opgenomen in de bestanden met gegevens per verzekerde moeten worden gepseudonimiseerd. De eerste stap in de pseudonimisering vindt plaats aan de bron, de tweede stap door Zorg TTP. Zorginstituut Nederland ontvangt de gepseudonimiseerde bestanden vervolgens van Zorg TTP.

Als u ervoor kiest om een bewerkingsovereenkomst te sluiten met bijvoorbeeld Vektis, dan blijft u verantwoordelijk voor de tijdige, juiste en volledige aanlevering aan Zorg TTP, het Zorginstituut en de NZa. Het Zorginstituut en de NZa treden altijd direct in contact met de zorgverzekeraar (en niet met de bewerker) over de aangeleverde gegevens.

Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de directe relatie tussen de gegevensbestanden die aan Zorginstituut Nederland worden aangeleverd en de bronbestanden van de zorgverzekeraar. Ook moet de zorgverzekeraar zelf volledig geïnformeerd zijn over alle activiteiten die de bewerker heeft uitgevoerd op de gegevensbestanden die (via Zorg TTP) aan het Zorginstituut zijn gestuurd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat de accountant de werkzaamheden in het kader van het protocol kan uitvoeren.

De applicaties voor het uitvoeren van de eerste stap in de pseudonimisering op de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken', 'farmacie', 'DBC's', 'persoonskenmerken', 'kosten per verzekerde', 'DBC's GGZ', 'hulpmiddelen', 'add-ons geneesmiddelen' en de handleiding zijn beschikbaar via de website van Zorg TTP: www.zorgttp.nl \ downloads \ RVE en GIP. De huidige versie van de Privacy en Verzendmodule (PVM) is 2.1.0. Als u vragen heeft over de applicatie en de handleiding, dan dient u contact op te nemen met ZorgTTP.

De genoemde bestanden moeten op de aangegeven uiterste aanleverdatum zijn ontvangen door Zorg TTP. Wij verzoeken u om de in de bestandsspecificaties genoemde bestandsnamen (met hoofdletters) exact te hanteren.

Als u een bestand laat verwerken door de pseudonimisatieapplicatie (PVM), dan stuurt de applicatie het outputbestand automatisch door naar (het portaal) van ZorgTTP. Als het outputbestand groter is dan ongeveer 50 MB dan wordt het bestand echter niet automatisch verzonden. U kunt dan

OF Het bestand aanbieden via de digitale postbus van ZorgTTP op haar website (<https://www.zorgttp.nl>). U kiest in het menu op de website voor 'Digitale postbus'. Na het invullen van uw naam en e-mailadres kunt u verder gaan met het selecteren van een of meer bestanden met de knop "Upload". Het (de) bestand(en) word(t)(en) vervolgens

naar de server van ZorgTTP verzonden. ZorgTTP zal de ontvangst bevestigen en de verdere verwerking verzorgen

OF Het bestand op CD of DVD branden en aangetekend naar ZorgTTP sturen. De adresgegevens van ZorgTTP zijn

ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN

Bij verzending via post graag contactgegevens (telefoon en e-mail) vermelden. ZorgTTP zal de ontvangst bevestigen en de verdere verwerking verzorgen.

Elke gebruiker van de applicatie heeft een certificaat nodig. Als u nog geen certificaat heeft, dan kunt u dit aanvragen door de op de volgende pagina opgenomen gegevens aan Zorginstituut Nederland, afdeling Contact Centrum Zakelijk, te sturen. Een certificaat is vier jaar geldig. ZorgTTP zal de gebruikers benaderen van wie het certificaat verloopt.

Adres- en contactgegevens

De adres- en contactgegevens voor de aanlevering van documenten en bestanden en van de helpdesk zijn

- Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
E-mail: verslagdocumenten@zinl.nl
- Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
E-mail: vragenverantwoordingzvw@nza.nl
- ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN
Downloaden programmatuur: www.zorgttp.nl \ downloads \ RVE en GIP
Helpdesk: 030 – 636 06 49
E-mail: info@zorgttp.nl

Aanvragen certificaat

Voor het gebruik van de applicaties voor de pseudonimisering van persoonsgegevens en de verzending van de gepseudonimiseerde bestanden aan ZorgTTP is het noodzakelijk dat u beschikt over een certificaat. Als u een certificaat wilt aanvragen, dan stuurt u deze bijlage met de hierna genoemde gegevens zo spoedig mogelijk aan het Zorginstituut:

Zorginstituut Nederland
Afdeling Contact Centrum Zakelijk
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Het certificaat staat op naam van de organisatie. Hiervoor zijn de volgende gegevens nodig

Naam verzekeraar
Straat
Huisnummer
Postcode (6 posities)
Plaats
E-mailadres (certificaat)
(algemeen e-mailadres, kan eventueel ook het persoonlijke e-mailadres ('e-mailadres gebruiker certificaat') zijn)

Voor het toezenden van het certificaat zijn gegevens nodig van een contactpersoon

Voornaam
Tussenvoegsel
Achternaam
Afdeling
E-mailadres

Beleidslijn gegevensaanlevering door zorgverzekeraars

In de brief van 19 september 2007 (kenmerk V&S/27062794) is de beleidslijn beschreven voor de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars per december 2007.

Hierna treft u (uitsluitend) de onderdelen uit die brief aan waarin de beleidslijn is beschreven:

“Het is in het belang van alle zorgverzekeraars dat het systeem van risicoverevening goed functioneert. Voor de correcte uitvoering van het systeem is de aanlevering van gegevens door de zorgverzekeraars essentieel.

Het CVZ kan de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar echter alleen juist en tijdig vaststellen als alle zorgverzekeraars de gegevens juist en tijdig aanleveren aan het CVZ. Diverse zorgverzekeraars hebben bij de gegevensaanlevering in juni 2007 niet voldaan aan de gestelde eisen. Het is in het belang van alle zorgverzekeraars dat hier verandering in komt. Daarom verscherpt het CVZ vanaf heden de beleidslijn voor de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars. Het CVZ heeft deze verscherpte beleidslijn vastgesteld in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)“.

“Beleidslijn gegevensaanlevering per december 2007

Het CVZ hanteert de strengere beleidslijn vanaf de eerstvolgende aanlevering van gegevens voor de risicoverevening in december 2007. Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de juiste, volledige en tijdige aanlevering van gegevens aan het CVZ. Dit betekent dat de aanlevering uiterlijk op de gestelde aanleverdatum moet plaatsvinden en op die datum moet voldoen aan de eisen die het CVZ stelt in het *Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet* en brieven aan de zorgverzekeraars over de gegevensvraag Zvw. Uiteraard verplicht de strengere beleidslijn het CVZ om zijn informatiebehoefte tijdig bekend te maken aan de zorgverzekeraars. De beleidslijn omvat de volgende punten:

- Het CVZ verwerkt alleen gegevensaanleveringen die het voor of op de voorgeschreven aanleverdatum ontvangt. Voor de aan te leveren bestanden die gepseudonimiseerd moeten worden is de ontvangstdatum door ZorgTTP bepalend. Aanleveringen of deelaanleveringen ná de voorgeschreven aanleverdatum worden niet verwerkt.
- De aanlevering door de zorgverzekeraar van de gegevens per verzekerde (zoals persoonskenmerken, farmacie-, DBC- en GGZ-gegevens) over een jaar is eenmalig en definitief. Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering heeft financiële consequenties voor de ex-ante-vereveningsbijdrage en voor de voorlopige en de definitieve afrekening over de betreffende vereveningsbijdragejaren.
- Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering van de jaarstaat Zvw heeft financiële consequenties voor de voorlopige afrekening over het betreffende vereveningsbijdragejaar. In de definitieve afrekening betreft het CVZ tevens de verantwoording over oude jaren die is opgenomen in de jaarstaat Zvw over het volgende jaar.
- Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering van de opgave hoge kostenverevening (HKV) heeft financiële consequenties voor de definitieve afrekening over het betreffende vereveningsbijdragejaar. In dat geval betaalt de betreffende zorgverzekeraar wel mee aan de HKV-pool, maar heeft hij geen HKV-inbreng.
- Om de juistheid te waarborgen moet de zorgverzekeraar de gegevens per verzekerde vanaf volgend jaar aanleveren met een accountantsverklaring. In het protocol onderzoek Zvw geeft de NZa voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant.
- Voor de gegevens in de jaarstaat Zvw die de zorgverzekeraar mét accountantsverklaring moet aanleveren aan de NZa, geldt vanaf de jaarstaat Zvw 2007 dezelfde aanleverdatum

als voor de elektronische versie die de zorgverzekeraar aan het CVZ stuurt, nl. 1 juni T+1.

De rol van de NZa is als volgt:

- De NZa geeft in zijn protocol onderzoek Zvw aan streng toe te zien op de naleving van de voorgeschreven aanleverdata en indien nodig, op grond van de Wmg, handhavinginstrumenten in te zetten, zoals het opleggen van een bestuurlijke boete. De NZa kan de zorgverzekeraar bovendien een boete opleggen indien blijkt dat ten behoeve van de risicoverevening aangeleverde gegevens niet juist of onvolledig zijn.
- De NZa reviewt de werkzaamheden van de accountant. Het CVZ brengt uitsluitend correcties aan die voortvloeien uit de toezichtactiviteiten van de NZa”.

1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar

- 1.3.1 Wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek november 2007)*
- 1.3.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek december 2007)*
- 1.3.3 Wijzigingen en aandachtspunten 2008 (versie handboek december 2007)*
- 1.3.4 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2008 (versie handboek augustus 2008)*
- 1.3.5 Wijzigingen en aandachtspunten 2009 (versie handboek januari 2009)*
- 1.3.6 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2009 (versie handboek april 2009)*
- 1.3.7 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2009 (versie handboek augustus 2009)*
- 1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek december 2009)*
- 1.3.9 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek januari 2010)*
- 1.3.10 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek april 2010)*
- 1.3.11 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek juli 2010)*
- 1.3.12 Wijzigingen en aandachtspunten 2011 (versie handboek december 2010)*
- 1.3.13 Wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek december 2011)*
- 1.3.14 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek maart 2012)*
- 1.3.15 Wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek december 2012)*
- 1.3.16 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek april 2013)*
- 1.3.17 Wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie handboek december 2013)*
- 1.3.18 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie handboek januari 2014)*
- 1.3.19 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie april 2014)*
- 1.3.20 Wijzigingen en aandachtspunten 2015 (versie handboek december 2014)*
- 1.3.21 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2015 (versie Handboek april 2015)*

Wijzigingen en aandachtspunten

In het onderdeel 'Wijzigingen en aandachtspunten' treft u per verslagjaar een overzicht aan van de belangrijkste wijzigingen en aandachtspunten in het handboek. Daarin worden de vervallen, gewijzigde en nieuwe uitvraag per verslagjaar weergegeven.

1.3.1 Wijzigingen en aandachtspunten in 2007 (versie Handboek november 2007)

Algemeen

NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6

- Met ingang van de jaarstaat 2007 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de jaarstaat:
 - de specifieke informatie B is komen te vervallen en is voortaan opgenomen in de specifieke informatie A (met accountantsverklaring);
 - de kostenverzamelstaat is verplaatst van de specifieke informatie C naar de specifieke informatie A (met accountantsverklaring);
 - de specificatie toelichting balans is verplaatst van de specifieke informatie A naar de specifieke informatie C.
- Verantwoording van de kosten van prestaties: met ingang van de kwartaalstaten over 2007 zijn in de kostenverzamelstaat twee extra kolommen opgenomen met betrekking tot de verantwoording over voorgaande jaren. De definities van de kolommen 2 (en daarmee 1) en 4 zijn in de kwartaalstaten anders dan in de jaarstaat. In paragraaf 7.2. treft u een uitgebreide toelichting aan op de definities van de kolommen in de kwartaalstaten (7.2.1.) en de jaarstaat (7.2.2.) inclusief cijfervoorbeelden.
- In de jaarstaat Zvw 2006 heeft u in de specifieke informatie A en B diverse specificaties opgenomen van de kosten 2006 inclusief balanspost. In de jaarstaat Zvw 2007 moet in alle specificaties die nodig zijn voor de uitvoering van de risicoverevening, de 'verrekening oude jaren' gespecificeerd worden, zoals die is gedefinieerd in kolom 4 van de kostenverzamelstaat in de jaarstaat Zvw 2007 (zie paragraaf 7.2.2.). De in de jaarstaat Zvw 2007 gespecificeerde 'verrekening oude jaren' worden betrokken bij de definitieve afrekening Zvw over 2006. Alle specificaties die nodig zijn voor de risicoverevening zijn in de jaarstaat Zvw 2007 opgenomen in de specifieke informatie A.
- In de jaarstaat Zvw 2006 heeft u in de specifieke informatie C en D specificaties opgenomen van de kosten 2006 exclusief balanspost. In de jaarstaat Zvw 2007 moeten voor diezelfde specificaties de 'declaraties met betrekking tot 2006 (in 2007)' gespecificeerd worden, zoals die zijn gedefinieerd in kolom 3 van de kostenverzamelstaat in de jaarstaat Zvw 2007 (zie paragraaf 7.2.2.).
Op basis van de jaarstaten 2006 en 2007 ontstaat zo een gedetailleerd beeld van de lasten over 2006, dat het CVZ gebruikt in zijn analyses van de kostenontwikkeling.
- Aansluiting met DNB: omdat De Nederlandsche Bank (DNB) andere definities hanteert voor de schade Zvw, zijn er aan de kostenverzamelstaat een aantal aansluitingsregels toegevoegd. Daarnaast gebruikt het CVZ deze regels als beleidsinformatie. Met ingang van de kwartaalstaat over het 3e kwartaal 2007 wordt, in de kwartaalstaten, feitelijk ook de aansluiting gemaakt tussen het schadebegrip van het CVZ en van DNB. In de jaarstaat is de aansluiting gecompliceerder en deze wordt daarom niet opgenomen. In een volgende versie van het handboek wordt wel een nadere toelichting op de aansluiting gegeven.

Specifiek

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Audiologische centra
Per 1 januari 2007 declareren de audiologische centra DBC's. Met ingang van (DBC's geopend op of na) 1 januari 2007 verantwoordt u de kosten van DBC's van audiologische centra bij de codenummers 613 tot met 619. Bij code 608 zijn de kolommen 1 en 2 in de kostenverzamelstaat gearceerd. In de kolommen 3 en 4 kunt u nog nagekomen

declaraties en verrekening oude jaren over 2006 verantwoorden.

In de specificatie van code 613 in de jaarstaat, specifieke informatie A, neemt u de kosten van audiologische centra op dezelfde regel op als de kosten van andere instellingen die volgens eenzelfde percentage worden toegedeeld naar vaste en variabele kosten (ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra en radiotherapeutische centra).

In de specificaties in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie D, van de kosten naar soort instellingen neemt u de kosten van de audiologische centra op bij de 'Overige instellingen'.

- Extramuraal werkende specialisten

In de specificatie van code 619 in de jaarstaat, specifieke informatie A, is voor het totaal van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en van overige trajecten en verrichtingen een aparte regel opgenomen.

- Opbrengstverrekening
 - De specificatie die was opgenomen in de jaarstaat Zvw 2006, specifieke informatie B, 'Verrekening opbrengstresultaten', waarin u een eigen inschatting gaf van de opbrengstverrekening, komt in de jaarstaat Zvw 2007 te vervallen;
 - In een brief van 5 oktober 2007 (kenmerk BHAE/shot/CI/07/64c) heeft de NZa bekend gemaakt dat de opbrengstverrekening 2007 en 2008 zal verlopen conform de methode in 2005 en 2006 via vaste bedragen. Het CVZ is voornemens om de voorlopige uitvraag opbrengstverrekening 2007 ook op te nemen in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie A, met als uiterste aanleverdatum 1 juni 2008. Zodra de afspraken met de NZa, ZN en VWS zijn gemaakt over de planning van het traject rond de opbrengstverrekening, zal het CVZ de definitieve aanleverdatum bekend maken. De uitvraag is vergelijkbaar met de uitvraag ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening 2006, die u op 2 juli 2007 aan het CVZ heeft aangeleverd;
 - Bij de verantwoording (en de specificaties) van kosten van de kostencomponent DBC's A-segment (code 613) verwerkt u op geen enkele wijze correcties in verband met de opbrengstverrekening 2006 en 2007. U verantwoordt uitsluitend de ontvangen en de nog te ontvangen declaraties op basis van de geldende, en feitelijk door instellingen in rekening gebrachte tarieven (zoals die golden op het moment van opening van de DBC). Ook bij de balanspost neemt u op geen enkele wijze (inschattingen van de) opbrengstverrekening mee.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- Met ingang van 2006 zijn er voor de prestatie fysiotherapie steeds meer tarieven naast het zittingentarief. In de specificatie van de kosten van code 620 in de jaarstaat, specifieke informatie C, zal voor deze tarieven een aparte regel worden opgenomen. Uiteraard kunnen hier uitsluitend tarieven worden verantwoord die ten laste van de Zorgverzekeringswet komen. In de specificatie van de aantallen zittingen neemt u uitsluitend het aantal zittingen op. Van de overige tarieven worden geen aantallen gevraagd.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- Vanaf 1 januari 2007 kunnen visueel gehandicapten een patiëntgebonden budget krijgen, waarmee zij de hulpmiddelen kunnen betalen die zij nodig hebben door hun visuele beperking. De daarvoor beschikbare hulpmiddelen zijn oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, Tactiel-leesapparatuur en geleidehonden. Hoe een verzekerde een pgb kan krijgen, kan per zorgverzekeraar verschillen (raadpleeg altijd het hulpmiddelenreglement van de zorgverzekeraar). Deze pgb-regeling is een experiment. De verantwoording van deze kosten vindt plaats bij rubriek 08, hulpmiddelenzorg. Ik verzoek u om deze kosten apart te registreren. In de specificatie van de kosten van hulpmiddelenzorg in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie C, specificeert u deze kosten op een aparte regel.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- In de specificatie van het aantal verzekerden bij code 651, vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto neemt u in de jaarstaat Zvw 2007 het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van openbaar vervoer, taxi of eigen auto (nadat de eigen bijdrage is voldaan). Het betreft het aantal exclusief balanspost.

Rubriek 13 Overige kosten

Met ingang van 2007 is de definitie van rubriek 13 gewijzigd. Bij rubriek 13 verantwoordt u:

- Kosten op basis van de beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' van de NZa (geldig van 1 januari tot 1 augustus 2007);
- Kosten op basis van de 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de NZa (geldig vanaf 1 augustus 2007);
- Kosten op basis van de 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de NZa (geldig vanaf 1 augustus 2007);
- Overige kosten: voor zover u die niet kwijt kunt bij de kostenrubrieken (en/of de codenummers en/of de specificaties) 1 tot en met 16 en voor zover de kosten niet vallen onder de hiervoor genoemde beleidsregels. Het betreft dus alleen die gevallen waarin de definities van de rubrieken, codenummers en/of de specificaties van rubriek 1 tot en met 16 en de genoemde beleidsregels geen ruimte bieden om de kosten te verantwoorden.

Voor de uitvoering van de risicoverevening zijn in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie A, twee specificaties opgenomen: één van de kosten lopend boekjaar zoals verantwoord bij rubriek 13 in kolom 1 van de kostenverzamelstaat en één van de kosten verrekening oude jaren zoals verantwoord bij rubriek 13 in kolom 4 van de kostenverzamelstaat (zie paragraaf 2.2.4 voor een nadere toelichting).

Opbrengstenverhaal

- De specificatie van de opbrengsten verhaal naar opbrengsten verhaal nationaal en internationaal komt in de jaarstaat Zvw 2007 te vervallen.

No-claim

- In de specificatie van de no-claim in de specifieke informatie A worden zowel gegevens over 2006 (teruggave op 1 april 2007 en correcties op 1 april 2008) als over 2007 (teruggave op 1 april 2008) gevraagd.

Betalingsachterstanden nominale premie

- De vraagstelling over de betalingsachterstanden nominale premie zal worden aangepast na afloop van de parlementaire behandeling van de desbetreffende wet. In tegenstelling tot de verwachting die is uitgesproken bij de voorlopige afrekening Zvw 2006 zal de compensatie aan de zorgverzekeraars gebaseerd worden op de nominale rekenpremie. Vooruitlopend op de definitieve vraagstelling, dienen zorgverzekeraars hun administratie zo in te richten dat zij in staat zijn om de betalingsachterstand op 31 december 2007 (over de gehele periode 1-1-2006 t/m 31-12-2007) per verzekerde te kunnen vaststellen op een nader te bepalen moment in 2008. Daarbij moet rekening worden gehouden met alle premiebetalingen die tot dat nader te bepalen moment zijn gedaan. Daarnaast moet per verzekerde de werkelijke nominale premie voor de basisverzekering over 2006 en over 2007 bekend zijn. Onder de werkelijke nominale premie wordt verstaan de verschuldigde premie voor de basisverzekering, inclusief de premieopslag boven de nominale rekenpremie en eveneens inclusief de premieafslagen bijvoorbeeld als gevolg van een collectiviteitkorting en/of een vrijwillig eigen risico. Onder de veronderstelling dat dan de parlementaire behandeling zal zijn afgerond, zal het CVZ de definitieve vraagstelling over de betalingsachterstanden nominale premies voor 1 januari 2008 aan de zorgverzekeraars bekend maken.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- Met ingang van de kwartaalstaten 2007 hoeft u in de specifieke informatie C het aantal

verzoeken om verzekering niet langer op te geven.

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

- De verzekerdenstand naar leeftijd en geslacht die per maand in de kwartaalstaten in de specifieke informatie A wordt opgevraagd is op 1 punt uitgebreid: de klasse van 0 tot en met 4 jarigen is gesplitst in 2 aparte klassen, te weten 0 t/m 1 jaar en 2 t/m 4 jaar. Deze splitsing heeft te maken met de uitvoering van de risicoverevening. Deze aanpassing geldt met ingang van de verzekerdenstand per de datum van nominale premieprolongatie voor de maand januari 2007. Eenzelfde splitsing geldt voor de uitvraag van de specificatie van het aantal verzekerden dat is ingeschreven bij apotheehoudende huisartsen naar leeftijd en geslacht in specifieke informatie C. De stand hiervan per 1 juli wordt gevraagd in de 2e kwartaalstaat. De stand per 1 oktober wordt gevraagd in de 3e kwartaalstaat.

Gemiddeld aantal verzekerden in de jaarstaat

- In de specifieke informatie A in de jaarstaat geeft u het gemiddelde aantal verzekerden en het gemiddelde aantal premie-equivalenten op. Bij de afrekening zal het CVZ het gemiddelde aantal verzekerden baseren op informatie uit het RBVZ. De inschrijfduur bij de betreffende zorgverzekeraar wordt per verzekerde op dagbasis berekend. Als het RBVZ onverhoopt ontoereikend is, zal het CVZ terugvallen op de verzekerdenstanden in de kwartaalstaten. De gemiddelde aantallen verzekerden/premie-equivalenten die u in de specifieke informatie A opneemt, berekent u als volgt
 - de opgave van het aantal verzekerden in de verzekerdenstand naar nominale premie in de kwartaalstaat per de datum van de nominale premieprolongatie voor de maand maart vermenigvuldigt u met 3;
 - daarbij telt u op het aantal verzekerden in de verzekerdenstand naar nominale premie in de kwartaalstaten per de datum van de nominale premieprolongatie voor de maanden april tot en met december;
 - de som van de twaalf standen deelt u vervolgens door twaalf.

De controle van de accountant is daardoor gericht op de aangeleverde verzekerdenstanden in de kwartaalstaten voor de maanden maart tot en met december.

1.3.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek december 2007)

Specifiek

NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering.

Aanvullende informatie risicoverevening

- In paragraaf 8.6 Toelichting nacalculatie en renteberekening vindt u een aangepast nacalculatieschema 2007 met de daarbij behorende renteberekening en toelichting.

Betalingsachterstanden nominale premie en opbrengstverrekening

- Er is nog altijd teveel onduidelijkheid over de toepassing van de regeling in het kader van de betalingsachterstanden nominale premie en de opbrengstverrekening (planning, werkwijze, taken en verantwoordelijkheden van VWS, NZa en CVZ) om op dit moment de inhoud van de gegevensaanlevering, die was gepland op 1 juni 2008, met een toelichting aan de zorgverzekeraars te sturen. Dit betekent dat het CVZ geen specificaties over premieachterstanden nominale premie in de jaarstaat Zvw 2007 heeft opgenomen en op dit moment geen specificaties in het kader van de opbrengstverrekening 2006 en 2007 opvraagt. Nadat de gegevensuitvragen en de toelichting helder zijn, stelt het CVZ een reële planning op zowel voor de zorgverzekeraars (moment van aanleveren van de gegevens) als voor het CVZ (moment van afrekenen).

1.3.3 Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 (versie handboek december 2007)

Algemeen

Met ingang van de kwartaalstaten 2008 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de kwartaal- en jaarstaten

- De specifieke informatie D, beleidsinformatie DBC's is verplaatst naar de specifieke informatie C, beleidsinformatie;
- In verband met de overheveling van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg naar de ZVW is er een nieuwe rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat (rubriek 10) en zijn er nieuwe specificaties in de specifieke informatie A en C.;
- Met ingang van 1 januari 2008 is de term 'hulp' vervangen door de term 'zorg'.

Met ingang van verslagjaar 2008 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving

- De kortdurende geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat van de AWBZ naar de ZVW;
- De eerstelijns Psychologische Zorg gaat van de aanvullende verzekering naar de ZVW (8 zittingen);
- De leeftijdsgrens voor mondzorg aan jeugdigen gaat van t/m 17 jaar naar t/m 21 jaar;
- De leeftijdsgrens voor anticonceptiemiddelen komt te vervallen;
- De academische component wordt direct vanuit het Zorgverzekeringsfonds aan academische ziekenhuizen betaald en niet langer via de zorgverzekeraars;
- Er komt een verplicht eigen risico en de no-claim regeling komt te vervallen;
- Epilepsiecentra gaan over op declaratie van DBC's;
- Invoering aparte tarieven voor Praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ;
- Er vindt een uitbreiding DBC's in het B-segment plaats.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Met ingang van 2008 zijn er aparte tarieven voor de praktijkondersteuning huisartsen (POH) geestelijke gezondheidszorg. Het moduletariaf per verzekerde verantwoordt u bij code 503 en de consulttarieven bij code 506 (de kosten van telefonische/e-mail) consulten, visites en herhalingsrecepten door een huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts).
- De NZa codes van de nieuwe tarieven zijn nog niet bekend en zullen worden opgenomen in een volgende versie van het handboek.
- In de specificatie van code 503 in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie C, komt een aparte regel voor de totale kosten van de module per verzekerde voor de praktijk ondersteuning huisartsen (POH) GGZ.
- In de specificatie van code 506 in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie C, specificeert u alle consulttarieven (inclusief de consulttarieven POH GGZ) tezamen.

Rubriek 04 Mondzorg

- Met ingang van de specificaties in de jaarstaat 2008, specifieke informatie C, komt de aparte regel voor de techniekkosten in de specificaties van mondzorg (code 560.1. en 560.2) te vervallen. In de specificaties specificeert u de diverse onderdelen, voor zover van toepassing, voortaan inclusief techniekkosten.
- De leeftijdsgrens voor mondzorg aan jeugdigen gaat van tot en met 17 naar tot en met 21 jaar. In de jaarstaat 2008, specifieke informatie C, code 560.2, vraagt het CVZ een specificatie van de totale kosten mondzorg voor jeugdigen gesplitst naar verzekerden t/m 17 jaar enerzijds en verzekerden van 18 t/m 21 jaar anderzijds.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Academische component
Code 601, kosten van de academische component, komt met ingang van 2008 te vervallen. Er vindt alleen nog verantwoording plaats over oude jaren. De academische component wordt namelijk direct vanuit het zorgverzekeringsfonds aan academische ziekenhuizen betaald en niet langer via de zorgverzekeraars.
- Epilepsie centra
Omdat epilepsiecentra met ingang van 2008 overgaan op DBC financiering zijn er de volgende wijzigingen:
 - In de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A vindt de verantwoording van kosten van epilepsiecentra met ingang van 2008 plaats bij de codenummers 613 tot en met 618 en niet meer bij code 606 en code 610. Bij de laatstgenoemde codenummers vindt, voor wat betreft epilepsiecentra, alleen nog verantwoording over oude jaren Zvw plaats.
 - In de specificaties in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaten vindt de verantwoording van de kosten en aantallen van epilepsiecentra met ingang van 2008 plaats bij de codenummers 613 tot en met 618 en niet meer bij code 606 en code 610. In de specificatie naar categorie van instellingen neemt u de kosten van epilepsiecentra op bij de "algemene instellingen" en niet bij de "overige instellingen". Dit houdt verband met de indeling die de NZa en VWS hanteren.
 - In de specificatie in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de totale kosten van de kostencomponent DBC's A segment van ZBC's zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra bij rubriek 06, code 613 moeten de kosten van de kostencomponent DBC's A segment van epilepsiecentra met ingang van 2008 worden toegevoegd.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- Met ingang van de kwartaalstaten 2008 komt er in de kostenverzamelstaat, specifieke informatie A, een nieuwe kostenrubriek, namelijk rubriek 10, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, met 5 codenummers:
 - code 660, kosten van eerstelijnspsychologische zorg
 - code 661, kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling)
 - code 662, kosten van DBC's GGZ zonder verblijf
 - code 663, kosten van persoonsgebonden budgetten GGZ
 - code 664, kosten van overige producten GGZ.
- Daarnaast zijn er met ingang van 2008 de volgende nieuwe specificaties in de specifieke informatie C:
 - Specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaten*
Bij code 662 is een specificatie opgenomen van de kosten gesplitst naar kosten van instellingen en kosten van zelfstandig gevestigden.
 - Specifieke informatie C, Jaarstaat*
Bij code 660 is een specificatie opgenomen van het aantal verzekerden en het totaal aantal zittingen bij minder dan 8 zittingen en het aantal verzekerden met exact 8 zittingen.
 - Bij code 661 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.
 - Bij code 662 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.
 - Bij code 663 is een specificatie opgenomen van de kosten gesplitst naar de kosten van PGB's eerstelijns psychologische zorg, PGB's specialistische GGZ op basis van overgangsregeling en PGB's specialistische GGZ vanaf 1 januari 2008. Daarnaast is bij code 663 een specificatie opgenomen van het aantal in de verslagperiode toegekende PGB's.

Rubriek 13 Overige kosten

- In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, komt bij de specificatie van rubriek 13, overige kosten, de specificatie van de kosten in het kader van de 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' een aparte regel voor de kosten die zijn aan te merken als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, komt bij de specificatie van rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, een aparte regel voor de kosten van geneeskundige zorg die gericht zijn op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover die horen bij die zorg.
De kosten van grensoverschrijdende zorg die via het CVZ lopen (waarvan u jaarlijks in januari een opgave van het CVZ ontvangt) dient u bij de verantwoording bij rubriek 15 in alle kwartaalstaten **niet** mee te nemen. De kosten in de opgave van het CVZ die u in januari t+1 ontvangt, verantwoordt u uitsluitend in de jaarstaat Zvw over jaar t.

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

- In verband met de herberekening van de ex-ante bijdrage in april vraagt het CVZ de verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht en naar wel/niet nominale premie over de maanden januari tot en met maart niet op in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal per 12 mei, maar in een afzonderlijke kwartaalstaat verzekerden op 7 maart. De maartstand vraagt het CVZ op met een bestuursverklaring.
- Het totaal aantal verzekerden bij apotheehoudende en niet apotheehoudende huisartsen wordt in 2008 niet alleen opgevraagd per 1 juli en 1 oktober maar ook per 1 januari en 1 april (in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal). Daarnaast wordt de specificatie van het totaal aantal verzekerden bij apotheehoudende huisartsen naar leeftijd- en geslachtsklassen in 2008 ook per 1 april opgevraagd.

Kosten per deelbijdrage

- In de specifieke informatie A (informatie risicoverevening) is de specificatie van de kosten per deelbijdrage uitgebreid met een aparte regel voor de kosten ten laste van de nieuwe deelbijdrage voor de kosten van Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg.

No-claim en verplicht eigen risico

- In de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A komt een aparte regel (codenummer 915) voor de kosten ten laste van het verplichte eigen risico (met een kolom balanspost en een kolom verrekening oude jaren (vanaf 2009)). De regel (codenummer 910) voor de kosten ten laste van het vrijwillig eigen risico wordt gehandhaafd. Met ingang van 2008 komt hier de kolom verrekening oude jaren bij. In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, wordt nog eenmaal een specificatie opgevraagd over de no-claim regeling 2007 namelijk de teruggave op 1 april 2008 en de correcties op 1 april 2009.
NB In het Handboek 2009, versie April zijn de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hierboven genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6.

1.3.4 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2008 (versie handboek augustus 2008)

Algemeen

NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6.

- In deze versie van het handboek zijn de tussen december 2007 en augustus 2008 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:
 - gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2007 (paragraaf 2.5.);
 - verduidelijking kolommen kostenverzamelstaat (paragraaf 7.2.);
 - aanvullingen notitie structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening (paragraaf 8.1.1.);
 - gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2006 en 2007 (paragraaf 8.2.2.);
 - gegevensvraag hoge kosten compensatie 2006 (paragraaf 8.5.);
 - gegevensvraag opbrengstverrekening DBC's 2006 (paragraaf 9.1.).
- In hoofdstuk 7 is paragraaf 7.6 toegevoegd. Hierin zijn de diverse indelingen van categorieën instelling gedefinieerd en zijn van enkele categorieën instellingen de lijst met bijbehorende AGB-codes opgenomen. In een volgende versie van het Handboek wordt dit verder uitgebreid.
- Paragraaf 8.1.2, aanlevering gegevens risicoverevening in 2008, is geïntegreerd in paragraaf 1.2, aanlevering van gegevens. Er is een kopie van de brief toegevoegd over de strengere beleidslijn gegevensaanlevering zorgverzekeraars.
- Aangezien de NZa heeft besloten om over 2007 geen voorlopige opbrengstverrekening vast te stellen, hoeft de zorgverzekeraar in 2008 geen voorlopige gegevens over DBC's 2007 aan te leveren aan het CVZ. De vooraankondiging met betrekking tot de voorlopige uitvraag 2007 is daarom in deze versie komen te vervallen (hoofdstuk 9).

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Inmiddels heeft de NZa de code afgegeven van de module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ. Deze code is aangepast in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 01 Huisartsenzorg.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- De definitie in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 02 Farmaceutische zorg is aangepast als gevolg van de wijzigingen in de tarieven per 1 juli 2008. Dit heeft ook consequenties voor de specificaties in de jaarstaat 2008 (zie paragraaf 4.1.2).

Rubriek Mondzorg

- In de specifieke informatie C (04 Mondzorg) wordt met ingang van de specificatie in de Jaarstaat 2008 van code 560.2, Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden, onderdeel I/R (orale implantologie / Restauratie met niet plastische materialen gewijzigd in J/R (Orale implantologie / Restauratie met niet plastische materialen). Dit is het gevolg van wijzigingen in de tariefcode per 1 januari 2008. Zie paragraaf 4.1.3.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De definitie in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 07 (paramedische zorg) en de toelichting in paragraaf 4.1.6. bij kostencodenummer 620, kosten van Fysiotherapie, is aangepast op de volgende punten:
 - De verwijzingen naar de prestaties zijn conform de meest recente

- prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa (ingangsdatum 1 juli 2008);
- Psychosomatische fysiotherapie is geen verzekerde prestatie;
- De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw.

Bovenstaande aanpassingen gelden ook voor kostencodenummer 621, kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar (bij de tweede wijziging betreft het psychosomatische oefentherapie).

Rubriek 13 Overige kosten

- De naam van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' is per 1 juli 2008 gewijzigd in 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Onder de nieuwe beleidsregel vallen ook prestaties die worden gefinancierd op grond van de AWBZ. Die prestaties kunnen uiteraard niet ten laste van de Zvw worden gebracht.

Overige specificaties

- Met ingang van de 3^e kwartaalstaat 2008 komen de specificaties over de verzekerden bij apotheekhoudende huisartsen naar leeftijd en geslacht in de specifieke informatie C te vervallen (paragraaf 4.2.1 en 4.2.2).

1.3.5 Wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek januari 2009)

Algemeen

NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6.

- In deze versie van het handboek zijn de tussen augustus 2008 en januari 2009 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:
 - gegevensvraag persoonskenmerken 2009 (paragraaf 8.2.1);
 - gegevensvraag farmaciegegevens 2008 (paragraaf 8.3);
 - gegevensvraag DBC gegevens 2007 (paragraaf 8.4);
 - gegevensvraag opbrengstverrekening DBC's 2007 (paragraaf 9.1).
- Daarnaast zijn in deze versie van het handboek toegevoegd:
 - jaarstaat 2008 en kwartaalstaten 2009 (hoofdstuk 2, 4 en 6);
 - gegevensvraag verzekerden zonder BSN 2008 (paragraaf 8.2.1);
 - gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2008 (paragraaf 8.2.2);
 - gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2008 (paragraaf 2.5);
 - nacalculatie en renteberekening 2008 en 2009 (paragraaf 8.6).
- De wijzigingen hebben ook consequenties voor de paragrafen 1.2 en 1.3 en de hoofdstukken 7 en 10. De systematiek van verantwoordten, zoals beschreven in de paragrafen 7.1 tot en met 7.3, is inhoudelijk niet gewijzigd. Wel zijn er tekstuele verduidelijkingen aangebracht.
- In december 2008 is van de hoofdstukken 2 (met uitzondering van paragraaf 2.5), 4 en 6 een nieuwe versie gepubliceerd op de website van het CVZ. In deze versie van het handboek is paragraaf 2.5. toegevoegd en is paragraaf 4.1.5 gewijzigd voor wat betreft de toelichting bij code 545. De overige onderdelen zijn ongewijzigd.

Met ingang van verslagjaar 2009 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Het vaste tarief voor de afleververgoeding bij Farmaceutische zorg is per 1 juli 2008 vervangen door een prestatiegericht systeem. De module apotheekhoudende huisartsen is per 1 juli 2008 vervallen;
- Allergeenvrije hoezen, sta-op stoelen en fax vallen niet meer onder de verzekerde prestatie Hulpmiddelen. De aanspraak op oogprothesen, orthesen en gezichtshulpmiddelen is niet langer productgericht maar functioneel omschreven;
- De kaakchirurgie gaat over op invoering van declaratie op basis van één betaaltitel (maar geen echte DBC's);
- De revalidatie-instellingen gaan over op declaratie op basis van DBC's;
- De overgangsregeling PGB's GGZ vervalst;
- Er komt een afzonderlijke (verevenings)deelbijdrage voor de tot en met 2008 al bestaande B DBC's (het betreft de DBC's die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment');
- Daarnaast wordt met ingang van 2009 een deel van de DBC's, dat tot en met 2008 onder het A-segment viel, overgeheveld naar het B segment (nieuwe B DBC's);
- Opname in het basispakket van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- De specificaties van de codes 503, 504 en 506 worden niet meer in alle kwartaalstaten + jaarstaat opgevraagd, maar alleen nog in de 2e en 4e kwartaalstaat + jaarstaat.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Per 1 juli 2008 is het vaste tarief voor de afleververgoeding vervangen door een prestatiegericht systeem. De module apotheekhoudende huisartsen is per 1 juli 2008 vervallen.
- Met ingang van de specificaties in de jaarstaat 2009, specifieke informatie A, vervalt het onderscheid tussen WMG- en buiten WMG-artikelen. Nieuw is het onderscheid naar 'kosten geneesmiddelen' en 'kosten aflevering' per soort afleveraar.

Rubriek 04 Mondzorg

- De specificaties worden, naast de jaarstaat, ook in de 2e en 4e kwartaalstaat opgevraagd.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De specificatie naar deelbijdragen, in de jaarstaat 2009, specifieke Informatie A, wordt uitgebreid met een nieuwe regel voor de kosten ten laste van de nieuwe deelbijdrage 'B DBC's tot en met 2008'.
- In de specificatie van code 619, in de jaarstaat 2009, specifieke Informatie A, worden de honoraria A en B segment op aparte regels opgevraagd. Bij de DBC's van het B segment wordt zowel bij kosten als bij honoraria een onderscheid gevraagd naar 'oude DBC's' (t/m 2008) en 'nieuwe DBC's' (vanaf 2009).
- De specificatie 'Stand van voorschotten aan instellingen met DBC financiering' vervalt met ingang van de kwartaalstaten 2009.
- Bij code 545 wordt een nieuwe specificatie gevraagd in de kwartaal- en jaarstaten van het totaal van de kosten in academische ziekenhuizen.
- Met ingang van 2009 worden de honoraria en de ziekenhuiskosten in het kader van kaakchirurgische hulp samengevoegd tot een integraal product met één betaaltitel. In de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten wijzigt niets: de honoraria kaakchirurgie verantwoordt u bij code 545 en de kosten van het ziekenhuis en van de honoraria van de anesthesist bij kaakchirurgische verrichtingen bij code 618.
- De specificatie 'Aantallen productie-indicatoren' in de jaarstaat, spec. Inf. A, vervalt.
- Revalidatie-instellingen gaan over op declaratie op basis van DBC's. Als gevolg hiervan vervalt in de kostenverzamelstaat code 607 'kosten verpleging in revalidatie-instellingen'.
- Ook bij code 610 verantwoordt u niet meer de kosten van revalidatie-instellingen. De kosten van revalidatie-instellingen verantwoordt u met ingang van 2009 bij de codenummers 613 t/m 618. Bij code 607 en 610 vindt nog wel verantwoording van kosten over oude jaren plaats.
- In de specificatie van code 610 in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de kosten per hoofdgroep in de Tarieflijst Instellingen vervallen alle regels, uitgezonderd de regel 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria'.
- De kosten en honoraria van de DBC's die in 2009 van het A segment naar het B segment overgeheveld worden, verantwoordt u bij de codes 615 en 616 en niet meer bij de codes 613 en 614.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Een aantal hulpmiddelen valt niet meer onder de te verzekeren prestatie, van een aantal hulpmiddelen is de aanspraak niet langer productgericht maar functioneel omschreven. Als gevolg hiervan zijn de namen en inhoud van een aantal categorieën gewijzigd en een categorie is vervallen. Gewijzigd zijn de rubrieken: 1, 2, 3, 4, 6, 17, 27, 30, 36 en 37. Vervallen is rubriek 16.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- De kosten van diagnostiek en behandeling van dyslexie verantwoordt u in de kwartaal- en jaarstaten bij code 662.
- In de specificatie van code 663 in de jaarstaat, specifiek informatie C, vervalt de regel

“PGB’s op basis van overgangsregel”. Er vindt nog wel verantwoording van kosten over oude jaren plaats.

1.3.6 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek april 2009)

Algemeen

- De hoofdstukken 3 (Specifieke informatie B) en 5 (Specifieke informatie D) zijn definitief verwijderd. De nummering van de resterende hoofdstukken is aangepast. Zie hiervoor de inhoudsopgave.
- Bij brief van 10 april 2009 heeft VWS aan het CVZ en ZN bevestigd dat het schadebegrip in de kwartaal- en jaarstaten met terugwerkende kracht tot 2006 wijzigt. De schade die in de risicoverevening ten laste van (bijdrage)jaar T komt bestaat uit alle tot en met 31-12-**T+2** ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T (zorg verleend in/DBC's geopend in jaar T). In T+3 ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T komen ten laste van (bijdrage)jaar T+1. Met deze wijziging van het schadebegrip wijzigen de kolommen en de definities van de kolommen in de kwartaalstaten (met ingang van 2e kwartaalstaat 2009) en de jaarstaten (met ingang van jaarstaat 2008). Zie hiervoor verder hoofdstuk 5. Definities. In de 1e kwartaalstaat 2009 gelden nog de oude definities van de kolommen (5.2.1).
- De huidige specificaties (dus zeg maar de rijen) wijzigen niet. De wijzigingen hebben uitsluitend betrekking op de kolommen.
- Ten behoeve van de 2e voorlopige en de definitieve vaststelling van de bijdrage over 2006 en 2007 vraagt het CVZ de schade ten laste van 2006 en de schade ten laste van 2007 (gedeeltelijk nogmaals) in zijn totaliteit op. De schade over 2007 vraagt het CVZ op in de jaarstaat 2009 in kolom 5. De schade over 2006 vraagt het CVZ niet op in een vijfde kolom in de jaarstaat 2008, maar in een afzonderlijke jaarstaat. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om de gegevens over 2006 een maand later aan te leveren (zie hierna onder 5) en geeft het CVZ meer tijd om de aanpassing naar meer dan 4 kolommen door te voeren.
- Bij de aanlevering van de jaarstaat 2008 en de extra jaarstaat 2006 (zie ook paragraaf 1.2) hebben de zorgverzekeraars de volgende keuze:
 - Het format van de jaarstaat 2008 én het extra format voor de jaarstaat 2006 tegelijkertijd op uiterlijk 1 juni 2009 aanleveren voorzien van één accountantsverklaring;
 - Het format van de jaarstaat 2008 voorzien van accountantsverklaring op uiterlijk 1 juni 2009 aanleveren. Vervolgens op uiterlijk 1 juli het format 2006 aanleveren voorzien van accountantsverklaring. In de aanvulling op het protocol vereveningsonderzoek Zvw 2008 zal de NZa opnemen dat bij gesplitste aanlevering niet méér accountantswerkzaamheden hoeven te worden verricht dan bij geïntegreerde aanlevering.
- De extra jaarstaat 2006 betreft het CVZ bij de tweede voorlopige vaststelling 2006, die voor 1 oktober 2009 plaatsvindt. Over 2006 vinden geen nieuwe uitvragen plaats voor de FKG's, DKG's, opbrengstverrekening en HKC. De definitieve vaststelling 2006 vindt plaats in de eerste helft van 2010. Het verschil tussen de definitieve vaststelling en de 2^e voorlopige vaststelling kan uitsluitend voortkomen uit de reviewrapportages van de NZa.
- Over latere jaren blijven de aanleverdata (en daarmee de schadedefinitie) ongewijzigd voor de opgaven FKG's, DKG's en opbrengstverrekening. Over de aanleverdatum van de HKC 2007 worden de zorgverzekeraars nog nader geïnformeerd.
- Met ingang van de aanleveringen per 1 juni 2009 zijn alle aanleveringen in **hele euro's**. Dit betekent dat de opgave DBC's opbrengstverrekening 2007, de jaarstaat 2008, de extra jaarstaat 2006, de 2^e kwartaalstaat 2009 en de HKC 2007 in hele euro's zijn. **De 1^e kwartaalstaat 2009 is nog in duizenden euro's.**

Specifiek

In februari 2009 is in de specifieke informatie A in de jaarstaat een specificatie toegevoegd over "Berekende nominale rekenpremies gedetineerden" en is in het Handboek op de website paragraaf 2.2.8. toegevoegd. U bent hierover per e-mail van 23 februari 2009 geïnformeerd.

1.3.7 Aanvullende aandachtspunten 2009 (versie handboek augustus 2009)

Algemeen

Als gevolg van de wijziging van het schadebegrip zijn in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A in de kwartaalstaat met ingang van de 2^e kwartaalstaat 2009 zes kolommen opgenomen en in de jaarstaat met ingang van jaarstaat 2009 vijf kolommen. In 2009 betreft het twee kolommen 2009, twee kolommen 2008 en één (jaarstaat) of twee (kwartaalstaat) kolom(men) 2007 en ouder. In paragraaf 2.2. en 3.1. is nader toegelicht welke kolommen voor welke onderdelen in de specifieke informatie A en C nader gespecificeerd moeten worden.

Specifiek

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Bijdrage stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten 2009. VWS heeft besloten dat dit kosten Zvw zijn. De wijze van financieren is nog niet geregeld. Zodra er duidelijkheid is laten wij u dat weten. Tot die tijd verzoeken wij u om declaraties niet in de kwartaalstaten te verantwoorden.
- Met ingang van 2009 is er een nieuwe deelbijdrage 'Kosten van B-DBC's'. In de Wijziging Regeling zorgverzekering 2009 is bepaald dat dit de DBC's zijn die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment'. Dit betreft de samenstelling van het B-segment zoals dat tot en met 2008 van toepassing was ('oude' B-DBC's). De 'nieuwe' B-DBC's met ingang van 1 januari 2009 zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1068 van de NZa. Zowel de kosten van 'oude' B-DBC's als van 'nieuwe' B-DBC's worden in de kostenverzamelstaat verantwoord bij codenummer 615 (kostencomponent B-DBC's) en 616 (honorariumcomponent B DBC's); en bij codenummer 619 als het declaraties van extramuraal werkende specialisten betreft. In de specifieke informatie A zijn de specificaties van de kosten per deelbijdrage (kwartaal- en jaarstaten) en de kosten van codenummer 619 (jaarstaat) uitgebreid. Daarnaast wordt met ingang van de jaarstaat 2009 in de specifieke informatie A voor de codenummers 615 en 616 het onderscheid gevraagd naar de kosten van 'oude' B-DBC's en van 'nieuwe' B-DBC's.
- De specificaties van DBC's naar sluitingsjaar worden in de specifieke informatie A in de jaarstaat 2009 niet alleen gevraagd voor DBC's geopend in 2009, maar ook voor DBC's geopend in 2007.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- Omdat er in 2009 een aantal wijzigingen zijn doorgevoerd in de Regeling hulpmiddelen is het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2009 in deze versie van het handboek al toegevoegd.

Rubriek 13 Overige kosten

- Bij rubriek 13 verantwoordt u de kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' en 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de NZa.
- Overige kosten bij rubriek 13: In de kwartaal- en jaarstaten verantwoordt u uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden (verzekerde zorg). Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving. In theorie kunnen er kosten van prestaties zijn die voldoen aan deze voorwaarden, maar die niet vallen onder de prestaties bij de kostenrubrieken 1 tot en met 12 en 16 en die ook niet vallen onder de hiervoor genoemde beleidsregels van de Nza.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- Naar aanleiding van vragen is in paragraaf 2.3 en 3.2.4 de toelichtende tekst aangevuld.

Gegevensvraag hogekostencompensatie

- De inrichtingsvoorschriften voor de opgave HKC 2007 zijn in deze versie van het handboek toegevoegd in paragraaf 6.5. U bent hierover op 23 juli 2009 al per brief (V&S/29070767) geïnformeerd. Onder de kop 'Niet in HKC-opgave 2007' is een nadere toelichting opgenomen over de toedeling door het CVZ van de kosten buitenland via CVZ.

1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie Handboek december 2009)

Algemeen

Er zijn nog twee wijzigingen voor de jaarstaat 2009 te melden.

- In de specificatie van rubriek 13 Overige kosten wordt de regel 'Niet nader te specificeren kosten' verplaatst. Deze regel wordt de vierde regel onder de beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten.
- Bij de verzekerenstanden vervalt de specificatie Gemiddelde verzekerenstanden (gemiddeld aantal verzekeren-gemiddeld aantal premie-equivalenten).

In deze versie van het handboek is de brief van 9 december (V&S/29108476) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

In deze versie van het handboek is paragraaf 6.6 Toelichting nacalculatie en renteberekening vervallen. In 2010 ontvangt u nadere informatie over de nacalculatie.

Met ingang van verslagjaar 2010 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Invoering prestatiebekostiging Multidisciplinaire zorgverlening voor twee chronische aandoeningen, te weten Diabetes Mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomangement. Voor COPD geldt de invoering met ingang van 1 juli 2010, mits de zorgstandaard voor die datum geautoriseerd is;
- In samenhang met de hierboven genoemde wijziging wijzigt de bekostiging van de huisartsenzorg. 2010 is een overgangsjaar en de in 2009 bestaande prestaties blijven ook in 2010 nog bestaan. Het tarief voor het herhalingsrecept komt te vervallen, in een HDS blijft de declaratie van het herhalingsrecept nog bestaan;
- Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, wordt vergoed als een prestatie medisch specialistische zorg;
- Twee categorieën van hulpmiddelenzorg gaan over naar een functiegerichte omschrijving. Als gevolg hiervan gaan een aantal hulpmiddelen over naar een andere categorie;
- Ten behoeve van afrekeningen met het buitenland wijzigt de indeling van de leeftijdsgroepen;
- De Totaal kosten GGZ moeten gesplitst worden in kosten verzekeren jonger dan 18 jaar en verzekeren van 18 jaar en ouder;
- De kosten ten laste van de deelbijdrage GGZ moeten ook gesplitst worden in kosten verzekeren < 18 jaar en verzekeren > 18 jaar;
- Kosten ten laste van deelbijdrage B-DBC's hebben betrekking op alle B-DBC's;
- Totaal kosten en honoraria B-DBC's B segment hebben betrekking op alle B-DBC's;
- Ten behoeve van de uitvoering risicoverevening zijn er twee nieuwe uitvragen:
 - Verzekeren met een bevestigd E-106 formulier
 - GGZ declaraties per BSN;
- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening 2008 zijn de categorieën van instellingen gewijzigd.

Als gevolg van gewijzigde informatiebehoefte kunnen een aantal specificaties vervallen of worden opgeschoven:

- De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zvw verzekeren die wonen in Nederland;
- De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zvw verzekeren die wonen in het buitenland;
- De specificatie toelichting balans;
- De opgave van verzekeren zonder BSN 2009 verschuift naar 2012.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- In de specificatie van code 506 vervalt de regel 'kosten herhalingsrecept'. De herhaalreceptvergoeding wordt overgeheveld naar het inschrijftarief, code 505. Deze code wordt niet gespecificeerd.
- De invoering van de prestatiebekostiging Multidisciplinaire zorgverlening heeft consequenties voor de bekostiging van de huisartsenzorg. 2010 is een overgangsjaar, de in 2009 bestaande prestaties blijven nog bestaan (geldt niet voor het herhalingsrecept). Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren, kunnen niet ook dezelfde soort prestaties voor de chronische aandoeningen van de Module M&I declareren.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, worden verantwoord bij code 617. Deze kosten moeten in de specifieke informatie A, jaarstaat 2010 ook gespecificeerd worden.
- Het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' B DBC's vervalt. In de jaarstaat 2010 vervallen in de specifieke informatie A de specificaties van code 615 en code 616. Bij de specificatie van code 619 vervalt het onderscheid 'oude' en 'nieuwe' B DBC's bij de kosten B segment en bij de honoraria B segment.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Omdat er in 2010 een aantal wijzigingen zijn doorgevoerd in de Regeling hulpmiddelen is het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2010 in deze versie van het handboek al toegevoegd.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- In de jaarstaat specifieke informatie A komt een nieuwe specificatie van de totale kosten GGZ. Deze totale kosten GGZ worden gesplitst in kosten verzekeren jonger dan 18 jaar en kosten van verzekeren van 18 jaar en ouder. De knip is bepaald op 30 juni van het betreffende jaar.

Rubriek 13 Overige kosten

- Bij de specificatie van rubriek 13 in de jaarstaat 2009 specifieke informatie A is de aparte regel 'Niet nader te specificeren kosten' verplaatst, deze is nu onderdeel van de kosten beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten. Ook de niet nader te specificeren kosten kunnen alleen maar kosten ivm de beleidsregel zijn.
- Met ingang van 2010 vallen alle kosten ivm de beleidsregel innovatie voor de risicoverevening onder 'kosten overige prestatie', de splitsing van de kosten ivm beleidsregel innovatie kan dan vervallen. De specificatie van rubriek 13 vervalt in specifieke informatie A en gaat in zijn geheel naar de specifieke informatie C. De verantwoording over oude jaren blijft opgevraagd worden in de specifieke informatie A.
- De prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomanagement en na 1 juli COPD verantwoordt u bij rubriek 13. U verantwoordt zowel de kosten als de aantallen van de te onderscheiden prestaties, voor zover het zorg Zvw betreft.
- In de 2e en 4e kwartaalstaat en in de jaarstaat specifieke informatie C komen twee nieuwe specificaties van rubriek 13. De eerste specificatie is een splitsing naar de kosten van de twee beleidsregels en de drie verschillende prestaties multidisciplinaire zorgverlening. De tweede specificatie vraagt naar het aantal patiënten voor de prestaties multidisciplinaire zorgverlening.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- Bij de specificatie in de jaarstaat specifieke informatie A moeten de kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland- via verzekeraar, worden gesplitst in kosten van verzekeren jonger dan 18 jaar en kosten verzekeren 18 jaar en ouder.

Kosten naar deelbijdrage

- In de specificatie van deze rubriek moeten de kosten GGZ worden gesplitst in kosten ten laste van de deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar en de deelbijdrage GGZ verzekerden van 18 jaar en ouder (30 juni 18 jaar of ouder).
- In de specificatie hebben de kosten ten laste van de deelbijdrage B-DBC's betrekking op alle B-DBC's en niet meer alleen de B-DBC's tot en met 2008.

Informatie tbv afrekeningen met het buitenland

- In de specificatie in de jaarstaat 2010 specifieke informatie A wijzigen in de kosten per rubriek naar leeftijd in alle rubrieken de leeftijdindelingen als volgt: verzekerden jonger dan 20 jaar, verzekerden tussen 20 en 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Ten behoeve van de risicoverevening worden twee nieuwe bestanden uitgevraagd.
 - Er komt een uitvraag per 1 juli 2010 naar alle verzekerden in 2009 (geverifieerd BSN) met een bevestigd E-106 formulier. Bij dit bestand moet een bestuursverklaring worden aangeleverd.
 - Er komt een uitvraag per 1 juli 2010 naar GGZ declaraties 2008 per BSN per declaratie. In 2010 moet dit bestand aangeleverd worden met een bestuursverklaring, vanaf 2011 met een assurancerapport.
- Het RBVZ 2009 wordt in 2010 aangeleverd met een bestuursverklaring en een assurancerapport.
- De opgave verzekerden zonder BSN 2009 verschuift naar 2012. Deze opgave van verzekerden zonder BSN wordt voortaan pas opgevraagd ten behoeve van de 2e voorlopige vaststelling, zodat het aantal uitzonderingsgevallen nog verder beperkt wordt.

Opbrengstverrekening

- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening over 2008 zijn de categorieën van instellingen gewijzigd. De instellingen zijn onderverdeeld in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, overige instellingen en de revalidatie-instellingen. De revalidatie-instellingen zijn in 2008 nog niet overgegaan op DBC's, wij vragen hier de volgende drie kolommen op:
 - Verpleegkosten. De tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A201, A202, A203, A204, A205 en A206 (codenummer 607);
 - Kosten revalidatiebehandeluren (RBU's): de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A231 en A021 (codenummer 610);
 - Kosten van dagbehandeling: de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A007 (codenummer 610).

1.3.9 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek januari 2010)

Specifiek

Betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009

- In deze versie van het handboek is toegevoegd de gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 (paragraaf 2.5).
- Per e-mail is begin februari 2010 het zogenoemde filter 2009 toegestuurd aan alle contactpersonen. Dit is een Excelsheet voor eigen gebruik door de zorgverzekeraars om de 'oude compensatie' ten behoeve van de opgave in de jaarstaat 2009 te berekenen. In paragraaf 2.5 wordt het gebruik van het filter toegelicht.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- In paragraaf 2.2.5, 5.2.1, 5.2.2. en 5.4 (rubriek 15) is de verantwoording verduidelijkt van de kosten buitenland die via het CVZ lopen.

1.3.10 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek april 2010)

Specifiek

Aanleverkalender

- De aanleverkalender 2010 in paragraaf 1.2 is aangevuld met drie aanleveringen.
 - Aanlevering GGZ gegevens per 1 juni, deze aanlevering was al bekend gemaakt.
 - Aanlevering bestanden Verzekerden zonder BSN 2008 en 2009 op 1 november 2010. De contactpersonen zijn hierover per e-mail van 1 april 2010 geïnformeerd (zie ook hierna).

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- Met ingang van 2010 is het PGB voor de curatieve GGZ vervallen. Code 663 wordt in de kwartaal- en jaarstaat 2010, zowel in de specifieke informatie A als de specifieke informatie C, niet meer uitgevraagd. Er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats. Zie ook paragraaf 2.2.1 en 3.1.9.

Verschil posten schade DNB

- In paragraaf 5.4 is de toelichting bij code 915 Schade tlv het verplicht eigen risico uitgebreid met een nadere toelichting voor die situaties waarin de zorgverzekeraar een verplicht eigen risico van verzekerden voor zijn eigen rekening neemt.

Kosten eigen instelling zorgverzekeraar

- Zorgverzekeraars die een eigen instelling exploiteren (bijvoorbeeld een apotheek) verantwoorden de zorgkosten, gebaseerd op de rechtsgeldige/marktconforme tarieven. Zie ook paragraaf 5.1.

Aanvullende informatie risicoverevening

- De inhoud van de e-mail van 1 april 2010 is verwerkt.
 - Het CVZ heeft aan de stichting **SA-Z** verzocht om op **1 juli 2010** nogmaals het RBVZ 2008 te draaien en dit bestand te leveren aan het CVZ. Het CVZ gebruikt dit bestand bij de 2e voorlopige (en de definitieve) vaststelling 2008. SA-Z zal u informeren over de uiterste datum waarop u mutaties moet hebben aangeleverd. In 2008 zit er nog geen assurancerapport bij het RBVZ. Zie ook paragraaf 6.1.
 - Zorgverzekeraars moeten het bestand 'Verzekerden zonder BSN 2008', voorzien van een bestuursverklaring, nogmaals aanleveren aan het CVZ per **1 november 2010** op basis van aangescherpte instructies voor de toelichting per opgegeven verzekerde. Alle bestanden die zorgverzekeraars uiterlijk op 1 juli 2009 aan het CVZ hebben aangeleverd, komen te vervallen. Zie ook paragraaf 1.2 en 6.3.
 - Het bestand 'Verzekerden zonder BSN' moet vanaf het bestand over 2009 op 1 november T+1 worden aangeleverd aan het CVZ. Dit betekent dat u op **1 november 2010** ook het bestand 'Verzekerden zonder BSN 2009' aanlevert. Zie ook paragraaf 1.2 en 6.3.

Opbrengstverrekening

- In het format zijn twee instellingen toegevoegd aan 'Overige instellingen', het Radiotherapeutisch Instituut Friesland en het Dr. Bernard Verbeeten Instituut.
- Het model van de bestuursverklaring is aangepast. Het totale schadebedrag is gesplitst in schadebedrag DBC's en schadebedrag revalidatie-instellingen.

1.3.11 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek juli 2010)

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

- Bij hoofdstuk 6.3 Gegevensvraag persoonskenmerken is een extra paragraaf toegevoegd, 6.3.4 Gegevensvraag verzekerden zonder BSN 2008 en 2009. Zorgverzekeraars zijn per e-mail van 1 april 2010 op de hoogte gebracht van deze twee aanleveringen per 1 november 2010. De inrichtingsvoorschriften zijn in 6.3.4 beschreven.
- In 6.7 zijn de inrichtingsvoorschriften voor de opgave HKC 2008 toegevoegd. De zorgverzekeraars zijn hierover per brief van 30 juni 2010 (CCZ/2010072728) geïnformeerd.

1.3.12 Wijzigingen en aandachtspunten 2011(versie handboek december 2010)

Algemeen

Bij een aantal rubrieken/codes is de toelichtende tekst verduidelijkt.

- Rubriek 04 Mondzorg: Bij Code 561 Gebitsprothesen verantwoordt u alleen de kosten van verzekerden van 18+ jaar. De gebitsprothesen van jeugdigen t/m 17 jaar worden verantwoord bij code 560.2, P.
- Rubriek 06 Medisch specialistische zorg: Bij code 545 verantwoordt u alleen de honoraria van de specialisten mondzieken en kaakchirurgie. Niet de kosten + honoraria.
- Rubriek 09 Ziekenvervoer. Bij code 650, MICU-vervoer verantwoordt u de kosten ambulancevervoer bij code 650, de medisch specialistische kosten MICU verantwoordt u bij code 618.
- In hoofdstuk 5, bij de definitie van kosten en de definities van de kolommen is nadrukkelijk gemeld dat voor de kosten in alle kolommen, dus ook kolommen oude jaren, geldt dat u op geen enkele wijze rekening houdt met de opbrengstverrekeningen.

NB VWS heeft nog steeds geen besluit genomen over de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Wij verzoeken u deze kosten (nog) niet in de kwartaal- en jaarstaat te verantwoorden.

In deze versie van het handboek is de brief van 6 december (CCZ/2010131800) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2011' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2011 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Bij huisartsenzorg vervallen enkele losse M&I verrichtingen en de module POH somatisch;
- De vergoeding voor anticonceptiva geldt uitsluitend voor verzekerden tot 21 jaar;
- Mondzorg wordt niet langer vergoed voor verzekerden tussen 18 en 21 jaar;
- Ongecompliceerde extracties als onderdeel van tandheelkundige chirurgische hulp worden niet meer vergoed;
- Kosten academische component zijn vervallen;
- Negen behandelingen bekkenfysiotherapie worden vergoed. Voor fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening komen voor verzekerden boven de 18 jaar de eerste 12 behandelingen voor eigen rekening;
- Een aantal hulpmiddelen worden functiegericht omschreven. De aanspraak op een aantal categorieën wordt beperkt;
- De kosten van de overgangsregeling Functioneel LeeftijdsOntslag (Ziekenvervoer) worden tot en met 2010 aangemerkt als vaste kosten en worden volledig nagecalculeerd;
- Opname van het programma Stoppen-met-Roken in het pakket;
- Vooruitlopend op aanvaarding van het wetsvoorstel Opsporing Onverzekerden door de Eerste Kamer vervalt de uitvraag Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling;
- Als gevolg van het besluit van het CVZ om geen onderscheid meer te maken in de voorschriften voor de verschillende gegevensstromen in het kader van de uitvoering van de risicoverevening wijzigt de manier van aanlevering gegevens verzekerde periode en persoonskenmerken;
- Ten behoeve van de mogelijke invoering van Hoge Risico Verevening of Meerjarige Hoge Kosten is er nieuwe gegevensaanlevering met kosten per verzekerde over 2006, 2007, 2008 en 2009. Deze bestanden worden in 2011 aangeleverd met alleen een bestuursverklaring.

Specifiek

Rubriek 01 huisartsenzorg

- In de specificatie van code 503, specifieke informatie C kwartaal- en jaarstaat 2011, vervalt bij de regel Module praktijkondersteuning huisartsen, de POH somatisch. De M&I verrichtingen 13002, 13026 en 13028 komen te vervallen.

Rubriek 04 Mondzorg

- De specificatie van code 560.2 naar leeftijd vervalt in de kwartaal- en jaarstaat 2011, specifieke informatie C.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Kostencodenummer 601 is in de kwartaal- en jaarstaat spec. informatie A vervallen. Vanaf 2008 vindt de financiering van de academische component niet langer plaats via de St. Financiering Academische Component, maar middels een subsidieregeling die wordt uitgevoerd door VWS. Bij de definitieve vaststelling 2007 zal het **CVZ** de schade academische component 2006 en 2007 berekenen. Dit betekent dat zorgverzekeraars in de jaarstaat 2010 en later geen schade academische component meer moeten verantwoorden.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Ook in 2011 worden weer een aantal categorieën functioneel omschreven. Categorie 6 wordt gesplitst in een nieuwe cat. 6 en cat. 38. Pessaria en spiraaltjes (07) worden vergoed voor verzekerden tot 21 jaar. De aanspraak op hulpmiddelen uit cat. 10 wordt beperkt tot die aandoeningen die een langdurig gebruik noodzakelijk maken. De hulpmiddelen voor diabetes verhuizen naar cat. 12. Bij cat. 33 worden de gebruikskosten voor de honden apart uitgevraagd. Het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2011 is in deze versie van het handboek al toegevoegd.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- In de jaarstaat 2011, specifieke informatie A komt een nieuwe specificatie van het bedrag dat bij code 650 in de 5e kolom (=kosten 2009 en ouder) in de kostenverzamelstaat is verantwoord. De declaraties van de publieke ambulancediensten moet u per publieke ambulancedienst specificeren.

Rubriek 13 Overige kosten

- Verantwoording van het Programma Stoppen met roken vindt plaats bij rubriek 13. In de kwartaal- en jaarstaat, specifieke informatie C, wordt zowel de specificatie van de kosten als de specificatie van de aantallen van code 700 uitgebreid met een regel voor de kosten en een regel voor de aantallen van het programma Stoppen-met-roken. Verantwoording in de kwartaalstaten gaat naast het 2e en 4e kwartaal ook in het 3e kwartaal plaatsvinden.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- In de jaarstaat 2011 specifieke informatie A komt paragraaf 2.3 Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling in zijn geheel te vervallen. Ook de specificaties in de kwartaalstaten specifieke informatie C vervallen.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Als gevolg van het combineren van een aantal gegevensaanleveringen
Persoonskenmerken zijn er twee 'nieuwe' aanleverbestanden en vervallen drie bestanden.
Nieuw zijn
 - Persoonskenmerkenbestand verzekerden met geverifieerd BSN op datum nominale premieprolongatie juni 2011. Aanleverdatum 15 juni, zonder accountantsverklaring, met bestuursverklaring.

- Bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2010. Dit bestaat uit twee deelbestanden. Een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN. Met één accountantsverklaring en één bestuursverklaring aan te leveren op 1 juli.
- Vervallen zijn
 - RBVZ met accountantsverklaring, bestand uitstroom en verzekerden met E-106.
- Er zijn 4 nieuwe bestanden met kosten per verzekerde over 2006, 2007, 2008 en 2009. De kosten per verzekerde worden gevraagd volgen de definitie van kosten van de HKC. De bestanden moeten worden aangeleverd op 1 juni, zonder accountantsproduct, met bestuursverklaring.
- Het bestand GGZ-gegevens per verzekerde moet worden aangeleverd met een accountantsproduct.

1.3.13 Wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek december 2011)

Algemeen

Balanspost

Omdat de 'balanspost t/m Xe kwartaal' door zorgverzekeraars verschillend werd bepaald vragen wij met ingang van de kwartaalstaten 2012 in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat naar 'Lasten jaar T inclusief balanspost'. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Dit geldt ook voor de specificatie van kosten in de eerste kolom naar deelbijdrage (2.2.2). In de specificaties van rubriek 06 in de kwartaalstaten (3.1.5) vragen wij in de tweede kolom de balanspost voor het hele jaar apart te specificeren. Ditzelfde geldt bij de specificatie van code 661 en 662 (3.1.9) en code 700 (3.1.11). Uiteraard is het wel de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

Oude en nieuwe B-dbc's

Over de splitsing van oude en nieuwe B-dbc's 2009 (jaarstaat 2011 en HKC-opgave 2009) het volgende. Als een dbc-code voorkomt in beleidsregel CI-1035 en hij maakt in 2009 ook onderdeel uit van het B-segment, dan wordt hij aangemerkt als B-dbc **oud**. Alle andere in 2009 geopende B-dbc's zijn nieuw.

SKMS

In de jaarstaat 2011 kunnen de kosten 'Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten' verantwoord worden bij rubriek 13 Overige kosten, code 700. In de kostenverzamelstaat worden de kosten 2011, 2010 en 2009 verantwoord. In de specifieke informatie A vragen wij een specificatie van deze kosten 2011 en 2009. In de specifieke informatie C vragen wij de kosten 2011 en 2010. De kosten SKMS betreft u **niet** in de HKC opgaven.

In deze versie van het handboek is de brief van 6 december 2011 (CCZ/2011111821) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2012' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2012 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- Een grote groep geneesmiddelen wordt overgeheveld van farmaceutische zorg naar de medisch specialistische zorg. Voor apothekers gelden vrije tarieven, in de prestatiebeschrijving zijn een aantal nieuwe prestaties opgenomen;
- In de mondzorg gaan vrije tarieven gelden, de tariefgroepen zijn gewijzigd. De prestatiebeschrijvingbeschikking geldt zowel voor tandheelkundige- als voor orthodontische zorg. Kosten orthodontie worden bij rubriek 04 Mondzorg verantwoord;
- DBC wordt dbc-zorgproduct. A- en B-segment gaan respectievelijk het gereguleerde en het vrije segment heten. Er wordt een nieuwe groep geïntroduceerd, de zgn. add-on's. Orthodontie gaat van medisch specialistische zorg naar Mondzorg;
- Voor fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening komen voor verzekerden boven de 18 jaar de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening. Een aantal aandoeningen van de chronische lijst wordt geschrapt;
- Dieetadvisering, als aparte te verzekeren prestatie gaat uit het basispakket. Als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening volgens de zorgstandaarden voor drie chronische aandoeningen blijft dieetadvisering in het verzekerde pakket;
- De groepen hulpmiddelen gerelateerd aan de visuele functie en beperkingen in het spreken worden functioneel omschreven. Vervanging van BAHA-hoortoestellen gaat naar de medisch specialistische zorg;
- Aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg gaat van 8 naar 5, eigen bijdrage gaat naar €20 per zitting. Eigen bijdrage internetbehandeltraject gaat naar €50. Verzekerden van 18 jaar en ouder gaan bij dbc's tot 100 minuten een eigen bijdrage van €100

betalen, bij dbc's van 100 minuten en meer €200. Bij verblijf in een tweedelijnsinstelling geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage van €145 per maand. De opgave en specificatie van kosten GGZ is exclusief de eigen bijdragen;

- Behandeling van aanpassingsstoornissen gaat uit het basispakket;
- Programma 'Stoppen met roken' gaat uit het basispakket. Gedragsondersteuning blijft verzekerde zorg. Mogelijk stelt de Nza voor deze prestatie een beleidsregel vast. U wordt hierover nog geïnformeerd;
- De opgave ten behoeve van de betalingsachterstanden nominale premie komt te vervallen;
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2012 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Voor verdere informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;
- Ten behoeve van de (waarschijnlijke) invoering van diagnosekostengroepen GGZ of een criterium 'verblijf t-1' in het risicovereveningsmodel 2013 vragen wij twee nieuwe bestanden DBC's GGZ op. In de bestanden 'Kosten per verzekerde' (T-3 en T-2) wordt een extra record opgevraagd met het schadebedrag GGZ;
- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening 2010 worden de gebudgetteerde instellingen GGZ, de audiologische centra en de long/astmacentra toegevoegd.

Specifiek

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- In de prestatiebeschrijving (BR/CU-5046) zijn nieuwe prestaties opgenomen. In de jaarstaat specifieke informatie C wordt bij elke afleveraar een extra uitvraag 'niet verstrekking gerelateerde prestaties' toegevoegd. De in art. 6 t/m 9 van de prestatiebeschrijving beschreven prestaties kunnen hier verantwoord worden.

Rubriek 04 Mondzorg

- De prestatiebeschrijvingbeschikking geldt zowel voor tandheelkundige zorg als voor orthodontische zorg. De tariefgroepen zijn gewijzigd.
- Kosten orthodontie worden voortaan verantwoord bij rubriek 04 Mondzorg, bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3). De verantwoording oude jaren vindt nog wel plaats bij code 546 Medisch specialistische zorg.
- Code 562 Bijzondere betalingen mondzorg vervalt in de specifieke informatie A, kwartaal- en jaarstaat. Deze kosten worden verantwoord bij code 560.1 dan wel bij 560.2. Nog wel verantwoording oude jaren bij code 562.
- Door de wijziging van de tariefgroepen ziet de specificatie van de codes 560.1, 560.2 en 561 in de specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaat, er anders uit. Een aantal specificaties vervalt. Zie hiervoor 3.1.3. In de jaarstaat 2011 geldt nog de oude indeling.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De volgende kostencodenummers vervallen in de kwartaal- en jaarstaat 2012:
 - code 546 Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie. Deze kosten worden verantwoord bij rubriek 04 Mondzorg. Nog wel verantwoording oude jaren;
 - code 606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen. Nog wel verantwoording oude jaren;
 - code 607 Kosten verpleging in revalidatie-instellingen. Eventuele nagekomen declaraties van kosten verpleging over 2006 tot en met 2008 kunnen verantwoord worden bij code 618.
- De volgende specificaties vervallen in de specifieke informatie A, jaarstaat 2012:
 - specificatie 613 naar kosten ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- en revalidatiecentra. (2.2.3). Nog wel specificatie oude jaren;
 - specificatie van DBC's naar sluitingsjaar (2.2.3);
 - specificatie van kostencomponent DBC's A-segment naar instellingen (2.2.3). Nog wel specificatie oude jaren.

- In de specificatie van code 610 naar instellingen, in de kwartaal- en jaarstaat specifieke informatie C, worden de 'kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' afzonderlijk opgevraagd. De specificatie van code 610 in de jaarstaat van 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria' komt te vervallen.
- Het experiment St. Maartenskliniek is in 2012 beëindigd, er is geen sprake meer van de zgn. experimentele DBC's SMK. De dbc-zorgproducten van De St. Maartenskliniek worden als alle andere dbc-zorgproducten ingedeeld in het gereguleerde- of het vrije segment.
- DBC wordt dbc-zorgproduct. De huidige uitvraag blijft gehandhaafd, alleen de naamgeving bij de codenummers 613 tot en met 615 en 619 verandert in dbc-zorgproduct. A-segment en B-segment gaan respectievelijk het gereguleerde – en het vrije segment heten. Omwille van de leesbaarheid zullen wij, zeker in de formats waarin meerdere jaren worden opgevraagd, op verschillende plaatsen blijven praten over A - en B-segment.
- Er wordt een nieuwe code toegevoegd voor de add-on's, 612, voor alle instellingen en zorgverleners. Add-on's zijn de prestaties IC en de dure en weesgeneesmiddelen. In de specifieke informatie C in de kwartaalstaten wordt een specificatie gevraagd van de add-on's dure en weesgeneesmiddelen naar 4 groepen instellingen.
- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie verder hieronder bij Uitvoering risicoverevening.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De dieetadvisering, als aparte te verzekeren prestatie gaat uit het basispakket. Code 625 gaat vervallen in de uitvraag specifieke informatie A en C. Er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats. Als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening volgens de zorgstandaarden voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD blijft dieetadvisering in het verzekerde pakket. Deze kosten worden verantwoord bij rubriek 13, code 700.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- In de specifieke informatie C moeten de DBC's (code 661 en 662) zowel in de kwartaal- als in de jaarstaten gespecificeerd worden naar DBC's gebudgetteerde instellingen, DBC's nieuwe instellingen en DBC's zelfstandig gevestigden. De DBC's van zelfstandig gevestigden geldt alleen voor code 662. De specificatie van 661 is nieuw, de specificatie van 662 wordt hiermee uitgebreid. Overzichten van de twee groepen instellingen staan in hoofdstuk 5.

Rubriek 13 Overige kosten

- Programma's "Stoppen met roken" gaan uit de Zvw. De verantwoording van deze prestatie bij code 700 in specifieke informatie A en in de specificatie van code 700 in de specifieke informatie C vervalst. Er vindt nog wel verantwoording plaats over 2011. Mogelijk stelt de Nza een beleidsregel vast voor de gedragsmatige ondersteuning. Informatie volgt zo spoedig mogelijk.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- Als gevolg van het convenant tussen zorgverzekeraars en het CVZ over de kosten buitenland via het CVZ, verantwoordt u in de jaarstaat 2011 tevens de kosten over 2009 en 2010 zoals opgenomen in de brief van januari 2012. Het bedrag over 2009 betreft u ook bij de kosten via het CVZ over 2009 in de specificatie van rubriek 15 in de specifieke informatie A. De kosten over 2008 verantwoordt u niet in de jaarstaat 2011.

Uitvoering risicoverevening

- Specificaties jaarstaat, specifieke informatie A.
Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2012 (zie website Zorginstituut) moeten vanaf 2012 in de specifieke informatie A de volgende kosten gespecificeerd worden:

- Kosten- en honorariumcomponent expertproducten (bepaalde groep dbc-zorgproducten), zowel bij het gereguleerde (A) segment als het vrije (B) segment. Een specificatie van een deel van de codes 613 t/m 616;
- Kosten stollingsfactoren, deel code 618;
- Kosten van de eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door alle eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria, productiesamenwerkingsverbanden, ziekenhuizen en ZBC's. Dit betekent dat bij code 610 de betreffende kosten van huisartsenlaboratoria gespecificeerd moeten worden (A255, A801 en hoofdgroep B uit de Tarieflijst instellingen 2012 alsmede ordertarief 190255) en bij code 617 van productiesamenwerkingsverbanden, ziekenhuizen en ZBC's (het betreft dezelfde declaratiecodes als in hoofdgroep B in de Tarieflijst Instellingen);
- Van de long/astma-instellingen en epilepsiecentra (alle instellingen samen) moeten de volgende kosten gespecificeerd worden:
 - Honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten (deel code 614);
 - De kosten en honorariumcomponent van ondersteunende en overige producten, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 617);
 - De kosten en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen, exclusief kosten van hemostatica (deel code 618).
- Van extramuraal werkende specialisten (code 619) moeten de volgende kosten gespecificeerd worden:
 - Kostencomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - Honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - Kosten en honorariumcomponent van de dbc-zorgproducten in het vrije segment, exclusief de expertproducten;
 - Kosten- en honorariumcomponent expertproducten;
 - Kosten en honorariumcomponent van ondersteunende en overige producten en van overige verrichtingen, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek en kosten van hemostatica;
 - Kosten van eerstelijnsdiagnostiek.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Gegevensuitvraag persoonskenmerken 2012
Dit bestand wordt met ingang van 2012 weer met een assurancerapport opgevraagd, omdat het wordt gebruikt bij de vaststelling van de bijdrage. De aanleverdatum verschuift hiermee van 15 juni naar 1 juli. Op verzoek van de zorgverzekeraars is de peildatum met ingang van het bestand over 2012, 1 juni.
- Gegevensuitvraag GGZ-gegevens
De gegevensuitvraag GGZ zoals die in 2011 is uitgevraagd komt te vervallen. In het bestand Kosten per verzekerde wordt een extra record opgevraagd met het Schadebedrag GGZ (zie volgend punt). Achteraf is gebleken dat voor de toepassing van de hoge en lage drempel GGZ de definitie van de schade nodig is zoals die ook in het bestand Kosten per verzekerde wordt gehanteerd, namelijk gecorrigeerd voor opbrengstverrekening.
Daarnaast vraagt het CVZ in 2012 ten behoeve van de (waarschijnlijke) invoering van diagnosekostengroepen GGZ of een criterium 'verblijf t-1' in het risicovereveningsmodel 2013 twee (nieuwe) bestanden DBC's GGZ op, namelijk één over 2009 en één over 2010. Beide bestanden levert u aan met alleen een bestuursverklaring. In de bestanden neemt u per DBC GGZ een aantal gegevens op.
- Gegevensuitvraag Kosten per verzekerde
In 2012 worden twee bestanden aangeleverd. Kosten per verzekerde 2009 met een assurancerapport. Kosten per verzekerde 2010, zonder een assurancerapport.

In beide bestanden wordt een record toegevoegd met Schadebedrag GGZ. De schade moet worden gecorrigeerd voor opbrengstverrekening op basis van verrekenpercentages van de NZa.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

- In 2012 (opgave over 2010) worden de gebudgetteerde GGZ instellingen, de audiologische centra en de long/astma-instellingen toegevoegd.
- Voor de long/astma-instellingen geeft u een specificatie van de kosten verrichtingencode 190204 (verpleegdag).

1.3.14 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2012 (versie handboek maart 2012)

Algemeen

Vanaf 2012 geeft het CVZ in de formats naast de naam van de instelling alleen de NZa code van het ziekenhuis weer. In de vorige versie van het Handboek stond in paragraaf 5.5 gemeld dat op de website van Vektis de conversietabel AGB-NZA (2008-2010) te vinden zouden zijn. Helaas heeft Vektis later besloten om deze conversietabel niet op de website te plaatsen. De tabel kan nu worden opgevraagd via servicedesk@vektis.nl.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- De zogenaamde variabiliseringsgelden, een bedrag per ingeschreven patiënt dat huisartsen –vooral nog in 2011, 2012 en 2013- kunnen declareren indien zij aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, moeten verantwoord worden bij code 503, Bijzondere betalingen huisartsenzorg, in het betreffende jaar. Deze gelden vallen onder de M&I module, bedragen per verzekerde, code 14xxx en moeten in de specificatie in de Specifieke informatie C dan ook bij die regel worden opgenomen.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Bij code 520 is met ingang van de jaarstaat 2012, specifieke informatie C, in de specificatie van de kosten een extra regel toegevoegd voor 'kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling'. Bij de tweede specificatie, naar aantallen, telt u deze declaraties niet mee. Hier geeft u alleen de aantallen voorschriften op.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specificatie van code 610 in de kwartaal- en jaarstaat specifieke informatie C, worden de 'kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' afzonderlijk opgevraagd. De definitie van deze kosten stond alleen vermeld in paragraaf 1.3.13 bij Uitvoering risicoverevening. In deze versie van het Handboek hebben wij bij de specificatie van code 610 in hoofdstuk 3, specifieke informatie C, de definitie van de prestaties die hier onder vallen ook genoemd.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- Eigen bijdragen
 - De volledige eigen bijdragen GGZ, die volgens de regeling moeten worden opgelegd, mogen niet ten laste van de Zorgverzekeringswet verantwoord worden. Voor de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten betekent dit dat u bij code 660, 661 en 662 de kosten moet verantwoorden **exclusief de op te leggen eigen bijdragen**.
 - Voor VWS is het van belang om inzicht te verkrijgen in de omvang van de op te leggen eigen bijdragen bij de DBC's GGZ. Daarom vragen wij in de specifieke informatie C, kwartaalstaten 2e en 4e kwartaal en in de jaarstaat, de volgende specificatie:
 - Zorg met verblijf: op te leggen eigen bijdragen verblijf;
 - Zorg met verblijf: op te leggen eigen bijdragen behandeling;
 - Zorg zonder verblijf: op te leggen eigen bijdragen behandeling.
 - De op te leggen eigen bijdragen behandeling moet u verantwoorden en specificeren in het jaar waarin de DBC is geopend.
 - De eigen bijdragen verblijf moet u verantwoorden en specificeren in het jaar waarin het verblijf heeft plaatsgevonden (dit is dus anders dan de verantwoording van de kosten van DBC's verblijf). Dus als er bijvoorbeeld onafgebroken verblijf plaatsvindt van november 2012 tot 1 maart 2013, dan moeten de eigen bijdragen voor de verblijfsdagen die voor 1 januari plaatsvinden worden gespecificeerd bij 2012, en de

verblijfsdagen vanaf 1 januari bij 2013. Ook voor onafgebroken verblijf, dat is gestart in 2011 en doorloopt in 2012, geldt de eigen bijdrage regeling voor de verblijfsdagen in 2012. Als de verblijfsduur in 2011 meer dan 31 dagen is geweest moet de eigen bijdrage vanaf 1 januari 2012 opgelegd worden.

- Het is bekend dat de bepaling van de eigen bijdragen voor verblijf volgens de regelgeving (en daardoor ook de juiste verantwoording) in de praktijk problematisch is. ZN en VWS zijn in overleg over een oplossing. Zodra hierover meer bekend is zullen wij u informeren.
- Fier Fryslan
Fier Fryslan (FF) is een expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Over de jaren 2008, 2009 en 2010 heeft FF een aantal declaraties (GGZ DBC's) voor zeer ernstig en langdurig bedreigde cliënten niet gedeclareerd, omdat daar teveel risico's aan verbonden zijn. Het ministerie van VWS, FF en de zorgverzekeraars zijn onlangs overeengekomen dat FF over die jaren een totaalbedrag per jaar per (betreffende) zorgverzekeraar declareert en dat de zorgverzekeraars die betalen. In overleg met CVZ en NZa heeft VWS besloten dat deze declaraties ten laste van de Zvw mogen worden gebracht in de vereveningsjaren 2009 (declaraties 2008 en 2009) en 2010 en als rechtmatig worden aangemerkt. Tevens is besloten dat deze kosten niet meelopen bij de vaststelling van de kosten GGZ boven de hoge en boven de lage drempel en niet in de HKC GGZ en mogen daarom niet worden opgenomen in de opgaven 'kosten per verzekerde' 2009 en 2010 en de opgave HKC GGZ 2010.
In de jaarstaat 2011 verantwoorden de betreffende zorgverzekeraars de declaraties over 2008 en 2009 bij de kosten '2009 en ouder' en de declaraties over 2010 bij de kosten 2010, bij code 661.

Rubriek 13 Overige kosten

- Gedragmatige ondersteuning bij stoppen met roken, volgens beleidsregel CU-7057 van de NZa, blijft in 2012 een te verzekeren prestatie. U verantwoordt de kosten van deze prestatie bij rubriek 13, code 700 in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en u specificeert deze kosten bij code 700 in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaten. Deze beleidsregel is met name bedoeld voor andere zorgaanbieders dan de reguliere zorgaanbieders zoals de huisarts en de specialist. De stopadviezen van bijvoorbeeld de huisarts zijn in principe onderdeel van de reguliere huisartsenzorg.
- Dieetadvisering is in 2012 alleen nog een te verzekeren prestatie in het kader van ketenzorg. Deze kosten worden verantwoord als onderdeel van de integrale kosten Multidisciplinaire zorgverlening. Voor die gevallen waarin de kosten van dieetadvisering in het kader van de ketenzorg als losse prestatie gedeclareerd worden, is er in de specificatie van code 700 een extra regel "dieetadvisering in het kader van ketenzorg" toegevoegd.
- Onlangs is besloten dat de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) ook in 2012 nog verantwoord moeten worden in de kwartaal- en jaarstaten. In de kostenverzamelstaat, kwartaal- en jaarstaat code 700, verantwoordt u de kosten over 2012, 2011 en 2010. U specificeert in de jaarstaat, specifieke informatie A, bij code 700 de kosten SKMS over 2012 en 2010. In de specifieke informatie C specificeert u de kosten SKMS 2012 in de 2e kwartaalstaat en volgende en de kosten 2012 en 2011 in de jaarstaat 2012.

Uitvoering Risicovereeniging

- In de specifieke informatie A moet u de kosten van de kosten- en honorariumcomponent specificeren van de DBC zorgproducten die in 2012 zijn aangemerkt als expertproduct (deel code 613 t/m 616 en 619). Een overzicht van deze expertproducten kunt u vinden op website van DBC-onderhoud.
- De kosten van de ontvangen en geaccepteerde declaraties van stollingsfactoren (hemostatica), zoals verantwoord bij code 618, werden al gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie C. Voor de uitvoering risicovereeniging is het nodig dat tevens de

kosten 2012 inclusief balanspost worden gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie A. In 2012 betreft het de declaratiecodes 191801 tot en met 191883.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Opgave HKC 2009
Over de HKC opgave 2009 zijn op 13, 16 en 31 januari 2012 e-mails verstuurd over de publicatie van de verrekenpercentages en de vast-variabel percentages, hoe om te gaan in de HKC met de toegevoegde verrekenpercentages voor twee instellingen en de gewijzigde aanleverdatum. De relevante tekst is toegevoegd aan het einde van paragraaf 6.8.1 en de uiterste aanleverdatum is aangepast in de aanleverkalender in paragraaf 1.2.
- Herziene opgave HKC 2007
In de brief van 8 maart 2012 (kenmerk CCZ/2012025590) bent u geïnformeerd over de herziene opgave HKC 2007. De brief is toegestuurd per e-mail op 12 maart. De aanlevering van de herziene opgave HKC 2007 op 1 juli 2012 is toegevoegd aan de aanleverkalender, paragraaf 1.2.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

- In het format van de Opbrengstverrekening 2010 zijn bij de GGZ instellingen 18-, de GGZ instellingen 18+ en bij de Totale kosten GGZ instellingen enkele NZa-codes aangepast.

1.3.15 Wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek december 2012)

Algemeen

Vervroeging aanlevering vanaf 2013

Het CVZ is met de NZa en VWS in overleg over versnelling van de aanlevering van documenten en bestanden met accountantsproduct alsmede de 4^e kwartaalstaat met ingang van de aanleveringen in 2014. Het huidige tijdspad is te kort zowel voor het CVZ, voor het aanleveren van gegevens aan VWS in het kader van de budgetcyclus, als voor de onderzoeksperiode van de NZa. Het CVZ en de NZa verzoeken u daarom, op basis van vrijwilligheid, om de documenten en bestanden met accountantsproduct die op 1 juni moeten worden aangeleverd (zie de aanleverkalender in paragraaf 1.2) in 2013 bij voorkeur een maand eerder aan te leveren, dus 1 mei 2013.

Afspraken lumpsum, plafond etc.

In paragraaf 2.2.1 en hoofdstuk 5 is aangegeven hoe u in de kwartaal- en jaarstaten moet omgaan met afspraken met zorgaanbieders over lumpsum, plafond, etc. De verrekeningen met zorgaanbieders moeten te zijner tijd ook worden verwerkt in de bestanden Kosten per verzekerde en HKC.

1^e Kwartaalstaat

In de 1^e kwartaalstaat komen de huidige specificaties in de specifieke informatie C te vervallen. In de 1^e kwartaalstaat specifieke informatie C worden uitsluitend gevraagd de nieuwe specificatie 'onderhanden werk' en de nieuwe specificatie in het kader van de nieuwe regeling wanbetalers.

Aantallen

De definities van 'aantallen' in de diverse specificaties in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaat zijn verduidelijkt of aangepast. Voor verdere informatie zie de betreffende rubrieken in de specifieke informatie C, te weten Mondzorg, Mondziekten en kaakchirurgen, Paramedische zorg en Ziekenvervoer.

In deze versie van het handboek is de brief van 22 november 2012 (CCZ/2012122466) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2013' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2013 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:

- De prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' is een prestatie Zvw. **Onder voorbehoud van de definitieve beslissing van de NZa** gaat deze prestatie onder de huisartsenzorg vallen;
- Voor de mondzorg gaan weer maximum tarieven gelden. De tariefgroepen en prestatiecodes zijn gewijzigd;
- Bij de medisch specialistische zorg is de indeling en rubricering van de overige zorgproducten door de Nza gewijzigd. Er is één nieuwe groep geïntroduceerd, de overige zorgproducten, code 611. Code 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten en code 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen komen hierbij te vervallen. Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten 2013' van de Nza) verantwoordt u bij code 611. Voor verdere informatie zie hieronder bij Medisch specialistische zorg, code 611;
- Alle prestaties diagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders zijn door de Nza opgenomen in een aparte beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek. Bestaande beleidsregels/tarieflijsten zijn voor deze prestaties geschoond. Het CVZ handhaaft in de kwartaal- en jaarstaat de huidige wijze van verantwoorden en specificeren van prestaties diagnostiek op aanvraag van eerstelijns zorgverleners
 - Prestaties uitgevoerd door huisartsenlaboratoria, en ook het sluittarief voor

- huisartsenlaboratoria, verantwoordt u bij code 610.
- Prestaties uitgevoerd door huisartsen (M&I verrichtingen) verantwoordt u bij 503.
- Prestaties uitgevoerd door verloskundigen verantwoordt u bij code 580.
- Prestaties uitgevoerd door ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt u bij code 611;
- Dieetadvisering komt weer terug als prestatie Zvw, nu voor maximaal 3 uur per jaar;
- Een aantal hulpmiddelen wordt functiegericht omschreven. Sommige categorieën worden uitgebreid, andere beperkt. De AWBZ-uitleen is overgeheveld naar de Zvw. In de Regeling Hulpmiddelen is een nieuw artikel 2.33 toegevoegd, hierin zijn alle bijdragen en maximale vergoedingen geregeld;
- In de GGZ komen de eigen bijdragen voor verblijf en behandeling weer te vervallen.
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een nieuwe prestatie Zvw. Deze prestatie is overgeheveld uit de AWBZ. Voor de GRZ is een nieuwe rubriek, rubriek 11, en een nieuwe code, code 670, in dit handboek opgenomen;
- Programma stoppen met roken wordt weer een prestatie Zvw;
- In tegenstelling tot eerdere besluitvorming van VWS moeten de kosten SKMS ook in 2013 verantwoord en gespecificeerd worden in de kwartaal- en jaarstaat bij code 700;
- De opgave in het kader van betalingsachterstanden nominale premie, de oude wanbetalersregeling, in de jaarstaat specifieke informatie A komt in zijn geheel te vervallen. In het kader van de nieuwe regeling wanbetalers komt er een geheel nieuwe specificatie in alle kwartaalstaten, specifieke informatie C;
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2013 (zie website CVZ) moet vanaf 2013 in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Een aantal andere kosten hoeft vanaf 2013 niet meer gespecificeerd te worden. Voor verdere informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;
- In tegenstelling tot vorig jaar wordt ten behoeve van de aanvullende informatie risicoverevening de gegevensvraag DBC's GGZ in 2013 over 1 jaar, nl 2011, opgevraagd.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Onder voorbehoud van de definitieve beslissing van de NZa wordt de prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' een prestatie Huisartsenzorg. De kosten moeten verantwoord worden onder Bijzondere betalingen (503). In de specifieke informatie C (3.1.1) worden deze kosten bij code 503 gespecificeerd.
- De prestaties genoemd in de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door huisartsen (M&I verrichtingen) blijven verantwoord worden bij code 503.

Rubriek 04 Mondzorg

- Door de wijzigingen van de tariefgroepen ziet de specificatie van de codes 560.1, 560.2 en 561 in de specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaat er anders uit. Zie verder bij 3.1.3.

Rubriek 05 Verloskundige zorg

- Van de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek blijft u de prestaties die op aanvraag van eerstelijns zorgverleners worden uitgevoerd door verloskundigen verantwoord (en specificeren) in deze rubriek (code 580).

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening.
- Bij code 545, specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie, hoeven de kosten en aantallen van paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie niet meer apart gespecificeerd te worden. Bij de specificatie van deze code in de jaarstaat

specifieke informatie C wordt bij de kosten gevraagd naar implantaten, overige prestaties (waaronder paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie) en het totaal van code 545. Bij de aantallen worden alleen aantal implantaten (code 238060) gevraagd.

- Om de afspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord te kunnen monitoren, dit is een informatiebehoefte van VWS, wordt een groot gedeelte van rubriek 06 in de specifieke informatie C gewijzigd. Het excelformat rubriek 06 is in november al verstuurd. De huidige specificaties van 610 t/m 618 vervallen (ook geen specificatie oude jaren). Behalve (in de jaarstaat)
 - Aantallen DBC's A segment B segment naar instellingen
 - 611 (t/m 2012 617 en 618), Poliklinische bevallingen en Gezonde moeder/gezonde zuigeling (minus de stollingsfactoren).
- Met ingang van 2013 komt er een nieuw codenummer 611 voor de verantwoording en specificatie van de 'overige zorgproducten'. De codenummers 617 en 618 komen met ingang van 2013 te vervallen, er vindt nog wel verantwoording en specificatie van kosten tot en met 2012 plaats. De reden hiervan is dat de NZa de indeling en rubricering van de overige zorgproducten gewijzigd heeft. De volgende kosten van overige zorgproducten volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten 2013' van de NZa verantwoordt u **niet** bij code 611:
 - Alle prestaties 'OZP supplementair – Add on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add on IC', verantwoordt u bij code 612;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 700;
 - OZP paramedische behandeling en onderzoek, tarieven voor eerstelijns psychologische zorg, verantwoordt u bij code 660;
 - OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
 - OZP Overige verrichtingen, honorariumcomponent kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545;
- Van de nieuwe beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek blijft u de prestaties die op aanvraag van eerstelijns zorgverleners worden uitgevoerd door de medisch specialistische zorg verantwoordt (en specificeren) in deze rubriek:
 - Prestaties uitgevoerd door huisartsenlaboratoria, en ook het sluittarief voor huisartsenlaboratoria, verantwoordt u bij code 610;
 - Prestaties uitgevoerd door ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt u bij code 611.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- Dieetadvisering is weer een prestatie Zw, maximaal 3 uur per jaar. De kosten 2013 worden weer verantwoordt bij code 625 in de kostenverzamelstaat, specifieke informatie A. Deze kosten worden niet gespecificeerd in de specifieke informatie C. Dieetadvisering in het kader van ketenzorg als aparte prestatie, die in 2012 bij rubriek 13 Overige kosten moest worden verantwoordt, moet in 2013 weer verantwoordt worden bij code 625. Bij rubriek 13 vindt in de jaarstaat 2013 nog wel specificatie van deze kosten 2012 plaats.

Rubriek 08 hulpmiddelen

- In de gegevensuitvraag wordt m.i.v. 2013 geen onderscheid meer gemaakt in hulpmiddelen in eigendom en hulpmiddelen in bruikleen. De specificatie in de jaarstaat wordt, op enkele uitzonderingen na, niet meer op monitorcodeniveau maar op categorieniveau gevraagd. T.o.v. 2012 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 2, 4, 5, 17 en 30. De categorieën 8, 25, 33 en 34 zijn vervallen, er vindt hier nog wel specificatie over 2012 plaats. Categorie 2 is uitgebreid; deels met hulpmiddelen die uit een andere categorie komen (nl 8, 17, 30, 33 en 34) en deels met hulpmiddelen die overkomen uit

de AWBZ-uitleen. Categorie 4 wordt uitgebreid met brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar. Bij categorie 5 worden hulpmiddelen uit 17, 25 en 33 toegevoegd. Een aantal hulpmiddelen uit categorie 17 is verplaatst naar 2 en 5. Categorie 30 is uitgebreid met hulpmiddelen die overkomen van de AWBZ-uitleen, een klein aantal hulpmiddelen is verplaatst naar categorie 2. Het format van de jaarstaat 2013 is in deze versie van het handboek al toegevoegd.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- De eigen bijdragen voor verblijf en behandeling vervallen. Hiermee vervalt ook de specificatie van de eigen bijdragen GGZ in de specifieke informatie C. U specificeert de eigen bijdragen nog wel in de 4e kwartaalstaat en de jaarstaat 2012. Daarnaast blijft u uiteraard in de (toekomstige) kwartaal- en jaarstaten op de kosten 2012 de conform de regelgeving 2012 op te leggen eigen bijdragen in mindering brengen. Over de eigen bijdragen verblijf heeft VWS een brief gestuurd aan de NZa en het CVZ (zie 3.1.9).
- Het onderscheid naar gebudgetteerde en nieuwe instellingen in de specificatie van code 661 en 662 vervalt. De specificatie van kosten code 661 in de specifieke informatie C vervalt in zijn geheel. De specificatie van kosten code 662 in de specifieke informatie C wordt weer hetzelfde als in de kwartaal- en jaarstaten 2011 (onderscheid naar 'Instellingen' en 'Zelfstandig gevestigden').

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

- Dit is een nieuwe prestatie Zvw. U verantwoordt deze kosten onder een nieuwe code 670. U verantwoordt de kosten alleen in de kwartaal- en jaarstaat in de specifieke informatie A, kostenverzamelstaat

Rubriek 13 Overige kosten

- Programma Stoppen met roken is weer een prestatie Zvw. Uitvraag 'Programma Stoppen met roken' (kosten en aantallen) komt weer terug in de specificatie bij Rubriek 13, code 700, specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaten. De uitvraag 'Stoppen met roken, gedragsondersteuning' komt in die specificatie weer te vervallen. In de jaarstaat 2013 moeten nog wel de kosten 2012 worden gespecificeerd.
- Ook in 2013 moeten de kosten SKMS hier verantwoord en gespecificeerd worden.

Paragraaf 3.2 Regeling wanbetalers

- Er komt een nieuwe specificatie in alle kwartaalstaten, specifieke informatie C, in het kader van de nieuwe regeling wanbetalers. Zie verder bij paragraaf 3.2.

Uitvoering risicoverevening

- Specificaties jaarstaat, specifieke informatie A.
Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2013 moeten vanaf 2013 de volgende kosten gespecificeerd worden.
 - Kosten groeihormonen (ATC-code's H01AC01 en H01AC03) + kosten IC (deel van de add-on's, code 612), in de jaarstaat.
- Met ingang van vereveningsjaar 2013 worden de deelbedragen 'ziekenhuisverpleging variabel' en 'B-DBC's' samengevoegd. De nieuwe naam voor dit deelbedrag is 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'. De naam van het deelbedrag 'vaste ziekenhuiskosten' verandert in deelbedrag 'vaste zorgkosten'. Dit heeft gevolgen voor de specificatie 'Kosten per deelbijdrage' in de kwartaal- en jaarstaten.
- De volgende specificaties komen met ingang van 2013 te vervallen, deze specificaties worden nog wel gevraagd over de oude jaren.
 - Kosten en honoraria long/astma instellingen en epilepsiecentra (deel code 614, 617 en 618)
 - Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische hulp (deel code 617)
 - Kosten hemostatica/stollingsfactoren (deel code 618).

Aanvullende informatie risicoverevening

- Gegevensuitvraag DBC's GGZ
De gegevensuitvraag DBC's GGZ wordt opgevraagd over alleen 2011. Dit bestand wordt aangeleverd met alleen een bestuursverklaring.
- Kosten per verzekerde 2011 en registratie kosten buitenland via CVZ per verzekerde
Met ingang van het Kosten per verzekerde bestand 2011 neemt u ook kosten buitenland via CVZ per verzekerde op in dit bestand. Dit betekent dat u de kosten met ingang van 1 januari 2013 op verzekerdeniveau moet vastleggen, voor zover die betrekking hebben op transactiejaar 2011 en later. Het gaat daarbij om de kosten buitenland via het CVZ die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring hebben ontvangen, inclusief de kosten buitenland die zorgverzekeraars op 1 januari 2013 als workload hebben liggen (dus kosten die in 2012 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen en die niet in 2012 door het CVZ uitbetaald zijn). Als u al eerder kosten buitenland via CVZ per verzekerde heeft vastgelegd, mag u deze dus NIET meenemen in de Kosten per verzekerde bestanden. In paragraaf 6.7. is beschreven welke kosten over 2011 u op welke wijze opneemt in het Kosten per verzekerde bestand 2011.
NB In uw opgaven van de HKC van 2011 (somatisch en GGZ-18+) mag u de kosten buitenland via het CVZ NIET meenemen. Op grond van de ministeriële regeling 2011 corrigeert het CVZ uw HKC-opgave voor deze kosten. Dit geeft dus een verschil in alle schadedefinities tussen uw 'kosten per verzekerde'-bestand 2011 en uw HKC-opgave 2011. Vanaf het vereveningsjaar 2013 zijn de definities gelijk (HKC betreft dan alleen nog GGZ-18+).

1.3.16 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2013 (versie handboek april 2013)

Algemeen

Kosten toerekenen naar jaar van aanvang

Regelmatig ontvangen wij vragen over naar welk jaar bepaalde kosten toe te rekenen. In de Zvw (art. 23) staat dat 'kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen'. Dus, een voorbeeld, de kosten van verloskundige zorg worden toegerekend aan datum start behandeling. Wij verwachten niet dat zorgverzekeraars, die de kosten aan het verkeerde jaar hebben toegerekend dit met terugwerkende kracht nog gaan aanpassen. Vanaf nu doen alle zorgverzekeraars dit op dezelfde en correcte wijze.

Landelijk Schakelpunt (LSP)

Op 23 maart 2012 hebben wij u per e-mail bericht dat er nog geen uitsluitsel van VWS was over de financiering van het LSP. Inmiddels heeft VWS besloten dat de kosten LSP in 2012 en 2013 niet als reguliere kosten Zvw beschouwd worden. Deze kosten mogen in de kwartaal- en jaarstaten dus niet verantwoord worden. Over de kosten 2014 e.v. moet nog een besluit genomen worden.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- De prestatie 'Diagnostiek en behandeling van TBC en infectieziekten door de GGD' is tot op heden (nog) niet als prestatie Huisartsenzorg voor 2013 beschreven. De kosten van deze prestatie kunnen niet verantwoord worden bij huisartsenzorg. Ook de specificatie van deze kosten bij code 503 in de specifieke informatie C vervalt.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Met ingang van 2012 zijn de codenummers 546 en 606 vervallen. In 1.3.13 en H5 staat dit beschreven, daar staat ook dat er nog wel verantwoording oude jaren moet plaatsvinden. Helaas zijn deze codenummers in de kostenverzamelstaat, 1e kwartaalstaat 2013 verdwenen. In deze versie van het handboek zijn deze codes weer toegevoegd. In de excelformats voor het 2e kwartaal 2013 zijn de codes ook weer toegevoegd en kunnen deze kosten over 2011 en ouder weer verantwoord worden.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Vooruitlopend op een nieuwe uitvraag in het kader van de risicoverevening in 2014, namelijk een gegevensuitvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's) 2013, melden wij nu al dat de clustering naar HKG's wordt gebaseerd op het GPH-coderingssysteem. Dit betekent dat het CVZ hulpmiddelen op GPH-codeniveau gaat opvragen. VWS en ZN hebben afgesproken dat de zorgverzekeraars alle hulpmiddelen in 2013 uniform registreren in termen van Z-index- en GPH-codes. Het CVZ stuurt ook nog een brief hierover aan de zorgverzekeraars.
- De specificatie van kosten van hulpmiddelen in de jaarstaat, specifieke informatie C, is op hoofd- en subcategorie volgens de Regeling hulpmiddelen. In de toelichting bij de specificatie in het Handboek zal de verwijzing naar monitorcodes worden vervangen door een verwijzing naar GPH-codes. De conversietabel die Vektis, in samenwerking met het CVZ, al enkele jaren publiceert met daarin de relaties tussen monitorcodes en GPH-codes kunt u gewoon blijven gebruiken voor de specificatie in de jaarstaat 2013. In een volgende versie vallen de monitorcodes er tussenuit.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- **Verantwoording kosten GGZ**
De NZa heeft een aantal beleidsregels en declaratiebepalingen GGZ gewijzigd. Als gevolg hiervan is op basis van de DBC-prestatiecode geen onderscheid meer te maken tussen DBC's met en DBC's zonder verblijf. In de DBC-prestatiecode is de productgroep voor behandeling opgenomen. Daarnaast kunnen in 2013 de volgende deelprestaties worden gedeclareerd: deelprestaties voor (24-uurs) verblijf, ambulante methadonverstrekking, electroconvulsietherapie, beschikbaarheidcomponent crisis en verblijf zonder overnachting. Het CVZ handhaaft de huidige wijze van verantwoorden van de kosten. Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf, dan verantwoordt u alle kosten GGZ van die verzekerden bij code 661. Zo niet, dan verantwoordt u alle kosten van de betreffende verzekerden bij code 662. De deelprestatie Verblijf zonder overnachting moet ook bij 662 verantwoord worden. Methadonverstrekking is in 2013 niet meer een overig product GGZ, maar een aparte deelprestatie. De kosten blijft u verantwoorden bij code 664 Kosten overige producten. De toelichting in paragraaf 3.1.9 en de definities in H 5 zijn ook aangepast. Omdat bij de codes 661 en 662 zowel kosten van DBC's als van deelprestaties worden verantwoord, is de benaming van de codes voortaan Kosten GGZ met verblijf (661) en Kosten GGZ zonder verblijf (662) in plaats van kosten DBC's GGZ met en zonder verblijf.

Aanvullende informatie risicoverevening

- **Kosten per verzekerde 2011 en registratie kosten buitenland via CVZ per verzekerde**
In de versie van het Handboek van december 2012 en in de brief van 19 december 2012 (kenmerk CCZ/2012142089) bent u geïnformeerd over de registratie van kosten buitenland via het CVZ op verzekerdeniveau met ingang van 1 januari 2013. In een addendum bent u op 10 januari 2013 (kenmerk CCZ/2013004813) geïnformeerd over een aangepaste definitie van de kosten die u op verzekerdeniveau moet vastleggen. De definitie luidt: 'Met ingang van 1 januari 2013 moet u de kosten buitenland via het CVZ op verzekerdeniveau vastleggen, voor zover die betrekking hebben op transactiejaar 2011 en later. Het gaat daarbij om de kosten buitenland via het CVZ die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring hebben ontvangen.' De wijziging ten opzichte van de brief van 19 december is dat de zogenoemde workload op 1 januari 2013 (kosten die in 2012 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen van het CVZ en die niet in 2012 door het CVZ zijn uitbetaald) **niet** mag worden meegenomen in de bestanden op verzekerdeniveau voor de risicoverevening.
Zie ook paragraaf 5.7, bestand Kosten per verzekerde 2011.

1.3.17 Wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek december 2013)

Algemeen

Er zijn nog drie nagekomen wijzigingen voor de jaarstaat 2013.

In de kostenverzamelstaat is rubriek 13 Overige kosten uitgebreid met een nieuwe code, 701 Kosten overige geneeskundige zorg. Zie verder hieronder bij Specifiek rubriek 13.

De specificatie van code 700 in jaarstaat de specifieke informatie C wordt over 3 ipv 2 jaren uitgevraagd, namelijk jaar T, T-1 en T-2.

Rubriek 16 heeft een nieuwe naam gekregen. 'Kwaliteitsgelden'. Hier worden met ingang van 2013 ook de Projectgelden GGZ verantwoord. De projectgelden GGZ moeten in de specifieke informatie A gespecificeerd worden.

Vervroeging aanlevering

Van veel gegevensaanleveringen is de aanleverdatum veranderd, meest vervroegd. U bent hierover bij brief (13 juni 2013) geïnformeerd, zie ook de aanleverkalender in paragraaf 1.2. In verband hiermee zijn ook de aanleveringen van de verzekerenstanden gewijzigd, Zie 2.2.9. De vervroeging is onder meer op nadrukkelijk verzoek van VWS. Op basis van de kwartaal- en jaarstaten levert Zorginstituut Nederland aan VWS financiële rapportages voor besluitvorming over het BKZ. Daarom is het ook van groot belang dat de balansposten in de kwartaal- en jaarstaten altijd de meest actuele ramingen bevatten.

In deze versie van het handboek is de brief van 25 november 2013 (2013123286) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2014' verwerkt. Voornamelijk in Hoofdstuk 6.

Met ingang van verslagjaar 2014 zijn er als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving de volgende aanpassingen:

- Bij de huisartsenzorg is een nieuwe prestatie opgenomen, namelijk 'Groepsconsult';
- Bij de hulpmiddelenzorg is de thuisdialyse-apparatuur overgeheveld naar de medisch specialistische zorg;
- Bij het ziekenvervoer zijn twee verrekentarieven vastgesteld, I 020 en I 021. Deze verantwoordt u bij code 650. Kosten van vervoer bij ambulante geriatrische revalidatiezorg kunnen ten laste van de Zvw, regeling zittend vervoer, gebracht worden. U kunt deze kosten verantwoorden bij code 651 en specificeren bij 'Overige patiënten';
- Bij de geneeskundige GGZ gaat eerstelijns psychologische zorg vervallen. Hiervoor in de plaats komt generalistische basis GGZ, met de prestaties Kort, Middel, Intensief en Chronisch. Er zijn bij de GGZ geen overige producten meer die vallen onder de Zvw;
- Bij rubriek 13, Overige kosten zijn een aantal nieuwe prestaties opgenomen. Te weten: geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie. De kosten van SKMS gaan naar rubriek 16;
- Bij rubriek 16, met de nieuwe naam Kwaliteitsgelden, kunnen de projectgelden GGZ verantwoord worden;
- Als gevolg van de regeling risicoverevening 2014 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Zie verder bij [Uitvoering risicoverevening](#);
- Ten behoeve van de aanvullende informatie risicoverevening is er een nieuwe gegevensuitvraag Hulpmiddelenkostengroepen. In de bestandsspecificaties van DBC-gegevens (somatisch) 2012, DBC gegevens GGZ 2012 en Kosten per verzekerde 2012 zijn een aantal wijzigingen doorgevoerd;
- In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening is een aantal categorieën instellingen vervallen.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- Bij de huisartsenzorg komt een nieuwe prestatie, groepsconsult POH. De kosten groepsconsult kunt u verantwoordt bij code 506 Consulttarieven. In de specifieke informatie C moet u deze kosten ook specificeren.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Er zijn enkele tekstuele aanpassingen gedaan. 'Voorschrift' wordt 'Uitgifte'. Bij kosten aflevering is toegevoegd dat dit inclusief de eventueel vergoede aanvullende prestaties en inclusief eventuele marge (in geval van buiten WMG-middel) is.

Rubriek 04 Mondzorg

- Code 562 is verwijderd. Eventueel nagekomen declaraties kunnen verantwoord worden bij code 560.1 dan wel 560.2.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specificatie van code 610 in de specifieke informatie C wordt de regel 'overige prestaties' gesplitst in 'Trombosediensten' en 'SKION en NTS'.
- Bij alle specificaties naar soorten instellingen is de categorie 'overige instellingen' van naam veranderd in 'overige zorgaanbieders'.
- Alle kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie worden verantwoord bij code 611. De kosten gedeclareerd door overige zorgaanbieders (niet zijnde een academisch of algemeen ziekenhuis of ZBC) neemt u op bij de categorie 'Overige zorgaanbieders'.
- De codes 546 en 606 zijn verwijderd. Eventueel nagekomen declaraties van orthodontie (546) kunnen verantwoord worden bij rubriek 04 Mondzorg. Nagekomen declaraties van 606 (verpleging in categorale ziekenhuizen) kunnen bij code 611 verantwoord worden.

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

- De thuisdialyse-apparatuur inclusief toebehoren, controle en onderhoud (en chemicaliën en vloeistoffen) zijn overgeheveld naar de medisch-specialistische zorg. De uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zoals extra stroomkosten) blijven wel onderdeel van de hulpmiddelenzorg.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Voor 2014 heeft de NZa voor ambulancevervoer twee verrekentarieven vastgesteld (I 020 en I 021). Deze tarieven verantwoordt u bij code 650.
- De specificatie van aantallen ambulancevervoer in de jaarstaat, specifieke informatie C, wordt gesplitst in aantal spoedvervoer A1-/A2-rit (prestatiecode 196010) en aantal besteld vervoer (prestatiecode 196002).
- VWS heeft besloten dat de kosten van vervoer bij een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg in 2014 ten laste van de Zvw, regeling zittend ziekenvervoer, mogen worden gebracht. U verantwoordt deze kosten bij code 651 en in de specificatie van code 651 neemt u de kosten op bij de categorie 'overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule'.

Rubriek 10 Geneeskundige GGZ

- Code 660, eerstelijns psychologische zorg, vervalst. Hiervoor in de plaats komen de prestaties generalistische basis GGZ: Kort, Middel, Intensief en Chronisch en alleen voor 2014 een transitieprestatie. De kosten van deze prestaties verantwoordt u bij het nieuwe codenummer 665. Ook verantwoordt u hier de prestaties GGZ die zijn opgenomen in de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Overige zorgproducten, OZP paramedische behandeling en onderzoek.
- De Specialistische GGZ blijft verantwoord worden bij code 661, GGZ met verblijf, en code 662, GGZ zonder verblijf.

- Code 664, Overige producten vervalt met ingang van 2014. Tot en met 2013 verantwoordt u bij code 664 de kosten van geïndiceerde preventie voor hoog risicogroepen en de kosten van methadon. In 2014 is de geïndiceerde preventie niet langer een overige product gespecialiseerde GGZ. De kosten van de deelprestatie methadon worden vanaf 2014 verantwoord bij code 661 dan wel code 662.
- De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGZ-zorgaanbieders en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

- In de jaarstaat, specifieke informatie C, wordt een specificatie gevraagd van het totale aantal DBC's.

Rubriek 13 Overige kosten

- Rubriek 13 wordt aangevuld met een nieuwe code, 701 Overige geneeskundige zorg. Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa. Met ingang van de jaarstaat 2013 verantwoordt u hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611.
- Bij code 701 verantwoordt u tevens de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft
 - Huidtherapie
 - Orthoptie
 - OptometrieDe kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg betreft (bijvoorbeeld bij huidtherapie: uitsluitend epilatie bij transseksuelen), de zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan. Bijvoorbeeld: alleen als in een naturapolis is opgenomen dat epilatie bij transseksuelen door een vrijgevestigde huistherapeut een verzekerde prestatie is, dan komen deze kosten ten laste van de Zvw.

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

- Deze rubriek, code 730, krijgt met ingang van de jaarstaat 2013 een nieuwe naam "Kwaliteitsgelden". Hier worden naast de kosten ondersteuning eerstelijnszorg met ingang van de jaarstaat 2013 ook de projectgelden GGZ verantwoord. De kosten van projectgelden GGZ worden gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie A. De achtergrond van deze projectgelden is dat in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 middelen beschikbaar zijn gesteld voor kwaliteitsbeleid en projecten GGZ. In de regeling risicoverevening 2014 is in artikel 22 alsnog geregeld dat de kosten 2013 voor 100% als vaste kosten worden aangemerkt in de risicoverevening. Voor de kosten 2014 staat dit in artikel 15, lid 9. De inning van de projectgelden GGZ loopt net als SKMS en ondersteuning eerstelijnszorg via ZN.
- Met ingang van de 1e kwartaalstaat 2014 verantwoordt u bij rubriek 16 ook de kosten SKMS. Voor een toedeling naar deelbijdragen moet code 730 in de jaarstaat 2014, specifieke informatie A, gespecificeerd worden naar kosten ondersteuning eerstelijnszorg, kosten projectgelden GGZ en SKMS.

- LET OP: De kosten SKMS verantwoordt en specificeert u in de jaarstaat 2013 nog bij rubriek 13, code 700.

Uitvoering risicoverevening

- De kosten van Paramedische behandeling en onderzoek (onderdeel overige zorgproducten, code 611) worden aangemerkt als kosten overige prestaties, en moeten in de jaarstaat 2014, specifieke informatie A gespecificeerd worden.
- Aan de specificatie in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de kosten van groeihormonen + de kosten IC moeten ook de kosten van fertiliteitshormonen worden toegevoegd (alle kosten tezamen). Voor ATC-codes en zorgproductcodes van de groeihormonen en fertiliteitshormonen zie paragraaf 2.2.3.
- Code 730 Kwaliteitsgelden moet gespecificeerd worden naar kosten projectgelden GGZ (al in 2013) en (in 2014) kosten ondersteuning eerstelijnszorg en SKMS.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Er is een nieuwe gegevensvraag Hulpmiddelenkostengroepen, Hulpmiddelen 2013, aan te leveren met accountantsproduct en bestuursverklaring. Hierover bent u geïnformeerd per brief van 6 mei en 13 juni 2013 en per e-mail van 5 september.
- Als gevolg van de invoering van DBC zorgproducten met ingang van 2012 zijn er een aantal wijzigingen doorgevoerd in de bestandsspecificatie van DBC-gegevens (somatisch) 2012. Het betreft tekstuele wijzigingen en het aantal posities van de DBC zorgproductcode (was DBC prestatiecode) is 9 (was 12).
- De uitvraag van de DBC gegevens GGZ die in 2014 over 2012 worden gevraagd wijzigt omdat in de DBC prestatiecode vanaf 2012 niets meer over het verblijf is opgenomen. Informatie over het 24-uurs verblijf is nodig voor de diagnosekostengroepen die vanaf 2014 in het vereveningsmodel zijn opgenomen. In het bestand moet per deelprestatie 24-uursverblijf, die bij de DBC (behandeling) gedeclareerd is, een apart detailrecord worden opgenomen. Het detailrecord van de deelprestatie bevat dezelfde gegevens als het detailrecord van de DBC waar de deelprestatie bij hoort (BSN, DBC-prestatiecode, maand van opening) maar een afwijkende declaratiecode en schadebedrag (namelijk van de betreffende deelprestatie).
- In 2014 wordt het bestand (over 2012) uitsluitend met een bestuursverklaring aangeleverd, in 2015 (over 2013) met een bestuursverklaring én een assurancerapport.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2012 is de naam van het schadebedrag 'B-DBC's' gewijzigd in het schadebedrag 'DBC-zorgproducten vrije segment'. De verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond etc. verwerkt u niet in het voorlopige bestand 2012, maar in het definitieve bestand 2012 (aanlevering in 2015).

Opbrengstverrekening

- De instellingen waarover in 2014 over 2012 gegevens worden opgevraagd ten behoeve van de opbrengstverrekening zijn de (voorheen gebudgetteerde) GGZ-instellingen, long/astma instellingen, epilepsie-instellingen en het Beatrixoord. De kosten die per GGZ-instelling moeten worden opgegeven over 2012 betreffen de kosten van geneeskundige GGZ, voor zover het Zvw zorg is. Het betreft de som van de prestaties (DBC) behandeling en 24-uursverblijf uit de tariefbeschikking DBC GGZ 2012 van de NZa en de producten 'geïndiceerde preventie bij hoog risico groepen' en 'medicijnkosten methadon' uit de tariefbeschikking Overige producten GGZ. Dit betreft de kosten 2012 voor de betreffende instellingen zoals verantwoord bij de codenummers 661, 662 en 664 in de kwartaal- en jaarstaten.

1.3.18 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek januari 2014)

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

- De record lay-out van de opgave DBC's somatisch 2012 is gewijzigd (zie brief van 23 januari 2014, kenmerk 201408698). Voor de bepaling van de diagnose kosten groepen op basis van DBC zorgproducten (vanaf 2012) heeft het Zorginstituut de diagnosecode nodig die afzonderlijk in de declaratie is opgenomen. In deze versie van het Handboek is opgenomen de aangepaste record lay-out met versienummer 201203. Daarin is de diagnosecode toegevoegd in het detailrecord en het versienummer van de record lay-out in het voorlooprecord aangepast.
Wij verzoeken u om deze record lay-out (versie 201203) te hanteren bij de aanlevering van de opgave DBC's somatisch 2012 op 1 juni 2014.
Zie ook paragraaf 5.5. en hoofdstuk 7.

1.3.19 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2014 (versie Handboek april 2014)

Algemeen

Wijziging in hoofdstukindeling

In deze versie van het Handboek is hoofdstuk 4 (Controle-overzichten) helemaal verwijderd. De nummering van de daaropvolgende hoofdstukken is aangepast.

Naamswijziging

Het CVZ heet vanaf 1 april 2014 Zorginstituut Nederland. Deze naamswijziging is het gevolg van een uitbreiding van de werkzaamheden. Wij hebben dit in het Handboek aangepast. Ons e-mailadres en webadres veranderen ook. Het webadres is www.zorginstituutnederland.nl en het e-mailadres voor de inzending van verantwoordingsstaten en voor vragen over de verantwoordingen is verslagdocumenten@zinl.nl. Voor het lopende jaar hebben wij in de formats en in de bestandsnamen de naam 'CVZ' nog gehandhaafd. Tegelijkertijd hebben wij in dit nieuwe handboek gebruik gemaakt van de voor ons nieuwe rijkshuisstijl; nieuw lettertype, nieuwe pagina-indeling enz.

Specifiek

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- In de record lay-out van de gegevensvraag DBC's GGZ 2012 staat een kleine onjuistheid. Bij de declaratiecode staat 'N' (numeriek), dit moet 'AN' (alfanumeriek) zijn. In hoofdstuk 7 is dit aangepast.

Rubriek 13 Overige kosten

- Code 701 moet in 2014 in de jaarstaat T en T-1 gespecificeerd worden naar de 4 prestaties, geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie. Wij hebben dit gemeld in het document met de wijzigingen in de kwartaal- en jaarstaat 2014 wat wij u op 6 december 2013 gemaïld hebben. Ook is het in paragraaf 3.1.12 beschreven. In paragraaf 1.3.17 is deze melding helaas weggefallen.

1.3.20 Wijzigingen en aandachtspunten 2015 (versie Handboek december 2014)

Algemeen

- Er zijn nog twee nagekomen wijzigingen in de jaarstaat 2014
 - De kosten van Patiëntenparticipatie NPCF kunnen verantwoord worden bij rubriek 16, code 730. Alle kosten van deze rubriek moeten afzonderlijk gespecificeerd worden in de jaarstaat, specifieke informatie A.
 - De specificatie van code 720 Grensoverschrijdende zorg, in de jaarstaat specifieke informatie C, wordt met twee regels uitgebreid. Een regel voor het totaal van Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via ZIN en een regel voor Totaal code 720.
- Verwerking opbrengstverrekeningen in verantwoordingen Zorginstituut
Tot nu toe houdt u in de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten op geen enkele wijze rekening met (inschattingen) van opbrengstverrekeningen via de NZa op basis van vaste bedragen. In de huidige kwartaal- en jaarstaten geldt dit voor de volgende instellingen:
 - long-/astma-instellingen, epilepsiecentra en het Beatrixoord;
 - curatieve GGZ-instellingen;
 - geriatrische revalidatie-instellingen.

In overleg met de NZa is besloten dat het Zorginstituut voor nieuwe verrekeningen met regionale ambulancevoorzieningen, huisartsenlaboratoria en trombosediensten geen correcties meer uitvoert op de schadelastbedragen in de jaarstaat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar moet de informatie van de NZa over deze verrekeningen zelf in de kwartaal- en jaarstaten verwerken bij de betreffende codenummers, in het verslagjaar waarin u de bedragen voorlopig dan wel definitief verrekent. Voor zover mogelijk houdt u in de kwartaal- en jaarstaten in de balanspost ook rekening met de meest actuele inschatting van deze verrekeningen. Opbrengstverrekening via de NZa vindt met huisartsenlaboratoria en trombosediensten plaats over de jaren 2012 en 2013 en met regionale ambulancevoorzieningen over het jaar 2012 en verder.

In de bestanden Kosten per verzekerde 2012 en 2013 moet u de verrekeningen over het betreffende jaar verwerken (zie paragraaf 5.7.1. en 5.7.2.).

- Zorginkoop in representatiemodel
Wij hebben begrepen dat ZN/zorgverzekeraars het voornemen hebben om in 2015 de prestaties verpleging en verzorging, de experimenten ketenzorg dementie en de prestaties voor zintuiglijk gehandicapten volgens het representatiemodel in te kopen. De (verwachte) toerekeningen aan ieders verzekerden moeten volgens een logische verdeling plaatsvinden en moet u verantwoorden in de kwartaal- en jaarstaten bij de betreffende codenummers, in de specificaties en in de bestanden Kosten per verzekerde.
Voor de prestatie wijkgericht werken int ZN een bedrag per verzekerde bij de zorgverzekeraars, dat u verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten.

- Contractinformatie
In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut voortaan de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten. Deze uitvraag (en rapportage aan VWS) werd tot nu toe door de NZa gedaan. De uitvraag in de kwartaalstaten is beperkter. De gegevens over 2015, voor de Medisch specialistische zorg en de Geneeskundige GGZ, vragen we op in de 4^e kwartaalstaat 2014 (!) en in de 2^e kwartaalstaat 2015.

- Aanlevering gegevens met accountantsproduct in 2015
In deze versie van het handboek is de brief van 5 november 2014 (2014095994) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6. Ten opzichte van deze brief zijn er op dit moment de volgende wijzigingen en

aandachtspunten te melden in verband met de problematiek rond de verantwoordingen van somatische en GGZ-instellingen:

- De GGZ-instellingen zijn uit de gegevensvraag opbrengstverrekening 2013 verwijderd. Deze gegevens zullen op een later moment worden opgevraagd.
- De onjuistheden in de declaraties van ziekenhuizen over 2012 en 2013 naar aanleiding van het zelfonderzoek zijn inmiddels bekend. U dient het effect van deze onjuistheden op de kosten 2012 en 2013, in relatie tot de contractafspraken, zo goed mogelijk te verwerken in de 4^e kwartaalstaat 2014 bij respectievelijk de lasten inclusief balanspost 2012 en 2013. In verband met de uitvoering van het MBI is het van groot belang dat u in de 4^e kwartaalstaat 2014 een zo definitief mogelijk opgave doet van de totale lasten 2012 en 2013. In de jaarstaat 2014 moet u het definitieve effect van de onjuistheden 2012 verwerken bij de ontvangen en geaccepteerde declaraties 2012.
- Wat betreft de problematiek over 2011 is de verwachting dat er voor de lasten 2011 en ouder in de jaarstaat 2013 een nieuwe opgave zal worden gevraagd voor de kosten van medisch specialistische zorg (rubriek 06) en van geneeskundige GGZ (rubriek 10) volgens nader te bepalen definities. Dit zal gevolgen hebben voor die rubrieken in de jaarstaat 2014 (lasten 2012 en ouder). Wat betreft de verantwoording in alle andere rubrieken komt er geen nieuwe opgave 2011 en gelden voor de 4^e kwartaalstaat 2014 en de jaarstaat 2014 (lasten 2012 en ouder) de gebruikelijke voorschriften (zie 4.2.).

Daarnaast is (conform de definitieve Regeling risicoverevening 2015 van VWS) de definitie van add-ons oncolytica uitgebreid, zie voor de nieuwe definitie hierna onder uitvoering risicoverevening.

Met ingang van verslagjaar 2015 zijn er als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving de volgende aanpassingen:

- Uitbreiding 'Informatie tbv afrekeningen met het buitenland' met de rubriek 03 Verpleging en Verzorging;
- Samenvoeging Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg tot 1 rubriek, 01 en toevoeging van nieuwe prestaties en codes;
- Nieuwe rubriek (03) en nieuwe code (530) als gevolg van de overheveling van Verpleging en Verzorging en de Intensieve Kindzorg van de AWBZ naar de Zvw;
- De doorlooptijd van DBC zorgproducten Medisch specialistische zorg gaat van 365 naar 120 dagen;
- Voor de Medisch specialistische zorg worden integrale tarieven vastgesteld, het onderscheid tussen kosten en honoraria vervalt hiermee;
- Bij de Hulpmiddelen zijn de categorieën 1, 3 en 6 gewijzigd;
- Alle GGZ voor 18-minners, dus ook dyslexie, gaat naar de jeugdzorg;
- De Generalistische basis GGZ wordt uitgebreid met de prestatie Onvolledig behandeltraject, de prestaties bij de regel Overige prestaties vervallen;
- De Specialistische GGZ met verblijf gaat, alleen voor de nieuwe gevallen, van 1 naar maximaal 3 jaar Zvw. De Specialistische GGZ met verblijf krijgt 2 verschillende vormen van bekostiging, het eerste jaar verblijf middels DBC's en de verblijfsjaren 2 en 3 middels ZZP's. Deze ZZP's moeten verantwoord worden onder een nieuwe code, 661.1, langdurige GGZ;
- Bij rubriek 13, code 700 komt een nieuwe prestatie, nl. Experimenten ketenzorg dementie. De prestaties Kosten beleidsregel samenwerking 1^e lijn en alle prestaties Multidisciplinaire zorg (MDZ) verhuizen naar rubriek 01.
- Rubriek 13, code 701 wordt uitgebreid met drie nieuwe prestaties: Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest en Regiefunctie complexe wondzorg;
- Rubriek 13 wordt uitgebreid met een nieuwe code, code 702, Zintuiglijk gehandicapten. Deze prestaties komen over vanuit de AWBZ;
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2015 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Een aantal deelbedragen wordt samengevoegd en er komt een nieuw deelbedrag bij. Voor meer informatie zie hieronder bij Uitvoering

risicoverevening;

- Ten behoeve van de aanvullende informatie risicoverevening is er een nieuwe gegevensuitvraag Add-ons geneesmiddelen 2013, zonder accountantsproduct. Het bestand DBC-gegevens GGZ 2013 moet worden aangeleverd met een assurancerapport. U moet in dit bestand ook de begin- en einddatum van de deelprestatie verblijf opgeven. Ook in de HKC-opgave 2012 zijn een aantal wijzigingen. Zie hiervoor verder bij Aanvullende informatie risicoverevening hieronder;
- In de opgave opbrengstverrekening is een aantal categorieën instellingen vervallen, ook is een aantal instellingen toegevoegd.

Specifiek

Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

- Bij de specificatie van kosten per rubriek naar leeftijd in de specifieke informatie A wordt de nieuwe rubriek 03 Verpleging en Verzorging toegevoegd.

Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

- De rubriek 01 Huisartsenzorg wordt met ingang van 2015 uitgebreid met de prestaties MDZ. Deze laatste prestaties komen uit rubriek 13.
- Mede als gevolg hiervan is de rubriek uitgebreid met een aantal nieuwe codes:
 - 507 Overige tarieven
 - 510 Multidisciplinaire zorg
 - 515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen
 - 516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZVoor meer informatie en een beschrijving van de specificaties en codes, zie 3.1.1 en 4.3.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- Dit is een nieuwe rubriek, hierbij is een nieuwe code toegevoegd, code 530 Kosten van Verpleging en Verzorging. Naast de Verpleging en Verzorging verantwoordt u hier ook de kosten Intensieve kindzorg. U specificeert deze code in de specifieke informatie C, in de 2e en 4e kwartaalstaat en in de jaarstaat naar
 - Kosten verpleging
 - Kosten verzorging
 - Kosten PGB
 - Overige kosten (AIV en wijkgericht werken)
 - Aantal verpleging
 - Aantal verzorging
 - Aantal PGB.
- Op verzoek van VWS blijft u de kosten MSVT verantwoordt bij rubriek 06, code 611.
- Voor de prestatie wijkgericht werken int ZN een bedrag per verzekerde bij de zorgverzekeraars, dat u verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De doorlooptijd van de DBC zorgproducten medisch specialistische zorg gaat van 365 naar 120 dagen.
- In 2015 zijn voor de medisch specialistische zorg integrale tarieven vastgesteld. Het onderscheid tussen de kosten en de honoraria komt hiermee te vervallen. Met ingang van 2015 komen de codes 613, 614, 615 en 616 te vervallen, er komen nieuwe codes voor de integrale tarieven:
 - 613.1Kosten (integraal) DBC-zorgproducten gereguleerde segment
 - 615.1Kosten (integraal) DBC-zorgproduct vrije segment.
- Als gevolg van bovenstaande vervalt in de specifieke informatie C de specificatie van code 611 naar kosten en honoraria.
- Bij de specificatie van 611 in de jaarstaat naar poliklinische bevallingen-gezonde moeder-gezonde zuigeling, wordt toegevoegd de specificatie van de kosten MSVT.

- Ook de kaakchirurgen gaan over op integrale tarieven. De integrale tarieven worden verantwoord bij code 545. De afsplitsing van honoraria anesthesie en kosten ziekenhuis bij kaakchirurgische hulp naar code 611 vervalt. Ook worden de OZP's Dagverpleging kaakchirurgie (231901) en Verpleegdag kaakchirurgie (231902) verantwoord bij code 545.
- Informatie van de NZa over verrekeningen met huisartsenlaboratoria en trombosediensten over de jaren 2012 en 2013 verwerkt u zelf in de kwartaal- en jaarstaten.
- In de 4e kwartaalstaat 2014 (!) en in de 2e kwartaalstaat 2015 vragen wij de verwachte schadelast 2015 naar soorten contracten.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Ten opzichte van 2014 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 1, 3 en 6. Bij categorie 1 zijn de prothesen ter vervanging van de stembanden, op een enkele uitzondering na, overgegaan naar de medisch specialistische zorg. Categorie 3 en 6 worden functioneel omschreven, hierbij verhuizen de verbandmiddelen van categorie 6 naar 3.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Informatie van de NZa over verrekeningen met regionale ambulancevoorzieningen over de jaren vanaf 2012 verwerkt u zelf in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover mogelijk houdt u in de kwartaal- en jaarstaten in de balanspost ook rekening met de meest actuele inschatting van deze verrekeningen.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- Alle prestaties GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar verdwijnen uit de Zvw en gaan naar de Jeugdzorg, dus ook dyslexie. De in een aantal paragrafen gevraagde splitsing van kosten GGZ naar 18+ en 18- vervalt hiermee ook.
- Code 665, generalistische basis GGZ wordt uitgebreid met een nieuwe prestatie, Onvolledig behandeltraject. Deze prestatie wordt in specifieke informatie C ook gespecificeerd. De regel met Overige prestaties vervalt.
- De specialistische GGZ met verblijf gaat van 1 naar maximaal 3 jaar Zvw. Dit geldt alleen voor de nieuwe gevallen. Verzekerden die vóór 1 januari 2015 langdurige GGZ met verblijf vanuit de AWBZ krijgen, gaan allen over naar de WLZ.
- De specialistische GGZ met verblijf krijgt twee verschillende vormen van bekostiging. Tot 1 jaar verblijf middels DBC's, het 2e en 3e jaar –voorlopig- middels ZZP's. Specialistische GGZ met verblijf jaar 2 en jaar 3, de ZZP's, worden verantwoord bij een nieuwe code, 661.1 kosten Langdurige GGZ. In de jaarstaat, specifieke informatie C worden de aantallen ZZP's (niet de toeslagen) gespecificeerd.
- In de 4e kwartaalstaat 2014 (!) en de 2e kwartaalstaat 2015 vragen wij de verwachte schadelast 2015 naar soorten contracten.

Rubriek 13 Overige kosten

- Bij code 700 vervallen de volgende prestaties
 - Kosten beleidsregel NZa samenwerking 1e lijn
 - MDZ DM
 - MDZ CVR
 - MDZ COPD

Deze prestaties gaan naar rubriek 01

- Bij code 700 komt een nieuwe prestatie
 - Experimenten ketenzorg dementie
- Bij code 701 komen drie nieuwe prestaties
 - Voetzorg bij Diabetes Mellitus
 - Koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
 - Regiefunctie complexe wondzorg

De kosten bij deze code worden gespecificeerd in de 2e en 4e kwartaalstaat en de

jaarstaat.

- Bij deze rubriek komt een nieuwe code, code 702 Zintuiglijk gehandicapten. De kosten bij deze code worden in de 2e en 4e kwartaal- en de jaarstaat gespecificeerd
 - Zorg ivm visuele beperking
 - Zorg ivm auditieve beperking
 - Zorg ivm taalontwikkelingsstoornis (uittoeslagen worden verrekend in bovenstaande prestaties).

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- De specificatie van Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (deel code 720) in de specifieke informatie C van de ontvangen en geaccepteerde declaraties wordt uitgebreid met 1 extra jaar, jaar T-1. (in de jaarstaat 2014 is deze specificatie al uitgebreid met een extra regel, nl. het totaal van Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via ZIN en nog een regel Totaal code 720).

Uitvoering risicoverevening

- Met ingang van vereveningsjaar 2015 worden de deelbedragen 'variabele kosten medisch-specialistische zorg' en 'kosten overige prestaties' samengevoegd tot 'variabele zorgkosten'. Er wordt een nieuw deelbedrag toegevoegd, nl. 'kosten verpleging en verzorging'.
- GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar gaat uit de Zvw. De splitsing van GGZ kosten naar 18- en 18+ vervalt.
- De volgende kosten moeten worden gespecificeerd in de jaarstaat 2015:
 - Skion en NTS
 - SKMS
 - Projectgelden GGZ
 - Patiëntenparticipatie NPCF
 - Add-ons oncolytica (ATC-code L01X, L01A, L01B (exclusief BA01, BB02 en BC02), L01C, L01D, L02BB04, L02BX03, L04AX02, L04AX04, L04AX06)
 - Expertproducten
 - Langdurige GGZ (wordt al opgevraagd in kostenverzamelstaat)
- De kosten buitenland via verzekeraar moeten gespecificeerd worden naar:
 - Variabele zorgkosten
 - Verpleging en Verzorging
 - Geneeskundige GGZ
 - Langdurige GGZ

Aanvullende informatie risicoverevening

- Er is een nieuwe gegevensvraag Add-ons geneesmiddelen 2013, dit bestand wordt aangeleverd zonder accountantsproduct.
- Het bestand DBC-gegevens GGZ 2013 moet worden aangeleverd met een assurance-rapport. In het record voor de deelprestatie verblijf vragen wij om de begin- en einddatum van de deelprestatie op te geven.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2012 moeten verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondspraak, op verzekerdeniveau verwerkt worden. Er is in 2012 geen HKC-opgave somatisch meer, dit kunt u dus niet meer als basis nemen. Bij de aanlevering in 2015 moet u een hoger versienummer dan bij de aanlevering in 2014 hanteren.
- In de bestanden Kosten per verzekerde 2012 en 2013 betreft u tevens de informatie van de NZa over verrekeningen 2012 en 2013 met huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten en regionale ambulancevoorzieningen.
- Met ingang van de HKC-opgave over 2012 is de HKC somatisch vervallen. Voor de HKC-opgave GGZ wordt 90% ipv 100% van de kosten boven het drempelbedrag van €10.000 verevend.

Opbrengstverrekening

- Gegevens over Beatrixoord, epilepsiecentra en long/astma-instellingen worden niet meer opgevraagd, nieuw is de uitvraag van gegevens van instellingen voor geriatrische revalidatie over 2013.
- De gegevens van de GGZ-instellingen over 2013 levert u niet aan op 1 juni 2015, maar op een later moment.
- Ten behoeve van de NZa vragen wij vanaf 2015 structureel de gegevens over de regionale ambulancevoorzieningen op. In 2015 vragen wij gegevens over 2013.

1.3.21 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2015 (versie Handboek april 2015)

Algemeen

Aanleveringen in 2015 over 2011

Als gevolg van ontbrekende goedkeurende accountantsverklaringen bij diverse verantwoordingen in 2014 van de zorgverzekeraars moeten een aantal bestanden in 2015 opnieuw aan de accountant worden voorgelegd. Het betreft de jaarstaat 2013, jaar 2011 en ouder alsmede het HKC bestand 2011 en het KPV bestand 2011.

Deze in 2014 aangeleverde verantwoordingen over 2011 worden niet aangepast. De verantwoordingen zullen door de zorgverzekeraar nogmaals ter beoordeling aan de accountant worden voorgelegd.

De aanlevering omvat uitsluitend alle papieren documenten aan de NZa. De elektronische bestanden worden niet opnieuw aangeleverd.

De aanleverdatum is bij voorkeur 1 juni 2015 en uiterlijk 1 juli 2015.

U bent hierover bij email van 9 april en bij brief van 14 april 2015 (Kenmerk 2015044009) geïnformeerd.

Specifiek

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- Bij de specificatie naar aantallen zijn in paragraaf 3.1.3 definities toegevoegd.
- De uitvraag 'aantal PGB's' in de jaarstaat is vervallen, alleen uitvraag in het 2^e en 4^e kwartaal.
- Kosten voor prestaties Experimenten regelarme instellingen kunnen verantwoord worden bij code 530. Bij de specificatie van code 530 vallen deze kosten onder "Overige kosten". Kosten STOEL Wijkverpleging zijn kosten Wijkgericht werken en vallen dus ook onder 'Overige kosten'.

Contractinformatie, rubriek 06 en rubriek 10

- Definitie 'Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten' toegevoegd. (zie 3.1.6 en 3.1.10)

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Bij brief van 16 februari bent u geïnformeerd over de Zorgkosten buitenland 2014, die het Zorginstituut heeft afgerekend met het buitenland voor uw organisatie. In tegenstelling tot voorgaande jaren is in die brief geen passage opgenomen over de verantwoording. De belangrijkste reden hiervoor is dat Zorginstituut Nederland met het oog op de overgang van het verbindingsorgaan naar het CAK op 1/1/2016 het proces van de interstatelijke afrekening van de kosten van medische zorg moet scheiden van de processen die bij Zorginstituut Nederland blijven, waaronder de risicoverevening. Daarnaast is de verantwoordingswijze gewijzigd door het convenant 'interstatelijke afrekening kosten medische zorg' dat het Zorginstituut met iedere zorgverzekeraar heeft gesloten. In het convenant zijn de onderlinge afspraken vastgelegd over het verwerkingsproces buitenlandse declaraties.

Daarin is opgenomen dat de zorgverzekeraar binnen de maximale verwerkingstermijn van drie maanden een retourbericht aan het Zorginstituut zendt. Als dit niet tijdig is gebeurd, dan keurt de zorgverzekeraar de betreffende buitenlandse declaraties stilzwijgend goed. Het Zorginstituut vergoedt vervolgens de (stilzwijgend) goedgekeurde buitenlandse declaraties aan het buitenlandse verbindingsorgaan.

Voor de consequenties voor de verantwoording vanaf 2014 in de kwartaal- en jaarstaten zie 4.3, Code 720.

Aanvullende informatie risicoverevening

- In paragraaf 5.7.1 en 5.7.2 bij de toelichting onder 'opbrengstverrekening' zijn de teksten over verrekeningen met huisartsenlaboratoria en trombosediensten aangepast.

- In het najaar van 2015 wordt de software vernieuwd waarmee persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd. Daarbij zullen wij overgaan op nieuwe pseudoniemen voor het BSN en het adres. Om de conversie goed te kunnen uitvoeren is het nodig dat alle zorgverzekeraars het bronbestand met persoonskenmerken 2015, dat op 1 juni 2015 wordt aangeleverd, bewaren. Op een nader te bepalen moment zullen wij u namelijk vragen om dit bestand nogmaals aan te leveren.
- De volgende aanleveringen vinden in 2015 plaats **zonder** accountantsproduct:
 - 1 mei 2015: Hogekostencompensatie 2012
 - 1 mei 2015: Kosten per verzekerde 2012
 - 1 juni 2015: DBC-gegevens GGZ 2013.

Voor een nadere toelichting zie paragraaf 5.6, 5.7 en 5.10.

Declaratiegegevens

Hoofdstuk 8 is nieuw. Het Zorginstituut wil de bestaande gegevensstromen verdiepen in verband met de wettelijke taken van het Zorginstituut als fondsbeheerder, kwaliteitsinstituut en pakketbeheerder, en in het bijzonder het programma Zinnige Zorg. Het Zorginstituut gaat in 2015 starten met het uitvragen van alle declaratiegegevens huisartsenzorg en medisch specialistische zorg.

In hoofdstuk 8 vindt u een toelichting en de record lay-outs.

2 Specifieke Informatie A

2.1 Bestuursverklaring

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

2.3 Informatie tbv afrekeningen met het buitenland

Specifieke Informatie A

In de Specifieke Informatie A in de jaarstaat is informatie opgenomen waar een accountantsverklaring bij moet worden afgegeven. In een bestuursverklaring (2.1) bij de jaarstaat verklaart het bestuur dat de informatie voor de vereiste juistheidcontrole is voorgelegd aan de externe accountant. De onjuistheden en onzekerheden moeten worden toegelicht, voor verdere instructies zie het Protocol Onderzoek Zvw van de NZa. Voor zover van toepassing moeten de correcties ook worden aangebracht in de Specifieke Informatie C in de jaarstaat.

Een deel van de informatie voor de risicoverevening (2.2) wordt niet alleen opgevraagd in de specifieke informatie A in de jaarstaat maar ook in de kwartaalstaten. De informatie in de kwartaalstaten omvat de minimaal vereiste gegevens die Zorginstituut Nederland nodig heeft voor een tussentijdse herberekening van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds en verzekerdengegevens. De detailinformatie voor de herberekening is uitsluitend opgenomen in de jaarstaat (specificaties van kosten van de prestaties Zvw).

Het gemiddelde aantal verzekerden en het gemiddelde aantal premie-equivalenten, dat u in de jaarstaat opneemt, zijn de objecten van onderzoek voor het juistheidonderzoek door de accountant naar de twee verschillende onderverdelingen van de verzekerden (risicoklassen en nominale premie), die u in de kwartaalstaten per maand heeft aangeleverd.

De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland (2.3) in de jaarstaat omvat specificaties van kosten per rubriek naar verzekerden jonger dan 20 jaar, verzekerden tussen 20 en 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. In het kader van Verordening 987/2009 moet het Zorginstituut jaarlijks gegevens aanleveren over de gemiddelde kosten van geneeskundige verzorging in Nederland. De bedragen per verzekerde worden gebruikt in de afrekening tussen de EU-lidstaten.

2.1 Bestuursverklaring

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Zorgverzekeraars leveren op papier de volgende documenten aan de NZa:

- De specifieke informatie A met juistheidverklaring;
- De Bestuursverklaring.

In het aan te leveren Elektronisch Format Jaarstaat aan Zorginstituut Nederland zijn opgenomen:

- De specifieke informatie A die aan moet sluiten op de papieren versie;
- De specifieke informatie C.

Zorgverzekeraars leveren de Bestuursverklaring op papier aan bij de papieren versie van de specifieke informatie A.

Bij de aanlevering van het Elektronisch Format verklaart de zorgverzekeraar dat de gegevens in het Elektronisch Format aansluiten op de papieren versie van de jaarstaat, specifieke informatie A.

Wijzigingen na goedkeurende accountantsverklaring:

- Mocht u, nadat de accountant een goedkeurende verklaring heeft afgegeven, nog onjuiste kostenopgaven vinden in de jaarstaten, dan kunt u deze, voor zover ze consequenties hebben voor de specifieke informatie A, niet meer verbeteren in de jaarstaten. Als de geconstateerde fouten voldoen aan de randvoorwaarden van de NZa (zie protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015) en als er geen andere aanwijzingen zijn gegeven in de reviewrapportage van de NZa over de jaarstaat, dan corrigeert u deze fouten in de eerstvolgende jaarstaat in de kolom(men) die betrekking hebben op het betreffende schadejaar.

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2014, specifieke informatie A

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een controleverklaring, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'jaarstaat 2014' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2014 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2014 is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de externe accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke onjuistheden en onzekerheden.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2 en 3.2)

De aangeleverde gegevens zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2014, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek met oplevering in 2015 van de Nza zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

- 2.2.1 Kostenverzamelstaat*
- 2.2.2 Kosten per deelbijdrage*
- 2.2.3 Specificaties Rubriek 06 Medisch specialistische zorg*
- 2.2.4 Specificaties Rubriek 09 Ziekenvervoer*
- 2.2.5 Specificaties Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*
- 2.2.6 Specificaties Rubriek 13 Overige kosten*
- 2.2.7 Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg*
- 2.2.8 Specificaties Rubriek 16 Kwaliteitsgelden*
- 2.2.9 Verzekerdenstanden*
- 2.2.10 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden*

Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

In de specifieke informatie A zijn eerst twee onderverdelingen van de totale kosten Zvw opgenomen die ten laste van de risicoverevening komen, te weten de kostenverzamelstaat (2.2.1) en de kosten per deelbijdrage (2.2.2). Om de splitsing te kunnen maken naar de deelbijdragen, is detailinformatie nodig over een aantal kostenrubrieken en over gegevens per instelling (paragraaf 2.2.3 tot en met 2.2.8).

Kolom 1 en kolom 5 uit de kostenverzamelstaat in de jaarstaat moeten gespecificeerd worden. Een beschrijving van het kostenbegrip en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer in de kostenverzamelstaat, is opgenomen in hoofdstuk 4. Definities Kosten en Productie. In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

In paragraaf 2.2.9 treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u in de kwartaal- en jaarstaten moet aanleveren. Paragraaf 2.2.10 gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

2.2.1 Kostenverzamelstaat

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	X

In de kostenverzamelstaat zijn de lasten Zvw, volgens de definitie van Zorginstituut Nederland, onderverdeeld naar kostenrubrieken en per kostenrubriek nader gespecificeerd naar kostencodenummers. Daarnaast is er een onderverdeling naar kolommen. De kwartaalstaten bestaan uit zes kolommen. De jaarstaat bestaat uit vijf kolommen. In de kwartaal- en jaarstaten hebben de eerste en de tweede kolom betrekking op de cumulatieve schade met betrekking tot de verslagperiode/het verslagjaar. De kolommen 3 t/m 6 hebben betrekking op lasten over (het) voorgaande schadeja(a)r(en).

Met ingang van de kwartaalstaten 2012 vragen wij in de eerste kolom naar 'Lasten jaar T inclusief balanspost'. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Uiteraard is het wel de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

In het jaar dat een codenummer komt te vervallen, zijn de eerste en de tweede kolom in zowel de kwartaalstaten als de jaarstaat gearceerd. In de kolommen 3 en verder kunt u nagekomen declaraties over oude schadejaren bij het betreffende codenummer verantwoorden. In 2015 geldt dit voor codes 613, 614, 615 en 616. De codes 617 en 618 vervallen in 2015 helemaal. Verdere wijzigingen voor 2015 zijn beschreven in 1.3.19.

Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal regels opgenomen, die het verschil aangeven met het schadebegrip zoals de Nederlandse Bank dat hanteert. De verschilposten 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' en 'Opbrengsten verhaal' gebruiken Zorginstituut Nederland en VWS ook als beleidsinformatie. Bij de regel 'Prudentiemarge balanspost' neemt u extra marges op de balanspost op. Bij de balanspost volgens de definitie van het Zorginstituut, neemt u uitsluitend een zo reëel mogelijke schatting op van de nog te ontvangen declaraties.

Een beschrijving van het kostenbegrip en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer, is opgenomen in hoofdstuk 4. Definities Kosten en Productie.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2015		LASTEN 2014		LASTEN 2013 EN OUDER	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
01 HUISARTSENZORG en MDZ						
Bijzondere betalingen	503					
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504					
Inschrijftarieven	505					
Consulttarieven	506					
Overige tarieven	507					
Multidisciplinaire zorg	510					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515					
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516					
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG						
TOTAAL RUBRIEK 02	520					
03 VERPLEGING EN VERZORGING						
Kosten van verpleging en verzorging	530					
04 MONDZORG						
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1					
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2					
Kosten gebitsprothesen	561					
TOTAAL RUBRIEK 04	0	0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581					
TOTAAL RUBRIEK 05	0	0	0	0	0	0

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2015		LASTEN 2014		LASTEN 2013 EN OUDER	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG						
Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545					
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610					
Overige zorgproducten	611					
Kosten add-ons	612					
Kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613					
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1					
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614					
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615					
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1					
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	616					
Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten	619					
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG						
Kosten fysiotherapie	620					
Kosten oefen therapie Mensendieck/Cesar	621					
Kosten logopedie	623					
Kosten ergotherapie	624					
Kosten dieetadvisering	625					
TOTAAL RUBRIEK 07	0	0	0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2015		LASTEN 2014		LASTEN 2013 EN OUDER	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
08 HULPMIDDELENZORG						
TOTAAL RUBRIEK 08	640					
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651					
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDZORG						
Kosten eerstelijnspsychologische zorg	660					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661					
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1					
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662					
Kosten overige producten GGZ	664					
Generalistische basis GGZ	665					
TOTAAL RUBRIEK 10		0	0	0	0	0
11 GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG						
TOTAAL RUBRIEK 11	670					
12 KRAAMZORG						
TOTAAL RUBRIEK 12	680					
13 OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten	700					
Overige geneeskundige zorg	701					
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702					
TOTAAL RUBRIEK 13		0	0	0	0	0
TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES		0	0	0	0	0

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2015		LASTEN 2014		LASTEN 2013 EN OUDER	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG						
TOTAAL RUBRIEK 15	720					
16 KWALITEITSGELDEN						
TOTAAL RUBRIEK 16	730					
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)		0	0	0	0	0

VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK code	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
OPBRENGSTEN VERHAAL	890.1					
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO	910					
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO	915					
SCHADE-AFHANDELINGSKOSTEN	920					
PRUDENTIEMARGE BALANSPOST	930					

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
01 HUISARTSENZORG					
Bijzondere betalingen	503				
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504				
Inschrijftarieven	505				
Consulttarieven	506				
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0	0	0	0
02 FARMACEUTISCHE ZORG					
TOTAAL RUBRIEK 02	520				
04 MONDZORG					
Kosten mondzorg volwassen verzekerden	560.1				
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden	560.2				
Kosten gebitsprothesen	561				
TOTAAL RUBRIEK 04	0	0	0	0	0
05 VERLOSKUNDIGE ZORG					
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580				
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581				
TOTAAL RUBRIEK 05	0	0	0	0	0
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG					
Kosten en honor. specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545				
Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	610				
Overige zorgproducten	611				
Kosten add-ons	612				
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613				
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614				
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615				
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	616				
Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten	617	 	 	 	
Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen	618	 	 	 	
Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten	619	 	 	 	
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2014		LASTEN 2013		LASTEN 2012 EN OUDER
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie 620					
Kosten oefen therapie Mensendieck/Cesar 621					
Kosten logopedie 623					
Kosten ergotherapie 624					
Kosten dieetadvisering 625					
TOTAAL RUBRIEK 07	0	0	0	0	0
08 HULPMIDDELENZORG					
TOTAAL RUBRIEK 08 640					
09 ZIEKENVERVOER					
Kosten vervoer per ambulance/helikopter 650					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto 651					
TOTAAL RUBRIEK 09	0	0	0	0	0
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG					
Kosten eerstelijnspsychologische zorg 660	 	 			
Kosten specialistische GGZ met verblijf 661					
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf 662					
Kosten overige producten GGZ 664	 	 			
Generalistische basis GGZ 665	 	 	 	 	
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0	0	0
11 GERIATISCHE REVALIDATIEZORG					
TOTAAL RUBRIEK 11 670					
12 KRAAMZORG					
TOTAAL RUBRIEK 12 680					
13 OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten 700					
Overige geneeskundige zorg 701					
TOTAAL RUBRIEK 13	0	0	0	0	0
TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES	0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG					
TOTAAL RUBRIEK 15 720					
16 KWALITEITSGELDEN					
TOTAAL RUBRIEK 16 730					
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie Zorginstituut Nederland)	0	0	0	0	0

VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK Code	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
OPBRENGSTEN VERHAAL 890.1		 	 	 	
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO 910					
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO 915					
SCHADE-AFHANDELINGSKOSTEN 920		 	 	 	
PRUDENTIEMARGE BALANSPOST 930		 	 	 	

2.2.2 Kosten per deelbijdrage

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
X	X	X	X	X

In deze tabel verdeelt u de totale lasten Zvw, zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar de verschillende deelbijdragen. In de specificatie in de kwartaalstaat 'Lasten jaar T inclusief balanspost' geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar op. In de jaarstaat specificieert u tevens het bedrag dat is opgenomen in de vijfde kolom. De verdeling naar de deelbijdragen vindt plaats op basis van de ministeriele "Regeling zorgverzekering" en de "Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering (jaartal)" van Zorginstituut Nederland zoals die voor het betreffende bijdragejaar van toepassing zijn. De som van de gespecificeerde bedragen moet aansluiten op de totale lasten in de eerste kolom (kwartaal- en jaarstaten) en de vijfde kolom (jaarstaat) van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A.

In 2014 komen de kosten GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar ten laste van het deelbedrag vaste kosten. In de specificaties van de kosten GGZ bij rubriek 10 en bij rubriek 15 is de splitsing naar 18 jaar en ouder en jonger dan 18 jaar wel nodig. Wij hebben er voor gekozen om deze splitsing ook in de specificatie van kosten naar deelbijdrage 2014 te handhaven. De knip, de peildatum voor de splitsing van kosten GGZ in verzekerden jonger dan 18 en verzekerden van 18 jaar en ouder, is 30 juni van het betreffende jaar. Met ingang van vereveningsjaar 2015 worden de deelbedragen 'variabele kosten medisch-specialistische zorg' en 'kosten overige prestaties' samengevoegd tot 'variabele zorgkosten'. Er wordt een nieuw deelbedrag toegevoegd, nl. 'kosten verpleging en verzorging'. GGZ voor jongeren tot 18 jaar gaat uit de Zvw, de splitsing tussen 18+ en 18- verdwijnt hiermee.

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2015 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten (inclusief IGGZ)	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
Kosten van verpleging en verzorging	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Kosten per deelbijdrage

Specificatie in de jaarstaat 2014

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp		 	
Variabele kosten van medisch-specialistische zorg		 	
Vaste zorgkosten / Vaste kosten ziekenhuisverpleging			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden 18 jaar en ouder		
Kosten overige prestaties			
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment		 	
TOTAAL kosten		0	0

2.2.3 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Als gevolg van de regeling risicoverevening moeten de kosten van een aantal instellingen, codes en/of zorgproducten gespecificeerd worden.

- Over de jaren 2010 tot en met 2012 specificeert u bij codenummer 617 de kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk i.v.m medisch specialistische zorg.
- Over de jaren 2012 tot en met 2014 moeten de kosten van de eerstelijnsdiagnostiek, aangevraagd door alle eerstelijnszorgaanbieders, gespecificeerd worden. Dit betekent dat de desbetreffende bij code 610 verantwoorde kosten van huisartsenlaboratoria gespecificeerd moeten worden (inclusief verrekeningen via de NZa). Bij code 611 (in 2012 code 617) betreft het de daar verantwoorde kosten van eerstelijnsdiagnostiek gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg (zie NZa Tarieventabel 'DBC zorgproducten en overige producten' met de aanduiding 'OZP-Eerstelijns diagnostiek' en 'OZP-Eerstelijns diagnostiek-Med.specialist.behand. en diagn.').
- Over het jaar 2014 moeten de bij code 611, overige zorgproducten, verantwoorde kosten van Paramedische behandeling en onderzoek gespecificeerd worden (zie NZa Tarieventabel 'DBC zorgproducten en overige producten' met de aanduiding 'OZP-Paramedische behandeling en onderzoek').
- Over het jaar 2013 moeten van code 612 de kosten van groeihormonen (ATC-code H01AC01, met zorgproductcodes 194407 t/m 194415 en ATC-code H01AC03, met zorgproductcode 193435) + de kosten IC worden gespecificeerd.
- Over het jaar 2014 moeten bij de hiervoor genoemde specificatie over 2013 ook de kosten van fertiliteitshormonen (ATC-code/zorgproductcode G03GA02/193451, G03GA09/193458, G03GA04/193452, G03GA05/193453 en 193454, G03GA06/193455, H01CA01/193456 en 193457) – samen - worden gespecificeerd.
- Over het jaar 2012 specificeert u de kosten van hemostatica (deel code 618).
- Over het jaar 2012 moeten van de long/astma-instellingen + epilepsiecentra de volgende kosten gespecificeerd worden: code 614, code 617 exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek en code 618 exclusief de kosten van hemostatica.
- Met ingang van 2012 specificeert u de kosten van expertproducten. Over de jaren 2012 en 2014 betreft het de kosten en de honoraria van de expertproducten (deel van code 613 t/m 616) en over het jaar 2015 de (integrale) kosten van expertproducten (deel code 613.1 en 615.1). Ook bij code 619 specificeert u vanaf 2012 de (integrale) kosten van expertproducten.
- Bij code 619 specificeert u over de jaren 2012 tot en met 2014 de kosten als volgt:
 - kosten DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - honoraria DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten;
 - kosten en honoraria DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief de expertproducten;
 - kosten en honoraria van de expertproducten;
 - kosten en honoraria overige zorgproducten, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek;
 - kosten van eerstelijnsdiagnostiek.
 Over het jaar 2015 specificeert u alleen nog de (integrale) kosten van expertproducten.
- Over het jaar 2015 specificeert u de volgende kosten:
 - Kosten SKION en NTS (deel code 610)
 - Add-ons voor oncolytica (deel code 612): ATC-code L01X, L01A, L01B (exclusief BA01, BB02 en BC02), L01C, L01D, L02BB04, L02BX03, L04AX02, L04AX04, L04AX06).

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

KOSTEN EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK AANGEVRAAGD DOOR ALLE EERSTELIJNSZORGAANBIEDERS	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten eerstelijnsdiagnostiek, geleverd door huisartsenlaboratoria (deel code 610)		
Kosten eerstelijnsdiagnostiek OZP (deel code 611) / (in 2012 deel code 617)		
CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten paramedische behandeling en onderzoek (deel code 611)		
CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten groeihormonen, fertiliteitshormonen en kosten IC (deel van de add-ons code 612)		
KOSTEN EN HONORARIA EXPERTPRODUCTEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten expertproducten gereguleerde segment (deel code 613)		
Honoraria expertproducten gereguleerde segment (deel code 614)		
Kosten expertproducten vrije segment (deel code 615)		
Honoraria expertproducten vrije segment (deel code 616)		
CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg		
CODE 618 - KOSTEN EN HONORARIA OVERIGE TRAJECTEN EN VERRICHTINGEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten hemostatica		

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

KOSTEN EN HONORARIA LONG/ASTMA-INSTELLINGEN & EPILEPSIECENTRA	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Honoraria DBC-zorgproducten gereguleerde segment, van long/astma-instellingen & epilepsiecentra (deel code 614)	X	
Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten, van long/astma-instellingen & epilepsiecentra exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 617)	X	
Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen, van long/astma-instellingen & epilepsiecentra exclusief de kosten van hemostratica (deel code 618)	X	

CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten		
Honoraria DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de expertproducten		
Kosten en honoraria DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief de expertproducten		
Kosten en honoraria expertproducten		
Kosten en honoraria overige zorgproducten, exclusief kosten van eerstelijnsdiagnostiek		
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek		
TOTAAL code 619	0	0

2.2.4 Specificaties rubriek 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

De kosten van de overgangsregeling functioneel leeftijdsontslag (FLO) van de publieke ambulancediensten worden in de jaren 2009 t/m 2012 aangemerkt als vaste kosten en worden volledig nagecalculeerd. Om het betreffende deel van de kosten van ambulancevervoer 2012 als vaste kosten aan te kunnen merken vraagt Zorginstituut Nederland in de jaarstaat 2014 een specificatie van het bedrag dat bij code 650, kosten vervoer per ambulance/helikopter, in de 5^e kolom (kosten 2012 en ouder) van de kostenverzamelstaat is verantwoord. Wij vragen per publieke ambulancedienst de totale kosten ambulancevervoer. Onderaan de tabel is een regel opgenomen voor de overige kosten (= overig ambulancevervoer + helikopter) zodat het totaal van de specificatie aansluit bij de kostenverzamelstaat.

Met ingang van de jaarstaat 2015 vervalt deze specificatie.

Op de website van het Zorginstituut, Verzekering\Risicoverevening Zvw\Zvw 2012\Documenten vindt u een nadere toelichting en de FLO-percentages van de NZa.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - KOSTEN VERVOER PER AMBULANCE / HELIKOPTER			Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Ambulancevervoer per publieke ambulancedienst	36008124	GG en GD Amsterdam	
	36008130	GGD Kennemerland sector ambulancezorg	
	36008330	Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid	
	36008235	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Flevoland	
	36008169	Ambulancedienst GGD Den Haag	
	36008348	GGD Brabant-Noord	
	36008345	Regionale Ambulancedienst Noord-Holland Noord	
	36008347	RAV Gelderland-Zuid	
	36008346	Hulpverlening Gelderland Midden	
	36008368	RAV Zuid-Limburg	
	36008366	Hulpverleningsdienst Zuidoost-Brabant	
	36008367	RAV Midden-/West-Brabant	
	36008359	Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond	
	36008363	RAV Hollands - Midden	
	36008298	RAV Gooi en Vechtstreek	
Kosten overig ambulancevervoer en helikopter			
TOTAAL code 650			0

2.2.5 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Voor de uitvoering van de risicoverevening splitst u met ingang van 2010 de totale kosten GGZ. Deze totale kosten GGZ worden gesplitst in kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. De knip voor de leeftijd is bepaald op 30 juni van het betreffende jaar.

U splitst de kosten zoals opgegeven in de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 10.

In 2015 gaan de kosten GGZ voor jongeren tot 18 jaar uit de Zvw, de splitsing 18+ en 18- vervalt hiermee met ingang van 2015. U maakt nog wel de splitsing voor de kosten oude jaren.

Specificatie in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar		
Kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder		

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 13 Overige kosten

2.2.6 Specificaties rubriek 13 Overige kosten

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

U specificeert hier de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.
 Deze specificatie vervalt met ingang van 2014 bij rubriek 13. U specificeert nog wel de kosten oude jaren. In de jaarstaat 2014 de kosten 2012, in de jaarstaat 2015 de kosten 2013.
 LET OP: De kosten SKMS worden met ingang van 2014 verantwoord en gespecificeerd bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.

Specificatie in jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten	X	

2.2.7 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via Zorginstituut Nederland lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. De kosten die lopen via de verzekeraar betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw. Er is één uitzondering, namelijk de tarifieringen: dit betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 4.3.

In de specifieke informatie A wordt het onderscheid gevraagd naar kosten via Zorginstituut Nederland, mét een nadere uitsplitsing, en kosten via de verzekeraar, mét een nadere uitsplitsing. In de specifieke informatie C wordt een aantal nadere specificaties gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.

In de specifieke informatie A specificeert u de bedragen die zijn opgenomen in de eerste kolom en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, die nodig zijn voor de toedeling van de kosten naar de deelbijdragen in het kader van de risicoverevening.

- Toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland (exclusief tarifieringen)
 - toestemming van de zorgverzekeraar voor een behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20, EG-verordening nr. 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling.
 - tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland (exclusief de zogenoemde tarifieringen).
 - Zvw verzekerden die wonen in het buitenland.

U bent verplicht om de in het buitenland gemaakte kosten in de hiervoor genoemde situaties, te specificeren op basis van een opgave op kasbasis jaar T die u jaarlijks, in januari T+1, van het Zorginstituut ontvangt. In de brief is de hiervoor genoemde driedeling van kosten opgenomen. De kostenopgave is gebaseerd op de door het Zorginstituut uit het buitenland ontvangen 125 formulieren. Deze formulieren worden gedurende het jaar ter verificatie voorgelegd aan de zorgverzekeraar waar de betreffende verzekerde verzekerd is. In de jaarstaat 2014 specificeert u de kosten op kasbasis over 2014 op basis van de opgave januari 2015 en de kosten op kasbasis over jaar 2012 op basis van de opgave januari 2013. Vanaf de verantwoording 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties, zie verder 4.3.

De kolomkoppen in de tabel (en dus het opnemen van een balanspost) zijn uitsluitend van toepassing op de kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar.

- Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (inclusief tarifieringen)
 - Afhandeling van de kosten via verzekeraar: toepassing polis Zvw én tarifieringen (=toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, uitsluitend landen met tarifieringovereenkomst)

U specificeert het totaal van de kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (die voor vergoeding in aanmerking komen) naar kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg (vergelijkbaar met rubriek 06), kosten van overige prestaties en naar kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ook hier specificeert u de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat. De kosten GGZ splitst u in kosten verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten verzekerden van 18 jaar en ouder (tot 2015).

In de jaarstaat 2015 moeten de kosten 2015, gemaakt in het buitenland via verzekeraar, gespecificeerd worden naar:

- Variabele zorgkosten
- Verpleging en Verzorging
- Geneeskundige GGZ
- Langdurige GGZ

De splitsing GGZ 18+ en 18- vervalft.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland	Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 20. EG-verordening 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling		
	Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland		
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg			
Kosten overige prestaties			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Kosten van verzekerden 18 jaar en ouder		
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0

2.2.8 Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

Met ingang van 2013 heeft deze rubriek een nieuwe naam gekregen, Kwaliteitsgelden. U specificeert in de jaarstaat 2013 de kosten Projectgelden GGZ 2013. De kosten SKMS en Patiëntenparticipatie NPCF zijn met ingang van 2014 aan deze rubriek toegevoegd.

Met ingang van het jaar 2014 wordt deze rubriek in de jaarstaat als volgt gespecificeerd:

- projectgelden GGZ;
- kosten Ondersteuning eerstelijnszorg;
- kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten;
- kosten patiëntenparticipatie NPCF.

Specificatie in jaarstaat 2014

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2012 en ouder
Projectgelden GGZ		
Kosten ondersteuning eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten		
Kosten Patiëntenparticipatie NPCF		
TOTAAL kosten kwaliteitsgelden	0	

2.2.9 Verzekerdenstanden

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

In de specifieke informatie A in de kwartaalstaten zijn twee specificaties van het totale aantal verzekerden opgenomen. Een specificatie naar risicoklassen (geslacht en 20 leeftijdsklassen) en een specificatie naar wel en niet nominale premieplichtig.

De peildata voor de verzekerdenspecificaties zijn de data van premieprolongatie voor de maanden januari tot en met december. Dit betreft de stand op de datum waarop u de premie prolongeert voor die maanden. U hanteert dezelfde peildatum voor verzekerden voor wie u geen nominale premie prolongeert. In- en uitschrijvingen met terugwerkende kracht zijn hierin niet verwerkt. Bij de voorlopige en definitieve afrekening in het kader van de risicoverevening wordt wel rekening gehouden met de precieze inschrijfduur van verzekerden (dit gebeurt namelijk op basis van het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken). Bij de herrekening van de vereveningsbijdrage in het voorjaar maakt Zorginstituut Nederland gebruik van de verzekerdenstand over de maand maart zoals die is aangeleverd in de kwartaalstaat.

In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op het moment van premieprolongatie bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-verzekeringplichtig zijn (inclusief gedetineerden en wanbetalers). Ondanks het feit dat er geen *rechtstreeks formeel* verband is tussen het hebben van een BSN en het verzekeringplichtig zijn, kan het in de praktijk slechts bij zeer hoge uitzondering voorkomen dat er sprake is van verzekeringplichtigheid (ontstaat immers door ingezetenschap of verrichten van arbeid in Nederland; in beide gevallen leidt dit tot uitgifte van een BSN), en er toch geen BSN is. Wat wel zou kunnen voorkomen is dat de verzekerde al (terecht) bij u is ingeschreven maar nog niet beschikt over een BSN (bijvoorbeeld bij pasgeborenen).

De peildatum voor de leeftijd bepaling gelijk aan de peildatum voor de desbetreffende verzekerdenstand.

In de tweede specificatie neemt u de gedetineerden en de wanbetalers op in de regel 'verzekerden mét nominale premie'.

In verband met de herberekening van de ex-ante bijdrage in april worden de verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht en naar wel/niet nominale premie over de maanden januari tot en met maart niet opgevraagd in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal per 28 april, maar in een afzonderlijke kwartaalstaat verzekerden op 7 maart. De maartstand vraagt het Zorginstituut op met een bestuursverklaring.

De standen per maand zijn als volgt opgenomen in de kwartaalstaten 2015:

- KW 1: maanden januari , februari en maart (aanleverdatum 7 maart)
- KW 1: maand april (aanleverdatum 28 april)
- KW 2: maanden mei, juni en juli (aanleverdatum 28 juli)
- KW 3: maanden augustus, september en oktober (aanleverdatum 28 oktober)
- KW 4: maand november en december (aanleverdatum 28 januari)

In het Handboek is als voorbeeld de maand maart opgenomen.

Specificaties in de kwartaalstaten 2015 (model is maart)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand **MAART 2015**

LEEFTIJD	AANTAL NAAR GESLACHT		TOTAAL AANTAL
	MAN	VROUW	
1a. 0 t/m 1			0
1b. 2 t/m 4			0
2. 5 t/m 9			0
3. 10 t/m 14			0
4. 15 t/m 19			0
5. 20 t/m 24			0
6. 25 t/m 29			0
7. 30 t/m 34			0
8. 35 t/m 39			0
9. 40 t/m 44			0
10. 45 t/m 49			0
11. 50 t/m 54			0
12. 55 t/m 59			0
13. 60 t/m 64			0
14. 65 t/m 69			0
15. 70 t/m 74			0
16. 75 t/m 79			0
17. 80 t/m 84			0
18. 85 t/m 89			0
19. 90 en ouder			0
TOTAAL	0	0	0

VERZEKERDENSTAND NAAR NOMINALE PREMIE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand **MAART 2015**

	AANTAL
Verzekerden met nominale premie Zvw	
Verzekerden zonder nominale premie Zvw	
TOTAAL	0

2.2.10 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een gedetineerde tijdens de detentieperiode verzekerd en ingeschreven blijft, maar dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort. Dit geldt uiteraard alleen als de verzekeraar over de detentie is geïnformeerd. Omdat de verzekerde verzekerd en ingeschreven blijft, en dus ook opgenomen blijft in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken en in het persoonskenmerkenbestand, ontvangt de zorgverzekeraar voor de gedetineerde een vereveningsbijdrage (terwijl de zorgverzekeraar geen kosten heeft, want die vallen gedurende de detentieperiode onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie). Bij de bepaling van de opbrengst nominale rekenpremie (op basis van de verzekerden in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken) trekt Zorginstituut Nederland ook voor de gedetineerden de opbrengst nominale rekenpremie af van de bijdrage, terwijl de zorgverzekeraar gedurende de detentieperiode geen premie ontvangt. In de beleidregels van het Zorginstituut is opgenomen dat het Zorginstituut de totale opbrengst nominale rekenpremie moet verminderen met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt als gedeerde inkomsten voor verzekerden (gedetineerden) van 18 jaar en ouder voor wie de zorgverzekeraar geen nominale premies ontvangt. Om die reden vraagt het Zorginstituut in de jaarstaat, specifieke informatie A, het totale bedrag op van de berekende nominale rekenpremies gedurende de detentieperiodes in het betreffende jaar. De nominale rekenpremie die u voor de berekening nodig heeft is voor 2014 €1121 per jaar.

Specificatie in jaarstaat 2014

OVERIGE SPECIFICATIES

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2014 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

2.3 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

In het kader van Verordening 987/2009 moet Zorginstituut Nederland jaarlijks gegevens aanleveren over de gemiddelde kosten van geneeskundige verzorging in Nederland. De bedragen per verzekerde worden gebruikt in de afrekening tussen de EU-lidstaten.

De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland in de jaarstaat omvat een specificatie van de kosten per kostenrubriek (de rubrieken 01, 02, 04, 05, 06, 07, 08, 09,10 en 12), zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar verzekerden van 19 jaar en jonger, van 20 tot en met 64 jaar en van 65 jaar en ouder. De peildatum voor de leeftijd bepaling is 31 december.

- De specificatie van de kostenrubrieken 05, verloskundige zorg, en 12, kraamzorg, betreft alleen de kosten van verzekerden van 64 jaar en jonger.
- De te specificeren lasten hebben betrekking op een zo groot mogelijk deel van de verleende zorg die ten laste van de verslagperiode komt, rekening houdend met de door u gehanteerde afsluitdatum.

Per kostenrubriek is in de tabel de regel opgenomen: '*Niet gespecificeerde lasten*', waarin u de niet naar leeftijdsklassen gespecificeerde lasten kunt opnemen zodat de totaalstelling per rubriek overeenkomt met het totaal per rubriek in kolom 1 op de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A.

Met ingang van de jaarstaat 2015 wordt de rubriek 03 Verpleging en Verzorging toegevoegd.

3 Specifieke Informatie C

3.1 Specificaties van kosten en productie

3.2 Specificaties regeling wanbetalers

Specifieke Informatie C

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt in Zorgcijferswebsite en spiegelbank en signalerings- en monitorrapporten. Deze rapportages zijn van belang voor het beleid. Het is daarom belangrijk dat de informatie op detailniveau zo goed mogelijk aansluit bij de werkelijke kosten en productie op transactiebasis.

Onderdeel 3.1 heeft betrekking op specificaties van de kosten en aantallen van de prestaties Zvw. De totale kosten in de specificatie moeten aansluiten op de kosten per rubriek en codenummer in de kostenverzamelstaat, die is opgenomen in de specifieke informatie A. De meeste specificaties zijn uitsluitend opgenomen in de jaarstaat. Enkele specificaties worden zowel in de kwartaalstaten als in de jaarstaat opgevraagd. In het handboek is dit boven de toelichting bij elke specificatie aangegeven.

De definities van het kostenbegrip, van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer zijn opgenomen in het hoofdstuk 4. Definities Kosten en productie.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

In onderdeel 3.2 wordt in het kader van nieuwe regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

3.1 Specificaties van kosten en productie

- 3.1.1 01 Huisartsenzorg
- 3.1.2 02 Farmaceutische zorg
- 3.1.3 03 Verpleging en verzorging
- 3.1.4 04 Mondzorg
- 3.1.5 05 Verloskundige zorg
- 3.1.6 06 Medisch specialistische zorg
- 3.1.7 07 Paramedische zorg
- 3.1.8 08 Hulpmiddelenzorg
- 3.1.9 09 Ziekenvervoer
- 3.1.10 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
- 3.1.11 11 Geriatrische revalidatiezorg
- 3.1.12 12 Kraamzorg
- 3.1.13 13 Overige kosten
- 3.1.14 15 Grensoverschrijdende zorg

Specificaties van kosten en productie

In de specificaties van kosten en productie specificeert u de kosten zoals die zijn opgenomen in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en de bij die kosten horende productieaantallen. Alle gevraagde specificaties zijn verplicht.

In paragraaf 4.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

In de kwartaalstaten specificeert u de kosten en de bijbehorende aantallen zoals die zijn opgenomen in kolom 2 van de kostenverzamelstaat: de ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met het betreffende kwartaal.

Hierop zijn enkele uitzonderingen.

Bij rubriek 06 specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten zoals die zijn opgenomen in de 6 kolommen van de kostenverzamelstaat, bij de niet DBC-zorgproducten specificeert u de kosten van de eerste vier kolommen van de kostenverzamelstaat. De specificatie van het Onderhandenwerk gaat naar openingsjaar van het DBC-zorgproduct.

In de jaarstaat specificeert u de kosten en de bijbehorende aantallen zoals die zijn opgenomen in kolom 2 en kolom 4 van de kostenverzamelstaat: de ontvangen en geaccepteerde declaraties met betrekking tot respectievelijk verslagjaar T en jaar T-1. Bij de specificaties van rubriek 06 van kosten naar soorten instellingen wordt net als in de kwartaalstaten tevens een specificatie van de balanspost gevraagd die onderdeel is van kolom 1.

Tot slot specificeert u tevens de kosten in kolom 5 van de kostenverzamelstaat

- bij code 613 tot en met 616 de kosten naar soorten instellingen (niet per specialisme)
- de specificatie bij code 662 en 665 naar instellingen en zelfstandig gevestigden
- de specificatie bij code 700 naar de verschillende prestaties.

Met ingang van de jaarstaat 2013 ziet de specificatie van rubriek 06 eruit zoals hierboven bij de kwartaalstaten beschreven. Alleen specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten niet naar zes maar naar vijf kolommen.

3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

Met ingang van 2015

Als gevolg van de samenvoeging van huisartsenzorg en MDZ is deze rubriek met een aantal nieuwe codes uitgebreid. Bij de meeste al bestaande codes van deze rubriek is de definitie veranderd. Voor de volledige beschrijving van de codes zie 4.3.

503 Bijzondere betalingen

In de specificatie van kostencodenummer 503 'Bijzondere betalingen' specificeert u de kosten naar:

- Module achterstandsfonds;
- M&I modules (inclusief de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa, gedeclareerd door huisartsen);
- Overige kosten.

De prestaties module POH GGZ, passantentarieven en vaccinaties gaan naar code 507.

506 Consulttarieven

In de specificatie van kostencodenummer 506 'Consulttarieven' specificeert u de kosten naar:

- Consulten huisartsen, < 20 min en > 20 min;
- Visites huisartsen, < 20 min en > 20 min;
- Telefonische consulten huisartsen;
- E-mail consulten huisartsen;
- Consulten POH GGZ.

In tegenstelling tot vorige jaren neemt u bij Consulten POH GGZ alle prestaties van de POH GGZ, behalve de Module POH GGZ, op. Dus de consulten, de visites, de telefonische-, e-mail- en groepsconsulten.

507 Overige tarieven

In de specificatie van kostencodenummer 507 'Overige tarieven' specificeert u de kosten naar:

- Module POH GGZ;
- S1 verrichtingen;
- Vaccinaties;
- Passantentarieven.

510 Multidisciplinaire zorg

In de specificatie van kostencodenummer 510 'Multidisciplinaire zorg' specificeert u de kosten naar:

- MDZ Diabetes Mellitus en Vasculair Risicomanagement;
- MDZ COPD en astma;
- Module geïntegreerde 1e lijnszorg;

515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen

In de specificatie van kostencodenummer 515 specificeert u de kosten naar:

- Resultaatbeloning huisartsen;
- Zorgvernieuwing huisartsen.

516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

In de specificatie van kostencodenummer 516 specificeert u de kosten naar:

- Resultaatbeloning MDZ;
- Zorgvernieuwing MDZ.

Tot en met 2014

503 Bijzondere betalingen

In de specificatie van kostencodenummer 503 'Bijzondere betalingen' specificiert u de kosten van huisartsenzorg voor:

- Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ (NZa code 11201);
- Module achterstandsfonds (NZa code 11300);
- Module Modernisering en Innovatie ten behoeve van decentrale afspraken gespecificeerd naar de totale kosten van bedragen per verzekerde (NZa code 14100 t/m 14999) en de kosten van verrichtingen (NZa codes 13000 t/m 13xxx). Deze laatste, de 13xxx codes, zoals beschreven in de beleidsregel CU-7091, Verrichtingenlijst M&I. Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren kunnen niet ook de NZa codes 13029, 13030 en 13031 declareren. U verantwoordt hier ook de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa, gedeclareerd door huisartsen;
- Passantentarieven; het betreft hier de tarieven voor incidentele en acute zorgverlening door huisartsen op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachtig in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal één zorgverzekeraar (NZa codes 12400 t/m 12404);
- Overige kosten (1 regel)
 - in rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie (NZa code 12815)
 - in rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus niet de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek)
 - in rekening gebrachte kosten van entstoffen en laboratoriumkosten (NZa codes 12008, 12009, 12408 en 12409)
 - verbruiksmaterialen (NZa codes 12900 t/m 12907 en inclusief de kosten van het ECG-tarief, NZa code 12700)
 - vaccinaties (NZa codes 12006, 12106, 12406 en 12206 anders dan tijdens een (telefonisch) consult of een visite).

504 Avond-, nacht- en weekenddiensten

In de specificatie van kostencodenummer 504 'Avond-, nacht- en weekenddiensten' specificiert u de kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen

- die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) uitgesplitst naar:
 - Telefonisch consult;
 - Herhalingsrecept;
 - Consult;
 - Visite.
- die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) (NZa codes 12200 t/m 12204).

506 Consulttarieven

In de specificatie van kostencodenummer 506 'consulttarieven' specificiert u de kosten van

- consulten uitgesplitst naar korter of gelijk aan en langer dan twintig minuten (NZa codes 12000, 12001, 12100, 12101, 12110 en 12111)
- visites uitgesplitst naar korter of gelijk aan en langer dan twintig minuten (NZa codes 12002, 12003, 12102, 12103, 12112 en 12113)
- telefonische consulten (NZa codes 12004, 12104 en 12114)
- e-mailconsulten (NZa codes 12007 en 12115)
- in 2014 komt hier een extra regel bij voor 'Kosten groepsconsult', NZa code 12116.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG en MULTIDISCIPLINAIRE ZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503		0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten consult	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten visite	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten telefonisch consult		
Kosten e-mailconsult		
Consulten POH GGZ		
TOTAAL code 506		0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Module POH GGZ		
S1 Verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
TOTAAL code 507		0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) en astma		
Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnzorgproducten		
TOTAAL code 510		0

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten resultaatbeloning huisartsen		
Kosten zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515		0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten resultaatbeloning MDZ		
Kosten zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516		0

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Module praktijkondersteuning huisartsen GGZ			
Module achterstandsfonds			
Module modernisering en innovatie	Verzekerden		
	Verrichtingen		
Passantentarieven			
Overige kosten			
TOTAAL code 503		0	0

CODE 504 - AVOND-, NACHT- EN WEEKENDDIENSTEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Kosten in een dienstenstructuur	Telefonisch consult		
	Herhalingsrecept		
	Consult		
	Visite		
Kosten niet in een dienstenstructuur			
TOTAAL code 504		0	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Kosten consult	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten visite	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten telefonisch consult			
Kosten e-mailconsult			
Kosten groepsconsult POH			0
TOTAAL code 506		0	0

3.1.2 02 Farmaceutische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

520 Kosten van farmaceutische zorg

In de specificatie van de kosten specificeert u de totale kosten, inclusief BTW, naar afleveraar (apotheker, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken, eigen instellingen -eigen apotheek van een zorgverzekeraar- en overige afleveraars) en vervolgens naar de kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten, de kosten van aflevering en de kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties.

Dit is inclusief de eventueel vergoede aanvullende prestaties en inclusief eventuele marge (in geval van buiten WMG-middelen).

De kosten aflevering zijn de kosten van prestatie 1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel (1.1 t/m 1.6). De kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling zijn de kosten van de prestaties 2 t/m 7. Zie hiervoor de bijlage bij de prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg van de NZa.

De prestaties 8 t/m 13 zijn geen prestaties Zvw.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, wordt ook verantwoord bij Rubriek 02 Farmaceutische zorg en moet in de specificatie worden gespecificeerd bij Overige afleveraars, Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties.

520 Aantal uitgiftes

Met ingang van 2014 spreken we niet meer over 'voorschriften', we vervangen dit door 'uitgiftes'.

In deze tabel specificeert u het aantal uitgiftes (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) uitgesplitst per afleveraar. De declaraties voor kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling telt u hier niet mee.

- Aantal uitgiftes via apothekers
- Aantal uitgiftes via apotheekhoudende huisartsen
- Aantal uitgiftes via ziekenhuisapotheken
- Aantal uitgiftes via eigen instellingen
- Aantal uitgiftes via overige afleveraars.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Apothekers	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Apotheekhoudende huisartsen	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Ziekenhuisapotheken	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Eigen instellingen	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Overige afleveraars	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
TOTAAL code 520		0	0

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG - vervolg		Aantal uitgiftes mbt 2014	Aantal uitgiftes mbt 2013
Apothekers			
Apotheekhoudende huisartsen			
Ziekenhuisapotheken			
Eigen instellingen			
Overige afleveraars			
TOTAAL uitgiftes		0	0

3.1.3 03 Verpleging en Verzorging

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

530 Kosten en aantallen van Verpleging en verzorging

In de specificatie van de kosten specificeert u de totale kosten, dus inclusief de kosten Intensieve kindzorg, naar

- Kosten van prestaties verpleging;
- Kosten van prestaties verzorging;
- Kosten PGB's;
- Overige kosten (prestaties AIV en wijkgericht werken).

In de tweede specificatie specificeert u de aantallen (m.b.t. de ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar

- Aantal prestaties verpleging;
- Aantal prestaties verzorging;
- Aantal PGB's, alleen in het 2^e en 4^e kwartaal.

De aantallen verpleging en de aantallen verzorging geeft u op in aantal uren, afgerond naar hele aantallen. Bij de aantallen PGB's geeft u het aantal PGB houders op de peildatum 30 juni (2^e kwartaal) en 31 december (4^e kwartaal).

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 03 VERPLEGING EN VERZORGING

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten verpleging	
Kosten verzorging	
Kosten PGB	
Overige kosten	
TOTAAL code 530	0

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
Verpleging	
Verzorging	
PGB	

3.1.4 04 Mondzorg

Aanleverschema

1e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

560.1 Kosten en aantallen mondzorg voor volwassen verzekerden

In de specificatie van kostencodenummer 560.1 specificieert u kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties).

U specificieert de kosten als volgt:

- Röntgendiagnostiek;
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a), onderverdeeld naar Implantaten en Overig. Voor kosten Implantaten telt u alle J-codes (inclusief techniek/laboratoriumkosten);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1 sub b en sub c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie.

Bij Aantallen specificieert u alleen het aantal J20 codes.

Röntgendiagnostiek

Röntgendiagnostiek voor verzekerden van 18 jaar en ouder is slechts een te verzekeren prestatie indien de röntgendiagnostiek plaatsvindt in het kader van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (hulp door kaakchirurg) (artikel 2.7. lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering). U specificieert hier dus alleen die kosten voor röntgendiagnostiek die samenhangen met kaakchirurgische hulp.

Bijzondere tandheelkundige hulp

U specificieert de diverse onderdelen (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c en lid 3), voor zover van toepassing, **inclusief** techniek/laboratoriumkosten.

560.2 Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden

Jeugdige verzekerden zijn verzekerden t/m 17 jaar.

U specificeert u de kosten voor zover van toepassing, inclusief techniek/laboratoriumkosten.

U specificeert de kosten code 560.2, voor zover deze zijn aan te merken als te verzekeren zorg in het kader van de Zvw, volgens de tariefgroepen als volgt:

- Consultatie en diagnostiek (C);
- Maken en beoordelen foto's (X);
- Preventieve mondzorg (M) (M05 en M61 vallen niet onder de te verzekeren zorg);
- Verdoving (A + B);
- Vullingen (V);
- Wortelkanaalbehandelingen (E);
- Kronen en bruggen (R);
- Kaakgewrichtbehandelingen (G);
- Chirurgische ingrepen (H);
- Uitneembare prothetische voorzieningen (P);
- Tandvleesbehandelingen (T);
- Implantaten (J);
- Abonnementstarieven (Z) (De U codes zijn bijzondere tandheelkunde);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c);
- Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie.

Van de aantallen specificeert u:

- Aantal Periodieke controle (C11);
- Aantal Preventieve voorlichting en/of instructie (M01);
- Aantal Consult voor evaluatie van preventie (M02).

561 Kosten en aantallen gebitsprothesen

In de specificatie van kostencodenummer 561 specificeert u kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). De kosten (inclusief techniek/laboratoriumkosten) specificeert u enerzijds naar volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak (immediaatprothese, overkappingprothese en vervangingsprothese) en anderzijds naar rebasings en reparaties. De aantallen volledige gebitsprothesen specificeert u naar aantal volledige gebitsprothesen boven en onder en aantal volledige gebitsprothesen boven of onder (tellen per kaak).

U verantwoordt hier alleen de kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Gebitsprothesen van jeugdigen t/m 17 jaar verantwoordt u bij code 560.2.

De kosten specificeert u naar:

- Volledige gebitsprothesen;
- Rebasingen en reparaties.

De aantallen specificeert u naar:

- Aantal onder **en** boven, P30;
- Aantal onder **of** boven, P21 en P25.

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
X Maken en beoordelen foto's (Röntgendiagnostiek)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten *)	
	Overig	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.1		0

*) inclusief suprastructuren en prothesen

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
C Consultatie en diagnostiek		
X Maken en beoordelen foto's		
M Preventieve mondzorg		
A+B Verdooving		
V Vullingen		
E Wortelkanaalbehandelingen		
R Kronen en bruggen		
G Kaakgewrichtbehandelingen		
H Chirurgische ingrepen		
P Uitneembare prothetische voorzieningen		
T Tandvleesbehandelingen		
J Implantaten		
Z Abbonementstarieven		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a,b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.2		0

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
C Consultatie en diagnostiek (C11, Periodieke controle)		
M Preventieve mondzorg (M01, Preventieve voorlichting en/of instructie)		
M Preventieve mondzorg (M02, Consult voor evaluatie van preventie)		

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561		0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
Volledige gebitsprothesen	onder en boven	
	onder of boven (tellen per kaak)	

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
X Maken en beoordelen foto's (Röntgendiagnostiek)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten *)	
	Overig	
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.1	0	0

*) inclusief suprastructuren en prothesen

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
C Consultatie en diagnostiek		
X Maken en beoordelen foto's		
M Preventieve mondzorg		
A+B Verdoving		
V Vullingen		
E Wortelkanaalbehandelingen		
R Kronen en bruggen		
G Kaakgewrichtbehandelingen		
H Chirurgische ingrepen		
P Uitneembare prothetische voorzieningen		
T Tandvleesbehandelingen		
J Implantaten		
Z Abonnementstarieven		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a, b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.2	0	0

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
C Consultatie en diagnostiek (C11, periodieke controle)		
M Preventieve mondzorg (M01, Preventieve voorlichting en/of instructie)		
M Preventieve mondzorg (M02, Consult voor evaluatie van preventie)		

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 04 Mondzorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG - vervolg

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561	0	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Volledige gebitsprothesen	onder en boven	
	onder of boven (tellen per kaak)	

3.1.5 05 Verloskundige zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

580 Aantal verlossingen door verloskundigen

In de specificatie specificiert u het aantal volledige verlossingen door verloskundigen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). U telt de aantallen in hetzelfde jaar als waar de kosten aan toegerekend worden, het jaar waarin het eerste contact plaatsvindt.

581 Aantal verlossingen door huisartsen

In de specificatie specificiert u het aantal volledige verlossingen door huisartsen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). U telt de aantallen in hetzelfde jaar als waar de kosten aan toegerekend worden, het jaar waarin het eerste contact plaatsvindt.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580)		
Volledige verlossingen door huisartsen (code 581)		

3.1.6 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

545 Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen

In de specificatie van kostencodenummer 545 specificeert u kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). Naast de kosten kaakchirurgie verantwoordt u bij enkele verrichtingencodes ook de techniekkosten.

In de eerste twee specificaties specificeert u de Implantaten (ten laste van Zvw komen uitsluitend implantaten in het kader van artikel 2.7 lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering).

- Kosten implantaten (verrichtingencodes 238029, 238060, 238061 en 238063) en Kosten Overige prestaties (Alle prestaties volgens de tarieflijst 'kaakchirurgische hulp' minus de implantaten).
- Aantal implantaten: u specificeert het aantal codes 238060.

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	X	X	X

545 Kosten Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen

In deze specificatie specificeert u het deel van de kosten bij codenummer 545 dat is gemaakt in Academische ziekenhuizen.

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

U specificeert de kosten naar 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' en 'Overige prestaties' (trombosediensten, SKION en NTS). Met ingang van de kwartaalstaten 2013 gaat de specificatie in de specifieke informatie C over T en T-1.

Met ingang van 2014 wordt de regel 'Overige prestaties' gesplitst in 'Trombosediensten' en 'Skion en NTS'.

De kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten zijn inclusief verrekeningen via de NZa.

611 Overige zorgproducten

Dit is een nieuwe code, overige zorgproducten, met ingang van 2013. Hiermee vervallen de codes 617 en 618.

Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige zorgproducten 2013' van de Nza) verantwoordt u bij code 611. Zie H4 definities 611.

- In de eerste specificatie specificeert u de kosten van overige zorgproducten van code 611 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Bij deze overige zorgaanbieders horen DBC gefinancierde instellingen zoals centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra, maar ook productiesamenwerkingsverbanden en AWBZ/Wlz-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zzp-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.
- In de tweede specificatie specificeert u de kosten van de overige zorgproducten 611 naar Kosten en Honoraria. Deze specificatie vervalt met ingang van 2015.
- Met ingang van de jaarstaat 2013 specificeert u bij code 611, alleen in de jaarstaat, ook de kosten van poliklinische bevallingen (t/m 2012 code 617) en de kosten van gezonde moeder en gezonde zuigeling (t/m 2012 code 618). Met ingang van 2015 specificeert u hier ook de kosten MSVT.

612 Kosten van Add-on's

In deze tabel specificeert u de kosten van de add-on's dure en weesgeneesmiddelen en de kosten van IC naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders (o.a. centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijst u naar hoofdstuk 4.5.

613 t/m 616 Kosten en aantallen DBC-zorgproducten naar categorie instelling

- Met ingang van 2013 specificeert u de kosten/honoraria van DBC-zorgproducten 613 t/m 616 naar categorie instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders (o.a. centra voor erfelijkheidsonderzoek,

dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Met ingang van 2015 verdwijnt het onderscheid tussen kosten en honoraria, u specificeert dan de integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, code 613.1, en de integrale kosten DBC-zorgproducten vrije segment, code 615.1, naar categorie instelling. Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.

- Alleen in de jaarstaat specificeert u het aantal (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van DBC-zorgproducten gereguleerde segment en van DBC-zorgproducten vrije segment per categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (o.a. centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.

Specificaties in de 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015	Kosten balanspost 2015
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2015 t/m 2e kwartaal		Lasten 2014	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria				
Trombosediensten				
SKION en NTS				
TOTAAL code 610	0	0	0	0

NAAR INSTELLING	Lasten 2015 t/m 2e kwartaal		Lasten 2014	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014
Overige zorgproducten	611			
Academische ziekenhuizen				
Algemene ziekenhuizen				
Zelfstandige behandelcentra				
Overige zorgaanbieders				
TOTAAL code 611	0	0	0	0

NAAR KOSTEN EN HONORARIA	Lasten 2015 t/m 2e kwartaal		Lasten 2014	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014
Overige zorgproducten	611			
Kosten				
Honoraria				
TOTAAL code 611			0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS NAAR INSTELLING		Lasten 2015 t/m 2e kwartaal		Lasten 2014	
		Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014
Geneesmiddelen	Academ. ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfst. behandelcentra				
	Overige zorgaanbieders				
IC	Academ. ziekenhuizen				
	Algemene ziekenhuizen				
	Zelfst. behandelcentra				
	Overige zorgaanbieders				
TOTAAL code 612		0	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

DBC-ZORGPRODUCTEN NAAR INSTELLING code	Lasten 2015 t/m 2e kwartaal		Lasten 2014		Lasten 2013 en ouder	
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Lasten 2013 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 613			0	0	0	0
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613.1						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 613.1	0	0				
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment 614						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 614			0	0	0	0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615			0	0	0	0
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615.1						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615.1	0	0				
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment 616						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 616			0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Implantaten		
Overige prestaties		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Implantaten		

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2014		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijns-zorg aanbieders, geleverd door huisartsenlaboratoria				
Overige prestaties	 	 	 	
Trombosediensten	 	 	 	
SKION en NTS	 	 	 	
TOTAAL code 610	0	0	0	0

NAAR INSTELLINGEN	Code	Lasten 2014		Lasten 2013	
		Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Overige zorgproducten	611				
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 611		0	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

NAAR KOSTEN EN HONORARIA Code	Lasten 2014		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Overige zorgproducten 611				
Kosten				
Honoraria				
TOTAAL code 611	0	0	0	0

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Poliklinische bevalling op medische indicatie		
Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2014		Lasten 2013	
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Geneesmiddelen	Academische ziekenhuizen			
	Algemene ziekenhuizen			
	Zelfstandige behandelcentra			
	Overige zorgaanbieders			
IC	Academische ziekenhuizen			
	Algemene ziekenhuizen			
	Zelfstandige behandelcentra			
	Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 612	0	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING Code	Lasten 2014		Lasten 2013		Lasten 2012 en ouder
	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Lasten 2013 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012 en ouder
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment 613					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 613	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment 614					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 614	0	0	0	0	0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 615	0	0	0	0	0
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment 616					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 616	0	0	0	0	0

AANTALLEN DBC-ZORGPRODUCT (GEREGULEERDE- & VRIJE SEGMENT)		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
DBC-zorgproduct gereguleerde segment	Academische ziekenhuizen		
	Algemene ziekenhuizen		
	Zelfstandige behandelcentra		
	Overige zorgaanbieders		
DBC-zorgproduct vrije segment	Academische ziekenhuizen		
	Algemene ziekenhuizen		
	Zelfstandige behandelcentra		
	Overige zorgaanbieders		
TOTAAL		0	0

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

OHW Onderhanden werk

Onderhanden werk is het totaal van geleverde zorg met betrekking tot DBC-zorgproducten van nog niet gesloten DBC-zorgproducten.

Op de peildata, 31 maart - 30 juni - 30 september - 31 december, leveren zorgaanbieders hun onderhanden werk aan de zgn. OHW-grouper. OHW zijn alle zorgactiviteiten in het kader van voor de peildatum geopende, maar op de peildatum nog niet gesloten DBC-zorgproducten. Na de bewerking door de OHW-grouper leveren de zorgaanbieders hun OHW vier weken na de peildatum aan bij de zorgverzekeraars. Het OHW van de instellingen is dus een onderdeel van de balanspost van de zorgverzekeraar. In deze specificatie leveren de zorgverzekeraars het OHW van de zorgaanbieders aan. Het OHW wordt uitgevraagd voor de (te verwachten) kosten van DBC-zorgproducten, de codes 613, 614, 615 en 616, gespecificeerd naar categorie instelling. Met ingang van 2015 de codes 613.1 en 615.1. Deze specificatie wordt in de vier kwartaalstaten uitgevraagd, niet in de jaarstaat. De kwartaalstaat bestaat uit twee kolommen. De eerste kolom voor de nog niet gesloten DBC-zorgproducten die geopend zijn in jaar T-1. De tweede kolom voor de nog niet gesloten DBC-zorgproducten die geopend zijn in jaar T.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 06 Medisch specialistische zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

ONDERHANDENWERK NAAR INSTELLING	code	OHW op peildatum 31-03-2015	
		Openingsjaar DBC 2015	Openingsjaar DBC 2014
Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 613			0
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 613.1		0	
Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	614		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 614			0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 615			0
Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 615.1		0	
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	616		
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige zorgaanbieders			
TOTAAL code 616			0

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	nvt	X	nvt

Contractinformatie

In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut voortaan de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten.

Deze uitvraag, en rapportage, werd tot nu toe door de NZa gedaan. De uitvraag in de kwartaalstaten is beperkter.

U geeft de contractinformatie op van alle zorgaanbieders waarvan u de kosten verantwoordt in rubriek 06 Medisch specialistische zorg.

LET OP: In de tweede kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T, in het vierde kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T+1. De eerste uitvraag zal plaatsvinden in de 4^e kwartaalstaat 2014 over het jaar 2015.

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Verwachte schadelast 2015
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL*)	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	2015
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

*) In de 2^e kwartaalstaat 2015 moet de som aansluiten op het totaal in kolom 1 van de kostenverzamelstaat.

Definities

- Aanneemsommen: contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert;
- Plafondcontracten: contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen. Hieronder vallen contracten waarbij zowel de P als de Q is afgesproken. De som van de P*Q wordt dan hierbij opgenomen;
- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft de 'open einden' die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Het afgegrensde deel is bij de contractvorm opgenomen en onder deze categorie alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten;
- Open einde contracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Ook andere contractvormen neemt u hier op;
- Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: u geeft hier de som van alle plafonds die zijn afgesproken.

Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft u aan welke schadelast Zwv u daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieders waarmee u een plafondcontract heeft afgesproken. De verwachte schadelast is dus kleiner dan of gelijk aan de totaal afgesproken maximumomzet.

Als uw aandeel in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft u hier de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op. De verwachte schadelast 'plafond' is dan dus gelijk aan de maximumomzet 'plafond'.

3.1.7 07 Paramedische zorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

620 Kosten en aantallen fysiotherapie per soort zitting/behandeling

NB: het betreft uitsluitend kosten van fysiotherapie die ten laste van de Zvw komen.

In de eerste specificatie van kostencodenummer 620 specificieert u de kosten en aantallen per soort zitting/behandeling (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties).

Voor de kosten geldt

- bij zittingen neemt u de kosten op van zittingen (prestaties a. t/m e. en g en h. volgens de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa; de zitting psychosomatische fysiotherapie f. en de telefonische zitting i. zijn geen prestaties Zvw)
- bij zittingen buiten de praktijkruimte neemt u de totale kosten op
 – per zitting het tarief + toeslag (prestatie t. en u.)
- bij groepsbehandeling neemt u de totale kosten op van groepszittingen (prestaties o. t/m r. volgens de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa; de groepszitting van meer dan 10 personen s. is geen prestatie Zvw)
- bij overige prestaties neemt u de kosten van prestaties op die naast de hiervoor genoemde zittingen, toeslagen en groepszittingen worden gedeclareerd en die ten laste van de Zvw komen. Het betreft de prestaties j. tot en met n., w., y. en z. (de prestaties n., y. en z. onder voorwaarde, zie hoofdstuk 4.4.).

Voor de aantallen geldt (**Let op** de gewijzigde definities)

- zittingen: de aantallen behorend bij a. t/m e. en g. en h.
- groepsbehandeling: per groepsbehandeling (o. t/m r.) per patiënt is 1 zitting.

Andere prestaties vraagt het Zorginstituut bij de aantallen niet op.

620 Kosten en aantallen wel/niet chronische lijst

In de tweede specificatie specificieert u de kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van

- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst uitgesplitst naar:
 - Verzekerden van 0 tot en met 17 jaar;
 - Verzekerden van 18 jaar en ouder (vanaf de 20e behandeling);
- Zittingen bij aandoeningen **niet** op de chronische lijst (dus verzekerden t/m 17 jaar) en de maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie.

Voor de kosten geldt:

- bij de zittingen neemt u de kosten van dezelfde prestaties op als in de eerste specificatie;
- de kosten van groepszittingen neemt u mee bij de kosten van zittingen en niet op een aparte regel;
- Bij overige prestaties neemt u de kosten van prestaties die naast de hiervoor genoemde prestaties voor zittingen, toeslagen en groepszittingen worden gedeclareerd en die ten laste van de Zvw komen (zie de toelichting bij de eerste specificatie en hoofdstuk 4.4.).

Voor de aantallen geldt (**Let op** de gewijzigde definities):

- Hier gelden dezelfde definities als bij de eerdere specificatie naar aantallen. Hier telt u het aantal zittingen en groepsbehandelingen bij elkaar op en specificieert dit totale aantal naar behorend bij chronische lijst (18- en 18+) en niet-chronische lijst.

621 Aantal zittingen Oefentherapie Mensendieck/Cesar

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

- Ook voor oefentherapie Mensendieck/Cesar geldt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen aandoeningen van de chronische lijst én vanaf de 20e behandeling verzekerde zorg is.
- In deze tabel specificeert u het aantal (groep)zittingen oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar tezamen (het betreft prestatie a, b en h. t/m k. volgens de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa; prestatie c. psychosomatische oefentherapie en prestatie d. telefonische zitting telt u niet mee omdat dit geen prestaties Zvw zijn).
- Per (groeps)behandeling per patiënt telt u 1 zitting.
- De aantallen behorend bij tarieven die naast de zittingen worden gedeclareerd telt u niet mee.

623 Aantallen Logopedie

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

In deze tabel specificeert u tezamen: het aantal behandelingen bij individueel verleende zorg, het aantal behandelingen (**Let op:** ook hier groepsbehandelingen per patiënt) bij groepsbehandeling en het aantal onderzoeken bij onderzoek.

624 Aantal uren Ergotherapie

(m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties)

In deze tabel specificeert u het **aantal uren** (niet in kwartieren!) ergotherapie voor kostencodenummer 624 'kosten van ergotherapie'.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Zittingen in de praktijkruimte			
Zittingen buiten de praktijkruimte	Niet in een inrichting		
	In een inrichting		
Groepsbehandeling			
Overige prestaties fysiotherapie			
TOTAAL code 620		0	0

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Zittingen in de praktijkruimte			
Zittingen buiten de praktijkruimte	Niet in een inrichting		
	In een inrichting		
Groepsbehandeling			

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst	Verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Verzekerden 18 jaar en ouder		
Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst			
Overige prestaties fysiotherapie		0	0
TOTAAL code 620		0	0

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst	Verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Verzekerden 18 jaar en ouder		
Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst			

CODE 621 - OEFENTHERAPIE MENSENDIECK/CESAR		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Zittingen			

CODE 623 - LOGOPEDIE		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Behandelingen			

CODE 624 - ERGOTHERAPIE		Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Uren			

3.1.8 08 Hulpmiddelenzorg – regeling 2014

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

640 Kosten eigendom/buikleen per categorie hulpmiddelen

In 2014 slechts één kleine wijziging.

Thuisdialyse-apparatuur (categorie 35) inclusief toebehoren, controle en onderhoud is overgeheveld naar de medisch specialistische zorg. Alleen de uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen blijven onderdeel van hulpmiddelenzorg.

In de toelichting zijn de monitorcodes ter informatie opgenomen.

Toelichting per categorie

01 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan

Prothesen voor de schouder, arm of hand (al dan niet bekrachtigd), algemeen gangbare hulpen en aanzetstukken voor armprothesen, prothesen voor voet of been, mammaprothesen, gelaatsprothesen en uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol (zoals oogprothesen en schaalprothesen incl. scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie). Stompkousen en hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid (zoals stemprothesen en spraakversterkers). Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar.

Monitorcodes

- J0100 Armprothesen
- J0200 Beenprothesen
- J0300 Overige prothesen
- J0400 Pruiken

02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te splitsen in twee delen.

A.

Hulpmiddelen ter correctie van de gestoorde functies van het bewegingssysteem.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het:

- 1 lopen;
- 2 Gebruiken van hand en arm;
- 3 veranderen en handhaven lichaamshouding;
- 4 zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
- 5 gebruik van communicatieapparatuur.

Onder A. vallen onder meer korsetten en halskragen, orthopedische beugelapparatuur, braces, de orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.

Onder B.1 vallen onder andere rolstoelen, drempelhulpen, loopwagens, trippelstoelen.

Onder B.2 vallen onder andere robotmanipulators, armondersteuning, raptors, eetapparaten, bladomslagapparatuur, omgevingsbediening, voorleesapparatuur en ADL-honden.

Onder B.3 vallen onder andere transferhulpmiddelen (zoals patiëntenliften), (dynamische) lig-, sta- en zitorthesen (met inbegrip van anti-decubituszitkussens) en aan functiebeperkingen aangepaste stoelen en tafels.

Onder B.4 vallen onder andere losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen.

Onder B.5 vallen onder andere speciale toetsenborden en speciale apparatuur voor bediening van computers.

Eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken zijn uitgesloten van vergoeding (vanaf 1 januari 2013), evenals aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij aanpassing uitsluitend een sta-op-systeem betreft. Ingeval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor beperkte of onzekere duur.

Monitorcodes

A.

C0500 Orthesen

C1000 Orthopedisch schoeisel

B.1

L1000 Loopfietsen en stoelen voorzien van trippelfunctie

L1500 Rolstoelen

L2000 Overige hulpmiddelen voor mobiliteit

B.2

R1000 Robotmanipulator

R0500 Overige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken van hand en arm

B.3

G0500 Hulpmiddelen bij het veranderen en handhaven lichaamshouding

B.4

G2000 Hulpmiddelen voor wassen en zorgdragen toiletgang

B.5

K0500 Hulpmiddelen i.v.m. beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

03 Schoenvoorzieningen

Allergeenvrije- en verbandschoenen.

Monitorcode

C1100 Schoenvoorziening, niet zijnde orthopedisch schoeisel

04 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

A.

- Gezichtshulpmiddelen (hulpmiddelen die de stoornis corrigeren): contactlenzen, scleralenzen met visuscorrectie, bandagelenzen met visuscorrigerende werking, ptosisbrillen en kappenbrillen. M.i.v. 1 januari 2013 brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar, bij bepaalde indicaties.
- Bijzondere optische hulpmiddelen; o.a. telescoopbrillen en verrekijkerloepen.

B.

- Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur): in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen, memorecorders, voorleesapparatuur van Daisy-lectuur en Tv-ondertiteling.
- Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie): blindentaststokken en blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten).

Monitorcodes

A

E0500 Gezichtshulpmiddelen

E1100 Bijzondere optische hulpmiddelen

B

E1500 Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen

E2000 Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit bij visuele beperkingen

E2500 Overige hulpmiddelen voor de visuele functie

05 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te spitsen in twee delen.

A.

Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie

Zoals hoortoestellen, maskeerders voor ernstig oorsuizen, oorstukjes.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

Zoals ringleidingen, infraroodapparatuur, FM apparatuur voor geluidsoverdracht, solo-apparatuur, wek- en waarschuwingsapparatuur, eenvoudige luisterhulpen, signaalhonden en communicatiehulpmiddelen voor auditief gehandicapten, zoals teksttelefoons, beeldtelefoons of speciale software om te kunnen teksttelefoneren.

Monitorcodes

A.

D0500 Hoortoestellen

B.

D1000 Overige hoorhulpmiddelen

D3000 Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering bij auditieve beperkingen

06 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming

A.

Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie.

B.

Kappen ter bescherming van de schedel.

Monitorcodes

A.

A2100 Verbandmiddelen

B.

A2200 Kappen ter bescherming van de schedel

07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (voor verzekerden tot 21 jaar)

Monitorcode

V0500 Pessaria/anticonceptie

10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes

Monitorcode

01500 Injectiespuiten/penen met toebehoren

11 Transportondersteuners van bloed en lymfe

- Elastische kousen
- Aan- en/of uittrekhulp
- Overige (lymfepressapparatuur)

Monitorcodes

H0500	Therapeutische elastische kousen
H1000	Aan en uittrekhelp
H1500	Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfepress-apparaat)

12 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

- bloed glucosemeters met toebehoren
- draagbare insuline-infuuspompen
- teststrips
- injectiespuiten of injectiepenen
- apparatuur voor zelf afnemen van bloed met inbegrip van lancetten

Monitorcodes

F0500	Bloedglucosemeters
F1000	Teststrips
F1500	Insuline-infuuspompen
F2000	Apparatuur voor zelf afnemen van bloed
F2500	Overige hulpmiddelen diabetes
F3000	Injectiespuiten/pennen

13 Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel

Aangezichtsmaskers, mondstukken met aanzetstukken. Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren. Longvibrators voor het verwijderen van bronchiaal slijm bij chronische longpatiënten. Slijmuitzuigapparatuur. Tracheacanule. Vernevelaars met toebehoren, voor toediening van medicijnen bij mensen met ademhalingsproblemen. De kosten zijn exclusief medicatie. CPAP-apparatuur met toebehoren, apparatuur voor mensen met obstructief slaapapneu syndroom. Mandibulaire repositie apparatuur.

Monitorcodes

I0500	Apparatuur voor positieve uitademingsdruk
I1000	Zuurstofapparaten en toebehoren
I2000	Longvibrator
I2500	Vernevelaar met toebehoren
I1500	CPAP apparatuur
I3000	Slijmuitzuigapparatuur
I3500	Tracheacanule en stomabeschermers voor gelaryngectomeerden
I4000	MRA-apparatuur.
I4500	Voorzetkamers

14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen)

Monitorcode

O0500	Draagbare infuuspompen
-------	------------------------

15 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren, uitwendige voedingspompen met toebehoren, uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding. Eetapparaten vallen onder categorie 2.

Monitorcode

N0500	Voedingshulpmiddelen
-------	----------------------

17 Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

A.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijke gehandicapten.

B.
Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici.

Monitorcodes

A.

K1000 Alarmering voor lichamelijk gehandicapten

B.

K1500 Daisy-speler of daisy-apparaat

23 Uitwendige electrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren

Monitorcode

O1000 Uitwendige electrostimulatoren

30 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

Deze te verzekeren prestatie omvat een scala aan hulpmiddelen die samenhangen met de verzorging en verpleging op bed:

Bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen. Anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken. Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels. Bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig uit bed komen. Glij- en rollakens. Bedverkorters, -verlengers, en -verhogers. Ondersteken. Bedbeschermende onderleggers. Infuusstandaarden.

Monitorcode

G1000 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

31 Reparatie en onderhoud

- Gehoorhulpmiddelen
- Alle overige hulpmiddelen

Monitorcodes

D1500 Reparatie hoorhulpmiddelen

M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen

32 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem

Inclusief opleiding en advisering

Monitorcode

T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd + toebehoren

35 Thuisdialyse

Betreft alleen uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (bv extra stroomkosten)

Monitorcode

U1000 Thuisdialyse

38 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

- Incontinentiematerialen
- Stomamiddelen
- Overige verzorgingsmiddelen: urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistof, spoelapparatuur.

Monitorcodes

- A0500 Incontinentiematerialen
- A1000 Voorzieningen voor stomapatiënten
- A1500 Overige verzorgingsmiddelen

39 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken

Spraakvervangende hulpmiddelen zoals letter- of symbolensets en –borden, (draagbare) communicatieapparatuur (zowel tekst- als plaatjessystemen), apparatuur voor synthetische spraak, maar ook softwaretoepassingen voor computers of andere apparatuur. Stemprothesen en spraakversterkers vallen onder rubriek 01 (J0300).

- Monitorcode
- K3000 Spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige handicap

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
01. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan			
02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem	A. Hulpmiddelen ter correctie van de gestoorde functies van het bewegingssysteem		
	B1. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het lopen		
	B2. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken van hand en arm		
	B3. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het veranderen en handhaven lichaamshouding		
	B4. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang		
	B5. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur		
03. Schoenvoorzieningen			
04. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie	A. Gezichtshulpmiddelen		
	B. Hulpmiddelen voor communicatie, informatie, oriëntatie en mobiliteit bij visuele beperkingen		
05. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie	A. Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie		
	B. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur		
06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming	A. Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie		
	B. Kappen ter bescherming van de schedel		
07. Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden			
10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes			
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe			
12. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel			
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel			
14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen)			
15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding			
17. Hulpmiddelen voor communicatie informatie-voorziening en signalering	A. Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten		
	B. Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici		
23. Uitwendige elektrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren			
30. Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed			
31. Reparatie en onderhoud			
32. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem			
35. Thuisdialyse			
38. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie			
39. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken			
TOTAAL code 640 (som subtotalen)		0	0

08 Hulpmiddelenzorg – regeling 2015

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

640 Kosten eigendom/buikleen per categorie hulpmiddelen

Ten opzichte van 2014 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 1, 3 en 6.
Bij categorie 1 zijn de prothesen ter vervanging van de stembanden, op een enkele uitzondering na, overgegaan naar de medisch specialistische zorg. Categorie 3 en 6 worden functioneel omschreven, hierbij verhuizen de verbandmiddelen van rubriek 6 naar 3.
In de toelichting zijn de monitorcodes ter informatie opgenomen.

Toelichting per categorie

01 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan

Prothesen voor de schouder, arm of hand (al dan niet bekrachtigd), algemeen gangbare hulpen aanzetstukken voor armprothesen, prothesen voor voet of been, mammaprothesen, gelaatsprothesen en uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol (zoals oogprothesen en schaalprothesen incl. scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie). Stompkousen en hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid (zoals stemprothesen, voor zover deze hulpmiddelen niet vallen onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden). Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar.

Monitorcodes

- J0100 Armprothesen
- J0200 Beenprothesen
- J0300 Overige prothesen
- J0400 Pruiken

02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te splitsen in twee delen.
A.

Hulpmiddelen ter correctie van de gestoorde functies van het bewegingssysteem.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het:

- 1 lopen;
- 2 Gebruiken van hand en arm;
- 3 veranderen en handhaven lichaamshouding;
- 4 zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
- 5 gebruik van communicatieapparatuur.

Onder A. vallen onder meer korsetten en halskragen, orthopedische beugelapparatuur, braces, de orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.

Onder B.1 vallen onder andere rolstoelen, drempelhulpen, loopwagens, trippelstoelen.

Onder B.2 vallen onder andere robotmanipulators, armondersteuning, raptors, eetapparaten, bladomslagapparatuur, omgevingsbediening, voorleesapparatuur en ADL-honden.

Onder B.3 vallen onder andere transferhulpmiddelen (zoals patiëntenliften), (dynamische) lig-, sta- en zitorthesen (met inbegrip van anti-decubituszitkussens) en aan functiebeperkingen aangepaste stoelen en tafels.

Onder B.4 vallen onder andere losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen.

Onder B.5 vallen onder andere speciale toetsenborden en speciale apparatuur voor bediening van computers.

Eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken zijn uitgesloten van vergoeding (vanaf 1 januari 2013), evenals aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij aanpassing uitsluitend een sta-op-systeem betreft. Ingeval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor beperkte of onzekere duur.

Monitorcodes

A.

C0500 Orthesen

C1000 Orthopedisch schoeisel

B.1

L1000 Loopfietsen en stoelen voorzien van trippelfunctie

L1500 Rolstoelen

L2000 Overige hulpmiddelen voor mobiliteit

B.2

R1000 Robotmanipulator

R0500 Overige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken van hand en arm

B.3

G0500 Hulpmiddelen bij het veranderen en handhaven lichaamshouding

B.4

G2000 Hulpmiddelen voor wassen en zorgdragen toiletgang

B.5

K0500 Hulpmiddelen i.v.m. beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

03 Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid

Allergeenvrije- en verbandschoenen. Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie. Overige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid

Monitorcodes

C1100 Schoenvoorziening, niet zijnde orthopedisch schoeisel

A2100 Verbandmiddelen

-- Overige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid

04 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

A.

- Gezichtshulpmiddelen (hulpmiddelen die de stoornis corrigeren): contactlenzen, scleralenzen met visuscorrectie, bandagelenzen met visuscorrigerende werking, ptosisbrillen en kappenbrillen. M.i.v. 1 januari 2013 brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar, bij bepaalde indicaties.
- Bijzondere optische hulpmiddelen; o.a. telescoopbrillen en verrekijkerloepen.

B.

- Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur): in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen, memorecorders, voorleesapparatuur van Daisy-lectuur en Tv-ondertiteling.
- Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit (hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie): blindentaststokken en blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten).

Monitorcodes

A

- E0500 Gezichtshulpmiddelen
- E1100 Bijzondere optische hulpmiddelen

B

- E1500 Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen
- E2000 Hulpmiddelen voor de oriëntatie en mobiliteit bij visuele beperkingen
- E2500 Overige hulpmiddelen voor de visuele functie

05 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen en is te spitsen in twee delen.

A.

Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie

Zoals hoortoestellen, maskeerders voor ernstig oorsuizen, oorstukjes.

B.

Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur

Zoals ringleidingen, infraroodapparatuur, FM apparatuur voor geluidsoverdracht, solo-apparatuur, wek- en waarschuwingsapparatuur, eenvoudige luisterhulpen, signaalhonden en communicatiehulpmiddelen voor auditief gehandicapten, zoals teksttelefoons, beeldtelefoons of speciale software om te kunnen teksttelefoneren.

Monitorcodes

A.

- D0500 Hoortoestellen

B.

- D1000 Overige hoorhulpmiddelen
- D3000 Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering bij auditieve beperkingen

06 Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn

Kappen ter bescherming van de schedel en overige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn.

Monitorcode

- A2200 Kappen ter bescherming van de schedel
- Overige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn

07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (voor verzekerden tot 21 jaar)

Monitorcode

- V0500 Pessaria/anticonceptie

10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes

Monitorcode

- 01500 Injectiespuiten/penen met toebehoren

11 Transportondersteuners van bloed en lymfe

- Elastische kousen
- Aan- en/of uittrekhelp
- Overige (lymfepressapparatuur)

Monitorcodes

- H0500 Therapeutische elastische kousen
- H1000 Aan en uittrekhelp
- H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfepress-apparaat)

12 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

- bloedglucosemeters met toebehoren
- draagbare insuline-infuuspompen
- teststrips
- injectiespuiten of injectiepenen
- apparatuur voor zelf afnemen van bloed met inbegrip van lancetten

Monitorcodes

- F0500 Bloedglucosemeters
- F1000 Teststrips
- F1500 Insuline-infuuspompen
- F2000 Apparatuur voor zelf afnemen van bloed
- F2500 Overige hulpmiddelen diabetes
- F3000 Injectiespuiten/pennen

13 Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel

Aangezichtsmaskers, mondstukken met aanzetstukken. Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren. Longvibrators voor het verwijderen van bronchiaal slijm bij chronische longpatiënten. Slijmuitzuigapparatuur. Tracheacanule. Vernevelaars met toebehoren, voor toediening van medicijnen bij mensen met ademhalingsproblemen. De kosten zijn exclusief medicatie. CPAP-apparatuur met toebehoren, apparatuur voor mensen met obstructief slaapapneu syndroom. Mandibulaire repositie apparatuur.

Monitorcodes

- I0500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk
- I1000 Zuurstofapparaten en toebehoren
- I2000 Longvibrator
- I2500 Vernevelaar met toebehoren
- I1500 CPAP apparatuur
- I3000 Slijmuitzuigapparatuur
- I3500 Tracheacanule en stomabeschermers voor gelaryngectomeerden
- I4000 MRA-apparatuur.
- I4500 Voorzetkamers

14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen)

Monitorcode

- O0500 Draagbare infuuspompen

15 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren, uitwendige voedingspompen met toebehoren, uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding. Eetapparaten vallen onder categorie 2.

Monitorcode

- N0500 Voedingshulpmiddelen

17 Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

- A.
Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten.
B.
Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici.

Monitorcodes

- A.
K1000 Alarmering voor lichamelijk gehandicapten
B.
K1500 Daisy-speler of daisy-apparatuur

23 Uitwendige electrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren

Monitorcode

O1000 Uitwendige electrostimulatoren

30 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

Deze te verzekeren prestatie omvat een scala aan hulpmiddelen die samenhangen met de verzorging en verpleging op bed:

Bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen. Anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken. Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels. Bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig uit bed komen. Glij- en rollakens. Bedverkorters, -verlengers, en -verhogers. Ondersteken. Bedbeschermende onderleggers. Infuusstandaarden.

Monitorcode

G1000 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

31 Reparatie en onderhoud

- Gehoorhulpmiddelen
- Alle overige hulpmiddelen

Monitorcodes

D1500 Reparatie hoorhulpmiddelen
M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen

32 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem

Inclusief opleiding en advisering

Monitorcode

T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd + toebehoren

35 Thuisdialyse

Betreft alleen uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (bv extra stroomkosten)

Monitorcode

U1000 Thuisdialyse

38 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

- Incontinentiematerialen
- Stomamiddelen
- Overige verzorgingsmiddelen: urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistof, spoelapparatuur.

Monitorcodes

- A0500 Incontinentiematerialen
- A1000 Voorzieningen voor stomapatiënten
- A1500 Overige verzorgingsmiddelen

39 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken

Spraakvervangende hulpmiddelen zoals letter- of symbolensets en –borden, (draagbare) communicatieapparatuur (zowel tekst- als plaatjessystemen), apparatuur voor synthetische spraak, maar ook softwaretoepassingen voor computers of andere apparatuur. Stemprothesen en spraakversterkers vallen onder rubriek 01 (J0300).

Monitorcode

- K3000 Spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige handicap

3.1.9 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

650 Kosten en aantallen van vervoer per ambulance/helikopter

In de specificatie specificeert u de kosten en aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van ambulanceritten en van helikoptervluchten. Met ingang van 2014 zijn de kosten van ambulanceritten inclusief de twee verrekenarieven I 020 en I 021 en andere verrekeningen via de NZa.

Let op: Bij aantallen ambulanceritten telt u alleen de prestatiecodes 196002 (Besteld vervoer B-rit) en 196010 (Spoedvervoer A1-/A2-rit). Met ingang van de jaarstaat 2014 wordt deze specificatie van aantallen ambulancevervoer gesplitst in aantal spoedvervoer A1-/A2-rit (196010) en aantal besteld vervoer (196002).

Bij MICU-vervoer alleen de kosten ambulancevervoer. De medisch specialistische kosten MICU verantwoordt u bij code 618 (jaarstaat 2011). Met ingang van de jaarstaat 2012 moeten deze kosten verantwoord worden bij code 612 add-on's.

651 Kosten van vervoer per soort vervoer en per patiëntengroep

In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer (inclusief balanspost) als volgt

- de kosten per soort vervoer:
 - openbaar vervoer;
 - eigen auto;
 - taxi.
- per soort vervoer de kosten uitgesplitst per patiëntengroep:
 - nierdialysepatiënten;
 - chemokuur- en radiotherapiepatiënten;
 - rolstoelgebruikers;
 - visueel gehandicapten;
 - overige patiënten (met toestemming op grond van de hardheidsclausule).

De kosten van vervoer bij een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg mogen bij de specificatie met ingang van 2014 opgenomen worden bij de categorie 'overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule.

651 Aantal verzekerden bij vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto

In deze tabel specificeert u het aantal verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding voor vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto. In dit aantal neemt u geen balanspost op.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Ambulanceritten	 	
Ambulanceritten	Spoed	
	Besteld	
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Nierdialysepatiënten	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Chemokuur- en radiotherapie patiënten	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Rolstoelgebruikers	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Visueel gehandicapten	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
TOTAAL code 651	0	0

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

3.1.10 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	X	X	X	X

NB Met ingang van 2013 spreken we niet meer over Kosten DBC's GGZ met of zonder verblijf. Code 661 is alle Kosten specialistische GGZ van verzekerden die verblijven. Code 662 is alle Kosten specialistische GGZ van verzekerden die niet verblijven. Zie verder hoofdstuk 4.

662 Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf

In de kwartaal- en jaarstaten (jaar T, T-1 en T-2) specificeert u de kosten van specialistische GGZ zonder verblijf naar de kosten van instellingen en de kosten van zelfstandig gevestigden. Zelfstandig gevestigden zijn zorgaanbieders met een AGB code die begint met 03 en 94, alle overige AGB codes zijn instellingen. De kosten in 2012 specificeert u, alleen nog in de jaarstaat 2013, naar kosten gebudgetteerde instellingen, nieuwe instellingen en zelfstandig gevestigden.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

- U specificeert de kosten van de basis GGZ in de kwartaalstaat (jaar T) en de jaarstaat (jaar T, T-1 en T-2) naar kosten van instellingen en kosten van zelfstandig gevestigden. Zelfstandig gevestigden zijn zorgaanbieders met een AGB code die begint met 03 en 94, alle overige AGB codes zijn instellingen.
- Een tweede specificatie van deze kosten in de kwartaalstaat (jaar T) en de jaarstaat (jaar T en T-1) is naar de prestaties Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Overige prestaties. Bij de Overige prestaties specificeert u de kosten van de transitieprestatie (alleen in 2014) en de prestaties GGZ die zijn opgenomen in de Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Overige zorgproducten, OZP paramedische behandeling en onderzoek.
 Met ingang van 2015 verdwijnt de regel Overige prestaties en komt er een nieuwe prestatie bij, nl. Onvolledig behandeltraject. Ditzelfde dus ook in de specificatie.
 NB. Kosten worden verantwoord naar datum aanvang behandeling.
- Een derde specificatie van de basis GGZ is dezelfde als de tweede, maar dan naar aantallen van deze prestaties. Aantallen Overige prestaties hoeft u niet op te geven, aantallen Onvolledig behandeltraject wel.

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

660 Aantal eerstelijns psychologische zorg

In de tabel specificiert u per klasse met een aantal zittingen de volgende aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties):

- het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt;
- het totaal aantal zittingen (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x zittingen).

Een verzekerde heeft aanspraak op maximaal 8 zittingen per kalenderjaar. M.i.v 2012 maximaal 5 zittingen. De tarieven hebben als declaratie-eenheid een consult. Een consult kan ook een ½ zitting of een ¼ zitting zijn. U moet dus een omrekening naar het hele aantal zittingen maken.

Ook de internetbehandeltrajecten dient u om te rekenen naar zittingen.

Dit codenummer vervalt met ingang van 2014. In de jaarstaat 2014 specificiert u nog wel de aantallen 2013.

661 Aantal specialistische GGZ met verblijf

In de jaarstaat specificiert u het aantal DBC's (behandeling), indien er sprake is geweest van 24-uursverblijf (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). In theorie kunnen per verzekerde maximaal 3 DBC's gelijktijdig open staan. In de praktijk zullen verzekerden maximaal 1 DBC op een bepaald moment open hebben staan.

661.1 Aantal Langdurige GGZ

Deze code is nieuw in 2015.

U geeft hier, met ingang van de jaarstaat 2015, het aantal gedeclareerde en geaccepteerde ZZP's. De toeslagen telt u niet mee.

662 Aantal specialistische GGZ zonder verblijf

In de jaarstaat specificiert u het aantal DBC's (behandeling), indien er geen sprake is geweest van 24-uursverblijf (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties). In theorie kunnen per verzekerde maximaal 3 DBC's gelijktijdig open staan. In de praktijk zullen verzekerden maximaal 1 DBC op een bepaald moment open hebben staan.

Specificaties in de 2e (model), 3e en 4e kwartaalstaat 2015

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 662	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	
Onvolledig behandeltraject	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	
Onvolledig behandeltraject	

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - verzekerden	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Minder dan 5 zittingen	 	
5 zittingen	 	
Totaal code 660	 	0

CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - zittingen	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Minder dan 5 zittingen	 	
5 zittingen	 	
Totaal code 660	 	0

CODE 661 - SPECIALISTISCHE GGZ MET VERBLIJF	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
GGZ met verblijf		

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
GGZ zonder verblijf		

CODE 662 - KOSTEN SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 662	0	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG - vervolg

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 665	0		

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		
Overige prestaties		
TOTAAL code 665	0	

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	nvt	X	nvt

Contractinformatie

In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut voortaan de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten.

Deze uitvraag, en rapportage, werd tot nu toe door de NZa gedaan. Deze uitvraag in de kwartaalstaten is beperkter.

U geeft de contractinformatie op van alle zorgaanbieders waarvan u de kosten verantwoordt in rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg.

LET OP: In de tweede kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T, in het vierde kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T+1. De eerste uitvraag zal plaatsvinden in de 4^e kwartaalstaat 2014 over het jaar 2015.

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CONTRACTINFORMATIE GENEESKUNDIGE GGZ	Verwachte schadelast 2015
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL	0

CONTRACTINFORMATIE GENEESKUNDIGE GGZ	2015
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

*) In de 2^e kwartaalstaat 2015 moet de som aansluiten op het totaal in kolom 1 van de kostenverzamelstaat.

Definities

- **Aanneemsommen:** contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert;
- **Plafondcontracten:** contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen. Hieronder vallen contracten waarbij zowel de P als de Q is afgesproken. De som van de P*Q wordt dan hierbij opgenomen;
- **Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten:** dit betreft de 'open einden' die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Het afgegrensde deel is bij de contractvorm opgenomen en onder deze categorie alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten;
- **Open einde contracten:** contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Ook andere contractvormen neemt u hier op;
- **Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten:** u geeft hier de som van alle plafonds die zijn afgesproken.

Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft u aan welke schadelast Zvw u daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieders waarmee u een plafondcontract heeft afgesproken. De verwachte schadelast is dus kleiner dan of gelijk aan de totaal afgesproken maximumomzet.

Als uw aandeel in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft u hier de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op. De verwachte schadelast 'plafond' is dan dus gelijk aan de maximumomzet 'plafond'.

Specifieke Informatie C
Specificaties van kosten en productie
11 Geriatrische revalidatiezorg

3.1.11 11 Geriatrische revalidatiezorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

670 Aantal DBC's Geriatrische revalidatiezorg

Met ingang van 2014 specificeert u in de jaarstaat het totale aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg.

Specificatie in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 11 GERIATISCHE REVALIDATIEZORG

CODE 670 - GERIATISCHE REVALIDATIEZORG	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
Totaal aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg		

3.1.12 12 Kraamzorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

680 Aantal verzekerden en aantal uren Kraamzorg

In de tabel specificeert u per klasse met een aantal uren de volgende aantallen (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties):

- het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt;
- het totaal aantal uren kraamzorg (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x uren).

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 12 KRAAMZORG

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
1. 00 t/m 23 uur		
2. 24 t/m 31 uur		
3. 32 t/m 39 uur		
4. 40 t/m 47 uur		
5. 48 t/m 55 uur		
6. 56 t/m 63 uur		
7. 64 t/m 71 uur		
8. 72 t/m 80 uur		
9. 81 uur of meer		
TOTAAL	0	0

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL UREN	Aantal mbt 2014	Aantal mbt 2013
1. 00 t/m 23 uur		
2. 24 t/m 31 uur		
3. 32 t/m 39 uur		
4. 40 t/m 47 uur		
5. 48 t/m 55 uur		
6. 56 t/m 63 uur		
7. 64 t/m 71 uur		
8. 72 t/m 80 uur		
9. 81 uur of meer		
TOTAAL	0	0

3.1.13 13 Overige kosten

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

700 Overige kosten

In de eerste specificatie van code 700 (kwartaal- en jaarstaat) specificieert u de kosten naar de volgende onderdelen

- kosten i.v.m de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten
- kosten i.v.m de beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde 1e lijnzorgproducten, t/m 2014
- kosten Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2, t/m 2014
- kosten Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement, t/m 2014
- kosten Multidisciplinaire zorgverlening COPD, t/m 2014
- kosten Programma Stoppen met Roken (in 2011 en weer vanaf 2013)
- kosten stoppen met roken, gedragsondersteuning, alleen in 2012
- kosten dieetadvies in het kader van ketenzorg, alleen in 2012
- kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, t/m 2013
- kosten Experimenten ketenzorg dementie, miv 2015

De kosten SKMS worden met ingang van 2014 verantwoord en gespecificeerd bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.

De kosten van de beleidsregel samenwerking 1^e lijn en de kosten van de drie prestaties MDZ worden met ingang van 2015 verantwoord en gespecificeerd bij rubriek 01. Ook met ingang van 2015 komt er een nieuwe prestatie bij, namelijk Experimenten ketenzorg dementie. Bij de kosten Programma Stoppen met roken mag u bij de verantwoording 2012 alleen kosten oudere jaren verantwoorden. In 2012 mogen er alleen kosten stoppen met roken, gedragsondersteuning verantwoord worden.

In de tweede specificatie van code 700 (kwartaal- en jaarstaat) wordt het aantal patiënten (uitgegaan van de ontvangen en geaccepteerde declaraties) gevraagd voor de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomanagement en COPD afzonderlijk en voor het Programma Stoppen met Roken (in 2011 en vanaf 2013). Met ingang van 2015 alleen voor het Programma Stoppen met Roken.

701 Overige geneeskundige zorg

Deze code, en dus ook de specificatie, is nieuw in 2014.

U specificieert code 701 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) alleen in de jaarstaat (T en T-1) naar de 4 prestaties, nl. geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en, huidtherapie, orthoptie en optometrie.

Met ingang van 2015 komen hier drie prestaties bij, nl Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet horend bij MDZ) en de regiefunctie complexe wondzorg. Met ingang van dat jaar worden de kosten van code 701 ook in de 2^e en 4^e kwartaalstaat gespecificeerd.

702 Zintuiglijk gehandicapten

Deze code is nieuw in 2015 en wordt in de 2^e en 4^e kwartaalstaat en in de jaarstaat gespecificeerd naar

- kosten Zorg ivm visuele beperking;
- kosten Zorg ivm auditieve beperking;
- kosten Zorg ivm taalontwikkelingsstoornis.

De uittoeslagen moeten worden verrekend in bovenstaande prestaties.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Overige kosten

Specificaties in kwartaalstaten 2015 2e (model) en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten	
Programma Stoppen met roken	
Experimenten ketenzorg dementie	
TOTAAL code 700	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2015
Programma Stoppen met roken	

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en	
Huidtherapie	
Orthoptie	
Optometrie	
Kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus type 2	
Koemelkallergietest (niet horend bij Multidisciplinaire Zorg)	
Regiefunctie complexe wondzorg	
TOTAAL code 701	0

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2015
Kosten van zorg ivm visuele beperking	
Kosten van zorg ivm auditieve beperking	
Kosten van zorg ivm taalontwikkelingsstoornis	
TOTAAL code 702	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Overige kosten

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2012 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten			
Kosten multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)			
Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)			
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)			
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten	X	X	X
Programma Stoppen met Roken			
Stoppen met roken, gedragsondersteuning	X	X	X
Dieetadvisering in het kader van ketenzorg	X	X	X
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL verzekerden mbt 2014	AANTAL verzekerden mbt 2013
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Programma Stoppen met Roken		
TOTAAL	0	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2013
Geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en		X
Huidtherapie		X
Orthoptie		X
Optometrie		X
TOTAAL code 701	0	0

3.1.14 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	X

720 grensoverschrijdende zorg

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via Zorginstituut Nederland lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. De kosten die lopen via de verzekeraar betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw. Er is één uitzondering, namelijk de tarifieringen: dit betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 4.4.

In de specifieke informatie A wordt het onderscheid naar kosten via het Zorginstituut en kosten via de verzekeraar gevraagd. In de specifieke informatie C wordt een nadere specificatie gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.

Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar

- van Zvw verzekerden die wonen in Nederland
- van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland

U specificeert hier de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen, en het bijbehorend aantal verzekerden naar drie onderdelen. Voor het aantal verzekerden geldt dat u per onderdeel elke verzekerde, die in het verslagjaar gebruik maakt van de betreffende regeling, eenmaal per verslagjaar telt.

De specificatie bevat de volgende drie onderdelen

- Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland:
 - Op basis van een contract tussen zorgverzekeraar en buitenlandse zorgverlener. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het basispakket Zvw;
 - Niet op basis van een contract, behandeling vindt plaats al dan niet na toestemming van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het pakket Zvw, met uitzondering van de zogenoemde tarifieringen. Tarifieringen: bij dit onderdeel verantwoordt u ook de kosten en het aantal verzekerden als er sprake is van toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Het betreft uitsluitend de gevallen waarin de verzekerde geen gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, maar toch vergoeding plaatsvindt op grond van verordening of verdrag en volgens het in het betreffende land geldende pakket. De afhandeling van de nota vindt in dit geval door de zorgverzekeraar plaats.
- Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het basispakket Zvw.

De specificatie van de kosten is in de jaarstaat 2014 uitgebreid met de regel Totaal van toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut. En nog een regel die aansluit op het totaal van code 720.

In de jaarstaat 2015 wordt deze specificatie uitgebreid met een extra kolom, kosten jaar T-1.

Specificaties in de jaarstaat 2014

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG
 KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Op basis van een contract	
	Niet op basis van een contract	
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0
TOTAAL van toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland		0
TOTAAL code 720		0

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Aantal verzekerden mbt 2014
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Op basis van een contract	
	Niet op basis van een contract	
Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland		
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0

3.2 Regeling wanbetalers

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet

In opdracht van VWS organiseert Zorginstituut Nederland de regie in de keten van de nieuwe wanbetalersregeling (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering). Onderdeel hiervan is het uitbrengen van een ketenmonitor. In deze monitor wordt managementinformatie van/voor de ketenpartners verzameld. De informatie van de zorgverzekeraars moet via deze uitvraag aangeleverd worden.

In de vier kwartaalstaten vragen wij verschillende aantallen met betrekking tot verzekeringnemers met een betalingsachterstand.

Aan te leveren gegevens

Ieder kwartaal levert u gegevens aan over de drie afgelopen maanden.

U levert gegevens aan over het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand, het aantal verstuurde twee/viermaandsbrieven, aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling en het aantal bij het Zorginstituut aangemelde wanbetalers.

Toelichting op de uitvraag

Aantal verzekeringnemers met een betalingachterstand.

- U geeft hier het aantal verzekeringnemers op met een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie van de basisverzekering van twee of meer volle maandpremies. Rente en incassokosten laat u buiten beschouwing. Verzekeringnemers met een betalingsregeling en die deze volledig nakomen, telt u niet mee.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. De peildatum is iedere maand de laatste dag van de betreffende maand.
- Per maand telt u het aantal verzekeringnemers dat op de peildatum een achterstand in de premiebetaling heeft van respectievelijk
 - twee of meer, maar minder dan vier volle premiemaanden
 - vier of meer, maar minder dan zes volle premiemaanden
 - zes of meer volle maandpremies.

Aantal verstuurde tweede-, respectievelijk vierdemaandsbrieven.

- U geeft hier het aantal uitgestuurde brieven door zorgverzekeraars aan verzekeringnemers op met cumulatief twee of meer volle maandpremies, respectievelijk cumulatief vier of meer volle maandpremies achterstand bij de premiebetaling.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. U telt iedere maand het totaal aantal tweede-, respectievelijk vierdemaandsbrieven dat in de betreffende maand is verstuurd.
- Uit het 'Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet'
 - Tweedemaands brief: deze brief wordt verstuurd uiterlijk tien dagen nadat de hoogte van de achterstand op de basisverzekering tenminste twee maandpremies bedraagt en er een herinnering en een aanmaning is verstuurd.
 - Vierdemaands brief: deze brief wordt verstuurd uiterlijk tien dagen nadat de hoogte van de achterstand op de basisverzekering tenminste vier maandpremies bedraagt.

Aantal debiteuren met een interne of externe betalingsregeling

- U geeft hier het aantal debiteuren op met een betalingsregeling waarin ten minste –al dan niet uitsluitend- premiebetaling voor de basisverzekering is opgenomen.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.
- Per maand telt u het aantal debiteuren
 - met een interne betalingsregeling
 - met een externe betalingsregeling.

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling

- Indien een verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonbaar dat hij in het kader daarvan een schriftelijke stabilisatieovereenkomst is aangegaan zal de verzekeraar ten aanzien van de aangemelde vordering de lopende incassomaatregelen binnen zes weken vanaf het moment dat de stabilisatieovereenkomst is getekend en voor zover gemaakte afspraken door de verzekeringnemer worden nageleefd, voor een periode van acht maanden opschorten en niet verder verzwaren met rente en kosten. De verzekerde zal in die periode niet door de zorgverzekeraar worden aangemeld bij het Zorginstituut voor de bestuursrechtelijke premie-inning.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.

Aantal wanbetalers (aangemeld bij het Zorginstituut) met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar

- U geeft hier het aantal wanbetalers op dat is aangemeld bij het Zorginstituut met een betalingsachterstand, ingedeeld in drie groepen. Bij de indeling in de groepen neemt u het totaal bedrag aan betalingsachterstand voor de verschuldigde premie van de basisverzekering en voor bijvoorbeeld het eigen risico en inclusief verschuldigde rente en incassokosten.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.
- U telt iedere maand het aantal wanbetalers met een premieachterstand van respectievelijk:
 - minder dan €250 (bij benadering ongeveer twee maandpremies)
 - meer dan €250, maar minder dan €750 (bij benadering meer dan twee, maar minder dan zes maandpremies)
 - meer dan €750 (bij benadering meer dan zes maandpremies, dus een grote openstaande vordering).

Specificaties in kwartaalstaten 2015 1e (model), 2e, 3e en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN WANBETALERS

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van twee of meer, maar minder dan vier volle maandpremies.			
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van vier of meer, maar minder dan zes volle maandpremies.			
Verzekeringnemers die een achterstand in de premiebetaling hebben van zes of meer volle maandpremies.			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Verstuurde tweedemaandsbrieven			
Verstuurde vierdemaandsbrieven			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Debiteuren met een <i>interne</i> betalingsregeling, al dan niet uitsluitend voor premiebetaling.			
Debiteuren met een <i>externe</i> betalingsregeling, al dan niet uitsluitend voor premiebetaling.			
Actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling.			

	AANTAL januari	AANTAL februari	AANTAL maart
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van minder dan € 250.			
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van meer dan € 250, maar minder dan € 750.			
Wanbetalers (bij CVZ aangemeld) met een betalingsachterstand van meer dan € 750.			

4 Definities Kosten en Productie

4.1 Kostenbegrip

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.2.1 Kolommen kwartaalstaten

4.2.2 Kolommen jaarstaat

4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

4.4 Instellingen

Definities Kosten en Productie

In dit hoofdstuk zijn diverse definities opgenomen. Het betreft:

- een definitie van het kostenbegrip zoals dat in de verantwoording over de Zorgverzekeringswet vanaf 2006 van toepassing is (4.1);
- definities van de kolommen in de kwartaalstaten (4.2.1) en in de jaarstaat (4.2.2);
- definities van de kostenrubrieken en kostencodenummers zoals die bij de verantwoording van de kosten van prestaties gelden (4.3);
- definities van de aansluitingsregels met De Nederlandsche Bank (4.3);
- toelichting op de indeling van instellingen (4.4).

4.1 Kostenbegrip

Welke kosten verantwoordt u wel en niet in de kwartaal- en jaarstaten?

In de kwartaal- en jaarstaten verantwoordt u uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden (verzekerde zorg). U verantwoordt de kosten bij de rubrieken 01 tot en met 16 (in de kostenverzamelstaat en in alle specificaties) inclusief de kosten die ten laste komen van

- de no-claim (tot 2008)
- het (vrijwillige en vanaf 2008 ook het verplichte) eigen risico van verzekerden.

Dit zijn de totale lasten zoals opgenomen in de kostenverzamelstaat met de naam 'TOTAAL LASTEN (bruto schade, definitie Zorginstituut Nederland). Deze totale lasten vallen binnen de risicoverevening.

Zorgverzekeraars die een eigen instelling exploiteren (bijvoorbeeld een apotheek) verantwoorden de zorgkosten, gebaseerd op de rechtsgeldige/marktconforme tarieven.

Coulance betalingen, extra verstrekkingen buiten de Zvw via collectiviteiten en kosten na uitschrijving mogen niet ten laste van de Zvw gebracht worden. (Inkoop) bonussen en kortingen en andere crediteringen op kosten Zvw moeten ten gunste van de betreffende kosten Zvw worden gebracht (dus in mindering op de kosten van prestaties).

De overige zorgkosten, die verzekerden zelf moeten betalen, neemt u in de verantwoording niet mee. Het gaat hierbij ondermeer om (op te leggen) eigen betalingen op grond van wettelijke bepalingen (bijvoorbeeld bij een maximum aantal behandelingen c.q. een maximum vergoeding in de aanspraak Zvw), bijbetalingen in geval een verzekerde met een polis waarin sprake is van zorgcontractering naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen.

Hieronder vindt u een cijfervoorbeeld van de verantwoording van de schade:

Nota van zorgverlener:	€ 1.000,-
No-claim verzekerde:	€ 75,-
Eigen risico verzekerde:	€ 100,-
Bijbetalingen verzekerde:	€ 50,-

Verantwoording bij TOTAAL LASTEN, bruto schaden, definitie Zorginstituut Nederland: € 950,- (€ 1.000,- -/- €50,-)

Verantwoording (op te leggen) bijbetalingen verzekerde: niet in Zorginstituut staten.

Specificatie kosten ten laste van het eigen risico: bij de verschilposten met het schadebegrip met de Nederlandsche Bank, is onder meer een regel opgenomen voor de kosten die ten laste van het eigen risico komen (codenummer 910 voor het vrijwillige eigen risico en codenummer 915 voor het verplichte eigen risico). Deze kosten maken geen deel uit van de schadedefinitie van DNB en wel van de schadedefinitie van Zorginstituut Nederland.

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, zoals hierna beschreven in 4.2., vindt plaats op basis van de geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen en de na die datum ontvangen en nog te ontvangen declaraties.

De balanspost moet de meest actuele raming weergeven op het moment van afsluiten van de betreffende kwartaal- of jaarstaat gegeven de aanleverdatum. Het is niet toegestaan dat in de jaarstaat wordt aangesloten op de jaarrekening, als die afsluitdatum eerder is waardoor de ramingen niet meer actueel zijn.

Als u met zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over een lumpsum, plafond etc. dan moet u die afspraken, voor zover het prestaties Zvw betreft, verwerken in de balanspost. De kolom 'ontvangen en geaccepteerde declaraties' geeft de feitelijk ontvangen declaraties weer voor de in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/ in de verslagperiode geopende DBC zorgproducten. De balanspost in de kolom 'Lasten inclusief balanspost' kan dus negatief zijn. Nadat de (administratieve) vereffening met de zorgaanbieders heeft plaatsgevonden verwerkt u deze in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties', uiterlijk in de jaarstaat over T+2. Na deze vereffening is er geen balanspost meer.

De vereffening moet verwerkt worden in de verdeling naar codenummers en in de gevraagde specificaties in de jaarstaat. Indien de verschillen niet op het gevraagde niveau bekend zijn, worden deze via een logische verdeelsleutel toegerekend. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd. Zie verder het protocol van de NZa.

Opbrengstverrekeningen via de NZa

In de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen) van (de nog resterende) opbrengstverrekeningen via de NZa op basis van vaste bedragen tussen de volgende instellingen en zorgverzekeraars.

- long-/astma-instellingen, epilepsiecentra en het Beatrixoord;
- curatieve GGZ-instellingen;
- geriatrische revalidatie-instellingen.

In overleg met de NZa is besloten dat het Zorginstituut voor nieuwe verrekeningen met regionale ambulancevoorzieningen, huisartsenlaboratoria en trombosediensten geen correcties meer uitvoert op de schadelastbedragen in de jaarstaat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar moet de informatie van de NZa over deze verrekeningen zelf in de kwartaal- en jaarstaten verwerken bij de betreffende codenummers, in het verslagjaar waarin u de bedragen voorlopig dan wel definitief verrekent. Voor zover mogelijk houdt u in de kwartaal- en jaarstaten in de balanspost ook rekening met de meest actuele inschatting van deze verrekeningen. Opbrengstverrekening via de NZa vindt met huisartsenlaboratoria en trombosediensten plaats over de jaren 2012 en 2013 en met regionale ambulancevoorzieningen over het jaar 2012 en verder.

Zorginkoop in representatiemodel

Wij hebben begrepen dat ZN/zorgverzekeraars het voornemen hebben om in 2015 de prestaties verpleging en verzorging, de experimenten ketenzorg dementie en de prestaties voor zintuiglijk gehandicapten volgens het representatiemodel in te kopen. De (verwachte) toerekeningen aan ieders verzekerden moeten volgens een logische verdeling plaatsvinden en moet u verantwoorden in de kwartaal- en jaarstaten bij de betreffende codenummers en in de specificaties.

4.2 Kolommen kostenverzamelstaat

4.2.1 Kolommen kwartaalstaten

Kolom 1: Lasten jaar T inclusief balanspost

In de eerste kolom geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar weer. In de eerste kolom 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekeren verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.
- en tevens de **balanspost over het hele jaar**: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's **en** de meest actuele raming van de over het hele jaar nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's dan wel de afspraken over lumpsum, plafond etc.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930).
- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen.

Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal t jaar T

In de tweede kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal jaar T' verantwoordt u

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekeren verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost over het hele jaar.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930).
- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen.

Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost

De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste van jaar T-1 komt.

In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-1 aan verzekeren verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's dan wel de afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van

de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer automatisch gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk of kleiner.

Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1

In de vierde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar T-1.

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer automatisch gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk of kleiner.

Kolom 5: Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost

De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste van jaar T-2 komt.

In de vijfde kolom 'Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. En tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006)
- en tevens de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's dan wel de afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde.

Kolom 6: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder

In de zesde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. En tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006).

Het verschil tussen kolom 5 en kolom 6 betreft dus de balanspost jaar T-2 en ouder.

Uitzondering

- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 6 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde.

Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2015

Schadejaar 2015	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2015 m.b.t 2015	170
Balanspost	
In juli 2015 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2015	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2015	250

Schadejaar 2014	
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2014	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2015 m.b.t 2014	70
Balanspost	
In juli 2015 ontvangen declaraties m.b.t 2014	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2014	25

Schadejaar 2013 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2013	350
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2013	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2015 m.b.t 2013	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2015 m.b.t 2006 t/m 2012	3
Balanspost	
In juli 2015 ontvangen declaraties m.b.t 2013	5
In juli 2015 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2012	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2013	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2012	2

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2015

Kolom 1	440 (170+20+250)
Kolom 2	170
Kolom 3	500 (400+70+5+25)
Kolom 4	470 (400+70)
Kolom 5	491 (350+100+25+3+5+1+5+2)
Kolom 6	478 (350+100+25+3)

4.2.2 Kolommen Jaarstaat

Kolom 1: Lasten jaar T inclusief Balanspost

De eerste kolom geeft de totale schade jaar T weer die ten laste komt van jaar T.

In de eerste kolom 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele raming van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's dan wel de afspraken over lumpsum, plafond.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930).
- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer automatisch gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk of kleiner.

Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T

In de tweede kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930).
- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer automatisch gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk of kleiner.

Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost

De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste komt van jaar T-1.

In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's dan wel de afspraken over lumpsum, plafond etc.

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.

Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1

In de vierde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost.

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het Zorginstituut heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.

Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder

De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste komt van jaar T-2.

In de vijfde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1 en de in jaar T-2) ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip
- en tevens de in jaar T ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006; inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.

Uitzondering

- In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het Zorginstituut heeft ontvangen.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2014

Schadejaar 2014	
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2014	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2015 ontvangen declaraties m.b.t 2014	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2014	80

Schadejaar 2013	
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2013	400
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2013	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2015 ontvangen declaraties m.b.t 2013	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2013	15

Schadejaar 2012 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2012 m.b.t 2012	300
Ontvangen declaraties in 2013 m.b.t 2012	100
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2012	40
Ontvangen declaraties in 2015 over oude jaren (2006 t/m 2011)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2014

Kolom 1	500 (360+60+80)
Kolom 2	360
Kolom 3	510 (400+90+5+15)
Kolom 4	490 (400+90)
Kolom 5	450 (300+100+40+10)

4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

Kostenrubriek/Kosten-codenummer	Omschrijving	Vervallen/nieuw
01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg		
503	Bijzondere betalingen	
504	Avond-, nacht- en weekenddiensten	
505	Inschrijftarieven	
506	Consultarieven	
507	Overige tarieven	nieuw in 2015
510	Multidisciplinaire zorg	nieuw in 2015
515	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen	nieuw in 2015
516	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	nieuw in 2015
02 Farmaceutische zorg		
520	Kosten van farmaceutische zorg	
03 Verpleging en Verzorging		nieuw in 2015
530	Kosten van verpleging en verzorging	nieuw in 2015
04 Mondzorg		
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden	
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden	
561	Kosten van gebitsprothesen	
05 Verloskundige zorg		
580	Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	
581	Kosten verloskundige zorg door huisartsen	
06 Medisch specialistische zorg		
545	Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie	
610	Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	
611	Overige zorgproducten	nieuw in 2012
612	Kosten Add-on's	nieuw in 2012
613	Kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	vervallen in 2015
613.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	nieuw in 2015
614	Honoraria DBC-zorgproduct gereguleerde segment	vervallen in 2015
615	Kosten DBC-zorgproduct vrije segment	vervallen in 2015
615.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	nieuw in 2015
616	Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment	vervallen in 2015
617	Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten	vervallen in 2013
618	Kosten en honoraria overige trajecten en Verrichtingen	vervallen in 2013
619	Kosten en honoraria extramuraal werkende Specialisten	

07 Paramedische zorg		
620	Kosten van fysiotherapie	
621	Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar	
623	Kosten van logopedie	
624	Kosten van ergotherapie	
625	Kosten van dieetadvisering	
08 Hulpmiddelenzorg		
640	Kosten van hulpmiddelenzorg	
09 Ziekenvervoer		
650	Kosten van vervoer per ambulance/helikopter	
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	
10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg		
660	Kosten eerstelijnspsychologische zorg	vervallen in 2014
661	Kosten van specialistische GGZ met verblijf (1 jr)	
661.1	Kosten langdurige GGZ (jaar 2 en 3 van verblijf)	nieuw in 2015
662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf	
664	Kosten overige producten GGZ	vervallen in 2014
665	Kosten generalistische basis GGZ	nieuw in 2014
11 Geriatrische revalidatie		
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg	nieuw in 2013
12 Kraamzorg		
680	Kosten van kraamzorg	
13 Overige kosten		
700	Overige kosten	
701	Kosten van overige geneeskundige zorg	nieuw in 2014
702	Kosten van zorg Zintuiglijk gehandicapten	nieuw in 2015
15 Grensoverschrijdende zorg		
720	Kosten van grensoverschrijdende zorg	
16 Kwaliteitsgelden		
730	Kosten van kwaliteitsgelden	nieuwe naam in 2014
22 Opbrengstenverhaal		
890.1	Opbrengsten verhaal	
910	Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico van verzekeren	
915	Schade t.l.v. van het verplicht eigen risico van verzekeren	
920	Schade afhandelingskosten	
930	Prudentiemarge balanspost	

01 Huisartsenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestaties huisartsenzorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking en een aantal verrichtingen bij de Module Modernisering en Innovatie. De kosten van verloskundige zorg door huisartsen, inclusief het abonnementstarief voor echoscopisch onderzoek bij zwangerschap, verantwoordt u bij code 581, kosten verloskundige zorg door huisartsen.

Met ingang van 2015 is deze rubriek uitgebreid met de Multidisciplinaire zorg. Als gevolg hiervan zijn er nieuwe codes bij gekomen en is de inhoud van de bestaande codes veranderd. Alle onderstaande prestaties, met de voorwaarden en beperkingen, worden ook beschreven in de beleidsregels, regelingen en tarievenlijst van de NZa voor de Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg.

LET OP: prestaties voor militairen, gemoedsbezwaarden en asielzoekers zijn GEEN prestaties Zvw.

Met ingang van 2015

503 Bijzondere betalingen

- Module achterstandsfonds.
- M&I verrichtingen, de M&I verrichtingen (alleen Zvw-zorg) zoals beschreven in de tarievenlijst Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg. U verantwoordt hier ook de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa, gedeclareerd door huisartsen.
- Overig
 - In rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie;
 - In rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus niet de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek);
 - In rekening gebrachte kosten van entstoffen, laboratoriumkosten en de kosten van het maken van een ECG;
 - Verbruiksmaterialen.

504 Avond-, nacht- en weekenddiensten

- ANW-verrichtingen in HDS/buiten HDS.

505 Inschrijftarieven

- De kosten van inschrijftarieven (inclusief vergoeding digitale declaratie) voor op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden.

506 Consulttarieven

- De kosten van (telefonische/e-mail) consulten en visites door een huisarts.
- De kosten POH GGZ: Alle prestaties van de POH GGZ, behalve de Module POH GGZ. Dus de consulten, de visites, de telefonische-, e-mail- en groepsconsulten.

507 Overige tarieven

- Module POH GGZ.
- S1 verrichtingen. Overige S1-verrichtingen: Chirurgie, Intensieve zorg-dag, Intensieve zorg-ANW, Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris en Oogboring.
- Vaccinaties, anders dan tijdens een consult of een visite. Hier verantwoordt en specificieert u ook de vaccinaties voor passanten en vaccinaties ANW.
- Passantentarieven: het betreft hier de tarieven voor incidentele en acute zorgverlening door huisartsen op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachtig in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal één zorgverzekeraar.

510 Multidisciplinaire zorg

- Multidisciplinaire zorg DM2/VRM.
- Multidisciplinaire zorg COPD/astma.
- Module geïntegreerde eerstelijnszorg. Zowel voor samenwerkingsverbanden met als zonder rechtspersoonlijkheid.

515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning ketenzorg.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning ketenzorg.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, wordt verantwoord bij Rubriek 02 Farmaceutische zorg.

Tot en met 2014

503 Bijzondere betalingen

De kosten van huisartsenzorg voor:

- Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ (NZa code 11201);
- Module achterstandsfonds (NZa code 11300);
- Module Modernisering en Innovatie ten behoeve van decentrale afspraken gespecificeerd naar de totale kosten van bedragen per verzekerde (NZa code 14100 t/m 14999) en de kosten van verrichtingen (NZa codes 13000 t/m 13xxx). Deze laatste, de 13xxx codes, zoals beschreven in de beleidsregel CU-7091, Verrichtingenlijst M&I. Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren kunnen niet ook de NZa codes 13029, 13030 en 13031 declareren. U verantwoordt hier ook de prestaties diagnostiek, opgenomen in de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek van de NZa, gedeclareerd door huisartsen.
- Passantentarieven: het betreft hier de tarieven voor incidentele en acute zorgverlening door huisartsen op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachtig in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal één zorgverzekeraar (NZa codes 12400 t/m 12404).
- Overige kosten:
 - In rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie (NZa code 12815);
 - In rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus niet de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek);
 - In rekening gebrachte kosten van entstoffen en laboratoriumkosten (NZa codes 12008, 12009, 12408 en 12409);
 - Verbruiksmaterialen (NZa codes 12900 t/m 12907 en inclusief de kosten van het

- ECG-tarief, NZa code 12700);
- Vaccinaties (NZa codes 12006, 12106, 12406 en 12206 anders dan tijdens een (telefonisch) consult of een visite).

504 Avond-, nacht- en weekenddiensten

De kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen

- die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS), hier verantwoordt u de tarieven die de HDS-en declareren voor (telefonische) consulten, visites en herhalingsrecepten (zie overzichten tarieven huisartsendienstenstructuren NZa)
- die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) (NZa codes 12200 t/m 12204).

505 Inschrijftarieven

- De kosten van inschrijftarieven (inclusief vergoeding digitale declaratie) voor op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden (NZa codes 11000 t/m 11104).

506 Consulttarieven

- De kosten van (telefonische/e-mail) consulten en visites door een huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts (POH) (NZa codes 12000 t/m 12004, 12007, 12100 t/m 12104 en 12110 t/m 12115). Praktijkondersteuning betreft alleen de POH GGZ. Met ingang van 2014 is er een nieuwe prestatie, groepsconsult, 12116.

02 Farmaceutische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

520 Kosten van farmaceutische zorg

- kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering, ongeacht de soort afleveraar. N.B. Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaseziekten verantwoordt u bij code 611
- afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel, ongeacht de soort afleveraar
- kosten van 'niet verstrekking gerelateerde prestaties', alleen de prestaties 2 t/m 7. De prestaties 8 t/m 13 zijn geen prestaties Zvw. Zie hiervoor de bijlage bij de prestatiebeschrijvingsbeschikking farmaceutische zorg.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, verantwoordt u ook bij rubriek 02 farmaceutische zorg.

Afleveraars van geneesmiddelen in het kader van de prestatie farmaceutische zorg zijn bijvoorbeeld: apothekers, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken die extramuraal afleveren en gespecialiseerde leveranciers voor bijzondere leveringen.

De kosten van verbandmiddelen verantwoordt u bij rubriek 08, code 640 Hulpmiddelenzorg. De zogenoemde 'dure en weesgeneesmiddelen' verantwoordt u bij rubriek 06, medisch specialistische zorg, code 612 Add-ons.

03 Verpleging en Verzorging

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

530 Kosten van Verpleging en Verzorging

- De kosten van de volgende prestaties: Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, Advies-instructie-voorlichting (AIV) en wijkgericht werken.
- Bij de specificatie van code 530 vallen AIV, wijkgericht werken (oa STOEL wijkverpleging) en de kosten voor prestaties Experimenten regelarme instellingen onder 'Overige kosten'.
- Ook de Intensieve kindzorg wordt via bovenstaande prestaties gedeclareerd en verantwoord bij code 530.
- Zowel Verpleging en Verzorging als Intensieve kindzorg kan via een PGB gefinancierd worden. Ook dan worden deze kosten verantwoord bij code 530.

De verantwoording van de kosten MSVT blijft bij rubriek 06, code 611.

De kosten Experimenten ketenzorg dementie worden verantwoord bij code 700.

04 Mondzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

560.1 Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden

Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden door tandartsen volgens het Besluit zorgverzekering.

- Op röntgendiagnostiek door een algemeen practicus bestaat uitsluitend aanspraak ten behoeve van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg, artikel 2.7., lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering).
- De aanspraak op implantaten in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7., lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) is inclusief suprastructuren en prothesen.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).
- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak volgens artikel 2.7 lid 5 sub b van het Besluit zorgverzekering verantwoordt u bij code 561.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor volwassen verzekerden.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.1.

560.2 Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden

- Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden, dit zijn verzekerden tot en met 17 jaar, volgens het Besluit zorgverzekering.
- Röntgendiagnostiek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor jeugdige verzekerden.
- Met ingang van 2012 verantwoordt u hier ook de Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.2.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).

561 Kosten van gebitsprothesen

- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, volgens artikel 2.7., lid 5, sub b van het Besluit zorgverzekering. Inclusief reparatie en rebasing.

05 Verloskundige zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

580 Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen.
- Prestaties van de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door verloskundigen.

581 Kosten van verloskundige zorg door huisartsen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg, inclusief diagnostiek, verleend door huisartsen.

06 Medisch specialistische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

545 Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie

Kosten en techniekkosten voor kaakchirurgen

- De honorariumcomponent kaakchirurgen in de tarieven in de tarieflijst 'kaakchirurgische hulp' van de NZa en volgens het Besluit zorgverzekering.
- OZP Overige verrichtingen, honorariumcomponent kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie (Tarieventabel DBC zorgproducten).
- Dit kunnen declaraties zijn voor zowel specialisten in loondienst als voor vrijgevestigde specialisten.

Wat u NIET bij code 545 verantwoordt, vervalt miv 2015!

- de honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen, deze verantwoordt u bij code 611.

Het specialisme kaakchirurgie valt **niet** onder de DBC-financiering;

LET OP: Met ingang van 2015 zijn ook de kaakchirurgen overgegaan op integrale tarieven. Het onderscheid tussen kosten kaakchirurgen en kosten anesthesie/kosten ziekenhuis is hiermee vervallen. Met ingang van 2015 vallen de kosten kaakchirurgen, eventuele techniekkosten en de OZP kaakchirurgie (hierbij ook de Dagverpleging – en Verpleegdag kaakchirurgie) onder 545 Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie.

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten (inclusief verrekeningen via de NZa).
- Alle kosten die huisartsenlaboratoria declareren worden verantwoord bij 610, ongeacht wie de aanvrager is.
- Tevens de betalingen aan de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatie Stichting.

611 Overige zorgproducten

Overige zorgproducten volgens de Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten van de NZa. Niet alle van de 'overige zorgproducten' worden verantwoord bij 611. De volgende overige zorgproducten worden **niet** bij 611 verantwoord:

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add-on IC', verantwoordt u bij code 612;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 700;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, tarieven voor eerstelijns psychologische zorg, verantwoordt u bij code 660.
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, kosten van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545 (t/m 2014 alleen de honorariumcomponent bij code 545);
- Kosten van overige zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten. Deze kosten verantwoordt bij code 619.
- OZP's die door huisartsenlaboratoria gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 610.

Alle kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie worden wel verantwoord bij code 611. De kosten gedeclareerd door overige zorgaanbieders (niet zijnde een academisch of algemeen ziekenhuis of ZBC) neemt u op bij de categorie 'Overige zorgaanbieders'.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Eventueel nagekomen declaraties van vóór de DBC-financiering van instellingen, bv van de revalidatie- of audiologische centra, en van code 606 Verpleging in categorale ziekenhuizen, kunnen hier verantwoord worden. Als ook de nagekomen declaraties van code 617 en 618.

612 Kosten van Add-on's

Add-on's zijn apart te declareren overige zorgproducten. Behandelingen op de IC en dure en weesgeneesmiddelen. De add-on's worden door de grouper bepaald. Tarieven van add-on's die tot en met 2011 onder een andere tarieflijst en codenummer vielen verantwoordt u vanaf 2012 bij deze code. Met ingang van 2013 staan de Add-on's in de Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten van de NZa onder overige zorgproducten.

613 Kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kostencomponent** van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment.

Met ingang van 2015 zijn voor de medisch specialistische zorg integrale tarieven vastgesteld. Het onderscheid tussen kosten en honoraria komt te vervallen, dus ook de codes 613 en 614. Hiervoor in de plaats komt met ingang van 2015 de nieuwe code 613.1.

614 Honoraria van DBC-zorgproducten gereguleerde segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle **honoraria** van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Alle honorariabedragen per DBC-zorgproduct worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.

615 Kosten van DBC-zorgproducten vrije segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kostencomponent** van DBC-zorgproducten vrije segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. N.B: De zorg die in deze instellingen plaatsvindt, valt normaal gesproken niet onder het B segment.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

615.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment.

Met ingang van 2015 zijn voor de medisch specialistische zorg integrale tarieven vastgesteld. Het onderscheid tussen kosten en honoraria komt te vervallen, dus ook de codes 615 en 616. Hiervoor in de plaats komt met ingang van 2015 de nieuwe code 615.1.

616 Honoraria van DBC-zorgproducten vrije segment

Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle **honoraria** van DBC-zorgproducten vrije segment van:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. N.B: De zorg die in deze instellingen plaatsvindt, valt normaal gesproken niet onder het B segment.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Alle honorariabedragen per DBC worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.

617 Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten

Voor alle van toepassing zijnde specialismen de **kosten en honoraria** van ondersteunende en overige producten, volgens de tarieflijst van de NZa, uitgevoerd door:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra, productiesamenwerkingsverbanden (deze laatste vanaf 2012) en incidenteel AWBZ/Wlz-instellingen.

Tevens verantwoordt u hier de kosten voor verpleging in de thuish situatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Exclusief

- NZa code A801 in de Tarieflijst instellingen, dit betreft de op basis van de tarieflijst 'ondersteunende producten' gedeclareerde medisch specialistische zorg in huisartsenlaboratoria en samenwerkingsverbanden (deze laatste tot en met 2011) die u verantwoordt bij code 610.
- De kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk. Deze kosten verantwoordt u bij code 619.
- De kosten van extramurale paramedische zorg in instellingen. Deze verantwoordt u, onder de daar geldende voorwaarden, bij rubriek 07 Paramedische zorg.

Deze code vervalt met ingang van 2013. De meeste prestaties gaan naar code 611.

Eventueel nagekomen declaraties kunnen verantwoord worden bij 611.

618 Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen

De **kosten en honoraria** van overige trajecten en verrichtingen volgens de tarieflijsten van de NZa voor:

- Academische ziekenhuizen;
- Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra, de revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen);
- ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen;
- Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra.

Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen verwijs ik u naar hoofdstuk 4.4.

Inclusief

- De honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige verrichtingen' van de NZa.

Exclusief

- De honorariumcomponent kaakchirurgie, die met ingang van 2009 is opgenomen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige verrichtingen' van de NZa. Deze kosten verantwoordt u bij code 545.
- De kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk. Deze kosten verantwoordt u bij code 619.
- De kosten van extramurale paramedische zorg in instellingen. Deze verantwoordt u, onder de daar geldende voorwaarden, bij rubriek 07 Paramedische zorg.

Deze code vervalt met ingang van 2013. De meeste prestaties gaan naar code 611.
Eventueel nagekomen declaraties kunnen verantwoord worden bij 611.

619 Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten en honoraria van DBC-zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk alsmede de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen (t/m 2012)/met ingang van 2013 de kosten en honoraria van Overige producten (611) in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk.

07 Paramedische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

620 Kosten van fysiotherapie

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- De volgende prestaties in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa zijn geen verzekerde zorg Zvw: f. zitting psychosomatische fysiotherapie, i. telefonische zitting, s. groepszitting van meer dan 10 personen, v.toeslag buiten reguliere werktijden en x. verstrekte verband- en hulpmiddelen (alleen voor zover verwerkt in het zittingentarief). De prestaties n., y. en z. (rapporten) komen alleen ten laste van de Zvw als het gaat om resultaat van onderzoek. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.
- Met ingang van 2011 kunnen maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie ten laste van de Zvw verantwoord worden.

621 Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefentherapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- De volgende prestatie in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa is geen verzekerde zorg Zvw: c. psychosomatische oefentherapie. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.

623 Kosten van logopedie

Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor logopedie (zowel Individueel verleende zorg, Groepsbehandeling als Onderzoek), voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.

624 Kosten van ergotherapie

- Kosten van enkelvoudige extramurale ergotherapie verleend door (gecontracteerde) vrijgevestigde ergotherapeuten.
- Kosten van enkelvoudige ergotherapeutische zorg door een ergotherapeut die is verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorginstelling.

625 Kosten van dieetadvisering

Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor extramurale dieetadvisering in instellingen en buiten instellingen. Deze prestatie is miv 2012 vervallen, alleen dieetadvisering in het kader van ketenzorg is een prestatie Zvw. Zie hiervoor bij rubriek 13. M.i.v. 2013 is dit weer een prestatie Zvw.

08 Hulpmiddelenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

640 Kosten van hulpmiddelenzorg

- Kosten van hulpmiddelen verschaft in eigendom dan wel in bruikleen, kosten van reparaties en van hulpmiddelen verstrekt in bruikleen tevens de kosten van onderhoud.
- Prestaties volgens § 1.4. Hulpmiddelenzorg uit de Regeling zorgverzekering.

09 Ziekenvervoer

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

650 Kosten van vervoer per ambulance/helikopter

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

De kosten van helikoptervluchten via traumacentra verantwoordt u niet hier, maar bij rubriek 06 Medisch specialistische zorg.

De medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, code 618. Met ingang van 2012 verantwoordt u deze kosten bij de add-on's, code 612. Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

De kosten van regionale ambulancevoorzieningen zijn inclusief verrekeningen via de NZa.

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Met ingang van 2015 is alle GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar geen Zvw-zorg meer. Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGZ-zorgaanbieders en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611, behalve de OZP's gedeclareerd door de huisartsenlaboratoria die bij 610 verantwoord worden.

660 Kosten van eerstelijnspsychologische zorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

NB: Een verzekerde heeft recht op 8 zittingen per kalenderjaar. Met ingang van 2012 heeft een verzekerde recht op 5 zittingen.

Deze code vervalt met ingang van 2014.

661 Kosten specialistische GGZ met verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 661. Deze kosten kunnen naast de kosten van deelprestatie(s) voor 24-uursverblijf in 2013 zijn: kosten van behandeling, electroconvulsietherapie en beschikbaarheidcomponent crisis. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon.

De periode van de deelprestatie verblijf kan korter zijn dan de duur van de DBC. Dit is het geval als een cliënt vóór opname of na ontslag ambulant wordt behandeld. De gehele DBC en de (kortere) deelprestatie verblijf verantwoordt u bij code 661. Echter, als de DBC na 365 dagen wordt afgesloten, maar de cliënt wordt nog ambulant doorbehandeld en er wordt een nieuwe DBC (zonder deelprestatie verblijf) geopend, dan verantwoordt u de kosten van die nieuwe DBC (zonder verblijf) bij code 662.

NB: De deelprestatie Verblijf zonder overnachting wordt niet beschouwd als verblijf. Deze deelprestatie verantwoordt u bij 662.

661.1 Kosten langdurige GGZ (LGGZ)

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Kosten specialistische GGZ met verblijf, jaar 2 en 3. Deze zorg is overgeheveld vanuit de AWBZ en wordt (voorlopig) gedeclareerd middels ZZP's.

662 Kosten specialistische GGZ zonder verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Met ingang van 2009 verantwoordt u hier ook de kosten van diagnostiek en behandeling Dyslexie. Met ingang van 2015 is dyslexie geen Zvw-zorg meer.

Als er geen sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij code 662. Deze kosten kunnen in 2013 zijn: kosten van behandeling, electroconvulsietherapie, beschikbaarheidcomponent crisis en verblijf zonder overnachting. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon.

664 Kosten van overige producten GGZ

Alleen de kosten van geïndiceerde preventie voor hoog risicogroepen en medicijnkosten methadon vallen onder de prestaties Zvw. In 2013 is methadonverstrekking een deelprestatie geworden. U blijft deze kosten over 2013 verantwoorden bij code 664.

In 2014 vervalt deze code. Met ingang van 2014 is de geïndiceerde preventie geen prestatie GGZ meer. De kosten van de deelprestatie Methadon verantwoordt u met ingang van 2014 bij code 661 dan wel code 662.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Nieuwe code met ingang van 2014.

Hieronder vallen de prestaties Basis GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch.

Alleen in 2014 is er de transitieprestatie voor doorlopende behandelingen uit 2013.

Nieuw in 2015 is de prestatie Onvolledig behandeltraject.

11 Geriatrische revalidatiezorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

670 Kosten van geriatrische revalidatiezorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Het betreft de kosten van geriatrische revalidatiezorg verleend door specialisten ouderengeneeskunde.

12 Kraamzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

680 Kosten van kraamzorg

Kosten van kraamzorg ten huize van de verzekerde onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum en kosten van kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie.

13 Overige kosten

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

De prestaties binnen projecten in het kader van de hierna genoemde beleidsregels moeten overeenstemmen met de prestaties waarop de Zvw recht geeft.

Voor de beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' geldt dat u alleen de vergoedingscomponent voor zorg die valt onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw verantwoordt.

700 Kosten van Overige kosten

- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving.
- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de Nza. Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving. M.i.v. 2015 naar rubriek 01.
- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'. M.i.v. 2015 naar rubriek 01.
- Kosten van het programma Stoppen met roken op basis van de beleidsregel Stoppen met Roken van de NZa. In 2012 is dit geen verzekerde zorg. M.i.v. 2013 is dit wel weer een prestatie Zvw.
- Kosten van gedragsondersteuning bij stoppen met roken, volgens beleidsregel CU-7057, in 2012. Deze prestatie vervalt weer m.i.v. 2013.
- Kosten dieetadvisering in het kader van ketenzorg. In 2012 was dieetadvisering geen te verzekeren prestatie. Alleen binnen de multidisciplinaire zorgverlening bij de chronische aandoening Diabetes Mellitus, Cardiovasculair Risicomanagement en COPD was dieetadvisering een verzekerde prestatie. Als deze kosten als losse prestatie gedeclareerd worden, moeten deze hier verantwoord worden. Deze prestatie vervalt m.i.v. 2013.
- Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Deze kosten verantwoordt u met ingang van 2014 bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden.
- Experimenten ketenzorg dementie. Nieuwe prestatie m.i.v. 2015.

701 Kosten van overige geneeskundige zorg

- Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa.
- Met ingang van de jaarstaat 2013 verantwoordt u hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611 behalve de OZP's gedeclareerd door de huisartsenlaboratoria die bij 610 verantwoord worden.
- Hier verantwoordt u ook de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft: huidtherapie, orthoptie en optometrie. De kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg betreft (bijvoorbeeld bij huidtherapie: uitsluitend epilatie bij transseksuelen), de zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan.

- Met ingang van 2015 komen hier drie prestaties bij: Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet behorend bij MDZ) en regiefunctie complexe wondzorg.

702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten

Nieuwe code miv 2015.

- Zorg ivm visuele beperking.
- Zorg ivm auditieve beperking.
- Zorg ivm taalontwikkelingsstoornis.

Aan bovenstaande prestaties kunnen nog uittoeslagen worden toegerekend.

15 Grensoverschrijdende zorg

720 Kosten van grensoverschrijdende zorg

Bij deze rubriek verantwoordt u alleen de kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland in de hierna beschreven situaties. De in Nederland gemaakte kosten van prestaties Zvw van de hierna genoemde verzekerden verantwoordt u bij de rubrieken 01 tot en met 13 en 16 en niet bij rubriek 15.

In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid en naar vergoeding op basis van de polis Zvw.

- **Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid:** dit betreft kosten gemaakt in het buitenland op basis van afspraken tussen Nederland en het betreffende land, die zijn vastgelegd in verordeningen of verdragen. Vergoeding vindt in dat geval plaats op basis van het in het betreffende land geldende pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle EU/EER landen en de overige verdragslanden waar Nederland een verdrag mee heeft. Een lijst van de EU/EER en overige verdragslanden kunt u vinden op de website van het Zorginstituut onder informatie voor consumenten/Verzekering en zorg buitenland/Zorg op vakantie. Op de website treft u ook informatie aan over welke landen in welke (hierna genoemde) situatie van toepassing zijn. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten die via het Zorginstituut lopen, vindt **uitsluitend** plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut ontvangt en is dus zonder balanspost. Daarin zijn de door het Zorginstituut uit het buitenland ontvangen 125 formulieren verwerkt nadat ze zijn geverifieerd door de zorgverzekeraar.

Let op: Met ingang van de kwartaal- en jaarstaten 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. Dit betekent dat voor de verantwoording de beoordeling door de zorgverzekeraar alsnog moet plaatsvinden, als dit in het verwerkingsproces buitenlandsedeclaraties stilzwijgend is gebeurd. De bedragen die u verantwoordt zijn vanaf de zorgkosten buitenland 2014 niet meer automatisch gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk aan of kleiner dan de bedragen in de brief. Ook voor de risicoverevening, en de kosten per verzekerde bestanden, geldt dat slechts de kosten kunnen worden ingebracht waarvan u de rechtmatigheid heeft vastgesteld.

De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden (de kosten in het kader van de derde toepassing zijn geen onderdeel van de opgave van het Zorginstituut):

- 1) Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 22, EG verordening nr 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling. De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier. Verantwoording vindt uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut ontvangt.
- 2) Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, dan vindt verantwoording uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut ontvangt.
- 3) Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde geen gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde tarifieringen). Dit kan alleen bij landen waarmee een tarifieringovereenkomst is afgesloten. In dit geval vindt de verantwoording plaats op basis van de bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten (kosten via verzekeraar en niet via het Zorginstituut).
- 4) Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland. Verantwoording vindt uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut ontvangt.

- **Vergoeding op basis van polis Zvw:** vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten vindt in dit geval plaats op basis van het in Nederland geldende (basis)pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle landen van de wereld. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten vindt plaats op basis van de nota's die de zorgverzekeraar van zijn verzekerden ontvangt (en die voor vergoeding in aanmerking komen).

Toepassing no-claim (tot en met 2007) en eigen risico

Ook in de hiervoor genoemde situaties is de no-claim regeling en het eigen risico van toepassing. In die gevallen waarin uit de nota of uit het aan u door het Zorginstituut ter verificatie voorgelegde 125 formulier, niet duidelijk wordt of het kosten betreft die onder de no-claim of het eigen risico vallen, dan adviseren wij u om in de berichtgeving aan verzekerden hier iets over op te nemen (zodat zij dit zelf alsnog kunnen aantonen).

16 Kwaliteitsgelden

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

730 Kwaliteitsgelden

Deze rubriek is met ingang van 2013 van naam gewijzigd. Met ingang van dat jaar zijn de te verantwoorde prestaties binnen deze rubriek uitgebreid.

Hier verantwoordt u de volgende kosten:

- Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'De module regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling';
- Projectgelden GGZ. De achtergrond van deze projectgelden is dat in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 middelen beschikbaar zijn gesteld voor kwaliteitsbeleid en projecten GGZ. In de regeling risicoverevening 2014 is in artikel 22 alsnog geregeld dat de kosten 2013 voor 100% als vaste kosten worden aangemerkt in de risicoverevening. Voor de kosten 2014 staat dit in artikel 15, lid 9. De inning van de projectgelden GGZ loopt net als SKMS en ondersteuning eerstelijnszorg via ZN;
- Met ingang van de 1^e kwartaalstaat 2014 verantwoordt u bij rubriek 16 ook de kosten SKMS;
- Met ingang van 2014 verantwoordt u hier tevens de kosten Patiëntenparticipatie NPCF (ook inning via ZN).

Omdat een gedeelte van de kosten van ondersteuning van de eerstelijnszorg kan worden ingezet voor coördinatie in de GGZ consultatie en dit bedrag vooraf niet gelabeld wordt, is het mogelijk dat er achteraf een correctie zal plaatsvinden op de door de zorgverzekeraars verantwoorde kosten.

Verschil posten schade De Nederlandse Bank

Omdat De Nederlandsche Bank (DNB) andere definities hanteert voor de schade Zvw, zijn er aan de kostenverzamelstaat een aantal aansluitingsregels toegevoegd. Daarnaast gebruikt Zorginstituut Nederland deze regels als beleidsinformatie.

890.1 Opbrengstenverhaal

De te verhalen schade begrepen in de 'Uitkeringen zorgverzekeringsverplichtingen' in de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB.

910 Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden

Het betreft de kosten die ten laste komen van het vrijwillig eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het Zorginstituut maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB.

915 Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden

Het betreft de kosten die ten laste komen van het verplicht eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het Zorginstituut maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB. Zorgkosten die op grond van Art. 2.17 Besluit zorgverzekering buiten het verplicht eigen risico vallen neemt u hier niet op. Als een zorgverzekeraar in bepaalde gevallen het verplicht eigen risico van een verzekerde voor zijn eigen rekening neemt, dan moet de zorgverzekeraar de kosten hier wel verantwoorden.

920 Schade afhandelingskosten

Dit betreft de beheerskosten die zijn gemaakt bij de afhandeling van de schade. Bij DNB zijn de kosten van schadeafhandeling begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de balanspost Zorginstituut Nederland zijn alleen de zorgkosten opgenomen.

930 Prudentiemarge balanspost

In de definitie van DNB moet de balanspost prudent geschat worden (inclusief een extra marge). Bij DNB is de prudentiemarge begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de definitie van het Zorginstituut moet in de balanspost uitsluitend een zo goed mogelijke schatting van de daadwerkelijk nog te ontvangen declaraties worden opgenomen.

4.4 Instellingen

DBC gefinancierde instellingen

Instellingen die na de invoering van DBC's in 2005 zijn overgegaan op DBC financiering

- met ingang van 2006: dialysecentra en radiotherapeutische centra
- met ingang van 2007: audiologische centra
- met ingang van 2008: epilepsiecentra
- met ingang van 2009: revalidatie-instellingen
- met ingang van 2012: long/astma-instellingen (DBC-zorgproduct), productiesamenwerkingsverbanden (alleen overige zorgproducten)

Specificaties bij code 611 tot en met 618

- Academische ziekenhuizen
- Algemene ziekenhuizen, inclusief St. Maartenskliniek, oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en long/astma-instellingen
- Zelfstandige behandelcentra en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen
- Overige instellingen. Met ingang van 2014 is dit de categorie 'Overige zorgaanbieders'.

Zorginstituut Nederland publiceert geen lijst met AGB-codes meer. Wij geven in de formats alleen de NZa-codes. U kunt via servicedesk@vektis.nl een omnummeringstabel opvragen.

5 Aanvullende informatie risicoverevening

- 5.1 Beschrijving gegevensuitvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening**
- 5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2014**
- 5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken 2015**
- 5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)**
- 5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's), somatisch**
- 5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ**
- 5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde**
- 5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)**
- 5.9 Gegevensvraag kosten add-ons geneesmiddelen**
- 5.10 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)**

Aanvullende informatie risicoverevening

Hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. In paragraaf 5.1 is een beschrijving opgenomen over de structurele gegevensuitvraag van Zorginstituut Nederland in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening. De paragrafen 5.2 tot en met 5.9 gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde (verzekerde periode en persoonskenmerken T-1, persoonskenmerken T, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, DBC-gegevens GGZ, kosten per verzekerde, hulpmiddelengegevens en kosten add-ons geneesmiddelen). In paragraaf 5.10 is informatie over de gegevensvraag hogekostencompensatie opgenomen. In deze versie van het handboek is de informatie opgenomen die afkomstig is uit de brief van Zorginstituut Nederland van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015. Deze brief bevat ook de informatie over de HKC.

5.1 Beschrijving gegevensuitvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening

In deze paragraaf is een beschrijving opgenomen over de gegevensuitvraag van Zorginstituut Nederland in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening.

Inleiding

Doel en afbakening

Deze paragraaf heeft als doel om de informatiebehoefte van Zorginstituut Nederland te beschrijven in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening Zvw. De informatiebehoefte bestaat uit gegevens over de verzekerden en gegevens over de kosten. De technische uitwerking van de informatievoorziening inclusief de pseudonimisering valt buiten het bereik van deze paragraaf.

Indeling van de paragraaf

Deze paragraaf geeft enerzijds een beschrijving van de producten, die Zorginstituut Nederland genereert bij de uitvoering van de risicoverevening Zvw en anderzijds de gegevens die het Zorginstituut daarbij nodig heeft.

In deze paragraaf worden 2 verschillende invalshoeken gepresenteerd, te weten:

- De invalshoek waarbij de producten in een kalenderjaar worden vermeld (tabel 1).
- De invalshoek waarbij de producten ten behoeve van één vereveningsjaar worden vermeld (tabel 2).

De producten van Zorginstituut Nederland in een kalenderjaar (structurele situatie)

Gegeven de taken van Zorginstituut Nederland in het kader van de risicoverevening, kunnen zes formele producten worden onderscheiden die het Zorginstituut uitvoert **in** het kalenderjaar t. De volgorde in het kalenderjaar waarin het Zorginstituut deze producten uitvoert staat verderop in tabel 1. In onderstaand overzicht zijn de stappen in een volgorde gepresenteerd zoals die geldt voor de vereveningscyclus voor één vereveningsjaar:

- 1 De verzekerdenraming en de toekenning van de ex-ante vereveningsbijdrage over jaar t (voor 15 oktober jaar t-1). De vastgestelde ex-ante bijdragen zijn beschikkingen (in de zin van de Algemene wet bestuursrecht). Voorafgaand aan de vaststelling van de ex-ante bijdragen publiceert het Zorginstituut op de website (zorgcijfersdata) zo snel mogelijk na Prinsjesdag de verzekerdenraming en de beleidsregels ter voorinformatie aan de zorgverzekeraars.
- 2 De herziening van de toekenning van de ex-ante vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t). Dit wordt ook wel de lenteherberekening genoemd. De herziening van de ex-ante bijdragen is een beschikking.
- 3 De door het Zorginstituut betaalde kosten buitenland in jaar t (voor 15 februari jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 4 De eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 5 De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+3). Dit is een beschikking.
- 6 De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking.

Voor deze zes producten heeft het Zorginstituut gegevens nodig van zorgverzekeraars en andere partijen zoals de Belastingdienst, DUO en het UWV. Hierna zijn eerst enkele uitgangspunten beschreven die het Zorginstituut hanteert. Vervolgens is een tabel opgenomen met daarin de verschillende gegevensstromen die nodig zijn voor de producten die Zorginstituut Nederland in 2015 gaat uitbrengen.

Uitgangspunten ten aanzien van de gegevensaanlevering aan het Zorginstituut

- Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t wordt uiteindelijk gebruik gemaakt van gegevens over jaar t. Uitzonderingen hierop zijn 1) de vereveningscriteria waarvoor gegevens over jaar t-1 worden gebruikt, te weten de FKG's, de DKG's, de HKG's en de lage en hoge drempelwaarde GGZ-kosten en 2) de MHK's waarvoor gegevens over jaar t-1, t-2 en t-3 worden gebruikt.
- In principe worden de gegevens eenmalig aangeleverd over een bepaald jaar en zijn daarmee definitief, behoudens correcties van de NZa voor zover van toepassing. De

structurele uitzonderingen op de eenmalige aanleveringen zijn de kostengegevens in de jaarstaat en het bestand 'kosten per verzekerde'. De kostengegevens over jaar t worden in drie jaarstaten (jaarstaat t, t+1 en t+2) aangeleverd, waarbij de laatste aanlevering definitief is. Het bestand 'kosten per verzekerde' over jaar t wordt twee keer aangeleverd, een keer voorlopig in t+2 en definitief in t+3.

- Na de 1e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief (behoudens correcties van de NZa): verzekerde perioden, de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, viercijferige postcode en buitenlandindicatie, farmaciegegevens ten behoeve van FKG's, DBC-gegevens ten behoeve van DKG's, hulpmiddelgegevens ten behoeve van HKG's, adresgegevens van de belastingdienst ten behoeve van de bepaling van de gezinsgrootte (SES/PPA) en door Zorginstituut Nederland betaalde kosten buitenland. Alle reeds bekende correcties van de NZa worden meegenomen.
- Na de 2e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief: gegevens aard van inkomen ten behoeve van AVI, inkomensgegevens ten behoeve van SES, gegevens kosten per verzekerde ten behoeve van de MHK's en LDR/HDR GGZ, opgave(n) hogekostencompensatie en de definitieve kosten jaar t in de jaarstaat t+2. Alle gegevens zijn inclusief correcties van de NZa, met uitzondering van de NZa-correcties op de definitieve kosten, die worden verwerkt bij de definitieve vaststelling. Daarnaast verwerkt het Zorginstituut bij de tweede voorlopige vaststelling indien mogelijk de definitieve gegevens over de opbrengstverrekening van de NZa.
- Bij de aanleverdatum van de gegevens wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de planning van de processen bij zorgverzekeraars en met de planning van de hiervoor genoemde producten bij het Zorginstituut.

Tabellen gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland

In tabel 1 zijn de werkzaamheden in combinatie met de gegevensaanlevering in het kalenderjaar 2015 als uitgangspunt genomen. In tabel 2 is het vereveningsjaar 2015 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het vereveningsjaar 2015 gepresenteerd.

Op de horizontale as staan respectievelijk de gegevensstromen over verzekerden en kosten.

Op de verticale as staan de zes producten in het uitvoeringsproces van het Zorginstituut.

De eerste aanduiding betreft het verslagjaar of peildatum waarop de gegevens betrekking hebben. De aanduiding daaronder betreft het aanlevermoment van de gegevens aan het Zorginstituut.

Daar waar in de tabel de term peildatum wordt gehanteerd, betreft het gegevens op een bepaald moment, die als proxy wordt gebruikt voor de gemiddelde stand van een geheel jaar. Als in de tabel de term 'jaar' wordt gehanteerd, betekent dit dat het een 'jaargegeven' betreft.

Tabel 1: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland in 2015

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN							GEGEVENS OVER KOSTEN			
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmaciegegevens / Hulpmidde- lengegevens	DBC gegevens +add-ons	GGZ DBC-gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adres-gegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat	Hoge kosten 4)	
Nr	Producten in 2015	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar			
1	Voorinformatie kosten buitenland via het Zorginstituut 2014 Voor 15 februari 2015	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door het ZIN in 2014 1)	nvt	
2	Herziening ex ante 2015 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2015	nvt	2)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
3	Definitieve vaststelling 2011 Voor 1 april 2015 (zal later plaatsvinden)	geen nieuwe gegevens					nvt	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens
4	2 ^e voorlopige vaststelling 2012 Voor 1 oktober 2015	geen nieuwe gegevens					nvt	Peildatum 30 juni 2012, juli 2015	Jaar 2011 en 2012 1 juni 2015	nvt	Def. Kosten 2012 in jaarstaat 2014, 1 mei 2015	Jaar 2012, 1 mei 2015
5	1 ^e Voorlopige vaststelling 2014 Voor 1 oktober 2015	Jaar 2014, 1 juni 2015 3)	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Jaar 2013, 1 juni 2015	Jaar 2013, 1 juni 2015	Peildatum 1/30 juni 2014, juni/juli 2015	Adressen: 2014, Inkomens: 2013 en eerder, 1 juni 2015	2012 (def) en 2013 (vrl), 1 mei 2015	Vrl. Kosten 2014 in jaarstaat 2014, 1 mei 2015	nog geen gegevens beschikbaar	
6	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2016 Voor 15 oktober 2015	nvt	Peildatum 1 mei 2015, 1 juni 2015	Jaar 2014, 1 juni 2015	Jaar 2013, 1 juni 2015	Jaar 2013 1 mei 2015	Peildatum 1/30 juni 2014, juni/juli 2015	Adressen: 2014, Inkomens: 2013 en eerder, 1 juni 2015	2012 (def) en 2013 (vrl), 1 mei 2015	nvt	nvt	

- 1) De kosten buitenland via het Zorginstituut zijn afkomstig van het Zorginstituut zelf (afdeling Verzekering Zakelijk). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn jaarstaat.
 - 2) Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het Zorginstituut het aantal verzekerden per verzekeraar nodig, dat wordt aangeleverd in de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2015.
 - 3) Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2014 wordt het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014 (aanlevering in 2015) gebruikt en het bestand Persoonskenmerken 2014 (aangeleverd in 2014).
 - 4) Op 1 mei 2015 moet de HKC opgave 2012 (GGZ 18+) worden aangeleverd. Deze cijfers worden in 2015 verwerkt in de 2^e VV 2012.
- Algemeen: Als er in 2016 nieuwe vereveningscriteria worden ingevoerd, dan maakt het Zorginstituut gebruik van de reeds beschikbare opgaven of van bestanden van derden. In bovenstaand schema is geen rekening gehouden met eventuele heraanleveringen van bestanden zonder goedkeurend accountantsproduct.

Tabel 2: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland m.b.t. vereveningsjaar 2015

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN							GEGEVENS OVER KOSTEN	
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmaciegegevens / Hulpmiddelen gegevens	DBC gegevens + add-ons (somatisch + GGZ)	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat	
Nr	Producten Zorginstituut over vereveningsjaar 2015	Zorgverzekeraar				UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar		
1	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2015 Voor 15 oktober 2014	nvt	Peildatum 1 mei 2014, 1 juni 2014	Jaar 2013, 1 juni 2014 (farmacie)	Jaar 2012, 1 mei/juni 2014	Peildatum 1/30 juni 2013, juni/juli 2014	Jaar 2012 en eerder, 1 juni 2014, adressen 2013	2010 (def in 2013), 2011 (def in 2014) en 2012 (vrl in 2014)	nvt	
2	Herziening ex ante 2015 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2015	nvt	1)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
3	Voorinformatie kosten buitenland via ZIN 2015 Voor 15 februari 2016	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door ZIN in 2015 2)	
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2015 Voor 1 oktober 2016	Jaar 2015, 1 juni 2016	Peildatum 1 mei 2015, 1 juni 2015	Jaar 2014, 1 juni 2015	Jaar 2014, 1 juni 2016	Peildatum 1/30 juni 2015, juni/juli 2015	Adressen: 2015, inkomens: 2014 en eerder, 1 juni 2016	2012 (def in 2015), 2013 (def in 2016) en 2014 (vrl in 2016)	Vrl. kosten 2015 in jaarstaat 2015, 1 mei 2016	
5	2 ^e Voorlopige vaststelling 2015 Voor 1 oktober 2018	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Peildatum 30 juni 2015, juli 2018	Jaar 2014 en eerder, 1 juni 2017	2014 (def in 2017)	Def. kosten 2015 in jaarstaat 2017, 1 mei 2018	
6	Definitieve vaststelling 2015 Voor 1 april 2019	geen nieuwe gegevens								

- 1) Voor de herziening ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het Zorginstituut het aantal verzekerden per zorgverzekeraar nodig, dat de zorgverzekeraar aanlevert in de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2015.
 - 2) De kosten buitenland via het Zorginstituut zijn afkomstig van het Zorginstituut zelf (afdeling Verzekering Zakelijk). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn jaarstaat.
- Algemeen: in bovenstaand schema is geen rekening gehouden met eventuele heraanleveringen van bestanden zonder goedkeurend accountantsproduct.

Hierna volgt een nadere uitwerking per gegevensstroom: eerst een algemene toelichting op de gegevensstroom en vervolgens de consequenties van de hiervoor genoemde uitgangspunten en van de uitwerking in de tabel. Bij deze uitwerking is tabel 2 als uitgangspunt genomen.

Nadere toelichting: gegevens over verzekerden

- **Verzekerde perioden**

Het Zorginstituut baseert de verzekerde perioden op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken'. Dit bestand bestaat uit een deelbestand met verzekerden mét een geverifieerd BSN en een deelbestand met verzekerden zonder een (geverifieerd) BSN. Het Zorginstituut bepaalt op dagbasis de verzekerde periode per verzekerde per verzekeraar. Daarbij worden de perioden waarin een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars staat ingeschreven, over de desbetreffende zorgverzekeraars verdeeld.

Consequenties van de uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juni 2016 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de verzekerde perioden te bepalen van verzekerden 2015, behoudens NZa-correcties.

- **Persoonskenmerken verzekerden met geverifieerd BSN**

De persoonskenmerken leeftijd (geboortemaand en -jaar), geslacht, viercijferige postcode en buitenlandindicatie vraagt het Zorginstituut eenmaal op in het Persoonskenmerkenbestand, met als peildatum 1 mei, en eenmaal in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, over het hele jaar. Dit laatste bestand wordt per 1 juni t+1 opgevraagd.

Leeftijdbepaling

Voor de (ex ante) verzekerdenraming 2015 berekent het Zorginstituut de leeftijd per verzekerde. Voor deze raming gebruikt het Zorginstituut het persoonskenmerkenbestand 2014. De leeftijd wordt berekend op 30 april 2014. Vervolgens wordt mede op basis van gegevens van het CBS, het aantal verzekerden per 1 juni 2015 geraamd naar leeftijd- en geslachtsklasse.

Voor de 1^e VV 2015 zijn het persoonskenmerkenbestand en het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar 2015 beschikbaar. De leeftijd wordt bij de vaststellingen bepaald op medio het vereveningsjaar, dus 30 juni 2015. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2015, wordt de leeftijd op nul gesteld.

Het Zorginstituut baseert de leeftijd en het geslacht op het Persoonskenmerkenbestand. Indien een verzekerde daarin niet voorkomt, dan wordt uitgeweken naar het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken over dat vereveningsjaar.

SES en PPA-classificatie

Voor de bepaling van het aantal personen op een adres ten behoeve van de sociaal economische status (SES) en de éénpersoonsadresindeling (PPA), gebruikt het Zorginstituut eerst de adresgegevens van de Belastingdienst, die zijn gepseudonimiseerd door ZorgTTP (adresleutel). Als een verzekerde niet voorkomt in het bestand van de Belastingdienst, dan wordt de adresleutel uit het Persoonskenmerkenbestand gebruikt. Als de verzekerde ook in het Persoonskenmerkenbestand ontbreekt, dan gebruikt het Zorginstituut de adresleutel uit het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken.

Regio-indeling

Voor de bepaling van de regio-indeling maakt het Zorginstituut gebruik van de viercijferige postcode in het Persoonskenmerkenbestand. Als de postcode en/of de verzekerde ontbreekt, dan gebruikt het Zorginstituut de postcode uit het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken. Als ook in dit bestand de postcode ontbreekt, dan deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse met ontbrekende postcodes.

Verzekerden met geverifieerd BSN die ontbreken in het persoonskenmerkenbestand
Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2015 bepaalt het Zorginstituut de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio door de verzekerden met een verzekerde periode in 2015 te koppelen aan het persoonskenmerkenbestand 2015. Wanneer het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015' verzekerden bevat die niet voorkomen in dat persoonskenmerkenbestand 2015, dan gebruikt het Zorginstituut het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015' om de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio te bepalen.

- **Persoonskenmerken verzekerden zonder (geverifieerd) BSN**

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2015 baseert het Zorginstituut zich voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder (geverifieerd) BSN uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015'.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juni 2016 worden geen nieuwe gegevens gebruikt om de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en regio voor 2015 te bepalen, dit afgezien van correcties NZa.

- **Farmacie- en hulpmiddelengegevens**

In de opgave voor de bepaling van de FKG's/HKG's betreft de zorgverzekeraar de ontvangen farmacie/hulpmiddelendeclaraties voor zorg verleend in het betreffende jaar. De FKG's/HKG's voor het vereveningsjaar 2015 worden bepaald op basis van de farmacie/hulpmiddelendeclaraties over het jaar 2014 (jaar t-1) en de FKG's tevens op basis van de declaraties van add-ons geneesmiddelen over het jaar 2014.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Voor de bepaling van FKG's/HKG's voor het vereveningsjaar 2015 maakt het Zorginstituut gebruik van het farmaciedeclaratiebestand/hulpmiddelendeclaratiebestand over 2014 die op 1 juni 2015 moeten worden aangeleverd en het bestand add-ons geneesmiddelen over 2014 dat op 1 juni 2016 moet worden aangeleverd. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2014. De nadien ontvangen farmacie- en hulpmiddelendeclaraties en declaraties add-ons geneesmiddelen over 2014 moeten wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal FKG/HKG-verzekerden in het vereveningsjaar 2015, dit afgezien van correcties NZa.

- **DBC-(zorgproduct)gegevens (somatisch en GGZ)**

In de opgaven voor de bepaling van de DKG's (somatisch en psychisch) betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het betreffende jaar. De DKG's voor het vereveningsjaar 2015 worden bepaald op basis van declaraties van DBC-zorgproducten die zijn geopend in het jaar 2014 (jaar t-1). Bij de DKG's psychische aandoeningen betreft het Zorginstituut tevens het bestand kosten per verzekerde t-2 (onderdeel GGZ-kosten).

Consequenties van uitgangspunten en tabel

Het Zorginstituut baseert de DKG's voor het vereveningsjaar 2015 op het DBC-zorgproductdeclaratiebestanden over 2014, aan te leveren op 1 juni 2016. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2014. De nadien ontvangen declaraties van DBC-zorgproducten geopend in 2014 moeten nog wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal DKG-verzekerden in het vereveningsjaar 2015, dit afgezien van correcties NZa.

- **Gegevens aard van het inkomen (AVI)**

Het Zorginstituut ontvangt jaarlijks gegevens van het UWV en de Belastingdienst over

jaar t, t-1 en t-2. Van DUO ontvangt het Zorginstituut gegevens over jaar t. De gegevens van het UWV bevatten per verzekerde informatie over alle arbeids- en inkomstenverhoudingen en zijn door het UWV gegenereerd op de peildatum die het Zorginstituut aangeeft (27 januari jaar t, 30 juni jaar t-1 en 30 juni jaar t-2). De gegevens van de Belastingdienst bevatten per persoon informatie over de begin- en einddatum van alle zelfstandig ondernemerschappen. De gegevens van DUO bevat informatie over studenten met peildatum 1 oktober. Hiermee bepaalt het Zorginstituut tot welke AVI-klasse de verzekerde behoort. Voor de ex-ante 2015 is als peildatum 30 juni 2013 (DUO 1 juni 2014) gebruikt. Bij de vaststellingen wordt de peildatum 30 juni (DUO 1 juni) van het vereveningsjaar (2015) gehanteerd.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij elke vaststelling maakt het Zorginstituut gebruik van zo recent mogelijke bestanden. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

- **Inkomensgegevens**

Het Zorginstituut ontvangt van de Belastingdienst in jaar t een bestand met adres- en inkomensgegevens over jaar t-1, t-2 en t-3. Als er geen inkomensgegevens van een verzekerde bekend zijn, gebruikt het Zorginstituut een inkomensbestand van een jaar eerder om een inkomen aan de verzekerde toe te wijzen. Vervolgens bepaalt het Zorginstituut met behulp van de adresleutel (eerst uit bestand Belastingdienst; indien daarin ontbrekend, dan uit persoonskenmerkenbestand), het gemiddelde inkomen per hoofd van een bepaald adres. Dit is de basis voor de bepaling van de Sociaal Economische Status (SES).

Bij de ex ante 2015 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van inkomensgegevens van 2012 en 2011. Bij de 1^e voorlopige vaststelling jaar 2015 zijn er nog niet voldoende inkomensgegevens beschikbaar over 2015 en maakt het Zorginstituut gebruik van gegevens over 2014, en zo nodig eerdere jaren.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2014 wordt gebruik gemaakt van (een) zo recent mogelijk(e) bestand(en) over een zo recent mogelijk jaar. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2015 wordt gebruik gemaakt van het bestand over 2015 en zo nodig over 2014. Na de 2^e voorlopige vaststelling 2015 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

- **Gegevens kosten per verzekerde**

In de opgave kosten per verzekerde betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor zorg verleend in het betreffende jaar en voor DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het betreffende jaar.

Het bestand wordt gebruikt voor de bepaling van de verzekerdenindeling voor de criteria GGZ-kosten lage drempel (t-1), DKG's psychische aandoeningen (t-2) en voor meerjarig hoge kosten (t-1, t-2 en t-3), (MHK, vanaf vereveningsjaar 2015 zowel somatisch als GGZ).

Meerjarig hoge kosten (MHK; somatisch en GGZ)

Het criterium 'meerjarig hoge kosten' voor het vereveningsjaar 2015 is gebaseerd op (somatische/GGZ) kosten per verzekerde in de jaren 2012, 2013 en 2014.

Voor de verzekerdenraming ten behoeve van de ex ante 2015 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van 'kosten per verzekerde' 2010, 2011 en 2012 en voor de MHK somatisch ook van de prevalentie per MHK-klasse per L15G uit de OT 2015.

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2015 maakt het Zorginstituut gebruik van de opgaven 'kosten per verzekerde' 2011, 2012 en 2013. Voor de jaren 2011 en 2012 zijn deze bestanden definitief. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2014 vervangt het Zorginstituut het voorlopige bestand over 2013 door het definitieve bestand.

Na de 1^e voorlopige vaststelling 2014 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over

2011 en 2012. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

Nadere toelichting: gegevens over kosten (jaarstaat en hogekostencompensatie)

- **Voorlopige kosten over jaar t**

In de jaarstaat jaar t verantwoordt de verzekeraar de verwachte kosten over jaar t en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbijdragen. In 2015 betreft het de deelbijdragen vaste zorgkosten, variabele zorgkosten, geneeskundige GGZ-kosten (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en kosten verpleging en verzorging.

De jaarstaat 2015 wordt opgevraagd per 1 mei 2016. Voor de ultimo 2015 nog te ontvangen declaraties over 2015, neemt u een raming op (balansposten).

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

De voorlopige kosten over 2015 (de som van de ultimo 2015 ontvangen declaraties over 2015 en de raming van de ultimo 2015 nog te ontvangen declaraties over 2015) betreft het Zorginstituut bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2015 in 2016.

- **Definitieve kosten over jaar t**

In de jaarstaat t+2 verantwoordt u de definitieve kosten over jaar t en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbijdragen. De definitieve kosten over 2015 verantwoordt u in de jaarstaat 2017, die u aanlevert op 1 mei 2018. Er mag geen balanspost worden verantwoord.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij de 2^e voorlopige vaststelling over 2015 in 2018 betreft het Zorginstituut de definitieve kosten over 2015 op basis van de jaarstaat 2017 (de in 2015 en 2016 ontvangen declaraties over 2015 en de in 2017 ontvangen declaraties over 2015 en ouder). Bij de definitieve vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt, maar verwerkt het Zorginstituut uitsluitend nog correcties van de NZa op de definitieve kosten 2015 in de jaarstaat 2017.

5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 5.2 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2014. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Deze gegevensvraag bestaat uit twee deelbestanden.

Een deelbestand met alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden mét een geverifieerd BSN en een deelbestand met alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Bij de 1e en 2e voorlopige en de definitieve vaststelling 2014 baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014 dat op 1 juni 2015 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, de 4 cijfers van de postcode en buitenlandindicatie) van de verzekerden 2014 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op de peildatum van 1 mei 2014 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014. Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2014 bij u verzekerd waren. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden.

De opgave bestaat uit twee deelbestanden.

In het **eerste deelbestand** geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden mét een geverifieerd BSN, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Postcode woonadres, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 3 Huisnummer woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 4 Huisnummertoevoeging woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 5 Geboortejaar en -maand;
- 6 Geslacht;
- 7 Identificatie buitenland;
- 8 Begindatum verzekering;
- 9 Einddatum verzekering;
- 10 Fractie verzekerde periode in 2014.

In dit deelbestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. Bij voorkeur is dit het adres uit de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.

In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst ten behoeve van de SES, is het van groot belang dat u alle items correct invult, ook het item 'huisnummertoevoeging woonadres'.

Daarnaast is het van belang dat u de adresgegevens van verzekerden die op hetzelfde adres wonen op exact dezelfde wijze opneemt.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)

Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items woonadres spaties op (een verblijfsadres in Nederland is geen woonadres in Nederland en dus spaties).

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van de persoonskenmerken, waaronder het woonadres, in eerste instantie op de gegevens in het persoonskenmerkenbestand op de peildatum in het betreffende vereveningsjaar. Alleen voor ontbrekende verzekerden wordt gebruik gemaakt van de persoonskenmerken in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar.

Van dit eerste deelbestand vindt u de record lay-out en een verdere toelichting in hoofdstuk 7.

Het **tweede deelbestand** betreft verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

In het tweede deelbestand geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN (codering 1) dan wel zonder een geverifieerd BSN (codering 2), per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Uniek volgnummer;
- 2 Postcode woonadres (uitsluitend 4 cijfers), indien Nederlands ingezetene;
- 3 Geboortejaar en -maand;
- 4 Geslacht;
- 5 Begindatum verzekering;
- 6 Einddatum verzekering;
- 7 Fractie verzekerde periode in 2014;
- 8 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2015 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in jaar 2014 ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Het excelformat voor dit tweede deelbestand vindt u aan het einde van deze paragraaf. Voor een nadere toelichting op de gegevens die hetzelfde zijn als in het deelbestand met verzekerden met geverifieerd BSN, verwijs ik u naar de bestandspecificatie in hoofdstuk 7. Opname van verzekerden in het bestand moet gemotiveerd worden.

Relatie BSN en verzekeringsplicht

Bij een verzoek om een Zvw-verzekering moet de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht vaststellen. Over de relatie tussen de verzekeringsplicht en het hebben van een BSN is het volgende relevant.

Het overleggen van een BSN is geen formeel vereiste voor verzekering/acceptatie. Dit betekent echter niet dat er geen relatie is tussen het bezit van dat nummer en het zijn van verzekeringsplichtige. Integendeel, er bestaat een uitermate sterk verband tussen het bezitten van een BSN en de verzekeringsplichtigheid ingevolge de Zvw. Die verzekeringsplichtigheid is immers gekoppeld aan het zijn van AWBZ/Wlz-verzekerde, en AWBZ/Wlz-verzekerde is men, uitzonderingen daargelaten, als men ingezetene van Nederland is, of als niet-ingezetene hier arbeid verricht. Zowel voor ingezetenen als voor niet-ingezetenen die hier arbeid verrichten geldt als uitgangspunt dat zij in het bezit worden gesteld van een BSN, hetzij door de Basisregistratie Personen, hetzij door de Belastingdienst (voor niet-ingezetenen, in dat geval betreft het feitelijk een sofinummer, maar hierna te noemen: BSN). Dit is in beginsel een sluitend systeem. Met andere woorden: alle AWBZ/Wlz-verzekerden, en daarmee ook alle Zvw-verzekeringsplichtigen beschikken in beginsel over een BSN. Op grond van artikel 86, eerste lid Zvw neemt de zorgverzekeraar het BSN van zijn verzekerden in zijn administratie op. Bovendien moet een verzekerde op grond van artikel 4, eerste lid, van de Zvw het BSN aan de zorgverzekeraar aanleveren. Het Zorginstituut is daarom van mening dat er alle aanleiding is om een verzoek om Zvw-verzekering waarbij geen BSN kan worden overlegd zeer kritisch te bezien. De zorgverzekeraar zal zich extra moeten inspannen om de verzekeringsplicht vast te stellen.

Uitvoering risicoverevening

Algemene regel is dat de zorgverzekeraar uitsluitend een vereveningsbijdrage ontvangt voor verzekerden met een geverifieerd BSN, die zijn opgenomen in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken mét BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juni T+1. De

zorgverzekeraar moet zich inspannen om het BSN van een verzekerde tijdig te verkrijgen en te verifiëren zodat verzekerden volledig in de risicoverevening kunnen worden betrokken. In theorie kunnen zich twee 'problemen' voordoen waardoor de zorgverzekeraar geen bijdrage ontvangt voor een verzekerde, namelijk als er bij aanlevering van het bestand Verzekerd periode en persoonskenmerken voor de betreffende verzekerde, die in jaar T verzekerd was

- geen geverifieerd BSN is, of
- geen BSN is.

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN wél te accepteren. Als er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan moet u de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juni T+1. Die verzekerden betreft het Zorginstituut alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend gebaseerd is op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio (indien woonachtig in Nederland).

Voorwaarden voor opname in het deelbestand 'zonder BSN en zonder geverifieerd BSN'

Opname in het bestand is uitsluitend mogelijk nadat de verzekeringsplicht voor de betreffende verzekerde is vastgesteld. Aangezien er geen (geverifieerd) BSN is, vraagt dit extra inspanning van de zorgverzekeraar. Ook de actualiteit van de verzekeringsplicht is van belang. Bijvoorbeeld: een verzekerde die in Nederland werkt en/of woont en gedurende een jaar ingeschreven staat, maar nog steeds geen (geverifieerd) BSN heeft; is er nog wel recht op inschrijving en zo ja, waarom is er nog steeds geen geverifieerd BSN?

Daarnaast moeten de zorgverzekeraars zich extra inspannen om ervoor te zorgen dat de juiste en bij die persoon horende gegevens worden verzameld en geregistreerd en actueel zijn. Dit is ook van belang bij de verificatie, als er wel een BSN is. Uit informatie van de Belastingdienst is gebleken dat de verificatie veelvuldig mislukt omdat de door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens niet volledig en/of niet juist zijn. Als de verificatie mislukt, dient u tijdig na te gaan of de aangeleverde gegevens juist en volledig waren.

Van de verzekerden die u in het bestand opneemt moeten alle gevraagde gegevens zijn vermeld en moet de motivatie voldoende zijn.

De zorgverzekeraars doen er goed aan om

- ingezetenen te wijzen op hun plicht om zich bij een gemeente in te schrijven (wat leidt tot opname in de Basisregistratie Personen en daarmee tot het toekennen van een BSN)
- niet-ingezetenen die hier arbeid verrichten te wijzen op hun plicht om een sofinummer aan te vragen.

Het is niet toegestaan om in dit bestand pasgeborenen in Nederland op te nemen. De periode na afloop van het verzekeringsjaar tot de aanleverdatum van het bestand over dat jaar is ruim genoeg.

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zal er in vrijwel alle gevallen sprake zijn van 'buitenlandsituaties' of van een bijzondere omstandigheid bij Nederlands ingezetenen. Grofweg (niet limitatief) zijn er de volgende categorieën te onderscheiden waarin er sprake is van verzekeringsplicht en *mogelijk* geen BSN:

- In het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden verzekeringsplichtige ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers. Bij detachering geldt het volgende voor de verzekeringsplicht van gezinsleden:
 - detachering in een EU land waarmee Nederland een ziektekostenregeling heeft: alleen bij verblijf korter dan één jaar zijn gezinsleden verzekeringsplichtig
 - detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land. Verzekeringsplicht is alleen geregeld in de verdragen met de landen Australië, Canada, inclusief Quebec, Israël,

- Verenigde Staten, Zuid Korea en India
- bij detachering in Noorwegen zijn gezinsleden verzekeringplichtig;
 - Verzekeringplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. Echter, indien langdurig woonachtig in Nederland, ligt inschrijving in de Basisregistratie Personen en dus een BSN in de rede;
 - Baby's die kort geleefd hebben;
 - Beschermd getuige: een verzekeringplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

Tijdelijk werknemer in Nederland, woonachtig in het buitenland, is verzekeringplichtig en verplicht om een sofinummer/BSN aan te vragen. Bij kortdurende dienstverbanden *kan* het zijn dat een sofinummer niet tijdig is verkregen of geverifieerd en dat u wel de verzekeringplicht heeft vastgesteld. Bij een langere inschrijfduur moet de zorgverzekeraar nagaan of de verzekerde nog wel verzekeringplichtig is: of hij nog in Nederland werkt en/of inmiddels in Nederland woont en zo ja waarom er dan nog steeds geen (geverifieerd) BSN is. Gezinsleden zijn niet verzekeringplichtig.

Een model van de bestuursverklaring bij beide deelbestanden tezamen is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.

Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2014

(aantal) detailrecords met verzekerden zonder BSN met totaal
(som) fracties verzekeringsperiode
(aantal) detailrecords met verzekerden zonder geverifieerd BSN met totaal
(som) fracties verzekeringsperiode

Verzekerde	1= geen BSN 2= niet geverifieerd BSN	Postcode (4 cijfers)	Geboortejaar en -maand (EEJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw)	Begindatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2014	Motivatie
Verzekerde 1								
Verzekerde 2								
Verzekerde 3								
Verzekerde 4								
Verzekerde 5								
Verzekerde 6								
Verzekerde 7								
Verzekerde 8								
Verzekerde 9								
Verzekerde 10								
Verzekerde 11								
Verzekerde 12								
Verzekerde 13								
Verzekerde 14								
Verzekerde 15								
Verzekerde 16								
Verzekerde 17								
Verzekerde 18								
Verzekerde 19								
Verzekerde 20								
Verzekerde 21								
Verzekerde 22								
Verzekerde 23								
Verzekerde 24								
Verzekerde 25								
Verzekerde 26								
Verzekerde 27								
Verzekerde 28								
Verzekerde 29								
Verzekerde 30								
Verzekerde 31								
Verzekerde 32								
Verzekerde 33								
Verzekerde 34								
Verzekerde 35								
Verzekerde 36								
Verzekerde 37								
Verzekerde 38								
Verzekerde 39								
Verzekerde 40								
Verzekerde 41								
Verzekerde 42								
Verzekerde 43								
Verzekerde 44								
Verzekerde 45								
Verzekerde 46								
Verzekerde 47								
Verzekerde 48								
Verzekerde 49								
Verzekerde 50								

Bestuursverklaring bij de bestanden Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' met *verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN*, met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2014 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2014) met UZOVI-nummer(in 2014).

In het deelbestand met *verzekerden met geverifieerd BSN* zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) geboortejaren en -maanden;
..... (som) fracties verzekeringsperiode.

In het deelbestand met *verzekerden zonder (geverifieerd) BSN* zijn opgenomen:

..... (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder BSN* met totaal
..... (som) fracties verzekeringsperiode.
..... (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder geverifieerd BSN* met totaal
..... (som) fracties verzekeringsperiode.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014' tot stand gekomen zijn;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 5.3 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2015. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

In het najaar van 2015 wordt de software vernieuwd waarmee persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd. Daarbij zullen wij overgaan op nieuwe pseudoniemen voor het BSN en het adres. Om de conversie goed te kunnen uitvoeren is het nodig dat alle zorgverzekeraars het bronbestand met persoonskenmerken 2015, dat op 1 juni 2015 wordt aangeleverd, bewaren. Op een nader te bepalen moment zullen wij u namelijk vragen om dit bestand nogmaals aan te leveren.

Gebruik van de gegevens

Het Zorginstituut gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2015 onder andere voor de verzekerdenraming 2016.

Bij de 1e en 2e voorlopige en de definitieve vaststelling 2015 baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015 dat op 1 juni 2016 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, de 4 cijfers van de postcode en de identificatie buitenland van de verzekerden 2015 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op peildatum 1 mei 2015 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2015.

Voor de persoonskenmerken waarvoor een adrespseudoniem wordt gebruikt, geldt het volgende. Het Zorginstituut gebruikt in eerste instantie de adrespseudoniemen uit de bestanden van de Belastingdienst (gebaseerd op de volledige postcode, huisnummer en de huisnummertoevoeging). Als het adrespseudoniem van een verzekerde in het bestand van de Belastingdienst ontbreekt, wijkt het Zorginstituut uit naar het persoonskenmerkenbestand over het betreffende jaar en als ook daarin dit gegeven ontbreekt naar het bestand verzekerde periode en persoonskenmerken over het betreffende jaar.

Op te leveren gegevens in het bestand persoonskenmerken

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die op het peilmoment bij u zijn ingeschreven. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden. De peildatum voor het bestand persoonskenmerken is 1 mei 2015.

Voor alle genoemde verzekerden geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Postcode woonadres, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- 3 Huisnummer woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 4 Huisnummertoevoeging woonadres, indien Nederlands ingezetene;
- 5 Geboortjaar en -maand;
- 6 Geslacht;
- 7 Identificatie buitenland.

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

In dit bestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. Bij voorkeur is dit het adres in de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.

In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst ten behoeve van de SES, is het van groot belang dat u alle items correct invult, ook het item 'huisnummertoevoeging woonadres'. Daarnaast is het van belang dat u de adresgegevens van verzekerden die op hetzelfde adres wonen op exact dezelfde wijze opneemt.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)

Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items woonadres spaties op (een verblijfsadres in Nederland is geen woonadres in Nederland en dus spaties).

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van de persoonskenmerken, waaronder het woonadres, in eerste instantie op de gegevens in het persoonskenmerkenbestand op de peildatum in het betreffende vereveningsjaar. Alleen voor ontbrekende verzekerden wordt gebruik gemaakt van de persoonskenmerken in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2015

*De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.*

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'persoonskenmerken 2015' met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2015 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer(in 2015) en van wie het BSN is geverifieerd.

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) geboortejaren en -maanden.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'persoonskenmerken 2015' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2015' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken 2015' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2015:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)

In paragraaf 5.4. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag farmacie kostengroepen 2014. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel zijn de farmaciekostengroepen (FKG's) één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het Zorginstituut voor elke zorgverzekeraar per FKG de verzekerdenjaren. Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde farmaciendeclaraties gekoppeld aan zogenoemde FKG DDD-referentiebestanden. Op basis van deze DDD-referentiebestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciendeclaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen. De FKG DDD-referentiebestanden worden per vereveningsjaar aangemaakt op basis van het ATC-referentiebestand. Eind september 2015 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2016 en het bijbehorende ex ante DDD-referentiebestand en (2) het ex post DDD-referentiebestand vereveningsjaar 2014. Voor elk vereveningsjaar worden voor het FKG-model 'somatische zorg' en 'geneeskundige GGZ' aparte ATC- en DDD-referentiebestanden beschikbaar gesteld. De FKG-DDD-referentiebestanden komen tot stand met behulp van de door Z-Index maandelijks uitgebrachte G-Standaard. Het auteursrecht voor het gebruik van de G-Standaard berust bij Z-Index. De referentiebestanden mogen daarom alleen worden gebruikt als de zorgverzekeraar beschikt over een licentieovereenkomst met Z-Index voor het gebruik van de G-Standaard. In het algemeen zal dat het geval zijn in verband met de geautomatiseerde afhandeling van declaraties van apotheken. Het is verboden de FKG-DDD-referentiebestanden door te leveren aan derden.

Op te leveren gegevens

Voor de bepaling van de FKG's zijn farmaciegegevens nodig. In het bestand betreft u alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau van geneesmiddelen, die zijn afgeleverd in 2014 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2014 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

- 1) Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2) Geboortejahr en -maand;
- 3) Geslacht;
- 4) Datum van aflevering;
- 5) Prestatiecode (ZI-artikelcode);
- 6) Voorgeschreven dosering;
- 7) Afleveringseenheid;
- 8) Gemiddelde (voorgeschreven) dagdosering;
- 9) Hoeveelheid afgeleverd middel;
- 10) Indicatie debet/credit;
- 11) Schadebedrag in centen.

In het sluitrecord moet een som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring. In de bestuursverklaring wordt tevens het *saldo* van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend farmaciegegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2014

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'farmaciegegevens 2014' met bestandsnaam
.....(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg
TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2014 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2014) met UZOVI-nummer
.....(in 2014).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'farmaciegegevens 2014' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2014' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'farmaciegegevens 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

¹ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)

In paragraaf 5.5 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag diagnose kostengroepen. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel vormen de diagnosekostengroepen (DKG's) één van de verdeelcriteria. De DBC-declaraties voor medische specialistische zorg vormen de basis voor de vaststelling van de DKG's. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's (exclusief GGZ). Met behulp van deze informatie en de vertaaltabel van DBC's via nDx-groepen naar DKG's bepaalt het Zorginstituut de DKG-verzekerden. De wijze waarop dit gebeurt, is beschreven in het DKG-referentiebestand dat u in september voorafgaand aan het vereveningsjaar ontvangt.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2013 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg) conform de Zvw 2013. Dit betekent bijvoorbeeld dat u DBC's, die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering, niet in de opgave meeneemt. Ook de declaraties van overige zorgproducten neemt u in de opgave niet mee. Uitsluitend het moment van opening van het subtraject is bepalend voor de opgave. U betreft alle op verzekerdeniveau ontvangen declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties. Bij het schadebedrag neemt u het bedrag van de declaratie op, zonder verrekening als gevolg van lumpsum-, plafondafspraken etc.

Voor alle verzekerden Zvw (voor wie in 2013 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

- 1) Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2) (Poort) Specialismecode;
- 3) Zorgproductcode;
- 4) Declaratiecode DBC;
- 5) Diagnosecode;
- 6) Maand van opening subtraject;
- 7) AGB code instelling;
- 8) Indicatie debet/credit;
- 9) Schadebedrag in centen.

In het sluitrecord moet een som worden opgenomen dat bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring. In de bestuursverklaring wordt tevens het *saldo* van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

In hoofdstuk 7 is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend DBC-gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 2013

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2013' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC subtrajecten, geopend in 2013, met een totaal schadebedrag² van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2013' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2013' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

¹ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens somatisch 2013:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ

Paragraaf 5.6 geeft informatie over de gegevensvraag DBC's GGZ 2013. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

NB In 2015 levert u het bestand DBC-gegevens GGZ 2013 aan met alleen een bestuursverklaring. De definitieve aanlevering van DBC-gegevens GGZ 2013 met accountantsproduct zal later plaatsvinden omdat de uitkomsten uit het zelfonderzoek GGZ 2013 niet tijdig bekend zal zijn. De inrichtingsvoorschriften voor dit bestand wijzigen niet.

Het gebruik van de gegevens

Ten behoeve van de verzekerdensbepaling 2014 en de verzekerdensraming 2016 vraagt Zorginstituut Nederland in 2015 een bestand DBC's GGZ 2013 op.

De DBC-gegevens geneeskundige GGZ vormen de basis voor de vaststelling van de DKG's GGZ. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdensjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's en deelprestaties voor 24-uursverblijf. Ten behoeve van het onderzoek naar het risicovereveningsmodel vraagt het Zorginstituut op verzoek van VWS ook het aantal verblijfsdagen op.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's (behandeling) GGZ die in 2013 zijn geopend, inclusief de gedeclareerde deelprestaties 24-uursverblijf, en die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2013.

DBC's die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering neemt u dus niet in de opgave op. Ook declaraties van overige prestaties GGZ neemt u niet op. Uitsluitend het moment van opening van de DBC is bepalend voor de opgave. U betreft alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdenniveau in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties. Bovendien corrigeert u de declaraties niet voor de opbrengstverrekening GGZ.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie in 2013 een DBC GGZ is geopend en een declaratie is ontvangen, geeft u per DBC (behandeling), de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Prestatiecode DBC;
- 3 Declaratiecode;
- 4 Maand van opening van de DBC;
- 5 Begindatum deelprestatie 24-uurs verblijf;
- 6 Einddatum deelprestatie 24-uursverblijf;
- 7 Indicatie debet credit;
- 8 Schadebedrag in centen.

Deelprestaties 24-uurs verblijf

In de DBC prestatiecode is niet meer de aanduiding voor verblijf opgenomen.

Daarom neemt u afzonderlijke detailrecords op als er bij de DBC (behandeling) ook (een of meer) deelprestaties voor 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd (één detailrecord per deelprestatie).

In deze records hebben de declaratiecode en het schadebedrag betrekking op de betreffende deelprestatie voor 24-uurs verblijf. Met ingang van de opgave over 2013 neemt u ook de begin- en einddatum van de deelprestatie 24-uursverblijf op. Deze gegevens heeft VWS nodig voor het onderzoek naar de risicoverevening. De overige gegevens in deze records zijn hetzelfde als in het record voor de DBC (behandeling) waar de deelprestatie(s) bij hoort/horen. In het record voor de DBC (behandeling) laat u de velden 'begin- en einddatum deelprestatie verblijf' leeg.

De deelprestaties 24-uursverblijf zijn de deelprestaties verblijf GGZ A t/m G in de tariefbeschikking DBC GGZ (TB/CU-5066) voor het jaar 2013 van de NZa.

In het sluitrecord moet een som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring. In de bestuursverklaring wordt tevens het *saldo* van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens GGZ van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.
- Het versienummer van de record lay-out in het voorlooprecord is gewijzigd.
- Opgave van begin- en einddatum van deelprestatie 24-uur verblijf in detailrecords voor 24-uurs verblijf.
- Met ingang van 2015 moet dit bestand worden aangeleverd met een assurance-rapport. Mede hierdoor is de aanleverdatum verschoven van 1 mei naar 1 juni.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens GGZ 2013

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2013' met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen declaraties van DBC's GGZ, geopend in 2013, inclusief de declaraties van de deelprestaties 24-uursverblijf, met een totaal schadebedrag³ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2013' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring papier aan het Zorginstituut is gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens GGZ 2013' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

³ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens GGZ 2013:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde

5.7.1 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2012

5.7.2 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2013

Paragraaf 5.7 geeft informatie over de gegevensvraag Kosten per verzekerde.

In 2015 vraagt Zorginstituut Nederland twee bestanden op met kosten over 2012 (5.7.1) en 2013 (5.7.2). Het bestand over 2012 moet met een accountantsproduct worden aangeleverd. Het bestand over 2013 moet met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden. De toelichting bij het bestand kosten per verzekerde 2012 is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens kosten per verzekerde 2012 moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd.

In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

NB In 2015 levert u het bestand Kosten per verzekerde 2012 aan met alleen een bestuursverklaring. De huidige verrekenpercentages GGZ 2012 zijn voorlopig, deze gebruikt u bij de aanlevering in 2015. In december 2015 komen er van de NZa definitieve verrekenpercentages. In 2016 zal er met de definitieve verrekenpercentages een aanlevering plaatsvinden met accountantsproduct.

Bij de definitieve aanlevering met accountantsproduct in 2016 wijzigen alleen de verrekenpercentages GGZ 2012.

De inrichtingsvoorschriften voor dit bestand wijzigen niet. Dit betekent dat u in de Kosten per verzekerde 2012 alle correcties verwerkt, inclusief correcties voor aanneesommen/omzetplafonds en het effect op de kosten van de onjuistheden naar aanleiding van het zelfonderzoek medisch specialistische zorg.

5.7.1 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2012

Het gebruik van de gegevens

Voor de criteria MHK (zowel somatisch als GGZ), kosten geneeskundige GGZ LDR en HDR, vraagt het Zorginstituut bestanden op met kosten per verzekerde. Het criterium MHK is gebaseerd op kosten per verzekerde in de drie jaren voorafgaand aan het vereveningsjaar. Afhankelijk van de hoogte van de kosten van een verzekerde in deze drie jaren ten opzichte van alle Zvw-verzekerden in die jaren, vindt er per verzekerde een indeling plaats in één van de MHK-klassen.

In 2014 heeft het Zorginstituut ten behoeve van de ex ante raming 2015 een voorlopig bestand over 2012 opgevraagd met zoveel mogelijk declaraties over 2012. In 2015 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2012 op en tevens het voorlopige bestand over 2013.

De criteria LDR en HDR zijn gebaseerd op kosten GGZ per verzekerde in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Het definitieve kosten per verzekerde bestand 2012 wordt voor de LDR en HDR gebruikt bij de 2e voorlopige vaststelling 2013 en de definitieve vaststelling 2013.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van kosten per verzekerde heeft betrekking op de kosten per verzekerde toegeedeeld naar de verschillende deelbijdragen.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2012 een of meer declaratie(s) is(zijn) ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Schade bedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp';
- 3 Schadebedrag 'overige prestaties';
- 4 Schadebedrag 'dbc-zorgproducten, vrije segment';
- 5 Schadebedrag 'GGZ'.

Opbrengstverrekeningen

Zowel de variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp als de kosten GGZ corrigeert u, met behulp van verrekenpercentages per instelling van de NZa, voor de opbrengstverrekening.

Bij de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' betreft dit uitsluitend de kosten van de volgende instellingen: Beatrixoord, epilepsie-instellingen en long/astma-instellingen. Voor een nadere toelichting op het toepassen van de verrekenpercentages bij het schadebedrag 'GGZ' zie verder paragraaf 5.10.

Bij de kosten van overige prestaties corrigeert u de kosten 2012 van regionale ambulancevoorzieningen op basis van aangepaste sluittarieven die de NZa beschikbaar stelt (niet via website Zorginstituut). De berekenwijze zal in een rekenvoorbeeld worden toegelicht.

Met de informatie die u van de NZa ontvangt over verrekeningen die over 2012 nog plaatsvinden met huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten moet u zelf op basis van een logische verdeelsleutel deze kosten corrigeren. Hierbij kunt u bijvoorbeeld gebruik maken van de volgende berekening: per instelling berekent u een verrekenfactor door het vaste verreken- of vereffeningsbedrag te delen door het schadebedrag per jaar (exclusief het te verrekenen bedrag). Vervolgens moeten de (gecorrigeerde) kosten trombosediensten voor 75% worden toegerekend aan de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' (punt 2 definities). De (gecorrigeerde) kosten huisartsenlaboratoria worden voor 100% toegerekend aan 'Overige prestaties' (punt 5 definities).

In de opgave over 2012 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2014 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor de in 2012 verleende hulp en de in 2012 geopende DBC's. Verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de

plafondafpraak, moeten op verzekerdeniveau verwerkt worden in het bestand Kosten per verzekerde 2012. De gekozen methodiek moet consistent toegepast worden en de vereffening op verzekerdeniveau moet aansluiten op de vereffening in de verantwoording. Zie verder het protocol van de NZa.

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Schadedefinities

Hier worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw (dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2012 dat u op de website van het Zorginstituut kunt vinden, maar dan exclusief kosten SKMS en rubriek 16).

Voor het schadebedrag Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp geldt de volgende definitie:

- 1 100% van de kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie (code 545);
- 2 75% van de overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 610);
- 3 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten (deel van code 613). U corrigeert de tarieven van epilepsie centra, long/astma-instellingen en het Beatrixoord eerst met de verrekenpercentages 2012 (zie boven);
- 4 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten en van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 614);
- 5 75% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 614);
- 6 100% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten, inclusief de kosten van verpleging in de thuissituatie en exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek en de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 617);
- 7 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 617);
- 8 100% van de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen, exclusief de kosten van hemostatica en de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 618);
- 9 75% van de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen van epilepsie centra en long/astma-instellingen (deel code 618);
- 10 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 11 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 12 100% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 13 15% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel van code 720);
- 14 10% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag DBC zorgproducten vrije segment geldt de volgende definitie:

- 1 100% van de kostencomponent DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten (deel code 615);
- 2 100% van de honorariumcomponent DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten (deel code 616);
- 3 100% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 4 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, uitgezonderd de expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
- 5 70% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel van code 720);
- 6 35% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag Overige prestaties geldt de volgende definitie:

- 1 De kosten van huisartsenzorg (rubriek 01);
- 2 De kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02);
- 3 De kosten van mondzorg (rubriek 04);
- 4 De kosten van verloskundige zorg (rubriek 05);
- 5 De kosten van eerstelijnsdiagnostiek (rubriek 06, deel code 610, deel code 617 en deel code 619);
- 6 De kosten van paramedische zorg (rubriek 07);
- 7 De kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 De kosten van ziekenvervoer (rubriek 09), uitgezonderd de kosten FLO;
- 9 De kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 10 De kosten van rubriek 13, 'overige kosten', met uitzondering van de SKMS-gelden;
- 11 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720);
- 12 35% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van GGZ met en zonder verblijf (code 661 en 662). Voor zover van toepassing corrigeert u de tarieven eerst met de verrekenpercentages 2012 (zie bij 'Op te leveren gegevens');
- 2 Overige kosten GGZ (code 660 en 664);
- 3 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, code 720);
- 4 10% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland

Als kosten 2012 buitenland via Zorginstituut Nederland neemt u mee: de kosten met transactiejaar 2012 die voorkomen op de declaraties kosten buitenland via Zorginstituut Nederland die u vanaf 1 januari 2013 van het Zorginstituut ter goedkeuring heeft ontvangen. Als u al eerder kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde 2012 heeft vastgelegd, mag u deze dus NIET meenemen.

U verdeelt de vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland per verzekerde 2012 als volgt naar de vier schadebedragen: 35% DBC-zorgproducten vrije segment, 10% variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, 10% GGZ en 35% schadebedrag overige prestaties. Dus 10% van de kosten mag u in het 'kosten per verzekerde' bestand niet meenemen, want dit zijn volgens de regeling vaste kosten ziekenhuisverpleging.

Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het Zorginstituut tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per verzekerde' bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.
- In 2012 is er geen HKC-opgave somatisch meer. Deze opgave kunt u dus niet meer als basis nemen voor de kosten per verzekerde 2012.
- Aangezien u in 2014 ook al een bestand kosten per verzekerde over 2012 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2015 van het bestand kosten per verzekerde over 2012 in de bestandsnaam een hoger versienummer hanteren.
- In de definitieve opgave 2012 moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondafpraak.
- In de definitieve opgave 2012 moet u de informatie van de NZa verwerken over verrekeningen 2012 met huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten en regionale ambulancevoorzieningen.

5.7.2 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2013

Op te leveren gegevens

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2013 een of meer declaratie(s) is(zijn) ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofnummer;
- 2 Schade bedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg
- 3 Schadebedrag 'overige prestaties';
- 4 Schadebedrag 'GGZ'.

Opbrengstverrekeningen

De kosten GGZ corrigeert u, met behulp van verrekenpercentages per instelling van de NZa, voor de opbrengstverrekening.

Bij de kosten van overige prestaties corrigeert u de kosten 2013 van regionale ambulancevoorzieningen op basis van aangepaste sluittarieven die de NZa beschikbaar stelt (niet via website Zorginstituut). De berekenwijze zal in een rekenvoorbeeld worden toegelicht.

Met de informatie die u van de NZa ontvangt over verrekeningen die over 2013 nog plaatsvinden met huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten moet u zelf op basis van een logische verdeelsleutel deze kosten corrigeren. Hierbij kunt u bijvoorbeeld gebruik maken van de volgende berekening: per instelling berekent u een verrekenfactor door het vaste verreken- of vereffeningsbedrag te delen door het schadebedrag per jaar (exclusief het te verrekenen bedrag). Vervolgens moeten de (gecorrigeerde) kosten trombosediensten voor 75% worden toegerekend aan de 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' (punt 2 definities). De (gecorrigeerde) kosten huisartsenlaboratoria worden voor 100% toegerekend aan 'Overige prestaties' (punt 5 definities).

U neemt in dit voorlopige bestand kosten per verzekerde 2013 geen verrekeningen op met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.

In de opgave over 2013 neemt u zoveel mogelijk ontvangen declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 mei 2015.

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Schadedefinities

Hieronder worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw. Dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2013 dat u kunt vinden op

<http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw/zvw+2013> .

Voor het schadebedrag Variabele kosten van medisch-specialistische zorg geldt de volgende definitie:

- 1 100% van de kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie (code 545);
- 2 75% van de overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek (deel code 610);
- 3 100% van de kosten overige zorgproducten, m.u.v. add-ons en eerstelijnsdiagnostiek (deel code 611)
- 4 100% van de kosten add-ons groeihormonen en IC (deel code 612)
- 5 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten (deel code 613).
- 6 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten (deel code 614);
- 7 100% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief de

- kostencomponent van expertproducten (deel van code 615).
- 8 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten (deel code 616);
 - 9 75% van de kostencomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de kostencomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
 - 10 100% van de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten gereguleerde segment, exclusief de honorariumcomponent van expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
 - 11 100% van de kostencomponent en de honorariumcomponent van DBC-zorgproducten vrije segment, exclusief expertproducten, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
 - 12 100% van de kosten en honoraria van overige zorgproducten, exclusief de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619);
 - 13 85% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720);
 - 14 75% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag Overige prestaties geldt de volgende definitie:

- 1 De kosten van huisartsenzorg (rubriek 01);
- 2 De kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02);
- 3 De kosten van mondzorg (rubriek 04);
- 4 De kosten van verloskundige zorg (rubriek 05);
- 5 De kosten van eerstelijnsdiagnostiek (rubriek 06, deel code 610, 611 en 619);
- 6 De kosten van paramedische zorg (rubriek 07);
- 7 De kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 De kosten van ziekenvervoer (rubriek 09);
- 9 De kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 10 De kosten van rubriek 13, 'overige kosten', met uitzondering van de SKMS-gelden;
- 11 100% van 'kosten overige prestaties, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720);
- 12 15% van de kosten buitenland via Zorginstituut Nederland, zie hierna.

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van GGZ (rubriek 10);
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, code 720);

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland

Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland neemt u mee de kosten met transactiejaar 2013. U verdeelt de per verzekerde vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland als volgt: 75% als 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 15% als kosten 'overige prestaties'. Dus 10% van deze kosten mag u in het 'kosten per verzekerde'-bestand niet meenemen, want dit zijn volgens de Regeling vaste zorgkosten.

Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het Zorginstituut tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per verzekerde' bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2012

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2012' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel', 'overige prestaties', 'DBC-zorgproducten vrije segment' en 'GGZ' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2012 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2012) met UZOVI-nummer(in 2012).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) schadebedragen 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp';
..... (som) schadebedragen 'overige prestaties';
..... (som) schadebedragen 'DBC-zorgproducten vrije segment';
..... (som) schadebedragen 'GGZ'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2012' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2012:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2013

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, volledig ingevuld en ondertekend **aan Zorginstituut Nederland**.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2013' met bestandsnaam (conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties voor 'medisch-specialistische zorg variabel', 'overige prestaties' en 'GGZ' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) schadebedragen 'variabele kosten medisch-specialistische zorg
- (som) schadebedragen 'overige prestaties';
- (som) schadebedragen 'GGZ'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2013 aan Zorginstituut Nederland/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2013 zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Kosten per verzekerde 2013 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2013

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)

In paragraaf 5.8 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

Gebruik van de gegevens

Met ingang van het risicovereveningsmodel 2014 zijn de hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) ingevoerd. De HKG's zijn, net als de FKG's en de DKG's binnen het risicovereveningsmodel een verdeelcriterium. Zorginstituut Nederland classificeert verzekerden in hulpmiddelenkostengroepen op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde bestanden met GPH-codes. De wijze waarop dit gebeurt, is beschreven in het HKG-referentiebestand dat u in september voorafgaand aan het vereveningsjaar ontvangt.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdeniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen, die zijn afgeleverd in 2014 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het betreft ook de declaraties van in bruikleen verstrekte hulpmiddelen en van reparaties van hulpmiddelen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2014 hulpmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per hulpmiddel, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Datum aflevering;
- 3 GPH-code;
- 4 Indicatie debet/credit
- 5 Schadebedrag in centen.

Alle hulpmiddelen moeten met een GPH-code aangeleverd worden. Deze codes, inclusief de conversie van ZI-nummers, moeten gebaseerd zijn op de uniforme codering van Vektis. Let u daarbij op dat u de meest recente tabel van het betreffende jaar gebruikt.

Als er geen uniforme GPH-code is conform de tabellen van Vektis, kan het hulpmiddel niet in de opgave meegenomen worden. Bij papieren declaraties moet de juiste toewijzing van de GPH-code geborgd zijn.

In het sluitrecord moet een som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.

In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'hulpmiddelenbestand' worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In de bestandsnaam is CVZ vervangen door ZINL.

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2014

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'hulpmiddelengegevens 2014' met bestandsnaamconform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag⁴ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2014 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2014) met UZOVI-nummer(in 2014).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2014' aan Zorginstituut Nederland/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2014' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

⁴ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie Hulpmiddelengegevens 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.9 Add-ons geneesmiddelen

In paragraaf 5.9 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag add-ons geneesmiddelen.

Deze uitvraag is nieuw in 2015.

Dit bestand over 2013 moet in 2015 met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden.

In 2016, gegevens add-ons geneesmiddelen over 2014, wordt het bestand met een accountantsproduct opgevraagd.

Het gebruik van de gegevens

In het vereveningsmodel 2015 vindt de herintroductie plaats van de FKG TNF-alfa-remmers. Deze FKG is gebaseerd op add-ons van t-1. Voor de verzekerdensraming 2016 heeft het Zorginstituut gegevens nodig van deze add-ons betreffende declaraties 2013. Bovendien wordt in 2014-2015 groot onderhoud verricht aan FKG's/DKG's/add-ons. Om proactief in te spelen op mogelijke uitkomsten van dit onderzoek die effect hebben op de uitvoering van de risicoverevening vraagt het Zorginstituut *alle* add-ons geneesmiddelen over 2013 op (dus niet de add-ons IC).

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van Overige zorgproducten – add-ons geneesmiddelen (OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel in Tarieventabel overige producten van de NZa), die zijn afgeleverd in 2013 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2013 een Overig zorgproduct – add-on geneesmiddel is afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u per Overig zorgproduct – add-on geneesmiddel de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN/sofinummer;
- 2 Specialismecode;
- 3 DBC-zorgproductcode;
- 4 DBC-declaratiecode;
- 5 Uitvoerdatum;
- 6 Aantal gebruikte eenheden;
- 7 Indicatie debet/credit;
- 8 Schadebedrag in centen.

In het sluitrecord moet een som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring. In de bestuursverklaring wordt tevens het *saldo* van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

In hoofdstuk 7 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend add-ons geneesmiddelengegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Bestuursverklaring bij het bestand Add-ons geneesmiddelen 2013

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, volledig ingevuld en ondertekend aan **Zorginstituut Nederland**.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 2013' met bestandsnaam(conform specificatie Zorginstituut Nederland) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van add-ons geneesmiddelen met een totaal schadebedrag⁵ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 2013' aan het Zorginstituut/ZorgTTP is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het Zorginstituut zijn gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 2013' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 2013 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

⁵ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie Add-ons geneesmiddelen 2013

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

5.10 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)

In paragraaf 5.10 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag hogekostencompensatie 2012. In afwijking van vorige jaren heeft u niet een aparte brief over de inrichtingseisen hogekostencompensatie ontvangen. De toelichting over de HKC is ook afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

Met ingang van de opgave over 2012 is de HKC somatisch vervallen.
De HKC betreft alleen de kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa (waaronder de uitvoering van formele en materiële controles) zijn nageleefd. In paragraaf 4.2 en 5.2.1. van het protocol wordt gesproken over 'geschoonde opgaven'. Dit betekent dat onjuiste regels uit het bestand moeten worden verwijderd. In lijn met het protocol is er in de bestuursverklaring ruimte opgenomen om onjuistheden en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met onjuistheden en onzekerheden worden meegestuurd.

NB In 2015 levert u het bestand HKC 2012 aan met alleen een bestuursverklaring. De huidige verrekenpercentages GGZ 2012 zijn voorlopig, deze gebruikt u bij de aanlevering in 2015. In december 2015 komen er van de NZa definitieve verrekenpercentages. In 2016 zal er met de definitieve verrekenpercentages een aanlevering plaatsvinden met accountantsproduct. Bij de definitieve aanlevering met accountantsproduct in 2016 wijzigen alleen de verrekenpercentages GGZ 2012. De inrichtingsvoorschriften voor dit bestand wijzigen niet. Dit betekent dat u in de Hogekostencompensatie 2012 alle correcties verwerkt, inclusief correcties voor aanneemsommen/omzetplafonds.

Gebruik van de gegevens

Met de hogekostencompensatie verevent het Zorginstituut een deel van de kosten GGZ 18+. Het gaat om de kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (peildatum leeftijd is 30 juni) bij wie in het schadejaar 2012 de kosten de HKC-drempel van €10.000 overschrijden. De betreffende kosten van die verzekerden neemt u in de HKC-opgave 2012 GGZ 18+ op. Op basis van de HKC-opgaven van alle zorgverzekeraars past het Zorginstituut de hogekostencompensatie toe.

Het Zorginstituut voegt aan deze inbreng toe een percentage van de kosten buitenland die via het Zorginstituut zijn vergoed met betrekking tot het vereveningsjaar 2012.

De berekeningswijze komt erop neer dat het Zorginstituut 90% van de kosten die de HKC-drempel overschrijden plus een percentage van de kosten buitenland via het Zorginstituut in een vereveningspool betreft. De totale omvang van de kosten in de vereveningspool (over alle zorgverzekeraars) drukt het Zorginstituut uit in een percentage van de totale omvang van de desbetreffende deelbijdrage. Het verschil tussen het beoogde aandeel van uw deelbijdrage en uw HKC-poolinbreng verrekenet het Zorginstituut als HKC-effect GGZ 18+ bij de 2^e voorlopige en definitieve vaststelling Zvw 2012.

Een niet tijdige of niet juiste aanlevering kan grote financiële consequenties hebben omdat u in dat geval wel meebetaalt aan de HKC-pool maar mogelijk geen inbreng heeft.

Op te leveren gegevens

In de HKC-opgave zijn opgenomen gegevens van verzekerden van wie de som van de kosten GGZ 18+ de HKC-drempel van € 10.000 op jaarbasis overschrijdt.

Van die verzekerden geeft u zowel de totale betreffende kosten als de HKC-inbreng op. Ook geeft u het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor de hogekostencompensatie. Een model van de opgave ziet er als volgt uit, het elektronisch format kunt u binnenkort op onze website vinden.

KOSTENSOORT	TOTAAL KOSTEN HKC- VERZEKERDEN	TOTAAL BEDRAG HKC-INBRENG
KOSTEN GGZ 18+		

TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN IN HKC-POOL	
---------------------------------------	--

Ten laste van de vereveningspool (HKC-inbreng) komt 90% van kosten GGZ 18+, voor zover deze kosten het bedrag van € 10.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden.

Alleen de tot en met 31 december 2014 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor de in 2012 verleende hulp en de in 2012 geopende DBC's mogen worden ingebracht. De declaratie hoeft nog niet te zijn betaald.

Verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondspraak, moeten op verzekerdeniveau verwerkt zijn. De gekozen methodiek moet consistent toegepast worden en de vereffening op verzekerdeniveau moet aansluiten op de vereffening in de verantwoording. Zie verder het protocol van de NZa.

De opgave aan het Zorginstituut van de kosten en de HKC-inbreng van alle HKC-verzekerden tezamen doet u in hele euro's (kleiner dan 0,5 euro naar beneden afronden en 0,5 euro of groter naar boven).

Definitie HKC-kosten GGZ 18+

De HKC-kosten 2012 GGZ 18+ zijn opgebouwd uit één deelbedrag, namelijk kosten GGZ 18+. De GGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (peildatum leeftijd is 30 juni) bestaan uit de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor in 2012 verleende hulp en voor in 2012 geopende DBC's. Bij de GGZ-instellingen met een opbrengstverrekening moet u de

oorspronkelijke tarieven corrigeren voor de opbrengstresultaten 2012. De NZa verrekenpercentages 2012 staan met een rekenvoorbeeld op de website (www.zorginstituutnederland.nl onder Verzekering\Risicoverevening\Zvw 2012). Eerst moet de gedeclareerde schade geschoond worden voor het oorspronkelijke door de NZa afgegeven verrekenpercentage ambulans of verblijf, dit geeft het tarief. Dit tarief moet gecorrigeerd worden met de definitieve verrekenpercentages. Als er oorspronkelijke verrekenpercentages zijn afgegeven kleiner dan -100%, dan moet ook het declaratiebedrag negatief zijn. Door het toepassen van de eerste correctie resulteert dit uiteindelijk in een positief bedrag voor de HKC-opgave. Echter, als er abusievelijk geen verrekenpercentage is toegepast door de zorgaanbieder, dan moet de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag niet eerst schonen voor het 'zogenaamd gehanteerde' verrekenpercentage. In dit geval is immers het tarief gedeclareerd. De oorspronkelijke nota moet dan direct gecorrigeerd worden voor het definitieve verrekenpercentage.

De totale kosten voor het deelbedrag 'GGZ 18+' komen als volgt tot stand:

1. 100% van de kosten van DBC's GGZ (inclusief deelprestaties) geopend in 2012, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel code 661 en deel code 662).
2. 100% van de overige kosten GGZ 2012, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel code 660 en deel code 664).
3. 100% van de kosten GGZ 2012 gemaakt in het buitenland, via verzekeraar, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (deel van rubriek 15, code 720).

Niet in HKC-opgave 2012 GGZ 18+

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2012 GGZ 18+:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van somatische gezondheidszorg en de kosten GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar.
- De kosten van 'grensoverschrijdende zorg' via het Zorginstituut (deel van rubriek 15) betreft u zelf niet in de HKC-opgave, maar zal het Zorginstituut per verzekeraar betrekken bij de kosten.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Met ingang van de HKC-opgave over 2012 is de HKC somatisch vervallen.
- Voor de HKC-GGZ wordt in 2012 90% van de kosten boven het drempelbedrag van € 10.000 verevend (in 2011 was dit 100%).
- In de HKC opgave 2012 moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondafpraak.

Bestuursverklaring hogekostencompensatie 2012 GGZ 18+

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'hogekostencompensatie 2012' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De HKC-opgave 2012 GGZ 18+ is ten behoeve van de vereiste accountantscontrole voorgelegd aan de accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke onjuistheden en onzekerheden.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde HKC-opgave GGZ 18+ is naar het oordeel van het bestuur juist en voldoet aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de 'hogekostencompensatie 2012' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

Definitieve opgave opbrengstverrekening 2013

Hoofdstuk 6 gaat over de Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening. Ten behoeve van de vaststelling van de opbrengstverschillen per instelling per zorgverzekeraar door de NZa, vraagt Zorginstituut Nederland de benodigde gegevens op bij de zorgverzekeraars. De toelichting is afkomstig uit de brief van het Zorginstituut over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015 van 5 november 2014 (kenmerk 2014095994).

De in de brief genoemde opgave van de kosten van GGZ instellingen is vervallen, u hoeft in 2015 geen gegevens van GGZ instellingen aan te leveren. Dit zal op een later moment plaatsvinden. De tekst van de bestuursverklaring is hierop aangepast.

De definitieve opgave opbrengstverrekening moet worden aangeleverd met een assurancerapport. De voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar en het model van het assurance-rapport zijn opgenomen in het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de Nza.

Gebruik van de gegevens

Op 1 juni 2015 levert u de gegevens over 2013 aan ten behoeve van de opbrengstverrekening via de NZa. Het gebruik van de gegevens over 2013 is verschillend.

Met de gegevens van geriatrische revalidatie-instellingen voert het Zorginstituut een aantal berekeningen uit waarmee de NZa de opbrengstverrekening per instelling per zorgverzekeraar bepaalt. Met behulp van deze bedragen brengt het Zorginstituut in de 2e voorlopige en de definitieve vaststelling Zvw 2013 een correctie aan op de door de zorgverzekeraars in de jaarstaten verantwoorde kosten. Voor deze instellingen betreft u zelf geen enkele correctie of inschatting daarvan in de kwartaal- en jaarstaten.

Op 1 juni 2015 levert u ook gegevens over 2013 aan ten behoeve van de opbrengstverrekening van regionale ambulancevoorzieningen. Deze gegevens heeft u over 2012 rechtstreeks aan de NZa aangeleverd. Vanaf de gegevens over 2013 vraagt het Zorginstituut de gegevens structureel op bij de zorgverzekeraars en levert ze direct door aan de NZa. De NZa bepaalt met deze gegevens de verrekening per regionale ambulancevoorziening per zorgverzekeraar.

Op te leveren gegevens

Het bestand bestaat uit gegevens over 2013.

Geriatrische revalidatie-instellingen

Per instelling geeft u een opgave van de volgende kosten (code 670):

De kosten van alle DBC's geopend in 2013 en gesloten in 2013 of 2014.

- 1 Kosten van DBC's die in 2013 zijn geopend en gesloten;
- 2 Kosten van DBC's die in 2013 zijn geopend en in 2014 zijn gesloten.

Regionale Ambulancevoorziening

Per Regionale Ambulancevoorziening (RAV) geeft u een opgave van de volgende kosten (deel code 650):

	Verrichtingcode
1 Kilometer	196001
2 Besteld vervoer (B-rit)	196002
3 Stand-by (per uur)	196003
4 Grensoverschrijdende spoedinzet	196005
5 MICU vervoer	196006
6 Spoedvervoer (A1-/A2-rit)	196010
7 Toeslag dienstverlening CPA	196100

De bovengenoemde kosten 2013 betreffen alle op verzekerdenniveau ontvangen declaraties op basis van de feitelijk gedeclareerde tarieven. U betreft alle declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Over 2013 levert u geen gegevens meer aan het Zorginstituut over Beatrixoord, epilepsiecentra en long/astma-instellingen.
- De gegevens over de GGZ-instellingen over 2013 levert u niet aan op 1 juni 2015, maar op een later moment.
- Over 2013 geldt er ook een opbrengstverrekening via de NZa voor instellingen voor geriatrische revalidatie.
- Met ingang van 2015 vraagt het Zorginstituut ten behoeve van de NZa de gegevens op over regionale ambulancevoorzieningen. In 2015 levert u de gegevens aan over 2013.

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens ten behoeve van de opbrengstverrekening

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'gegevens 2013 opbrengstverrekening' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In het bestand zijn opgenomen de declaraties van DBC subtrajecten geopend in 2013 van de instellingen voor geriatrische revalidatie en de declaraties 2013 van de Regionale Ambulancevoorzieningen van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2013 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2013) met UZOVI-nummer(in 2013).

De totale schade in het bestand bedraagt:

..... (som) kosten DBC's instellingen geriatrische revalidatie 2013;

..... (som) kosten Regionale Ambulancevoorzieningen 2013.

Toelichting onjuistheden en onzekerheden

(Hieronder licht u de onjuistheden en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 1.6.2)

De aangeleverde gegevens zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'gegevens 2013 opbrengstverrekening' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de Zorginstituut instructies en het Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE

SPECIFICATIES PER INSTELLING (RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER)

Ambulancediensten

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE 2013
240-4290	Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid	Dordrecht	
240-4380	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland	Lelystad	
240-4440	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMCG	Tynaarlo	
240-4590	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland	Zwolle	
240-4650	Ambulance Oost	Hengelo (OV)	
240-4660	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Noord	's-Hertogenbosch	
240-4690	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid	Nijmegen	
240-4700	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Midden	Arnhem	
240-4730	Ambulance Amsterdam B.V. (regio Amsterdam Amstelland)	Amsterdam	
240-5000	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU)	Bilthoven	
240-5100	Regionale Ambulancevoorziening Limburg-Noord	Venlo	
240-5200	Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Limburg	Geleen	
240-5310	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost	Eindhoven	
240-5410	Regionale Ambulancevoorziening Midden-West Brabant	's-Hertogenbosch	
240-6320	Regionale Ambulancevoorziening Groningen	Groningen	
240-6710	Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden	Leiden	
240-6900	Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek	Bussum	
240-7004	Coöperatie AmbulanceZorg Rotterdam Rijnmond U.A.	Barendrecht	
240-7005	Connexion Ambulance Services B.V. (regio Zeeland)	Alkmaar	
240-7006	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslan U.A.	Tynaarlo	
240-7007	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden	's-Gravenhage	
240-7008	Connexion Ambulance Services B.V. (regio Noodoost Gelderland)	Alkmaar	
240-7009	Vereniging Ambulancezorg U.A. (regio Noord-Holland Noord)	Alkmaar	
240-7010	Ambulance Amsterdam B.V. (regio Zaanstreek-Waterland)	Amsterdam	
240-7011	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland	Haarlem	
SUBTOTAAL 1			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE

SPECIFICATIES PER INSTELLING (**RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER**)

CENTRALE POSTEN AMBULANCEVERVOER (CPA)

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN CENTRALE POSTEN AMBULANCEVERVOER 2013
810-0060	Ambulance Amsterdam B.V., afd. MK	Amsterdam	
810-0090	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMCG, afd. MK	Tynaarlo	
810-0160	Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid, afd. MK	Dordrecht	
810-0180	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost, afd. MK	Eindhoven	
810-0230	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden, afd. MK	's-Gravenhage	
810-0240	Regionale Ambulancevoorziening Groningen, afd. MK	Groningen	
810-0250	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland U.A., afd. MK	Haarlem	
810-0310	Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek, afd. MK	Bussum	
810-0330	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslan U.A., afd. MK	Leeuwarden	
810-0340	Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden, afd. MK	Leiden	
810-0350	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland, afd. MK	Lelystad	
810-0370	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid, afd. MK	Nijmegen	
810-0410	Coöperatie AmbulanceZorg Rotterdam Rijnmond U.A., afd. MK	Barendrecht	
810-0480	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland, afd. MK	Zwolle	
810-0490	Connexion Ambulance Services B.V. (regio Zeeland), afd. MK	Alkmaar	
810-0500	Ambulance Oost, afd. MK	Hengelo (ov)	
810-0510	Vereniging Ambulancezorg U.A. (regio Noord-Holland Noord), afd. MK	Alkmaar	
810-0520	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU), afd. MK	Bilthoven	
810-0530	Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Limburg, afd. MK	Geleen	
810-0540	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Noord, afd. MK	's-Hertogenbosch	
810-0570	Connexion Ambulance Services B.V. (regio Noodoost Gelderland), afd. MK	Alkmaar	
810-0580	Regionale Ambulancevoorziening Limburg-Noord, afd. MK	Venlo	
810-0590	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Midden, afd. MK	Arnhem	
810-0640	Regionale Ambulancevoorziening Midden-West Brabant, afd. MK	's-Hertogenbosch	
810-1000	Ambulance Amsterdam B.V., afd. MK	Amsterdam	
SUBTOTAAL 2			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GERIATRISCHE REVALIDATIECENTRA

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG 2013
300-0141	Stichting Swinhove Groep (vh St.Zorg Woonzorggroep Zwijndrechtse Waard)	Zwijndrecht	
300-0159	Vaartland service- en zorgcentrum	Vlaardingen	
300-0197	Stichting Surplus Zorg	Zevenbergen	
300-0293	Stichting Zorgcentrum La Providence	Grubbenvorst	
300-0382	Stichting Livio	Enschede	
300-0590	Stichting Verpleeghuis Het Parkhuis	Dordrecht	
300-0591	Verpleeghuis Nebo	's-Gravenhage	
300-0600	Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam v/h Stichting Rheumaverpleeghuis	Rotterdam	
300-0616	Liemerije, deskundige zorg voor ouderen	Zevenaar	
300-0627	Humanitas Zorg (Rotterdam)	Rotterdam	
300-0630	De Zellingen Nieuwerkerk	Nieuwerkerk aan den IJssel	
300-0631	'De Zellingen Capelle-Krimpen	Capelle aan den IJssel	
300-0642	Stichting de Waalboog, zorg welzijn en wonen	Nijmegen	
300-0645	Orbis Zorgconcern (Zuid-Limburg)	Sittard	
300-0680	Aafje	Rotterdam	
300-0706	Stichting Florence	Rijswijk (ZH)	
300-0726	Stichting Carintreggeland	Hengelo (OV)	
300-0730	Stichting ZorgBalans	Haarlem	
300-0731	Stichting Christelijk Verpleeghuis Barneveld	Barneveld	
300-0799	Stichting Zorggroep Sint Maarten	Denekamp	
300-0825	Omring	Hoorn	
300-0826	Zorggroep Solis	Deventer	
300-0852	Stichting Argos Zorggroep regio Noord	Schiedam	
300-0853	Brede Vliet/Meeuwenhof	Schiedam	
300-0869	Stichting Land van Horne	Weert	
300-0875	Vierstroom (Haaglanden)	Zoetermeer	
300-0876	Vierstroom (Midden-Holland)	Gouda	
300-0882	Beweging 3.0	Amsterdam	
300-0900	Cordaan, In het Zomerpark	Nieuw Vennep	
300-0901	Cordaan V&V	Amsterdam	
SUBTOTAAL 1			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GERIATRISCHE REVALIDATIECENTRA

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG 2013
300-0919	Stichting Protestante Zorggroep Crabbehof	Dordrecht	
300-0920	Frankeland centr.verzorgd wonen, verpleging & welzijn	Schiedam	
300-0922	Stichting Zorggroep Elde	Boxtel	
300-0923	Stichting SHDH	Haarlem	
300-0924	Stichting Azora	Terborg	
300-0925	Stichting Interzorg Noord Nederland	Assen	
300-0926	Stichting Proteion Thuis	Horn	
300-0929	Stichting Zorgpartners Friesland	Leeuwarden	
300-0930	Stichting Zorgpalet	Hoogeveen	
300-0931	Stichting Zorggroep Dorus	Schijndel	
300-0932	Stichting Meriant (Alliade)	Heerenveen	
300-0933	Stichting Sint Jacob	Haarlem	
300-0934	Stichting Valkenhof Centrum voor verpleging en verzorging	Valkenswaard	
300-0935	Stichting Sevagram, Zorgcentra	Heerlen	
300-0936	Stichting Werkt voor Ouderen	Vlissingen	
300-0937	Stichting Zorgspectrum	Nieuwegein	
300-0938	Van Neynselstichting	's-Hertogenbosch	
300-0940	Regionale Stichting Zorgcentra De Kempen	Bladel	
300-0941	Stichting Groenhuysen	Roosendaal	
300-0944	Stichting Jan Berchmans	Nijmegen	
300-0946	Interkerkelijke Stichting Zorgvoorzieningen De Brug	Driebergen-Rijsenburg	
300-0947	Stichting Het Spectrum	Dordrecht	
300-0948	Stichting de Hoven	Winsum (GR)	
300-0949	Stichting Kalorama	Beek-Ubbergen	
300-0950	Zorgspectrum Het Zand	Zwolle	
300-0951	Stichting Berne Zorg	Heeswijk-Dinther	
300-0952	Stichting Carinova (Zorggroep De Leiboom)	Deventer	
300-0954	Stichting Plantein	Joure	
300-0955	Stichting Allévo, zorg- en dienstverlening	Goes	
300-0956	De Zorgcirkel (Noord-Holland Noord)	Alkmaar	
300-0957	Evean Zorg Amsterdam	Purmerend	
SUBTOTAAL 2			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GERIATRISCHE REVALIDATIECENTRA

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG 2013
300-0960	Zonnehuisgroep Vlaardingen	Vlaardingen	
300-0961	Rijnland Zorggroep	Leiderdorp	
300-0963	Stichting Bejaardenzorg Clara Fey (AZM herstelzorg)	Maastricht	
300-0968	Stichting Leveste	Emmen	
300-0972	Stichting De Zorgboog	Helmond	
300-0973	Stichting Woon- en Zorgcentra Haaglanden (WZH)	's-Gravenhage	
300-0974	Zuwe Zorg BV	Utrecht	
300-0975	Zorgpartners Midden-Holland	Gouda	
300-0977	Stichting Palet centra voor wonen, zorg en welzijn	Leeuwarden	
300-0978	VIVIUM zorggroep	Huizen	
300-0979	Stichting Zorgcentra De Betuwe	Maurik	
300-0981	Stichting Evean Zorg	Zaandam	
300-0986	Stichting Sutfene	Zutphen	
300-0988	Stichting Coloriet	Lelystad	
300-0989	Stichting Vilente	Ede	
300-0995	Stichting Zorgcentra Rivierenland	Tiel	
300-0996	Zorggroep Almere	Almere	
300-0997	Zorgcentra Pantain	Boxmeer	
300-0999	Stichting Amstelring	Amstelveen	
300-1020	Stichting Warande	Zeist	
300-1021	Stichting Zorggroep Meander	Veendam	
300-1022	Stichting Warmande	Oostburg	
300-1025	Stichting Zorg en Verpleging Goeree-Overflakkee	Dirksland	
300-1026	Aveant B.V.	Utrecht	
300-1028	Amie Ouderenzorg (vh Zorgcontact)	Bentveld	
300-1029	Stichting Catharina	Arnhem	
300-1031	Stichting De Riethorst Stroomland	Raamdonksveer	
300-1032	Stichting Zorgverlening Het Baken	Elburg	
300-1033	Stichting Curamus	Hulst	
300-1056	Stichting Holding Oranjehaave, De IJpelaar, Aenaes	Breda	
300-1069	Stichting Amsta	Amsterdam	
SUBTOTAAL 3			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GERIATRISCHE REVALIDATIECENTRA

NZa- code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIE- ZORG 2013
300-1083	Stichting Oosterlengte	Winschoten	
300-1102	Stichting De Opbouw (Zorgpalet Baarn - Soest)	Soest	
300-1103	Stichting Pleyade	Arnhem	
300-1104	Stichting ZZG zorggroep	Groesbeek	
300-1110	Stichting AxionContinu	Utrecht	
300-1111	Stichting Vivent	's-Hertogenbosch	
300-1113	AriensZorgpalet	Enschede	
300-1159	Stichting Schakelring	Waalwijk	
300-1168	Stichting MeanderGroep Zuid-Limburg	Landgraaf	
300-1181	Attent wonen welzijn zorg	De Steeg	
300-1186	Careyn Zuid-Hollandse Eilanden B.V.	Spijkernisse	
300-1192	Opella, protestants-christelijke stichting voor wonen, zorg en welzijn	Ede	
300-1197	Zorginstellingen Pieter van Foreest	Delft	
300-1207	Stichting Zorggroep Maas&Waal	Beneden-Leeuwen	
300-1212	Dignis (vh Heymansstichting)	Groningen	
300-1221	Zonnehuisgroep IJssel-Vecht	Zwolle	
300-1223	Stichting Amstelring	Amsterdam	
300-1224	Stichting Zorggroep Oude en Nieuwe Land	Emmeloord	
300-1225	Stichting ZuidOostZorg	Drachten	
300-1230	Stichting Elisabeth	Breda	
300-1232	Birkhoven Zorggoed	Amersfoort	
300-1252	Amaris Zorggroep	Laren (NH)	
300-1253	Stichting Inovum	Loosdrecht	
300-1255	Cicero Zorggroep	Hoensbroek	
300-1258	Stichting Vitalis Zorg Groep	Eindhoven	
300-1259	IJsselheem Holding te Kampen	Kampen	
300-1260	Stichting TriviumMeulenbeltZorg	Borne	
300-1261	Stichting Zorggroep Charim	Veenendaal	
300-1265	Stichting BrabantZorg	Oss	
300-1268	De Zorggroep	Venlo	
300-1269	Stichting Zorggroep Reinalda	Haarlem	
SUBTOTAAL 4			0

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening 2013

SPECIFICATIES PER INSTELLING

GERIATRISCHE REVALIDATIECENTRA

NZa- code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIE- ZORG 2013
300-1271	Stichting Pasana	Dokkum	
300-1272	Stichting Haagse Wijk- en Woonzorg (HWW)	's-Gravenhage	
300-1288	Stichting Zorggroep Amsterdam Oost	Amsterdam	
300-1291	Stichting Saffier/Zorggroep De Residentie	's-Gravenhage	
300-1294	ViVa! Zorggroep (Kennemerland)	Velsen-Noord	
300-1295	MagentaZorg	Bergen (NH)	
300-1297	Stichting De Bilthuysen	Bilthoven	
300-1298	Stichting Woonzorggroep Samen	Schagen	
300-1305	ZINN	Groningen	
300-1307	Stichting de Wever	Tilburg	
300-1317	Stichting Zinzia Zorggroep	Wageningen	
300-1354	Stichting Sensire	Varsseveld	
300-1427	Zorgverlening de Friese Wouden	Drachten	
300-1430	Stichting Laurens (Rotterdam)	Rotterdam	
300-1431	Archipel	Eindhoven	
300-1432	Zorggroep Groningen	Groningen	
300-1437	ZorgAccent (Twente, Enschede)	Hellendoorn	
300-1438	Stichting Marente	Voorhout	
300-1439	Stichting QuaRijn	Wijk bij Duurstede	
300-1656	Zorgwaard	Puttershoek	
300-1663	Stichting Icare	Meppel	
300-1668	Rivas Zorggroep	Gorinchem	
300-2013	Stichting Zorggroep Noordwest-Veluwe	Ermelo	
300-2015	Stichting Topaz	Leiden	
300-2016	De Zorgcirkel (Zaanstreek/Waterland)	Purmerend	
300-2028	Stichting Zonnehuisgroep Noord	Zuidhorn	
300-2051	Stichting Saxenburgh Groep	Hardenberg	
300-2056	Zorgcombinatie Noorderboog	Meppel	
300-2059	Stichting Lelie Zorggroep	Capelle aan den IJssel	
SUBTOTAAL 5			0
TOTAAL GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG (= totaal subtotaal 1 t/m 5)			0

TOTALE KOSTEN AMBULANCEDIENSTEN EN CPA

Totale kosten van vervoer per ambulance 2013	0
--	---

*) Het betreft de som van alle instellingen van het tabblad Ambulancediensten en CPA

TOTALE KOSTEN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG

Totale kosten van geriatrische revalidatiezorg 2013	0
---	---

*) Het betreft de som van alle instellingen van het tabblad Geriatrische Revalidatiezorg

7 Record lay-out informatie risicoverevening

In dit hoofdstuk treft u de record lay-out aan van de ASCII bestanden die u in het kader van de risicoverevening moet aanleveren.

- Structuur gegevensvraag Verzekerde periode en persoonskenmerken met BSN 2014
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2015
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2014
- Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2013
- Structuur gegevensvraag DBC's GGZ geopend in 2013
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2012
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2013
- Structuur gegevensvraag Hulpmiddelengegevens 2014
- Structuur gegevensvraag Add-ons geneesmiddelen 2013

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND VERZEKERDE PERIODEN EN PERSOONSKENMERKEN VERZEKERDEN 2014 MET BSN TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2014 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2014.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2014.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNAA	Postcode 6 posities TNT Post
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	6	N	EEJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 2	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 2	1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	EEJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peilperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
	11	Fractie verzekeringsperiode	58	64	7	N		De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/- begindatum) +1)/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekapt (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van het betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortjaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	14	N		De som van rubriek 11 van alle detailrecords.

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam **ZINL_RVE_UZOVI_VPPER_EEJJ_MND_NR.txt**
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND PERSOONSKENMERKEN 2015 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2015 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2015.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNAA	Postcode 6 posities TNT Post
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 2	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 2	1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Persoonskenmerken 2015

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam **ZINL_RVE_UZOVI_PER_EEJJ_MND_NR.txt**
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand de maand mei, '05' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND FARMACIEGEGEVENS 2014 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	EI / AP 304	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2014 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2014.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2014.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Geboortejaar en -maand	11	16	6	N	EEJMM	0207 Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N	1 2	0208 Man Vrouw
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMDD	0409
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N		0411 Conform G-standaard
	7	Voorgeschreven dosering	38	38	1	N	1 2 3	0426 De voorgeschreven dosering is bekend De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in een (gemiddeld) verbruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen) De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen)
	8	Afleveringseenheid	39	40	2	AN		0412 Conform G-standaard
	9	Gemiddelde dagdosering	41	49	9	N		0413 De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	10	Hoeveelheid afgeleverd middel	50	58	9	N		0414 De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	11	Indicatie debet credit	59	59	1	AN	D C	0438 Debet Credit
	12	Schadebedrag in centen	60	67	8	N		0431 Gedecclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het eigen risico
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Farmacie gegevens 2014

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam **ZINL_RVE_UZOVI_FAR_EEJJ_MND_NR.txt**
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's SOMATISCH GEOPEND IN 2013 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2012 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2012.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	DBC-zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	Declaratiecode DBC	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's somatisch 2013

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam **ZINL_RVE_UZOVI_DBC_EEJJ_MND_NR.txt**
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord);
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ DBC's GGZ GEOPEND IN 2012 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2012 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode DBC	11	22	12	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnoscode.
	4	Declaratiecode	23	28	6	AN		Declaratiecode van de DBC GGZ (behandeling) dan wel de declaratiecode van de deelprestatie 24-uur verblijf: als bij de DBC ook een (of meer) deelprestatie(s) 24-uursverblijf zijn gedeclareerd, dan een (of meer) afzonderlijk(e) detailrecord(s) aanleveren met de declaratiecode van de betreffende deelprestatie.
	5	Maand van opening van de DBC	29	30	2	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ.
	6	Indicatie debet credit	31	31	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	32	39	8	N		Gedeclareerde kosten voor de DBC GGZ (behandeling) dan wel de gedeclareerde kosten voor de deelprestatie 24-uursverblijf, in het kader van de basisverzekering Zvw: als bij de DBC ook een (of meer) deelprestatie(s) 24-uursverblijf zijn gedeclareerd, dan een (of meer) afzonderlijk(e) detailrecord(s) aanleveren met de gedeclareerde kosten van de betreffende deelprestatie. De bedragen zijn in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's GGZ 2013

- | | |
|---|--|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | 1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties |
| 3. Data presentatie: | standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken. |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_RVE_UZOVI_GGZ_EEJJ_MND_NR.txt
UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2012 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2012 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2012. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2012.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' in centen	11	19	9	N	De 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2012.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N	De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2012.
	5	Schadebedrag 'DBC-zorgproducten vrije segment' in centen	29	37	9	N	De kosten van 'DBC-zorgproducten vrije segment' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2012.
	6	Schadebedrag 'GGZ' in centen	38	46	9	N	De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2012.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag "variabel"	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag "overig"	37	50	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'DBC-zorgproducten vrije segment'	51	64	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag "GGZ"	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2012

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL**_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2013 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2013 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2013. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2013.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2013. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2013.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele kosten medisch specialistische zorg' in centen	11	19	9	N		De 'variabele kosten medisch specialistische zorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2013.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2013.
	5	Schadebedrag 'GGZ' in centen	29	37	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2013.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag "variabel"	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag "overig"	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag "GGZ"	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2013

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties
3. Data presentatie:
- standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND HULPMIDDELEN 2014 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2014 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2014.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2014.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Datum van aflevering	11	18	8	N	EEJJMMDD	Vullen met de datum waarop de prestatie geleverd is. Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	GPH-code	19	30	12	AN		Uniforme GPH-code (inclusief de conversie van ZI-nummers) conform afspraak tussen ZN en VWS, gebaseerd op tabellen van Vektis.
	5	Indicatie debet credit	31	31	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	32	39	8	N		Gedeclareerde kosten voor hulpmiddelen in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(n) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelgegevens 2014

- | | |
|---|---|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | 1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties |
| 3. Data presentatie: | standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken. |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_RVE_UZOVI_HMD_EEJJ_MND_NR.txt
UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND ADD-ONS GENEESMIDDELEN 2013 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2013 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2013.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2013.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201501	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Sofinummer/ Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Specialismecode	11	14	4	N		AGB-code uitvoerend specialisme (hoofdbehandelaar); altijd 4 posities opnemen, ook als eerste cijfer 0 is.
	4	DBC-zorgproductcode	15	20	6	AN		Zorgactiviteitcode. Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - add ons (Duur en wees geneesmiddel)'. Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - add ons (Duur en wees geneesmiddel)'.
	5	DBC-Declaratiecode	21	26	6	AN		Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - add ons (Duur en wees geneesmiddel)'.
	6	Uitvoerdatum	27	34	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - add ons (Duur en wees geneesmiddel)'.
	7	Aantal gebruikte eenheden	35	42	8	N		Gedeclareerde hoeveelheid; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter twee cijfers het restant in honderdsten en zonder decimaal scheidingsteken
	8	Indicatie debet credit	43	43	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	44	51	8	N		Gedeclareerde kosten voor 'Overige zorgproducten - add ons (Duur en wees geneesmiddel)' in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

8 Declaratiegegevens

Aanlevering declaratiegegevens

Hoofdstuk 8, nieuw in 2015, gaat over de aanlevering van declaratiegegevens huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. U bent hierover bij brief van 9 december 2014 (Kenmerk 2014153801) en bij brief van 23 februari 2015 (Kenmerk 2015009979) geïnformeerd.

Het gaat hier om de ontvangen declaraties van prestaties Zvw die u op geaggregeerd niveau verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten. Wij sluiten aan bij de bestandsspecificaties die Vektis hanteert voor de aanlevering van declaratiegegevens. Op de volgende pagina's zijn de record lay-outs opgenomen voor de aanlevering van declaratiegegevens huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Daarin is per gegevenselement een verwijzing opgenomen naar de codering (inclusief toelichting) die Vektis hanteert. Er zijn een aantal gegevenselementen in de record lay-out van Vektis die het Zorginstituut niet opvraagt in verband met privacy overwegingen. Die gegevenselementen zijn onderaan de record lay-out vermeld. De pseudonimisering van de persoonsgegevens (het BSN) in de bestanden zal plaatsvinden op dezelfde wijze als u gewend bent voor de gegevensaanleveringen in het kader van het GIP en de risicovereeniging.

Alle declaratiegegevens levert u aan in het door ons gevraagde aanleverformat, gebaseerd op de meest recente versie van het EI bericht. In oudere versies van het EI bericht van medisch specialistische zorg (QZ301) zijn minder gegevenselementen opgenomen. Bij de gegevensaanlevering over de betreffende jaren vult u de gegevenselementen die niet voorkomen met nullen.

U stuurt uiterlijk 14 augustus 2015 de bestanden met de ontvangen declaraties over de jaren 2012 t/m 2015 (ontvangen tot en met het tweede kwartaal 2015 of 31 juli 2015). Vervolgens stuurt u de bestanden medisch specialistische zorg maandelijks toe, binnen twee weken na afloop van de maand. Voor de huisartsenzorg heeft eenzelfde maandelijks aanlevering onze voorkeur, maar u kunt in 2015 ook nog per kwartaal aanleveren, binnen zes weken na afloop van het kwartaal.

Wij ontvangen graag voordat u met de daadwerkelijke levering begint, maar uiterlijk 1 juli 2015 een testbestand met declaraties huisartsenzorg en een testbestand met declaraties medisch specialistische zorg. In het testbestand neemt u minimaal 1.000 regels op en in de bestandsnaam van de testbestanden gebruikt u .00 als versienummer. U ontvangt van ons een inleesverslag.

Eerder hebben wij u al verzocht ons de gegevens van de contactpersoon voor deze aanleveringen te mailen naar verslagdocumenten@zinl.nl

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DECLARATIEGEGEENS HUISARTSENZORG

Type record	#	EI / QH301 Rubriek	Positie		Lengte	Soort	Patroon	Code gegeven	Omschrijving/Toelichting
			van	t/m					
1. Voorlooprecord	1	kenmerk record	1	1	1	N			1 = voorlooprecord
	2	uzovi-nummer	2	5	4	N		COD061	
	3	dagtekening aanmaak	6	13	8	N	EEJMMDD	DAT286	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD		De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	5	datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD		De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	6	versienummer SRL	30	35	6	N			Versienummer deze record-layout: 201501
2. Detailrecord	1	kenmerk record	1	1	1	N			4 = detailrecord
	2	burgerservicenummer (bsn) verzekerde	2	10	9	N		NUM313	altijd 9 posities opnemen
	3	verzekeringsbasis	11	12	2	N		COD151	
	4	identificatiecode indiener	13	14	2	N		COD976	
	5	agb-code indiener	15	22	8	N		COD977	
	6	begindatum prestatie	23	30	8	N	EEJMMDD	DAT001	
	7	einddatum prestatie	31	38	8	N	EEJMMDD	DAT003	
	8	aanduiding prestatiecodelijst	39	41	3	N		COD367	
	9	prestatiecode	42	46	5	N		COD388	
	10	aantal uitgevoerde prestaties	47	50	4	N		ANT054	
	11	zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder	51	58	8	N		COD089	
	12	tarief prestatie (incl. btw)	59	66	8	N		BED160	
	13	berekend bedrag (incl. btw)	67	74	8	N		BED153	
	14	indicatie debet/credit (01)	75	75	1	AN		COD668	
	15	btw-percentage declaratiebedrag	76	79	4	N		NUM352	
	16	declaratiebedrag (incl. btw)	80	87	8	N		BED161	
	17	indicatie debet/credit (02)	88	88	1	AN		COD665	
	18	toegekend bedrag	89	96	8	N		BED166	
	19	indicatie debet/credit (03)	97	97	1	AN		COD672	
	20	referentienummer dit prestatie record	98	117	20	AN		NUM362	
	21	referentienummer voorgaande gerelateerde	118	137	20	AN		NUM363	
3. Sluitrecord	1	kenmerk record	1	1	1	N			9 = sluitrecord
	2	aantal detailrecords	2	10	9	N		ANT265	Aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	3	aantal unieke BSN's	11	19	9	N			Aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=4)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties

3. Data presentatie:

standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.

4. Bestandsnaam

ZINL_ZPD_UZOVI_HA_EEJJ_K_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
K: kwartaal waar het bestand betrekking op heeft
MND: maand waar het bestand betrekking op heeft (00 indien het een kwartaallevering betreft)
NR: Volgnummer; de eerste levering krijgt 01, bij heraanlevering(en) opvolgend nummeren

Vervolg declaratiegegevens huisartsenzorg

Aansluiting van SRL Zorginstituut declaratiegegevens huisartsenzorg met Vektis berichtstructuur standaardcode QH301

De volgende gegevenselementen uit QH301 zijn niet in deze SRL opgenomen:

Voorlooprecord	code externe-integratiebericht	COD002
	versienummer berichtstandaard	NUM001
	subversienummer berichtstandaard	NUM309
	soort bericht	COD856
	declaratiejaar	DAT280
	declaratiekwartaal	DAT281
	valutacode	COD363
	reserve	TEC007
Verzekerdenrecord	volledige record	
Detailrecord	identificatie detailrecord	NUM040
	verzekerdennummer	NUM003
	reserve	TEC007
Sluitrecord	aantal verzekerdenrecords	ANT085
	aantal prestatierecords	ANT087
	totaal aantal detailrecords	ANT265
	totaal declaratiebedrag	BED025
	indicatie debet/credit	COD668
	totaal toegekend bedrag	BED167
	indicatie debet/credit	COD665
reserve	TEC007	

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DECLARATIEGEGEVENS MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Type record	#	E / QH301		Lengte	Soort	Patroon	Code gegeven	Omschrijving/Toelichting	
		Rubriek	Positie van t/m						
1. Voorlooprecord	1	kenmerk record	1	1	1	N		1 = voorlooprecord	
	2	uzovi-nummer	2	5	4	N	COD061		
	3	dagtekening aanmaak	6	13	8	N	EEJMMDD	DAT286	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD		De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	5	datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD		De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	6	versienummer SRL	30	35	6	N			Versienummer deze record-layout: 201501
2. Prestatierecord	1	kenmerk record	1	1	1	N		4 = prestatierecord	
	2	burgerservicenummer (bsn) verzekerde	2	10	9	N	NUM313		altijd 9 posities opnemen
	3	uzovi-nummer risicodraager	11	14	4	N	COD264		
	4	uzovi-nummer volmacht	15	18	4	N	COD265		
	5	identificatiecode indiener	19	20	2	N	COD976		
	6	aab-code indiener	21	28	8	N	COD977		
	7	aanduiding prestatiecodelijst	29	31	3	N	COD367		
	8	prestatiecode/dbc declaratiecode	32	37	6	AN	COD695		
	9	begindatum prestatie	38	45	8	N	EEJMMDD	DAT001	
	10	einddatum prestatie	46	53	8	N	EEJMMDD	DAT003	
	11	zorgproductcode	54	62	9	AN	COD988		
	12	zorgtrajectnummer	63	77	15	AN	NUM368		
	13	begindatum zorgtraject	78	85	8	N	EEJMMDD	DAT291	
	14	einddatum zorgtraject	86	93	8	N	EEJMMDD	DAT292	
	15	afsluitreden zorgtraject/subtraject	94	95	2	AN	COD990		
	16	subtrajectnummer	96	110	15	AN	NUM379		
	17	verwijsdatum	111	118	8	N	EEJMMDD	DAT062	
	18	code (zelf)verwijzer	119	120	2	N	COD327		
	19	zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer	121	128	8	N	COD836		
	20	specialisme voorschrijver/verwijzer	129	132	4	N	COD953		
	21	instellingscode of praktijkcode voorschrijver/verwijzer	133	140	8	N	COD650		
	22	verwijzend zorgtrajectnummer	141	155	15	AN	NUM369		
	23	aantal uitgevoerde prestaties	156	159	4	N	ANT054		
	24	zorgtypecode	160	165	6	AN	COD788		
	25	soort zorgvraag	166	166	1	N	COD074		
	26	zorgvraagcode	167	169	3	AN	COD789		
	27	aanduiding diagnosecodelijst (01)	170	172	3	N	COD669		
	28	diagnosecode	173	179	7	AN	COD127		
	29	aanduiding diagnosecodelijst (02)	180	182	3	N	COD675		
	30	primaire medische diagnose (icd-10)	183	189	7	AN	COD203		
	31	toelichting prestatie	190	192	3	N	COD276		
	32	code herdeclaratie	193	194	2	N	COD651		
	33	indicatie machtiging	195	195	1	AN	COD224		
	34	indicatie producttypeperende oranje verrichting in het profiel	196	196	1	AN	COD227		
	35	zorgactiviteitcode	197	206	10	AN	COD329		
	36	zorgactiviteitnummer	207	221	15	AN	COD099		
	37	zorgpadcode	222	223	2	N	COD100		
	38	aanduiding diagnosecodelijst (03)	224	226	3	N	COD688		
	39	verwijsdiagnosecode paramedische hulp	227	234	8	N	COD185		
	40	code soort indicatie paramedische hulp	235	237	3	N	COD321		
	41	indicatie tweede operatie zelfde aandoening paramedische hulp	238	238	1	AN	COD119		
	42	reden einde zorg	239	240	2	N	COD217		
	43	indicatie ongeval (ongevalsgevolg)	241	241	1	AN	COD183		
	44	indicatie debet/credit	242	242	1	AN	COD043		
	45	soort declaratie	243	244	2	N	COD470		
	46	dagtekening factuur	245	252	8	N	EEJMMDD	DAT031	
	47	factuurnummer declarant	253	264	12	AN	NUM029		
	48	code land prestatie	265	266	2	AN	COD612		
	49	verwerkingsdatum zorgverzekeraar	267	274	8	N	EEJMMDD	DAT304	
	50	identificatie prestatierecord	275	304	30	AN	NUM398		
	51	identificatie gerelateerd debet prestatierecord	305	334	30	AN	NUM399		

3. Tariefrecord	1 kenmerk record	1	1	1	N		6 = tariefrecord
	2 aanduiding prestatiecodelijst	2	4	3	N	COD367	
	3 soort prestatie/tarief	5	6	2	N	COD029	
	4 zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder	7	14	8	N	COD089	
	5 specialisme behandelaar/uitvoerder	15	18	4	N	COD952	
	6 verrekenpercentage	19	23	5	N	ANT094	
	7 soort toeslag	24	25	2	N	COD030	
	8 btw-percentage declaratiebedrag	26	29	4	N	NUM352	
	9 declaratiebedrag (incl. btw)	30	37	8	N	BED211	
	10 indicatie debet/credit (01)	38	38	1	AN	COD668	
	11 vergoed bedrag basisverzekering (incl. btw)	39	46	8	N	BED195	
	12 indicatie debet/credit (02)	47	47	1	AN	COD665	
	13 vergoed bedrag aanvullende verzekering (incl. btw)	48	55	8	N	BED198	
	14 indicatie debet/credit (03)	56	56	1	AN	COD672	
	15 bedrag eigen risico	57	64	8	N	BED063	
	16 indicatie debet/credit (04)	65	65	1	AN	COD673	
	17 indicatie bedrag eigen risico bekend	66	66	1	N	COD615	
	18 identificatie prestatie record	67	96	30	AN	NUM398	

4. Zorgactiviteitrecord	1 kenmerk record	1	1	1	N		8 = zorgactiviteitrecord
	2 zorgactiviteitnummer	2	16	15	AN	COD099	
	3 zorgactiviteitcode	17	26	10	AN	COD329	
	4 begindatum zorgactiviteit	27	34	8	N	EEJMMDD	DAT315
	5 einddatum zorgactiviteit	35	42	8	N	EEJMMDD	DAT316
	6 aantal uitgevoerde prestaties	43	46	4	N	ANT054	
	7 code soort declaratie-informatie	47	48	2	N	COD642	
	8 afwijkende instellingscode zorgactiviteit	49	56	8	N	COD643	
	9 zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder	57	64	8	N	COD089	
	10 specialisme behandelaar/uitvoerder	65	68	4	N	COD952	
	11 indicatie debet/credit	69	69	1	AN	COD043	
	12 identificatie prestatie record	70	99	30	AN	NUM398	

4. Sluitrecord	1 kenmerk record	1	1	1	N		9 = sluitrecord
	2 aantal prestatie records	2	9	8	N	ANT087	
	3 aantal tariefrecords	10	17	8	N	ANT307	
	4 aantal zorgactiviteitrecords	18	25	8	N	ANT308	
	5 totaal vergoed bedrag basisverzekering (incl. BTW)	26	37	12	N	BED111	
	6 aantal unieke BSN's	38	45	8	N		Aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.

1. In de record lay-out zijn vijf soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Prestatiercord (code=4)
3. Tariefrecord (code=6)
4. Zorgactiviteitrecord (code=8)
5. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties

3. Data presentatie:

standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
In verband met de pseudonimisering door is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.

4. Bestandsnaam

ZINL_ZPD_UZOVI_MSZ_EEJJ_K_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
K: kwartaal waar het bestand betrekking op heeft
MND: maand waar het bestand betrekking op heeft (00 indien het een kwartaallevering betreft)
NR: Volgnummer; de eerste levering krijgt 01, bij heraanlevering(en) opvolgend nummeren

Vervolg declaratiegegevens medisch specialistische zorg

Aansluiting van SRL Zorginstituut declaratiegegevens medisch specialistische zorg met Vektis berichtstructuur standaardcode QZ301

De volgende gegevenselementen uit QZ301 zijn niet in deze SRL opgenomen:

Voorlooprecord	code externe-integratiebericht	COD002
	versienummer berichtstandaard	NUM001
	subversienummer berichtstandaard	NUM309
	soort bericht	COD856
	referentienummer dit schadebestand	NUM393
	bron-id declaratieverwerkingssysteem	COD469
	reserve	TEC007
Prestatierecord	identificatie detailrecord	NUM040
	verzekerdennummer	NUM003
	patient(identificatie)nummer	NUM366
	reserve	TEC007
Tariefrecord	identificatie detailrecord	NUM040
	reserve	TEC007
Zorgactiviteitrecord	identificatie detailrecord	NUM040
	reserve	TEC007
Sluitrecord	totaal aantal detailrecords	ANT265
	totaal declaratiebedrag (incl. btw)	BED208
	indicatie debet/credit (01)	COD668
	indicatie debet/credit (02)	COD665
	totaal vergoed bedrag aanvullende verzekering (incl. btw)	BED204
	indicatie debet/credit (03)	COD672
	totaal bedrag eigen risico	BED210
	indicatie debet/credit (04)	COD673
reserve	TEC007	
