



HANDBOEK ZORGVERZEKERAARS INFORMATIE ZORGVERZEKERINGSWET 2017

1 Algemeen	2
1.1 Indeling Handboek	3
1.2 Aanlevering van gegevens	5
1.3 Wijzigingen en aandachtspunten per jaar	12
2 Specifieke Informatie A	76
2.1 Bestuursverklaring	77
2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat	79
2.3 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland	97
3 Specifieke Informatie C	100
3.1 Specificaties van kosten en productie	101
3.2 Contractinformatie	146
3.3 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	189
5 Aanvullende informatie risicoverevening	190
5.1 Beschrijving gegevensvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening	191
5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	201
5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken	209
5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	214
5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	219
5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ en gegevens GGZ	223
5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde	231
5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)	240
5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen	244
5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen	248
5.11 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)	252
6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening	256
7 Record lay-out informatie risicoverevening	261

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;
- gegevens opbrengstverrekening.

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 informatie over de categorieën instellingen aan.

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

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

H 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.

H 3 Specifieke Informatie C

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

H 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 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 hulpmiddelengegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring;

- Bestand add-ons geneesmiddelen per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring.

Zonder assurancerapport

- Bestand kosten per verzekerde T-2 met bestuursverklaring.

In hoofdstuk 5 is ook een toelichting op de gegevensuitvraag van het Zorginstituut in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening opgenomen.

H 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.

NB

In 2017 (T) levert u ook het bestand DBC-gegevens GGZ 2014 (T-3) met een assurancerapport aan. Dit bestand heeft u in 2016 zonder accountantsproduct aangeleverd. Het bestand gegevens GGZ 2015 (T-2) levert u in 2017 aan met een bestuursverklaring en zonder 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 u naar de NZa (o.a. het Protocol dat de NZa jaarlijks uitbrengt).

De aanlevering van declaratiegegevens gebeurt op de volgende wijze.

Aanlevering van declaratiegegevens

Eind 2014 en begin 2015 heeft het Zorginstituut u geïnformeerd over de aanlevering van declaratiegegevens huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. In hoofdstuk 8 van het Handboek 2015, versie april 2015, was deze uitvraag ook opgenomen. In juli 2015 hebben het Zorginstituut en ZN afgesproken dat Vektis de door het Zorginstituut opgevraagde gepseudonimiseerde declaratiegegevens namens de diverse zorgverzekeraars aanlevert. Voorwaarde daarbij is dat elke zorgverzekeraar bij het Zorginstituut schriftelijk kenbaar heeft gemaakt dat zij ervoor kiest de aanlevering van deze gegevens via Vektis te laten verlopen. Het Zorginstituut maakt afspraken met Vektis over de wijze waarop de gegevenslevering aan het Zorginstituut plaatsvindt.

Inmiddels levert Vektis gegevens over meerdere prestaties aan het Zorginstituut.

De gevraagde gegevens zijn nodig voor de uitvoering van de wettelijke taken van het Zorginstituut, meer in het bijzonder het fondsbeheer, de kwaliteitstaken en het pakketbeheer, met name het programma Zinnige Zorg. In het kader van dit programma licht het Zorginstituut, in opdracht van het ministerie van VWS, het pakket systematisch door en brengt daarbij mogelijkheden van gepast gebruik en onnodige uitgaven in kaart. Daarbij moeten gepast aanbod en gepast gebruik van zorg de kwaliteit van zorg ten goede komen.

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;
- met ingang van de jaarstaat 2016 een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.
aan de NZa: - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring;
- bestuursverklaring bij de specifieke informatie A.

De inzenddatum voor de documenten aan de NZa is ook 1 mei t+1.

- 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;
- met ingang van de 2^e kwartaalstaat 2016 een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

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 2017

In het kader van de risicoverevening vraagt Zorginstituut Nederland, naast de kwartaal- en jaarstaten, in 2017 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN;
- Persoonskenmerken 2017 op peildatum 1 mei 2017;
- Farmaciegegevens 2016 per verzekerde;
- DBC-gegevens somatisch 2015 per verzekerde;
- DBC-gegevens GGZ 2014 per verzekerde;
- Gegevens GGZ 2015 per verzekerde;
- Gegevens kosten per verzekerde 2014 en 2015;
- Opgave hogekostencompensatie (HKC) GGZ 18+ 2014;
- Hulpmiddelengegevens 2016 per verzekerde;
- Add-ons geneesmiddelen gegevens 2015 per verzekerde;
- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016.

De inzending van de gegevens (deelbestand) verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, DBC-gegevens GGZ 2014, kosten per verzekerde 2014, hulpmiddelengegevens, gegevens add-on geneesmiddelen en fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 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;
- assurancerapport bij de bestuursverklaring.

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 2015 en gegevens GGZ 2015 omvat
aan Zorginstituut Nederland:

- gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP);
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand.

De inzending van de hoge kosten compensatie (HKC) 2014 omvat
aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het
Zorginstituut;
aan de NZa: - opgave hoge kostencompensatie met assurancerapport;
- bestuursverklaring bij de opgave.

Aanlevering van gegevens opbrengstverrekening in 2017

In 2017 leveren de zorgverzekeraars separaat de definitieve opgave opbrengstverrekening 2015.

De inzending van de definitieve opgaven opbrengstverrekening omvat
aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het
Zorginstituut;
aan de NZa: - gewaarmerkte opgave definitieve opbrengstverrekening
met assurancerapport;
- bestuursverklaring bij de definitieve opgave.

Aanleverkalender

In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2017 over 2014, 2015, 2016 en 2017 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie 1)	Aanleverdatum
Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal 2)	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2016 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2016	28 januari 2017
Kwartaalstaat verzekerenstanden	verzekerenstanden januari, februari en maart 2017	alle zorgverzekeraars 2017	7 maart 2017
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2017 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2017	28 april 2017
Hogekosten-Compensatie Zvw GGZ 18+	verslagjaar 2014, declaraties van verzekeren voor zover die onder de HKC vallen	alle zorgverzekeraars 2014	1 mei 2017
Jaarstaat 2)	schadejaren 2016, 2015 en 2014	alle zorgverzekeraars 2016	1 mei 2017
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2014	alle zorgverzekeraars 2014	1 mei 2017
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2015	alle zorgverzekeraars 2015	1 mei 2017
Farmaciegegevens	declaraties 2016 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2016	1 juni 2017
DBC-gegevens (somatisch)	declaraties van DBC's (excl. GGZ en GRZ) geopend in 2015	alle zorgverzekeraars 2015	1 juni 2017
DBC-gegevens GGZ	declaraties van DBC's GGZ geopend in 2014	alle zorgverzekeraars 2014	1 juni 2017
Gegevens GGZ	declaraties GGZ 2015	alle zorgverzekeraars 2015	1 juni 2017

Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie 1)	Aanleverdatum
Opbrengstverrekening	declaraties 2015 (ambulancevervoer)	alle zorgverzekeraars 2015	1 juni 2017
Verzekerde periode en persoonskenmerken	verslagjaar 2016	alle zorgverzekeraars 2016	1 juni 2017
Persoonskenmerken	1 mei 2017	Alle zorgverzekeraars 2017	1 juni 2017
Hulpmiddelengegevens	declaraties 2016 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2016	1 juni 2017
Add-ons geneesmiddelen	declaraties add-ons geneesmiddelen 2015	alle zorgverzekeraars 2015	1 juni 2017
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	declaraties 2016 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2016	1 juni 2017
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal 2)	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2017 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2017	28 juli 2017
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2017 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2017	28 oktober 2017

- 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.
- 2) Bij de 2^e en 4^e kwartaalstaat en de jaarstaat levert u ook contractinformatie medische specialistische zorg per instelling aan (zie paragraaf 3.2.)

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 fouten en onzekerheden toe te lichten en als bijlage bij de bestuursverklaring moet de foutentabel met fouten 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.

Voor het uitvoeren van de eerste stap in de pseudonimisering op de ASCII bestanden met gegevens per verzekerde verwijzen wij u naar de website van Zorg TTP: www.zorgttp.nl \ downloads \ RVE, GIP en ZPD. Ook voor het aanvragen van een digitaal certificaat neemt u contact op met ZorgTTP.

De 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.

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
Voor het veilig versturen van e-mails met bestanden kunt u gebruik maken van Cryptshare. Het adres is: <https://securemail.zorginstituutnederland.nl>
- Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
E-mail: vragenverantwoordingzvw@nza.nl
- ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN
Helpdesk: 030 – 636 06 49
E-mail: info@zorgttp.nl

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)*
- 1.3.22 Wijzigingen en aandachtspunten 2016 (versie handboek december 2015)*
- 1.3.23 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2016 (versie handboek februari 2016)*
- 1.3.24 Wijzigingen en aandachtspunten 2017 (versie handboek december 2016)*
- 1.3.25 Wijzigingen en aandachtspunten 2017 (versie handboek januari 2017)*

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 apotheekehoudende 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 apotheekhoudende en niet apotheekhoudende 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 apotheekhoudende 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 vervalt;
- 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 Zwv 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 Zwv 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 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 risicomangement 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, verval. 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 weggevalen.

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 plafondafpraak, 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.

1.3.22 Wijzigingen en aandachtspunten 2016 (versie Handboek december 2015)

Algemeen

Nagekomen wijziging in de jaarstaat 2015.

De specificatie van code 545 Honoraria Kaakchirurgen naar Academische ziekenhuizen vervalt. Ook de kaakchirurgen zijn in 2015 overgegaan op integrale tarieven.

Heraanlevering bestand persoonskenmerken 2015

Eind 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 bestand met persoonskenmerken 2015 in 2016 nogmaals aanleveren. Het gaat uitsluitend om het bestand dus niet de bestuursverklaring en het assurancerapport. U wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd als de nieuwe software beschikbaar is en de heraanlevering van het bestand persoonskenmerken 2015 kan plaatsvinden.

Onderhanden werk.

Met ingang van 2016 vervalt de uitvraag OHW bij rubriek 06 Medisch specialistische zorg.

Contractinformatie.

In 2015 zijn wij gestart met het uitvragen van contractinformatie voor de Medisch specialistische zorg en de GGZ, in 4^e kwartaalstaat T-1 en in de 2^e kwartaalstaat. Met ingang van 2016 wordt deze uitvraag naar soorten contracten uitgebreid met de contractinformatie voor de Huisartsenzorg/MDZ en de Verpleging en verzorging. Alle contractinformatie wordt naast de uitvraag in de 4^e kwartaalstaat T-1 en in de 2^e kwartaalstaat ook in de jaarstaat uitgevraagd. Deze uitvraag naar soorten contracten wordt opgenomen in een nieuwe paragraaf in het handboek, 3.2. Ook is hier de nieuwe uitvraag met ingang van de 2^e kwartaalstaat 2016 opgenomen. Het betreft een ASCII bestand met de gegevens contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling, die u tegelijkertijd met de kwartaal-/jaarstaat aanlevert.

De Regeling Wanbetalers schuift op naar paragraaf 3.3.

Aanlevering gegevens met accountantsproduct.

In deze versie van het Handboek is de brief van 5 november 2015 (2015094945) 'Aanlevering gegevens Zw met accountantsproduct in 2016' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 5. Ten opzichte van deze brief is bij de heraanlevering van het bestand Kosten per verzekerde 2012 nog een extra aandachtspunt toegevoegd. Ook bij de gegevensvraag DKG's somatisch is een extra aandachtspunt gemeld.

Met ingang van verslagjaar 2016 zijn er als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving de volgende aanpassingen:

- Uitbreiding van de codes 507 en 515 van rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg met enkele prestaties, tekstuele aanpassingen H4;
- Herschikking van de verschillende prestaties Farmaceutische zorg. De opsomming van de prestaties Zw in Specifieke informatie C is gewijzigd. De specificatie naar afleveraars is ingekort;
- Rubriek 03 Verpleging en Verzorging wordt met enkele nieuwe prestaties uitgebreid. De kosten van deze prestaties worden verantwoord en gespecificeerd bij Overige kosten. De prestatie Experimenten ketenzorg dementie verschuift hiermee van rubriek 13 naar rubriek 03 Overige kosten. Zittend ziekenvervoer bij intensieve kindzorg moet met ingang van 2016 verantwoord, en gespecificeerd, worden bij rubriek 09 Ziekenvervoer;
- Het aantal prestaties bij de verschillende delen van rubriek 07 Paramedische zorg is dermate uitgebreid dat ze niet meer geduid worden naar wel/niet Zw zorg;
- Bij rubriek 09 Ziekenvervoer moeten ook de kosten van het vervoer van kinderen van en

- naar een verpleegkundig kinderdagverblijf verantwoord worden;
- Rubriek 16 Kwaliteitsgelden wordt uitgebreid met de prestatie 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg' (Bestuurlijk Akkoord Eerste lijn 2014–2017);
- Als gevolg van de Regeling risicoverevening 2016 moeten in de specifieke informatie A een aantal kosten gespecificeerd worden. Er wordt een nieuw deelbedrag toegevoegd. Voor meer informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;
- Voor de risicoverevening zijn er geen nieuwe gegevensuitvragen in 2016. In het vereveningsjaar 2016 zijn wel vier nieuwe vereveningskenmerken toegevoegd op basis van kosten t-1. Dit betreft specifiek een kenmerk gebaseerd op fysiotherapiekosten t-1, een kenmerk gebaseerd op kosten geriatrische revalidatie t-1, intramurale langdurige GGZ t-1 en een kenmerk gebaseerd op kosten verpleging en verzorging t-1. Naar verwachting zal het Zorginstituut in 2017 voorlopige dan wel definitieve kosten per verzekerde gegevens opvragen.
- In 2016 levert u ook 4 bestanden aan die u aanvankelijk in 2015 al met een accountantsproduct zou aanleveren. Het bestand Add-ons geneesmiddelen moet in 2016 met een accountantsproduct aangeleverd worden. Zie verder bij Aanvullende informatie risicoverevening hieronder.
- In de opgave opbrengstverrekening moeten alleen de gegevens GGZ 2013 en Ambulancediensten 2014 worden aangeleverd.

Specifiek

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- Bij de soorten afleveraars in de specificatie in specifieke informatie C worden de 'apothekers' en de 'ziekenhuis apothekers' samengevoegd tot 1 groep 'apothekers'.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- Deze rubriek wordt met drie prestaties uitgebreid: Beloning op maat, Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en Experiment bekostiging VenV. De prestatie Experimenten ketenzorg dementie verschuift van rubriek 13 naar rubriek 03. Deze nieuwe prestaties worden in de specifieke informatie C gespecificeerd bij Overige kosten in twee regels. De Specificatie van Overige kosten in twee regels ziet er als volgt uit
 - Prestaties AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV (prestaties op verzekerdeniveau)
 - Wijkgericht werken, Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Experimenten ketenzorg dementie (niet op verzekerdeniveau)
- Zittend ziekenvervoer bij intensieve kindzorg moet met ingang van 2016 verantwoord, en gespecificeerd, worden bij rubriek 09 Ziekenvervoer.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specifieke informatie C wordt aan de formats van de specificaties van de codes 610 (naar Kosten eerstelijnsdiagnostiek, trombosediensten, Skion en NTS), 611 en 612 (naar instelling), zowel in de 2^e, 3^e en 4^e kwartaal- als in de jaarstaat, jaar T-2 toegevoegd. Deze specificaties worden dan gelijk aan de specificaties van de codes 613 t/m 616.
- De uitvraag naar OHW vervalst.
- De uitvraag contractinformatie gaat naar paragraaf 3.2.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Inhoudelijk zijn er geen wijzigingen in de Regeling hulpmiddelen. Bij de beschrijving van de diverse categorieën zijn de monitorcodes vervallen.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- In de specifieke informatie C wordt de specificatie van code 651 naar patiëntgroepen uitgebreid met Intensieve kindzorg.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- De uitvraag contractinformatie gaat naar paragraaf 3.2.

Rubriek 13 Diverse Overige kosten

- Met ingang van 2016 wordt de naam van deze rubriek gewijzigd in 'Diverse Overige kosten'.
- De kosten van Experimenten ketenzorg dementie worden niet meer verantwoord bij code 700 en dus ook niet meer gespecificeerd. Deze kosten gaan naar rubriek 03 Verpleging en Verzorging.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- De specifieke informatie C wordt voor code 720 met een specificatie uitgebreid. In de 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat moeten alle kolommen uit de kostenverzamelstaat worden gesplitst in Kosten naar toepassing verordening of verdrag, via internationaal verbindingsorgaan en Kosten gemaakt in het buitenland via verzekeraar.

Rubriek 16 kwaliteitsgelden

- Deze rubriek wordt, voorlopig alleen in 2016 en 2017, uitgebreid met de prestatie 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg'. Voluit: "Projectgelden ten behoeve van de gezamenlijke inhoudelijke agenda zoals benoemd in het Bestuurlijk Akkoord Eerste lijn 2014–2017." Deze kosten moeten in de specifieke informatie A bij code 730 ook gespecificeerd worden.

Contractinformatie

- Alle contractinformatie wordt in een aparte paragraaf, 3.2, toegelicht.
- De formats Contractinformatie MSZ en Contractinformatie GGZ worden uitgebreid met een regel: Subtotaal gecontracteerde zorg.
- De uitvraag naar gegevens over contractinformatie wordt uitgebreid met de contractinformatie over rubriek 01 Huisartsenzorg/MDZ en rubriek 03 Verpleging en Verzorging, in de 4^e kwartaalstaat T-1. Gecontracteerde zorg wordt voor deze nieuwe rubrieken niet nader naar soort contract gespecificeerd.
- De informatie wordt uitgevraagd in de 4^e (T-1) en de 2^e kwartaalstaat en vanaf 2016 ook in de jaarstaat.
- Met ingang van de 2^e kwartaalstaat 2016 levert u van de specificatie van de contractinformatie medisch specialistische zorg in de kwartaal- en jaarstaten, tegelijkertijd met de kwartaal-/jaarstaat, tevens een ASCII bestand aan met de gegevens contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

Zie verder 3.2

Uitvoering risicoverevening

- In de specificatie Kosten naar deelbijdragen komt er een nieuw deelbedrag LGGZ bij.
- De volgende kosten moeten in de specifieke informatie A gespecificeerd worden:
 - SKION en NTS (deel code 610)
 - De twee specificaties Grensoverschrijdende zorg
 - Rubriek 16 Kwaliteitsgelden
 - Indien van toepassing in 2016: add-ons dure intramurale geneesmiddelen (zie artikel 15, lid 6 van regeling risicoverevening 2016)

Aanvullende informatie risicoverevening

- In 2016 levert u 4 bestanden aan die u aanvankelijk in 2015 al met een accountantsproduct zou aanleveren. De Hogekostencompensatie 2012, de Kosten per verzekerde 2012 en de DBC-gegevens GGZ 2013 heeft u in 2015 zonder accountantsproduct aangeleverd, in 2016 vragen wij u die bestanden mét accountantsproduct aan te leveren. De opgave gegevens 2013 voor de opbrengstverrekening (GGZ) is doorgeschoven van 2015 naar 2016.

- T.o.v. de aanlevering per 1 mei 2015 van het bestand kosten per verzekerde 2012 corrigeert u bij de aanlevering in 2016 de kosten ambulancevoorzieningen met nieuwe definitieve aangepaste sluittarieven van de NZa.
- In het bestand DKG's somatisch neemt u naast de DBC's GGZ ook de DBC's Geriatrische Revalidatie niet mee.
- Het bestand Add-ons geneesmiddelen, in 2016 over 2014, moet worden aangeleverd met een accountantsproduct. De rubrieken 'specialismecode' en 'DBC-zorgproductcode' zijn verwijderd. Bij de rubriek 'Prestatiecode/DBC declaratiecode' neemt u de declaratiecode op van de add-on duur of weesgeneesmiddel.

Opbrengstverrekening

- De gegevens GGZ 2013 en Ambulancediensten 2014 worden in 1 bestand, met twee aparte tabbladen, met 1 bestuursverklaring en 1 accountantsproduct aangeleverd.

Declaratiegegevens

Zoals in paragraaf 1.2. is gemeld hebben het Zorginstituut en ZN in juli 2015 afgesproken dat Vektis de door het Zorginstituut bij de zorgverzekeraars opgevraagde gepseudonimiseerde declaratiegegevens namens de diverse zorgverzekeraars aanlevert. Voorwaarde daarbij is dat elke zorgverzekeraar bij het Zorginstituut schriftelijk kenbaar heeft gemaakt dat zij ervoor kiest de aanlevering van deze gegevens via Vektis te laten verlopen. Het Zorginstituut maakt afspraken met Vektis over de wijze waarop de gegevenslevering aan het Zorginstituut plaatsvindt. Om die reden is hoofdstuk 8, declaratiegegevens, uit deze versie van het Handboek verwijderd.

1.3.23 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2016 (versie Handboek februari 2016)

Algemeen

Met ingang van 2014 is de verantwoordingswijze van de kosten Grensoverschrijdende zorg via het Zorginstituut gewijzigd. Deze wijziging geldt voor de kwartaal- en de jaarstaten en is op verschillende plaatsen in het Handboek toegelicht. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut, maar gelijk of kleiner. Het Handboek 2016 gaat over de kwartaalstaten 2016 en de jaarstaat 2015. Daarom is volledigheidshalve de tekst op pagina 163/164 bij de kwartaalstaten, kolom 5 en 6, en op pagina 167 bij de jaarstaat, kolom 3 en 4, ook aangepast.

Specifiek

Rubriek 06 Medische specialistische zorg

- In de toelichting op de specificatie van code 545 in de specifieke informatie C (pagina 116) werden bij de kosten van implantaten de volgende verrichtingencodes genoemd: 238029, 238060, 238061 en 238063. Met ingang van 2015 is verrichtingencode 238061 vervallen en zijn de codes 235021 en 238062 voor implantaten toegevoegd. Indien mogelijk verzoeken wij u om deze wijziging door te voeren in de jaarstaat 2015, specifieke informatie C, bij de kosten van implantaten 2015, en anders in de jaarstaat 2016.

1.3.24 Wijzigingen en aandachtspunten 2017 (versie Handboek december 2016)

Algemeen

- Cryptshare

Voor het veilig versturen van e-mails met bestanden kunt u gebruik maken van Cryptshare. Het adres is: <https://securemail.zorginstituutnederland.nl>

- Nagekomen wijzigingen in de kwartaal- en jaarstaat 2016

In de specifieke informatie C wordt bij Mondzorg, code 560.1 het aantal implantaten gevraagd. In het Handboek stond aanvankelijk dat het hier om de code J20 ging. Maar met ingang van 2016 telt u hier het aantal codes J20 + J80.

U bent hierover in augustus 2016 al per email geïnformeerd.

Bij de informatie risicoverevening in de jaarstaat, specificaties Medisch specialistische zorg (2.2.3), is de specificatie van expertproducten vervallen in 2016. In het format van de jaarstaat 2016 is deze specificatie abusievelijk wel opgenomen, u kunt de cellen voor het jaar 2016 leeglaten.

- Aanlevering gegevens met accountantsproduct

In deze versie van het Handboek is de brief van 15 november 2016 (2016101736) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 5.

In vervolg op deze brief bent u per e-mail van 28 november 2016 geïnformeerd over een wijziging in de aanlevering van het bestand "Gegevens GGZ 2015". ZN heeft in een brief van 17 november 2016 aan het Zorginstituut en de NZa laten weten dat alle zorgverzekeraars er unaniem voor kiezen om de correcties uit het zelfonderzoek op individueel niveau te verwerken in het bestand "Gegevens GGZ 2015". Dit heeft tot gevolg dat u op uiterlijk 1 juni 2017 een zo juist en volledig mogelijk bestand "Gegevens GGZ 2015" aanlevert met alleen een bestuursverklaring. Dit bestand wordt namelijk gebruikt bij de 1e voorlopige vaststelling 2016 en de verzekerdensraming 2018. Uiterlijk op 1 juni 2018 levert u het definitieve bestand "Gegevens GGZ 2015" aan, waarin de correcties uit het zelfonderzoek op individueel niveau zijn verwerkt, met een bestuursverklaring en een assurancerapport.

- Overgang taken van het Zorginstituut naar het CAK per 1 januari 2017

Per 1 januari 2017 gaan er diverse taken van het Zorginstituut naar het CAK. Het betreft onder meer de taken van het internationaal verbindingsorgaan en de uitvoering van de regeling wanbetalers. De gegevens die u in het kader van deze taken aanlevert in de jaarstaat, specifieke informatie A (specificaties van kosten per rubriek naar verzekerden per leeftijdscategorie voor de afrekening tussen EU-lidstaten) en in de kwartaalstaten, specifieke informatie C (gegevens regeling wanbetalers voor de ketenmonitor) blijft u ook na 1 januari 2017 aanleveren aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut levert de gegevens door aan het CAK.

De informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen (voor de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten en het bestand Kosten per verzekerde) ontvangt u vanaf 1 januari 2017 van het CAK.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

- In de beleidsregel/tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van de NZa is een nieuwe categorie opgenomen met prestaties huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg. Hieronder vallen vier nieuwe prestaties huisartsenzorg ELV en twee prestaties Intensieve zorg. Deze laatste twee prestaties zaten t/m 2016 bij de categorie

S1 verrichtingen bij code 507. De 6 prestaties worden verantwoord en gespecificeerd op een nieuwe regel bij code 506 Consulten. De twee prestaties Intensieve zorg verdwijnen hiermee met ingang van 2017 bij de S1 verrichtingen.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- De prestatie Wijkgericht werken vervalt. Bij de prestatie Ketenzorg dementie vervalt 'experiment', het wordt een reguliere prestatie.
- Voor de Intensieve kindzorg worden twee nieuwe prestaties toegevoegd, Verpleegkundige dagopvang en Verblijf. Deze twee prestaties worden bij code 530 verantwoord en op 1 extra regel gespecificeerd, zowel de ontvangen declaraties als het aantal dagen.

Rubriek 04 Mondzorg

- Tekstuele aanpassing: Fronttandvervanging met implantaten + kroon- en brugwerk wordt vergoed tot 23 jaar i.p.v. tot 18 jaar.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- In de specifieke informatie C wordt aan de specificatie van code 611 in de jaarstaat een regel toegevoegd voor de kosten van stollingsfactoren.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- Tekstuele aanpassing: Bij Fysio- en Oefentherapie worden bij claudicatio intermittens (stadium 2 Fontaine) 37 behandelingen per jaar, en dus ook de eerste 20, vergoed.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- Inhoudelijk zijn er geen wijzigingen in de Regeling hulpmiddelen 2017. Tekstuele toevoeging in het Handboek 2017 bij de toelichtende tekst over 2016. Na de zin "Bij de toelichting worden de monitorcodes niet mee opgenomen." wordt toegevoegd: "In plaats daarvan kunt u gebruik maken van de koppeltabel GPH-Monitorcode 2016. In deze koppeltabel is een directe koppeling tussen de GPH-coderingen en de rubrieksnummers uit de jaarstaat opgenomen. De koppeltabel GPH-Monitorcode heeft Vektis in samenwerking met Zorginstituut Nederland ontwikkeld en is op 3 maart 2016 per mail verzonden naar de zorgverzekeraars".

Rubriek 13 Diverse overige kosten

- Code 700 wordt uitgebreid met de prestaties voor Integrale geboortezorg en de prestaties Eerstelijnsverblijf conform de gelijknamige beleidsregels van de NZa. De kosten van de prestaties Integrale geboortezorg en de kosten van de prestaties Eerstelijnsverblijf worden in de specifieke informatie C ieder op een regel gespecificeerd. NB de huidige Module Integrale geboortezorg bij verloskundige zorg door verloskundigen en verloskundige door huisartsen blijft ook bestaan en blijft u verantwoord voor respectievelijk code 580 en 581.
- Medio 2016 is met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 de prestatie Verblijf toegevoegd in de Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg van de NZa. In de specificatie van code 702 worden de kosten Verblijf net als de uittoeslagen toegerekend aan de prestaties zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Contractinformatie

- De uitvraag naar gegevens over contractinformatie wordt uitgebreid met de contractinformatie over zintuiglijk gehandicapten, code 702. De verwachte schadelast/lasten inclusief balanspost worden uitgesplitst naar gecontracteerde zorg, lopende onderhandelingen en ongecontracteerde zorg. De informatie over 2017 wordt uitgevraagd in de 4^e kwartaalstaat 2016 en de 2^e kwartaalstaat en jaarstaat 2017.
- In de record lay-out voor de aanlevering van de contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling is de lengte van de twee rubrieken met een totaalbedrag in het sluitrecord met 1 positie uitgebreid.

Deze opgave betreft een specificatie per instelling van de opgave in de kwartaal- en jaarstaten en de totaalbedragen moeten in principe aansluiten. Echter, als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes en u neemt, conform de instructie, per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens, dan sluiten de totaalbedragen niet meer aan op de opgave in de kwartaalstaat.

Uitvoering risicoverevening

- In de specificatie Kosten naar deelbijdragen komt het afzonderlijke deelbedrag Verpleging en verzorging te vervallen. In 2017 maakt dit onderdeel uit van het deelbedrag Variabele zorgkosten.
- De volgende kosten over 2017 moeten in de jaarstaat, specifieke informatie A gespecificeerd worden:
 - SKION en NTS (deel code 610)
 - De twee specificaties Grensoverschrijdende zorg. In de specificatie van kosten 2017, gemaakt in het buitenland via verzekeraar, worden de kosten Verpleging en verzorging niet meer apart gespecificeerd. Deze kosten maken vanaf 2017 onderdeel uit van de Variabele zorgkosten.
 - Rubriek 16 Kwaliteitsgelden. De specificatie 2017 is hetzelfde als in de jaarstaat 2016. De naam 'projectgelden GGZ' is gewijzigd in 'Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ'. De naam 'Kosten Patiëntenparticipatie NPCF' is gewijzigd in 'Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten'.
 - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1a van de Regeling risicoverevening 2017 (en 2016).
In de specificatie 2017 betreft dit in ieder geval de kosten 2017 van Nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker, omdat dit geneesmiddel in 2016 uit de sluis in het pakket is opgenomen. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten. De zorgverzekeraar moet toekomstige wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum).

Aanvullende informatie risicoverevening

- In 2017 is er een nieuwe gegevensaanlevering over fysiotherapie en oefentherapie. U bent hierover al eerder geïnformeerd per e-mail op 19 mei 2016 en 8 september 2016. Het bestand over 2016 levert u op 1 juni 2017 aan met een bestuursverklaring en een assurancerapport.
- In de mail van 8 september bent u ook geïnformeerd en geconsulteerd over de gegevensaanlevering voor het criterium IGG (intramurale GGZ gebruikersgroepen). Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het mogelijk is om vanaf het bestand over 2015 de benodigde gegevens over de ZZP's op te nemen in het huidige bestand DBC's GGZ. Zodoende wordt voorkomen dat u nog een extra bestand moet aanleveren. Het bestand over 2015 levert u uiterlijk op 1 juni 2017 aan met een bestuursverklaring.
- In 2017 levert u één bestand aan dat u aanvankelijk in 2016 al met een accountantsproduct zou aanleveren. De DBC-gegevens GGZ 2014 heeft u in 2016 zonder accountantsproduct aangeleverd, in 2017 levert u dit bestand mét accountantsproduct aan.

Opbrengstverrekening

- In de opgave opbrengstverrekening worden alleen nog de gegevens Ambulancediensten aangeleverd. De gegevens Ambulancediensten 2015 levert u op 1 juni 2017 aan met bestuursverklaring en assurancerapport.

1.3.25 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2017 (versie januari 2017)

Transitiemodel huisartsenlaboratoria en trombosediensten 2014

In het kader van het transitie­model 2014 zijn er over 2014 ook nog verrekeningen via de NZa geweest met huisartsenlaboratoria en trombosediensten.

De verantwoording van de door de NZa vastgestelde verrekenbedragen in de kwartaal- en jaarstaten vindt plaats bij de kosten over het jaar waarin de zorgverzekeraar de bedragen met de zorgaanbieder verrekent (zie ook 4.1).

Aanvullende informatie risicoverevening

- In 5.7. Gegevensvraag Kosten per verzekerde 2014 is opgenomen dat u zelf op basis van een logische verdeelsleutel de kosten 2014 van huisartsenlaboratoria en van trombosediensten moet corrigeren met behulp van de informatie die u van de NZa heeft ontvangen.
- In 5.7. Gegevensvraag kosten per verzekerde 2014 is bij de definitie schadebedrag 'Variabele kosten van medisch-specialistische zorg', conform de Regeling risicoverevening 2014, punt 3 aangevuld met "m.u.v.....en paramedische behandeling en onderzoek."
- In 5.7. Gegevensvraag kosten per verzekerde 2015 is het gebruik van de gevraagde schadebedragen nader toegelicht. Daarnaast is toegevoegd dat u de kosten van experimenten ketenzorg dementie, experimenten regelarme instelling en wijkgericht werken niet meeneemt in het bestand Kosten per verzekerde. Tot slot zijn de verwijzingen naar de codes 613 en 615 conform de kostenverzamelstaat gewijzigd in 613.1 en 615.1.

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 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).

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, en vanaf 2017 het CAK, 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.

U blijft de gegevens ook na 1-1-2017 aanleveren aan het Zorginstituut.

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 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 aan de NZa geleverde versie;
- De specifieke informatie C.

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 van de NZa) 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 2016, 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 2016' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2016 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2016 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 2.4)

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 2016, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*
- 2.2.5 Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg*
- 2.2.6 Specificaties Rubriek 16 Kwaliteitsgelden*
- 2.2.7 Verzekerdenstanden*
- 2.2.8 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 (paragraaf 2.2.3 tot en met 2.2.6).

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 2.2.7 treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u moet aanleveren. Paragraaf 2.2.8 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 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e 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 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.

Verdere wijzigingen voor 2017 zijn beschreven in 1.3.24.

Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal regels opgenomen, die het verschil aangeven met het schadebegrip zoals De Nederlandsche 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 voor zover dat van toepassing is. Bij de balanspost volgens de definitie van het Zorginstituut, neemt u uitsluitend een zo reëel mogelijke schatting op van de verwachte lasten.

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 2017

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2017		LASTEN 2016		LASTEN 2015 EN OUDER	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 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 2017		LASTEN 2016		LASTEN 2015 EN OUDER	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 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					
Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1					
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1					
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619					
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0	0	0	0	0
07 PARAMEDISCHE ZORG						
Kosten fysiotherapie	620					
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621					
Kosten logopedie	623					
Kosten ergotherapie	624					
Kosten dieetadvisering	625					
TOTAAL RUBRIEK 07	0	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	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2017

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2017		LASTEN 2016		LASTEN 2015 EN OUDER	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG						
Kosten specialistische GGZ met verblijf 661						
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3) 661.1						
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf 662						
Generalistische basis GGZ 665						
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0	0	0	0	0
11 GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG						
TOTAAL RUBRIEK 11 670						
12 KRAAMZORG						
TOTAAL RUBRIEK 12 680						
13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN						
Overige kosten 700						
Overige geneeskundige zorg 701						
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten 702						
TOTAAL RUBRIEK 13	0	0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG						
TOTAAL RUBRIEK 15 720						
16 KWALITEITSGELDEN						
TOTAAL RUBRIEK 16 730						
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)	0	0	0	0	0	0

VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK code	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 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 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2016		LASTEN 2015		LASTEN 2014 EN OUDER
		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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
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
05 VERLOSKUNDIGE ZORG						
Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	580					
Kosten verloskundige zorg door huisartsen	581					
TOTAAL RUBRIEK 05		0	0	0	0	0

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2016		LASTEN 2015		LASTEN 2014 EN OUDER
		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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 DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613					
Integrale kosten 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					
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619					
TOTAAL RUBRIEK 06		0	0	0	0	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK Code	LASTEN 2015		LASTEN 2014		LASTEN 2013 EN OUDER
	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015	Lasten 2014 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2013 en ouder
07 PARAMEDISCHE ZORG					
Kosten fysiotherapie	620				
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621				
Kosten logopedie	623				
Kosten ergotherapie	624				
Kosten dieetadviesing	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 GEZONDHEIDZORG					
Kosten specialistische GGZ met verblijf	661				
Kosten LGGZ (langdurige GGZ, jaar 2 en 3)	661.1				
Kosten specialistische GGZ zonder verblijf	662				
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 DIVERSE OVERIGE KOSTEN					
Overige kosten	700				
Overige geneeskundige zorg	701				
Kosten van zorg zintuiglijk gehandicapten	702				
TOTAAL RUBRIEK 13	0	0	0	0	0
15 GRENSOVERSCHRIJDENDE 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 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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 risicoverevening (jaartal)" en de "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'.

De prestaties GGZ voor jongeren tot 18 jaar vallen vanaf 2015 niet meer onder de Zvw, de splitsing tussen 18+ en 18- verdwijnt hiermee.

In 2016 wordt een nieuw deelbedrag toegevoegd, nl. Langdurige GGZ.

In 2017 komt het afzonderlijk deelbedrag Verpleging en Verzorging te vervallen. Dit maakt dan onderdeel uit van het deelbedrag Variabele zorgkosten.

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2017

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2017 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Kosten per deelbijdrage

Specificatie in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Variabele zorgkosten			
Variabele zorgkosten van medisch-specialistische zorg			
Vaste zorgkosten			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten tiv deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar		
	Kosten tiv deelbijdrage GGZ verzekerden 18 jaar en ouder		
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg			
Kosten overige prestaties			
Kosten van verpleging en verzorging			
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)			
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 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 2014 moeten bij code 612 naast de kosten van groeihormonen (ATC-code H01AC01, met zorgproductcodes 194407 t/m 194415 en ATC-code H01AC03, met zorgproductcode 193435) + de kosten IC ook de kosten van fertiliteithormonen (ATC-code/zorgproductcode G03GA02/193451, G03GA09/ 193458, G03GA04/193452, G03GA05/193453 en 193454, G03GA06/193455, H01CA01/193456 en 193457) – samen - worden gespecificeerd.
- Met ingang van 2012 specificeert u de kosten van expertproducten. Over 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. De specificatie van expertproducten vervalt in 2016. In het format van de jaarstaat 2016 is deze abusievelijk wel opgenomen, u kunt de cellen voor het jaar 2016 leeglaten.
- 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. Vanaf 2016 is er geen specificatie meer.
- Over het jaar 2015 specificeert u tevens 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).
- Over het jaar 2016 specificeert u de volgende kosten:
 - SKION en NTS (deel code 610);
 - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1a van de Regeling risicoverevening 2016. In de specificatie 2016 betreft dit in ieder geval de kosten 2016 van Nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker, omdat dit

geneesmiddel in 2016 uit de sluis in het pakket is opgenomen. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten. De zorgverzekeraar moet de wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum).

- Over het jaar 2017 specificeert u de volgende kosten:
 - SKION en NTS (deel code 610);
 - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1a van de Regeling risicoverevening 2017 (en 2016).

In de specificatie 2017 betreft dit in ieder geval de kosten 2017 van Nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker, omdat dit geneesmiddel in 2016 uit de sluis in het pakket is opgenomen. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten. De zorgverzekeraar moet de wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum).

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
KOSTEN EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK AANGEVRAAGD DOOR ALLE EERSTELIJNSZORGAANBIEDERS		
Kosten eerstelijnsdiagnostiek, geleverd door huisartsenlaboratoria (deel code 610)	 	
Kosten eerstelijnsdiagnostiek OZP (deel code 611) / (in 2012 deel code 617)	 	
CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Kosten SKION en NTS (deel code 610)		
CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Kosten paramedische behandelingen en onderzoek (deel code 611)	 	
CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Kosten groeihormonen, fertiliteitshormonen en kosten IC (deel van de add-ons code 612)	 	
Add-ons dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1a, regeling risicoverevening 2016)		
EXPERTPRODUCTEN	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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)	 	
Integrale kosten van expertproducten gereguleerde segment (deel code 613.1)		
Integrale kosten van expertproducten vrije segment (deel code 615.1)		
Integrale kosten van expertproducten extramuraal werkende specialisten (deel code 619)		
CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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

2.2.4 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 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Kosten GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar	 	
Kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder	 	

2.2.5 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 (tot en met 2016, vanaf 2017 via het CAK) lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut/CAK 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/CAK, mét een nadere uitsplitsing, en kosten via de verzekeraar, mét een nadere uitsplitsing.

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/CAK (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 (vanaf 2017 van het CAK). In de brief is de hiervoor genoemde driedeling van kosten opgenomen. De kostenopgave is gebaseerd op de door het Zorginstituut/CAK 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).

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

In de jaarstaat 2016 moeten de kosten 2016, gemaakt in het buitenland via verzekeraar, gespecificeerd worden naar:

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

In de specificatie van kosten 2017, gemaakt in het buitenland via verzekeraar, worden de kosten Verpleging en verzorging niet meer apart gespecificeerd. Deze kosten maken vanaf 2017 onderdeel uit van de Variabele zorgkosten.

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 15 GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 - GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland. (Kosten conform brief 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 Zww verzekerden die wonen in Nederland		
	Kosten gemaakt in het buitenland van Zww verzekerden die wonen in het buitenland		
Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 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	 	
Variabele zorgkosten		 	
Kosten van verpleging en verzorging		 	
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		 	
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)		 	
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0

2.2.6 Specificaties rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Aanleverschema

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

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

- projectgelden GGZ, miv 2017 wordt de naam gewijzigd in "Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ";
- kosten Ondersteuning eerstelijnszorg;
- kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten;
- kosten patiëntenparticipatie NPCF, miv 2017 wordt de naam gewijzigd in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten".

Met ingang van 2016 worden hier de 'projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg' aan toegevoegd.

Specificatie in jaarstaat 2016

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2014 en ouder
Projectgelden GGZ		
Kosten ondersteuning eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten		
Kosten Patiëntenparticipatie NPCF		
Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg		
TOTAAL kosten kwaliteitsgelden	0	0

2.2.7 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 2017:

- 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 2017 (model is maart)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand **MAART 2017**

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 2017**

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

2.2.8 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 2016 €1288 per jaar.

Specificatie in jaarstaat 2016

OVERIGE SPECIFICATIES

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2016 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

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

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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, en vanaf 2017 het CAK, 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, 03, 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.

U blijft de gegevens ook na 1-1-2017 aanleveren aan het Zorginstituut.

Specificaties in jaarstaat 2016

INFORMATIE T.B.V. AFREKENINGEN MET HET BUITENLAND KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG en MDZ	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 01	0

RUBRIEK 02 - FARMACEUTISCHE ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 02	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

INFORMATIE T.B.V. AFREKENINGEN MET HET BUITENLAND
 KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

RUBRIEK 03 - VERPLEGING EN VERZORGING	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 03	0

RUBRIEK 04 - MONDZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 04	0

RUBRIEK 05 - VERLOSKUNDIGE ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 05	0

RUBRIEK 06 - MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 06	0

RUBRIEK 07 - PARAMEDISCHE ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 07	0

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

INFORMATIE T.B.V. AFREKENINGEN MET HET BUITENLAND
 KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

RUBRIEK 08 - HULPMIDDELEN ZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 08	0

RUBRIEK 09 - ZIEKENVERVOER	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 09	0

RUBRIEK 10 - GENEESKUNDIGE GGZ	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 10	0

RUBRIEK 12 - KRAAMZORG	Lasten 2016 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	0
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 12	0

3 Specifieke Informatie C

3.1 Specificaties van kosten en productie

3.2 Contractinformatie

3.3 Specificaties regeling wanbetalers

Specifieke Informatie C

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt voor zijn andere wettelijke taken, te weten fondsbeheer en pakketbeheer. De producten die het Zorginstituut in dit kader uitbrengt zijn het Financieel Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds, Zorgcijfersdatabank, het pakketadvies en kwartaalrapportages aan VWS, CBS en CPB. Daarnaast worden de gegevens gebruikt als referentiemateriaal voor het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project).

De beleidsinformatie is van groot belang voor het (monitoren van) beleid en de bepaling van het Budgettair Kader Zorg en het Macroprestatiebedrag door VWS. Het is daarom belangrijk dat de informatie op detailniveau juist is en aansluit op de informatie in de specifieke informatie A.

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.

Onderdeel 3.2 gaat over de uitvraag Contractinformatie huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, verpleging en Verzorging, medisch specialistische zorg, GGZ en met ingang van 2017 zintuiglijk gehandicapten. De contractinformatie medisch specialistische zorg wordt ook per instelling opgevraagd. De contractinformatie wordt in/bij de 2^e en 4^e kwartaalstaat en de jaarstaat uitgevraagd.

In onderdeel 3.3 wordt in het kader van regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

3.1 Specificaties van kosten en productie

- 3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
- 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 Diverse 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, zoals toegelicht bij de diverse specificaties. 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.

3.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

Aanleverschema

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

Met ingang van 2017 wordt deze rubriek, conform de beleidsregel van de NZa, uitgebreid met een nieuwe categorie met de prestaties Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg. Deze 6 prestaties worden verantwoord en gespecificeerd bij code 506 Consulten. De prestaties Intensieve zorg vervallen hiermee bij de S1 verrichtingen vanaf 2017.

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.

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;
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg (vanaf 2017).

Bij de consulten POH GGZ neemt u 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 (tot en met 2016 inclusief Intensieve zorg);
- 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.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2017

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503		0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Kosten consulten huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten visites huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten telefonisch consulten huisartsen		
Kosten e-mailconsulten huisartsen		
Kosten consultatieven POH GGZ		
Kosten huisartsenzorg ELV en Intensieve zorg		
TOTAAL code 506		0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Module POH GGZ		
S1 Verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
TOTAAL code 507		0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
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 2017
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 2017
Kosten resultaatbeloning MDZ		
Kosten zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516		0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG en MDZ

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503	0	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Kosten consulten huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten visites huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten telefonisch consulten huisartsen		
Kosten e-mailconsulten huisartsen		
Kosten consulttarieven POH GGZ		
TOTAAL code 506	0	0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Module POH GGZ		
S1 verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
TOTAAL code 507	0	0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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 lijnszorgproducten		
TOTAAL code 510	0	0

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 01 huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG en MDZ - vervolg

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Resultaatbeloning huisartsen		
Zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515	0	0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Resultaatbeloning MDZ		
Zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516	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 1.7). De kosten niet gerelateerd aan de ter handstelling zijn de kosten van de prestaties 2 t/m 6. Zie hiervoor de bijlage bij de prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg van de NZa.

De prestaties 7 t/m 12 zijn geen prestaties Zvw.

Prestatie 12 kan in incidentele gevallen een prestatie Zvw zijn.

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

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.

Met ingang van 2016 worden de afleveraars 'apotheker' en 'ziekenhuisapotheken' samengevoegd tot 1 categorie 'apothekers'.

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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 2016	Aantal uitgiftes mbt 2015
Apothekers		
Apotheekhoudende huisartsen		
Ziekenhuisapotheken		
Eigen instellingen		
Overige afleveraars		
TOTAAL uitgiftes	0	0

3.1.3 03 Verpleging en Verzorging

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 specificiert u de totale kosten, dus inclusief de kosten Intensieve kindzorg, naar:

- Kosten van prestaties verpleging;
- Kosten van prestaties verzorging;
- Kosten PGB's;
- Overige kosten.
 - Met ingang van 2016 wordt "Overige kosten" met 3 nieuwe prestaties uitgebreid. De prestatie Experimenten ketenzorg dementie gaat van rubriek 13 naar deze rubriek. De Overige kosten worden in twee regels gespecificeerd: Prestaties AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging V&V (prestaties op verzekerdenniveau) en Wijkgericht werken, Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Experimenten ketenzorg dementie (prestaties niet op verzekerdenniveau). Met ingang van 2017 vervalt de prestatie Wijkgericht werken en Ketenzorg dementie is niet langer een 'experiment'.
- Kosten Verpleegkundige dagopvang en Verblijf bij intensieve kindzorg, met ingang van 2017.

In de tweede specificatie specificiert u de aantallen (m.b.t. de ontvangen en geaccepteerde declaraties, behalve bij de PGB's) naar;

- Aantal prestaties verpleging;
- Aantal prestaties verzorging;
- Aantal PGB's, alleen in het 2^e en 4^e kwartaal.
- Aantal Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg, met ingang van 2017.

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). De aantallen Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg geeft u op in aantal dagen.

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2017

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 03 VERPLEGING EN VERZORGING

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Kosten verpleging		
Kosten verzorging		
Kosten PGB		
Overige kosten	Prestatie AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV	
	Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Ketenzorg dementie	
Kosten verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg		
TOTAAL code 530		0

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2017
Verpleging		
Verzorging		
PGB		
Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg		

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 03 VERPLEGING EN VERZORGING

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Kosten verpleging			
Kosten verzorging			
Kosten PGB's			
Overige kosten	Prestaties AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV		
	Wijkgericht werken, Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Experimenten ketenzorg dementie		
TOTAAL code 530		0	0

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Verpleging			
Verzorging			
TOTAAL code 530		0	0

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+ J80.

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. Voor fronttandvervanging met implantaten + kroon- en brugwerk geldt een leeftijd van t/m 22 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);
- Tandvlesbehandelingen (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 2017

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
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 2017
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 2017
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 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 2017
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 2017
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561		0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2017
Volledige gebitsprothesen	onder <u>en</u> boven	
	onder <u>of</u> boven (tellen per kaak)	

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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, 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 2016	Aantal mbt 2015
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten		

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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 2016	Aantal mbt 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)		

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 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561	0	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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.

De specificaties zijn:

- Kosten implantaten (verrichtingencodes 235021, 238029, 238060, 238062 en 238063) en Kosten Overige prestaties (alle prestaties volgens de lijst 'Kaakchirurgie prestaties' minus de implantaten).
- Aantal implantaten: u specificeert het aantal codes 238060.

Aanleverschema

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

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

U specificeert de kosten naar 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria', kosten 'Trombosediensten' en kosten 'SKION en NTS'.

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

Met ingang van 2016 wordt de specificatie uitgebreid met T-2.

611 Overige zorgproducten

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.

Met ingang van 2016 wordt de specificatie uitgebreid met T-2.

- In de tweede specificatie specificeert u de kosten van de overige zorgproducten 611 naar Kosten en Honoraria. Deze vervalt na 2014, u specificeert in de jaarstaat 2016 alleen nog de kosten 2014.
- In de derde specificatie specificeert u bij code 611, alleen in de jaarstaat, de kosten van poliklinische bevallingen, de kosten van gezonde moeder en gezonde zuigeling en de kosten MSVT (miv 2015). Met ingang van 2017 specificeert u hier ook de kosten van stollingsfactoren.

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 verwijs ik u naar hoofdstuk 4.5.

Met ingang van 2016 wordt de specificatie uitgebreid met T-2.

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

- In deze tabel 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 specificereert 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 2017

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2017 t/m 2e kwartaal		Lasten 2016		Lasten 2015 en ouder	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria						
Trombosediensten						
SKION en NTS						
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0	0

NAAR INSTELLING	Lasten 2017 t/m 2e kwartaal		Lasten 2016		Lasten 2015 en ouder	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
Overige zorgproducten 611						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0	0

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS NAAR INSTELLING	Lasten 2017 t/m 2e kwartaal		Lasten 2016		Lasten 2015 en ouder	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
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	0	0

DBC-ZORGPRODUCTEN NAAR INSTELLING	code	Lasten 2017 t/m 2e kwartaal		Lasten 2016		Lasten 2015 en ouder	
		Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment	613.1						
Academische ziekenhuizen							
Algemene ziekenhuizen							
Zelfstandige behandelcentra							
Overige zorgaanbieders							
TOTAAL code 613.1		0	0	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	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Implantaten		
Overige prestaties		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Implantaten		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2016		Lasten 2015		Lasten 2014 en ouder
	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijns zorgaanbieders, geleverd door huisartsenlaboratoria					
Trombosediensten					
SKION en NTS					
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0

NAAR INSTELLINGEN	Lasten 2016		Lasten 2015		Lasten 2014 en ouder
	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Code					
Overige zorgproducten 611					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0

NAAR KOSTEN EN HONORARIA	Lasten 2016		Lasten 2015		Lasten 2014 en ouder
	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Code					
Overige zorgproducten 611					
Kosten					
Honoraria					
TOTAAL code 611					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 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Poliklinische bevalling op medische indicatie		
Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		
Kosten MSVT		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS		Lasten 2016		Lasten 2015		Lasten 2014 en ouder
		Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
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	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 2016		Lasten 2015		Lasten 2014 en ouder
	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Lasten 2015 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Kosten DBC-zorgproduct gereuleerde segment 613					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 613					0
Integrale kosten DBC-zorgproduct gereuleerde segment 613.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 613.1	0	0	0	0	
Honoraria DBC-zorgproduct gereuleerde 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
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment 615.1					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	
Honoraria DBC-zorgproduct vrije segment 616					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 616					0

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

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

AANTALLEN DBC-ZORGPRODUCT (GEREGULEERDE- & VRIJE SEGMENT)		Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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

3.1.7 07 Paramedische zorg

Aanleverschema

1e kw	2° kw	3° kw	4° 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 individuele zittingen;
- bij zittingen buiten de praktijkruimte neemt u de totale kosten op
 - per zitting het tarief + toeslag;
- bij groepsbehandeling neemt u de totale kosten op van groepszittingen;
- 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.

Bij de specificatie van de aantallen geeft u alleen de aantallen individuele zittingen en de aantallen groepsbehandelingen op, per groepsbehandeling per verzekerde is 1 zitting.

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, bij claudicatio intermittens (stadium 2 fontaine) vanaf de eerste 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.

Voor de aantallen geldt dat u het aantal individuele zittingen en groepsbehandelingen bij elkaar op telt.

621 Aantal zittingen Oefentherapie Mensendieck/Cesar

NB: het betreft uitsluitend kosten van Oefentherapie Mensendieck/Cesar die ten laste van de Zvw komen.

Aantal (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;
- 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

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

Aantal (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 verzekerde) bij groepsbehandeling en het aantal onderzoeken bij onderzoek.

624 Aantal uren Ergotherapie

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

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

In deze tabel specificeert u het **aantal uren** (niet in kwartieren!) ergotherapie (bij groepsbehandelingen telt u de uren per verzekerde).

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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 2016	Aantal mbt 2015
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 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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 2016	Aantal mbt 2015
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 MENSENDEIECK/CESAR		Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Zittingen			

CODE 623 - LOGOPEDIE		Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Behandelingen			

CODE 624 - ERGOTHERAPIE		Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Uren			

3.1.8 08 Hulpmiddelenzorg – regeling 2016

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 2015 zijn er geen inhoudelijke wijzigingen.

Bij rubriek 35 Thuisdialyse wordt toegevoegd dat het gaat om woningaanpassingen en kosten voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Bij de toelichting worden de monitorcodes niet meer genoemd. In plaats daarvan kunt u gebruik maken van de koppeltabel GPH-Monitorcode 2016. In deze koppeltabel is een directe koppeling tussen de GPH-coderingen en de rubrieksnummers uit de jaarstaat opgenomen. De koppeltabel GPH-Monitorcode heeft Vektis in samenwerking met Zorginstituut Nederland ontwikkeld en is op 3 maart 2016 per mail verzonden naar de zorgverzekeraars.

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.

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.

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

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).

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.

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.

07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (voor verzekerden tot 21 jaar)

10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes

11 Transportondersteuners van bloed en lymfe

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

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

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.

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

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.

17 Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

A.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten.

B.

Daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici.

23 Uitwendige electrostimulatoren tegen chronische pijn met toebehoren

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, bedhekkers, bedrugsteunen en bedtafels. Bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig uit bed komen. Glij- en rollakens. Bedverkorters, -verlengers, en -verhogers. Ondersteken. Bedbeschermende onderleggers. Infuusstandaarden.

31 Reparatie en onderhoud

- Gehoorhulpmiddelen
- Alle overige hulpmiddelen

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

Inclusief opleiding en advisering

35 Thuisdialyse

Betreft alleen uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (bv extra stroomkosten) en het gaat om woningaanpassingen en uitgaven voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

38 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

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

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).

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid			
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 gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn (kappen ter bescherming van de schedel + overig)			
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 informatievoorziening 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

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.

Let op: Bij aantallen ambulanceritten specificeert u alleen het aantal Besteld vervoer B-rit (code I002) en het aantal Spoedvervoer A1-/A2-rit (code I010).

651 Kosten van vervoer per soort vervoer en per patiëntengroep

In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer 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.

Met ingang van 2016 wordt de patiëntengroep die gebruik maakt van Intensieve Kindzorg toegevoegd.

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 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Ambulanceritten		
Spoed		
Besteld		
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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	
Intensieve kindzorg	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
TOTAAL code 651	0	0

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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.

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 (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties), inclusief de aantallen Onvolledig behandeltraject.

Aanleverschema

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

661 Aantal specialistische GGZ met verblijf

In de jaarstaat specificeert 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 specificeert 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 2017

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 2017
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 662	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
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 2017
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	
Onvolledig behandeltraject	

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 661 - SPECIALISTISCHE GGZ MET VERBLIJF	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
GGZ met verblijf		

CODE 661.1 - LANGDURIGE GGZ	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Gedeclareerde en geaccepteerde ZZP's		

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
GGZ zonder verblijf		

CODE 662 - KOSTEN SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 662	0	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 665	0	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		
Onvolledig behandeltraject		
TOTAAL code 665	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		
Onvolledig behandeltraject		

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

U specificeert in de jaarstaat het totale aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties).

Specificatie in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 11 GERIATISCHE REVALIDATIEZORG

CODE 670 - GERIATISCHE REVALIDATIEZORG	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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 specificiert 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 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 12 KRAAMZORG

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2016	Aantal mbt 2015
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 2016	Aantal mbt 2015
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 Diverse 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 specificeert u de kosten naar de volgende onderdelen:

- kosten i.v.m de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- kosten Programma Stoppen met Roken (in 2011 en weer vanaf 2013);
- kosten Integrale geboortezorg, miv 2017;
- kosten Eerstelijnsverblijf, miv 2017;
- kosten Experimenten ketenzorg dementie, miv 2015. Deze prestatie gaat miv 2016 naar rubriek 03 Verpleging en Verzorging;
- 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.

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, deze prestatie gaat miv 2016 naar rubriek 03 V&V.

Met ingang van 2017 wordt code 700 uitgebreid met de prestaties Integrale geboortezorg en de prestaties Eerstelijnsverblijf.

In de tweede specificatie van code 700 wordt het aantal patiënten (m.b.t. de ontvangen en geaccepteerde declaraties) gevraagd voor het Programma Stoppen met Roken.

701 Overige geneeskundige zorg

U specificeert code 701 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende onderdelen:

- kosten geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en
- kosten huidtherapie
- kosten orthoptie
- kosten optometrie
- kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus
- kosten koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
- kosten regiefunctie complexe wondzorg.

702 Zintuiglijk gehandicapten

U specificeert code 702 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende onderdelen:

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

De uittoeslagen en de kosten verblijf moeten worden verrekend in bovenstaande prestaties.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 13 Diverse Overige kosten

Specificaties in kwartaalstaten 2017 2e (model) en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties	
Programma Stoppen met roken	
Kosten Integrale geboortezorg	
Kosten Eerstelijnsverblijf	
TOTAAL code 700	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2017
Programma Stoppen met roken	

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2017
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 2017
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 Diverse Overige kosten

Specificaties in de jaarstaat 2016

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 13 DIVERSE OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2014 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnzorgproducten			
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)			
Programma Stoppen met Roken			
Experimenten ketenzorg dementie			
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL verzekerden mbt 2016	AANTAL verzekerden mbt 2015
Programma Stoppen met Roken		

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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	0

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
Kosten van zorg ivm visuele beperking		
Kosten van zorg ivm auditieve beperking		
Kosten van zorg ivm taalontwikkelingsstoornis		
TOTAAL code 702	0	0

3.1.14 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

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

720 grensoverschrijdende zorg

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via Zorginstituut Nederland (tot en met 2016, vanaf 2017 via het CAK) lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het Zorginstituut/CAK 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.

De volgende specificatie is nieuw in 2016.

In de specifieke informatie C wordt in de 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat een nadere specificatie gevraagd van alle bedragen die zijn opgenomen in de kolommen van de Kostenverzamelstaat. De kosten moeten worden gesplitst in Kosten naar toepassing verordening of verdrag via internationaal verbindingsorgaan en Kosten gemaakt in het buitenland via verzekeraar.

De eerste twee kolommen van de Kosten naar toepassing verordening of verdrag, via internationaal verbindingsorgaan zijn in het format geblokt. U kunt deze bedragen nog niet invullen. U ontvangt deze informatie begin 2017 van het CAK.

Aanleverschema

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

720 grensoverschrijdende zorg

In de jaarstaat 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.

Met ingang van de jaarstaat 2015 is deze specificatie uitgebreid met een extra kolom, kosten jaar T-1.

Specificaties in kwartaalstaten 2017 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG

CODE 720 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG	Lasten 2017 t/m 2e kwartaal		Lasten 2016		Lasten 2015 en ouder	
	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2017	Lasten 2016 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016	Lasten 2015 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2015 en ouder
Kosten naar toepassing verordening of verdrag, via internationaal verbindingsoorgaan			0		0	
Kosten gemaakt in het buitenland via verzekeraar						
TOTAAL code 720	0	0	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2016

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 2016	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2015
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	0
TOTAAL van toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via Zorginstituut Nederland		0	0
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Aantal verzekerden mbt 2016	Aantal verzekerden mbt 2015
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	0

3.2 Contractinformatie

Aanleverschema

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

Contractinformatie

In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten. Deze uitvraag, en rapportage, werd tot 2014 door de NZa gedaan en was toen uitgebreider.

U geeft de contractinformatie op van alle zorgaanbieders waarvan u de kosten verantwoordt in rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg, rubriek 03 Verpleging en Verzorging, rubriek 06 Medisch specialistische zorg en rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg. Met ingang van 2017 ook de contractinformatie van rubriek 13, code 702 Zintuiglijk gehandicapten.

De uitvraag van de contractinformatie van de rubrieken 01, 03 en code 702 verschilt van de uitvraag contractinformatie van de rubrieken 06 en 10.

Bij de eerste drie genoemde uitvragen wordt niet gevraagd de gecontracteerde zorg nog verder te specificeren.

In de formats van de rubrieken 06 en 10 is een extra regel opgenomen voor het (sub)totaal van de gecontracteerde zorg.

Met ingang van 2016 worden de specificaties nogmaals opgevraagd in de jaarstaat, maar dan zonder de regel 'lopende onderhandelingen'. In de jaarstaat 2016 vragen we bij de rubrieken 06 en 10 de jaren 2015 en 2016, bij de rubrieken 01 en 03 alleen 2016. In de jaarstaat 2017 vragen we voor de rubrieken 01, 03, 06 en 10 de jaren 2016 en 2017.

LET OP: In de tweede kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T, in de vierde kwartaalstaat van jaar T geeft u de contractinformatie over jaar T+1. Dus de informatie over 2016 geeft op in de 4^e kwartaalstaat 2015 en in de 2^e kwartaalstaat 2016. En nogmaals in de jaarstaat 2016 en 2017. In de 2^e kwartaalstaat en de jaarstaten moet het totaal van de specificatie aansluiten op de kostenverzamelstaat.

De informatie 2017 over code 702 wordt dus uitgevraagd in de 4^e kwartaalstaat 2016 en de 2^e kwartaalstaat en jaarstaat 2017.

Definities contractvormen

- 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;

Bij de betreffende contractvorm geeft u de schade op zoals u die verwacht voor het betreffende jaar, op basis van de gemaakte afspraken en aanvullende inzichten.

- Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: u geeft hier de som van alle plafonds op 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 (van het afgesproken plafond, dus exclusief de nacalculatieafspraken bij plafondcontracten).

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'.

Bij de opgave contractinformatie V&V vallen de afspraken over PGB's onder niet-gecontracteerde zorg.

Contractinformatie Medisch specialistische zorg, gegevens per instelling

De NZa heeft voor haar monitorings-, toezicht- en onderzoekstaken inzicht nodig in de prijzen en volumes die betaald worden aan zorgaanbieders van Medisch Specialistische Zorg als zij zorg verlenen. De zorgverzekeraars leveren daarom onder andere sinds 2007 de contractprijzen aan de NZa. Echter, vanaf 2012 is het steeds vaker zo dat het werkelijk betaalde bedrag achteraf nog wordt aangepast als gevolg van de afgesproken uitgavenplafonds of aanneemsommen. Daarom heeft de NZa behoefte aan nadere informatie over de schadelast. Voor haar taken heeft de NZa ook informatie nodig over de verschillende type contracten die gehanteerd worden. Ook het Zorginstituut heeft voor fondsbeheer meer inzicht nodig in de financiële ontwikkelingen.

Het gaat om een specificatie per instelling van de contractinformatie MSZ die het Zorginstituut opvraagt bij de zorgverzekeraars in de kwartaal- en jaarstaten. Het heeft de voorkeur als het Zorginstituut ook de gegevens per instelling opvraagt en vervolgens uitwisselt met de NZa.

Deze gegevens (over 2016) heeft u voor het eerst aangeleverd, in een ASCII bestand, tegelijk met de 2e kwartaalstaat 2016, op 28 juli 2016. De gegevens over 2016 worden nogmaals gevraagd bij de jaarstaat 2016 op 1 mei 2017.

De gegevens over 2017 worden aangeleverd bij de 4e kwartaalstaat 2016 op 28 januari 2017, bij de 2e kwartaalstaat 2017 op 28 juli 2017 en bij de jaarstaat 2017 op 1 mei 2018.

De record lay-out is opgenomen in deze paragraaf.
Ter toelichting het volgende.

1. UZOVI nummer

Als u de contractafspraken met zorgaanbieders op concernniveau of voor meerdere risicodragers heeft gemaakt is het mogelijk om één opgave te doen. In dat geval vermeldt u het UZOVI nummer van één van de risicodragers. Wij vragen u om in dat geval in een begeleidende e-mail te melden op welke andere UZOVI nummers de opgave ook betrekking heeft.

In de kwartaal- en jaarstaten levert u de informatie wel per UZOVI nummer aan.

2. AGB code zorgaanbieder

U geeft de AGB code van de zorgaanbieder op waarmee het contract is gesloten. Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes, dan neemt u per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens over het contract. Er kan sprake zijn van meerdere AGB codes bij één zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook van een geallieerde ZBC die ook onder het contract van een ziekenhuis valt.

De opgave heeft betrekking op alle zorgaanbieders die medisch specialistische zorg op basis van de Zvw leveren, en waarmee u een contract heeft gesloten. Het betreft de zorgaanbieders van wie u de kosten verantwoordt bij rubriek 06 in de kwartaal- en jaarstaten dus niet de zorgaanbieders van wie u de kosten elders verantwoordt, zoals de instellingen voor geriatrische revalidatie.

3. Contractnummer

Hier neemt u een door u zelf gedefinieerd contractnummer op. In de detailrecords van AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, neemt u hetzelfde contractnummer op.

4. De verwachte schade en afgesproken maximumomzet plafondcontracten

Hierbij gelden dezelfde definities als bij de opgaven in de kwartaal- en jaarstaten, zie hiervoor. U geeft de schade per instelling bij de betreffende contractvorm op zoals u die verwacht voor het betreffende jaar, op basis van de gemaakte afspraken en aanvullende inzichten.

Bij de Afgesproken maximumomzet plafondcontracten geeft u de maximumomzet (behorend bij het plafond) op die voor het betreffende jaar is afgesproken met de betreffende instelling.

5. Sluitrecord

De totaalbedragen moeten in principe aansluiten op de opgave in de kwartaalstaat, dan wel de kwartaalstaten van meerdere UZOVI's tezamen (in de kwartaalstaat vindt de opgave per UZOVI plaats). Hetzelfde geldt voor de jaarstaten. Als er verschillen zijn (zie ook hierna), dan verzoeken wij u om die toe te lichten in een begeleidende e-mail.

LET OP:

- Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes en u neemt per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens, zoals aangegeven onder punt 2, dan sluiten de totaalbedragen niet meer aan op de opgave in de kwartaal-/jaarstaat.
- De lengte van de twee rubrieken met een totaalbedrag in het sluitrecord is met 1 positie uitgebreid.

Specificaties in kwartaalstaten 4e kwartaal T-1 en 2e kwartaal T

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2017
<i>Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506, 507, 515</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal huisartsenzorg	0
<i>Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0
TOTAAL RUBRIEK 01	0

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Subtotaal gecontracteerde zorg	0
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL RUBRIEK 06	0

	2017
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

In de 2^e kwartaalstaat 2017 moet de totale som van de rubrieken aansluiten op het totaal in kolom 1 van de kostenverzamelstaat.

Specifieke Informatie C
Contractinformatie

CONTRACTINFORMATIE GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg: aanneemsom	
Gecontracteerde zorg: plafond	
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten	
Gecontracteerde zorg: open einde contract	
Subtotaal gecontracteerde zorg	0
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL RUBRIEK 10	0

	2017
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL CODE 702	0

In de 2^e kwartaalstaat 2017 moet de totale som van de rubrieken aansluiten op het totaal in kolom 1 van de kostenverzamelstaat.

Specificaties in de jaarstaat 2016

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2016
Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506,507, 515	
Gecontracteerde zorg	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal huisartsenzorg	0
Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516	
Gecontracteerde zorg	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0
TOTAAL RUBRIEK 01	0

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2016
Gecontracteerde zorg	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2016	Lasten inclusief balanspost 2015
Gecontracteerde zorg: aanneemsom		
Gecontracteerde zorg: plafond		
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten		
Gecontracteerde zorg: open einde contract		
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0

CONTRACTINFORMATIE GGZ, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2016	Lasten inclusief balanspost 2015
Gecontracteerde zorg: aanneemsom		
Gecontracteerde zorg: plafond		
Gecontracteerde zorg: nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten		
Gecontracteerde zorg: open einde contract		
Subtotaal gecontracteerde zorg	0	0
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0

De totale som van de rubrieken moet aansluiten op het totaal in kolom 1, resp. kolom 3 van de kostenverzamelstaat.

Record lay-out 2016

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

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 2016 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concernniveau zijn gemaakt dan één van de UZOVI's invullen
	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 2016.
	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 2016.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201501	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	AGB code zorgaanbieder	2	9	8	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	7	N		De detailrecords met AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer.
	4	Verwachte schade aanneemsom	17	26	10	N		
	5	Verwachte schade plafond	27	36	10	N		
	6	Verwachte schade nacalculatie bij aanneemsom en plafond	37	46	10	N		
	7	Verwachte schade open einde contract	47	56	10	N		
	8	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	57	66	10	N		
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	Totaal verwachte schade gecontracteerde zorg	15	24	10	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 7 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	25	34	10	N		De som van de bedragen in rubriek 8 van de detailrecords

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)
carriage return/line feed, waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.

4. Bestandsnaam

ZINL_VSD_UZOVI_MSZ_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: maand waarin de levering plaatsvindt
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

Record lay-out 2017

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING 2017

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 2017 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concernniveau zijn gemaakt dan één van de UZOVI's invullen
	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 2017.
	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 2017.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201502	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	AGB code zorgaanbieder	2	9	8	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	7	N		De detailrecords met AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer.
	4	Verwachte schade aanneemsom	17	26	10	N		In hele euro's
	5	Verwachte schade plafond	27	36	10	N		In hele euro's
	6	Verwachte schade nacalculatie bij aanneemsom en plafond	37	46	10	N		In hele euro's
	7	Verwachte schade open einde contract	47	56	10	N		In hele euro's
	8	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	57	66	10	N		In hele euro's
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	Totaal verwachte schade gecontracteerde zorg	15	25	11	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 7 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	26	36	11	N		De som van de bedragen in rubriek 8 van de detailrecords

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)
carriage return/line feed, waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.

4. Bestandsnaam

ZINL_VSD_UZOVI_MSZ_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: maand waarin de levering plaatsvindt
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

3.3 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, en vanaf 1-1-2017 het CAK, 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 aan het Zorginstituut, ook na 1-1-2017.

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 (vanaf 1-1-2017 bij het CAK) 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 (vanaf 1-1-2017 het CAK) 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, vanaf 1-1-2017 bij het CAK) met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar

- U geeft hier het aantal wanbetalers op dat is aangemeld bij het Zorginstituut (vanaf 1-1-2017 het CAK) 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 2017 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 Zorginstituut Nederland/CAK aangemeld) met een betalingsachterstand van minder dan € 250.			
Wanbetalers (bij Zorginstituut Nederland/CAK aangemeld) met een betalingsachterstand van meer dan € 250, maar minder dan € 750.			
Wanbetalers (bij Zorginstituut Nederland/CAK 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 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.

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 bij de laste inclusief balanspost wordt aangesloten op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat waardoor de ramingen in de jaarstaat 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) verrekening met de zorgaanbieders heeft plaatsgevonden verwerkt u deze in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties', uiterlijk in de jaarstaat over T+2. Na deze verrekening is er geen balanspost meer.

De verrekening 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

Voor de opbrengstverrekeningen met regionale ambulancevoorzieningen die plaatsvinden op basis van beschikkingen van de NZa geldt dat de zorgverzekeraar deze verrekeningen zelf verwerkt in de kwartaal- en jaarstaten bij codenummer 650. Op grond van de beleidsregels van de NZa zijn er drie soorten verrekeningen mogelijk over jaar t:

- maandelijks voorlopige verrekening in januari tot en met december jaar t
- eenmalige voorlopige verrekening in jaar t (nieuw met ingang van 2017)
- eenmalige definitieve opbrengstverrekening in jaar t+2

De verantwoording vindt net als in voorgaande jaren plaats bij de kosten over het jaar waarin de zorgverzekeraar de bedragen voorlopig dan wel definitief verrekent met de zorgaanbieder, en niet bij de kosten van het jaar waar de verrekening betrekking op heeft. Bij de voorlopige verrekeningen is het jaar waarin de verrekening plaatsvindt (in principe) gelijk aan het jaar waar de verrekening betrekking op heeft.

Voor zover mogelijk en van toepassing houdt de zorgverzekeraar in de kwartaalstaten in de balanspost over jaar t rekening met de meest actuele inschatting van de voorlopige verrekeningen die in jaar t nog zullen plaatsvinden.

In het kader van het transitieproces 2014 zijn er over 2014 ook nog verrekeningen via de NZa geweest met huisartsenlaboratoria en trombosediensten. De verantwoording van de door de NZa vastgestelde verrekenbedragen vindt plaats bij de kosten over het jaar waarin de zorgverzekeraar de bedragen met de zorgaanbieder verrekent.

Zorginkoop in representatiemodel

Als zorgverzekeraars prestaties volgens het representatiemodel inkopen (verpleging en verzorging, experimenten ketenzorg dementie, prestaties voor zintuiglijk gehandicapten) dan moeten de kostentoerekeningen aan de verzekerden volgens een logische verdeling plaatsvinden en worden verantwoord 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 verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's.
- 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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondaafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om geen prudentiemarges op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar deze uitsluitend op te nemen op de afzonderlijke regel 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 (miv 1-1-2017 via het CAK) 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 verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost over het hele jaar.

Aandachtspunten

- Prudentiemarges: zie onder kolom 1.
- Rubriek 15, code 720: zie onder kolom 1.

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 verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's.
- 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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondaafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Uitzondering

In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland (miv 1-1-2017 via het CAK) 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/CAK 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 vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut/CAK, 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.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar T-1.

Uitzondering

- Rubriek 15, code 720: zie onder kolom 3.

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 en de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006).
- 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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Uitzondering

In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland (miv 1-1-2017 via het CAK) 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/CAK heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut/CAK, maar gelijk of kleiner.

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 en 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

- Rubriek 15, code 720: zie onder kolom 5.

Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2017

Schadejaar 2017	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2017 m.b.t 2017	170
Balanspost	
In juli 2017 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2017	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2017	250

Schadejaar 2016	
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2016	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2017 m.b.t 2016	70
Balanspost	
In juli 2017 ontvangen declaraties m.b.t 2016	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2016	25

Schadejaar 2015 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2015 m.b.t 2015	350
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2015	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2017 m.b.t 2015	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2017 m.b.t 2006 t/m 2014	3
Balanspost	
In juli 2017 ontvangen declaraties m.b.t 2015	5
In juli 2017 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2014	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2015	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2014	2

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2017

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.
- 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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Aandachtspunten

- U wordt verzocht om geen prudentiemarges op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar deze uitsluitend op te nemen op de afzonderlijke regel 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 (miv 1-1-2017 via het CAK) lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het Zorginstituut/CAK 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 vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut/CAK, 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.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.

Aandachtspunten

- Prudentiemarges: zie onder kolom 1.
- Rubriek 15, code 720: zie onder kolom 1.

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.
- 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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Uitzondering

In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via Zorginstituut Nederland (miv 1-1-2017 via het CAK) 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/CAK 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 vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut/CAK, 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 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.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost.

Uitzondering

- Rubriek 15, code 720: zie onder kolom 3.

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. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt dan wordt de (administratieve) verrekening met de zorgaanbieders verwerkt in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties'.
- 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 (miv 1-1-2017 via het CAK) 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/CAK heeft ontvangen. Vanaf de verantwoording over 2014 verantwoordt u uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties. De bedragen die u verantwoordt zijn niet meer vanzelfsprekend gelijk aan de bedragen in de brief van het Zorginstituut/CAK, maar gelijk of kleiner.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2016

Schadejaar 2016	
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2016	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2017 ontvangen declaraties m.b.t 2016	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2016	80

Schadejaar 2015	
Ontvangen declaraties in 2015 m.b.t 2015	400
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2015	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2017 ontvangen declaraties m.b.t 2015	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2015	15

Schadejaar 2014 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2014 m.b.t 2014	300
Ontvangen declaraties in 2015 m.b.t 2014	100
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2014	40
Ontvangen declaraties in 2017 over oude jaren (2006 t/m 2013)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2016

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	Integrale kosten 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 Diverse 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 en Multidisciplinaire 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. Bij de prestaties huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking, een aantal verrichtingen bij de Module Modernisering en Innovatie en de prestaties voor militairen, gemoedsbezwaarden en asielzoekers. 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. Voor de Multidisciplinaire zorg geldt dat u alleen de vergoedingscomponent voor zorg die valt onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw verantwoordt.

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 (ook 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.
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf (elv) en Intensieve zorg (miv 2017).

507 Overige tarieven

- Module POH GGZ.
- S1 verrichtingen. Overige S1-verrichtingen: Chirurgie, Intensieve zorg-dag (miv 2017 naar code 506), Intensieve zorg-ANW (miv 2017 naar code 506), Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris, Oogboring, therapeutische injectie (cyriax) en IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen implanonstaafje.
- Vaccinaties, anders dan tijdens een consult of een visite. Hier verantwoordt en specificeert 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 stimulering huisartsenzorg in krimpregio's.
- 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 verstreking gerelateerde prestaties', alleen de prestaties 2 t/m 6. De prestaties 7 t/m 12 zijn geen prestaties Zvw. Zie hiervoor de bijlage bij de prestatiebeschrijvingsbeschikking farmaceutische zorg. Prestatie 12 kan in incidentele gevallen een prestatie Zvw zijn.

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. Met ingang van 2016 zijn de afleveraars 'apothekers' en 'ziekenhuisapotheken' samengevoegd tot 'apothekers'.

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), Beloning op maat, Experiment bekostiging V&V, wijkgericht werken (t/m 2016), Experiment regelarme instelling, regionale beschikbaarheidsfunctie en Experimenten Ketenzorg dementie (miv 2017 Ketenzorg dementie).
- Ook de Intensieve kindzorg wordt via bovenstaande prestaties gedeclareerd en verantwoord bij code 530. Met ingang van 2017 worden voor de Intensieve kindzorg 2 nieuwe prestaties toegevoegd: Verpleegkundige dagopvang en Verblijf. Kosten zittend ziekenvervoer tbv Intensieve kindzorg worden verantwoord bij rubriek 09.
- 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.

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. Voor fronttandvervanging geldt een leeftijd tot en met 22 jaar.
- 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 kosten kaakchirurgen in de tarieven in de lijst 'Kaakchirurgie prestaties' van de NZa en volgens het Besluit zorgverzekering.
- OZP Overige verrichtingen, kosten kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie (Tarieventabel DBC zorgproducten).
- Dit kunnen declaraties zijn voor zowel specialisten in loondienst als voor vrijgevestigde specialisten.

T/m 2014:

Wat u NIET bij code 545 verantwoordt

- 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 trombosediensden (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 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 verwijst 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, t/m 2014

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;
- 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, t/m 2014

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;
- 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, t/m 2014

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;
- 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, t/m 2014

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;
- 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.

619 Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten van DBC-zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk alsmede de kosten van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen (t/m 2012)/met ingang van 2013 de kosten 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.
- 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.
- Met ingang van 2017 mogen bij claudicatio intermittens (stadium 2 Fontaine) 37 behandelingen, en dus ook de eerste 20, per jaar 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.
- 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 2017 mogen bij claudicatio intermittens (stadium 2 Fontaine) 37 behandelingen, en dus ook de eerste 20, per jaar ten laste van de Zvw verantwoord worden.

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 gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor ergotherapie (zowel Individueel verleende zorg, Groepsbehandeling als Onderzoek), voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Kosten van extramurale ergotherapie verleend door (gecontracteerde) vrijgevestigde ergotherapeuten.
- Kosten van 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 m.i.v. 2012 vervallen, 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 regionale ambulancevoorzieningen zijn inclusief de opbrengstverrekeningen op basis van beschikkingen van de NZa. De verantwoording vindt plaats bij de kosten over het jaar waarin de zorgverzekeraar de bedragen voorlopig dan wel definitief verrekent met de zorgaanbieder.

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 612. Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Met ingang van 2016 worden hier ook de kosten Zittend ziekenvervoer tbv Intensieve kindzorg, naar een verpleegkundig dag verblijf, verantwoord en gespecificeerd.

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.

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. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon. Met ingang van 2017 inclusief consultatie bij euthanasie.

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. Met ingang van 2014 inclusief de deelprestatie methadon. Met ingang van 2017 inclusief consultatie bij euthanasie.

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 Diverse 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.

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 het programma Stoppen met roken op basis van de beleidsregel Stoppen met Roken van de NZa.
- Kosten van de prestaties Integrale geboortezorg, m.i.v. 2017.
- Kosten van de prestaties Eerstelijnsverblijf, m.i.v. 2017.
- Experimenten ketenzorg dementie. Nieuwe prestatie m.i.v. 2015. Deze prestatie gaat in 2016 naar rubriek 03 V&V.
- 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.

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 en de kosten Verblijf 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. Per 1 januari 2017 gaan de taken van het internationaal verbindingsorgaan van het Zorginstituut over naar het CAK. U ontvangt informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen van het CAK.

- **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. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten die via het Zorginstituut/CAK lopen, vindt **uitsluitend** plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het Zorginstituut/CAK ontvangt en is dus zonder balanspost.

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 buitenlandse declaraties 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/CAK, 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/CAK):

- 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/CAK 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/CAK 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/CAK).
 - 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/CAK 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 eigen risico

Ook in de hiervoor genoemde situaties is het eigen risico van toepassing. In die gevallen waarin uit de nota of uit het aan u door het Zorginstituut/CAK ter verificatie voorgelegde 125 formulier, niet duidelijk wordt of het kosten betreft die onder 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 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling';
- Projectgelden GGZ. Met ingang van 2017 wijzigt de naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ";
- Met ingang van 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). Met ingang van 2017 wijzigt de naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten";
- Met ingang van 2016 verantwoordt u hier (voorlopig alleen in 2016 en 2017) de prestatie "projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg". Voluit: Projectgelden ten behoeve van de gezamenlijke inhoudelijke agenda zoals benoemd in het Bestuurlijk Akkoord Eerste lijn 2014-2017.

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 Nederlandsche 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 het Zorginstituut moet in de balanspost uitsluitend een zo goed mogelijke schatting van de daadwerkelijk nog te ontvangen declaraties worden opgenomen. Als in de definitie van DNB de balanspost prudent geschat wordt dan wordt de prudentiemarge hier 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
- 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 2016**
- 5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken 2017**
- 5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)**
- 5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's), somatisch**
- 5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ en gegevens GGZ**
- 5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde**
- 5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)**
- 5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen**
- 5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen**
- 5.11 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 5.10 gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde (verzekerde periode en persoonskenmerken T-1, persoonskenmerken T, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, DBC-gegevens en gegevens GGZ, kosten per verzekerde, hulpmiddelgegevens, add-ons geneesmiddelen en fysiotherapie- en oefentherapiegegevens). In paragraaf 5.11 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 15 november 2016 (kenmerk 2016101736) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 en de aanvullende mail over de aanlevering gegevens GGZ 2015 van 28 november 2016.

5.1 Beschrijving gegevensuitvraag i.h.k.v het uitvoeringsproces risicoverevening

In deze paragraaf is de uitvraag van gegevens beschreven van Zorginstituut Nederland voor de uitvoering van de risicoverevening.

Inleiding

Doel en afbakening

Deze paragraaf heeft als doel om de informatiebehoefte van Zorginstituut Nederland te beschrijven voor de uitvoering van de 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).

Producten Zorginstituut Nederland in kalenderjaar (structurele situatie)

Gegeven de taken van Zorginstituut Nederland in het kader van de risicoverevening kunnen vijf formele producten worden onderscheiden van het Zorginstituut **in** kalenderjaar t. De volgorde in het kalenderjaar waarin het Zorginstituut deze producten opstelt, 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 eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+1). Dit is een beschikking.
- 4 De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 oktober jaar t+3). Dit is een beschikking.
- 5 De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking.

Voor deze vijf 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 2017 gaat uitbrengen.

Uitgangspunten gegevensaanlevering aan het Zorginstituut

Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2017 wordt uiteindelijk gebruik gemaakt van gegevens over meerdere jaren. In de Beleidsregels 2017 is precies aangegeven voor welk product welke gegevens worden gebruikt. Per vereveningskenmerk per product kan dit verschillen.

- 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 kosten t in de laatste

- aanlevering definitief zijn. Het bestand 'kosten per verzekerde' over jaar t wordt twee keer aangeleverd, voorlopig in t+2 en definitief in t+3.
- Na de 1e voorlopige vaststelling 2017 zijn de volgende gegevens definitief (behoudens correcties van de NZa): verzekerde perioden, de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, viercijferige postcode en buitenlandindicatie, farmaciegegevens en add-ons ten behoeve van FKG's, DBC-gegevens ten behoeve van DKG's (somatisch en GGZ), GGZ gegevens ten behoeve van IGG en ZVZ, hulpmiddelgegevens ten behoeve van HKG's, fysiotherapiegegevens ten behoeve van FDG's. adresgegevens van de belastingdienst ten behoeve van de bepaling van het aantal personen op een adres (SES/PPA). Alle reeds bekende correcties van de NZa worden meegenomen.
 - Na de 2e voorlopige vaststelling 2017 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, VGG, GGG en de definitieve kosten jaar 2017 in de jaarstaat 2019. 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.
 - 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 2017 als uitgangspunt genomen. In Tabel 2 is het vereveningsjaar 2017 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het vereveningsjaar 2017 gepresenteerd.

Op de horizontale as staan respectievelijk de gegevensstromen over verzekerden en kosten.

Op de verticale as staan de vijf producten 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 2017

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN							GEGEVENS OVER KOSTEN		
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmacie-/Hulpmiddelen/Paramedisch	DBC gegevens somatisch +add-ons	GGZ gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens	Kosten per verzekerde (over 2015 incl. aparte kolommen GRZ, V&V en fysio)	Kosten jaarstaat	Hoge kosten
Nr	Producten in 2017	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar		
1	Herziening ex ante 2017 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2017	nvt	¹⁾	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
2	Definitieve vaststelling 2013 Voor 1 april 2017	geen nieuwe gegevens / nvt				nvt	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	nieuwe gegevens ²⁾
3	2 ^e Voorlopige vaststelling 2014 Voor 1 oktober 2017	geen nieuwe gegevens / nvt					Peildatum 30 juni 2014, juli 2017	2013 en 2014 1 juni 2017	2013 (def), 23 sept. 2016	Def. kosten 2014 in jaarstaat 2016, 1 mei 2017	2014, 1 mei 2017
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2016 Voor 1 oktober 2017	2016, 1 juni 2017 ³⁾	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	2015, 1 juni 2017	2015 (vrl), 1 juni 2017	Peildatum 1/30 juni 2016, juni/juli 2017	Adressen: 2016, Inkomens: 2015 en eerder, 1 juni 2017	2013 (def), 23 sept. 2016; 2014 (def) en 2015 (vrl), 1 mei 2017	Vrl. kosten 2016 in jaarstaat 2016, 1 mei 2017	nvt
5	Ex-ante vaststelling en verzekerdensraming 2018 ⁴⁾ Voor 15 oktober 2017	nvt	Peildatum 1 mei 2017, 1 juni 2017	2016, 1 juni 2017	2015, 1 juni 2017	2015 (vrl), 1 juni 2017	Peildatum 1/30 juni 2016, juni/juli 2017	Adressen: 2016, Inkomens: 2015 en eerder, 1 juni 2017	2013 (def), 23 sept. 2016; 2014 (def) en 2015 (vrl), 1 mei 2017	nvt	nvt

¹⁾ Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. De Lenteherberekening baseert het Zorginstituut op het aantal verzekerden per verzekeraar uit de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2017.

²⁾ Op 23 september 2016 is de HKC opgave 2013 (GGZ 18+) definitief aangeleverd. Deze cijfers worden in 2017 verwerkt in de DV 2013.

³⁾ Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2016 wordt het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016 (aanlevering in 2017) gebruikt en het bestand Persoonskenmerken 2016 (aangeleverd in 2016).

⁴⁾ Algemeen: als er in het vereveningsmodel 2018 nieuwe vereveningskenmerken worden ingevoerd, dan maakt het Zorginstituut gebruik van de reeds beschikbare bestanden of van bestanden van derden.

Tabel 2. Gegevensaanlevering in relatie tot producten van Zorginstituut Nederland m.b.t. vereveningsjaar 2017

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN								GEGEVENS OVER KOSTEN
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmacie-/Hulpmiddelen en Paramedisch	DBC gegevens somatisch +add-ons	GGZ gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat
Nr	Producten Zorginstituut over vereveningsjaar 2017	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD	Zorgverzekeraar	
1	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2017 Voor 15 oktober 2016	nvt	Peildatum 1 mei 2016, 1 juni 2016	2015, 1 juni 2016 (paramedisch 2014 via Vektis)	2014, 1 juni 2016	2014 (vrl), 1 juni 2016	Peildatum 1/30 juni 2015, juni 2016	2014 en eerder, 1 juni 2016, adressen 2015 en 2014	2010 (def), 2011 (def), 2012 (def), 2013 (vrl in 2016) en 2014 (vrl in 2016)	nvt
2	Herziening ex ante 2017 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2017	nvt	¹⁾	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
3	1 ^e Voorlopige vaststelling 2017 Voor 1 oktober 2018	2017, 1 juni 2018	Peildatum 1 mei 2017, 1 juni 2017	2016, 1 juni 2017	2016, 1 juni 2018	2016, 1 juni 2018	Peildatum 1/30 juni 2017, Juni/juli 2018	Adressen: 2016 en 2017, inkomens: 2016 en eerder, 1 juni 2018	2012 (def), 2013 (def in 2016), 2014 (def in 2017), 2015 (def in 2018) en 2016 (vrl in 2018)	Vrl. kosten 2017 in jaarstaat 2017, 1 mei 2018
4	2 ^e Voorlopige vaststelling 2017 Voor 1 oktober 2020	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Peildatum 30 juni 2017, juli 2020	2017 en eerder, 1 juni 2020	2016 (def in 2019)	Def. kosten 2017 in jaarstaat 2019, 1 mei 2020
5	Definitieve vaststelling 2017 Voor 1 april 2021	geen nieuwe gegevens								

¹⁾ Voor de herziening ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. De lenteherberekening baseert het Zorginstituut op het aantal verzekerden per zorgverzekeraar uit de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2017.

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 tabellen. 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 2018 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de verzekerde perioden te bepalen van verzekerden 2017, 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 2017 (aanleverdatum 1 juni 2017), en eenmaal in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken', over het hele jaar. Dit laatste bestand wordt per 1 juni 2018 opgevraagd.

Leeftijdbepaling

Voor de verzekerdenraming 2017 berekent het Zorginstituut de leeftijd per verzekerde op basis van het persoonskenmerkenbestand 2016. De leeftijd wordt berekend op 30 juni 2016. Vervolgens wordt op basis van gegevens van het CBS, het aantal verzekerden per 1 juli 2017 geraamd naar leeftijd- en geslachtsklasse.

Voor de 1^e VV 2017 zijn het persoonskenmerkenbestand en het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar 2017 beschikbaar. De leeftijd wordt bij de vaststellingen bepaald op 30 juni 2017. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2017, 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 het aantal personen per adres (PPA), gebruikt het Zorginstituut primair de adresgegevens van de Belastingdienst, die zijn gepseudonimiseerd door ZorgTTP (adressleutel). Als een verzekerde niet voorkomt in het bestand van de Belastingdienst, dan wordt de adressleutel uit het Persoonskenmerkenbestand gebruikt. Als de verzekerde ook in het Persoonskenmerkenbestand ontbreekt, dan gebruikt het Zorginstituut de adressleutel uit het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken'.

Voor de bepaling van de PPA-klassen op basis van '15+-adres' wordt tevens een bestand van DUO gebruikt om vast te stellen of er op een adres meer dan 15 niet-studenten wonen.

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.

Voor de klasse 'buitenland' geldt dezelfde volgorde van bestanden.

- **Persoonskenmerken verzekerden zonder (geverifieerd) BSN**

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2017 baseert het Zorginstituut zich voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder (geverifieerd) BSN uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2017'. Deze verzekerden worden uitsluitend ingedeeld bij de vereveningskenmerken 'leeftijd en geslacht' en 'regio'.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Na 1 juni 2018 worden geen nieuwe gegevens gebruikt om de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en regio voor 2017 te bepalen, dit afgezien van correcties NZa.

- **Farmacie-, hulpmiddelen- en paramedische gegevens**

In de opgave voor de bepaling van de FKG's/HKG's/FDG's betreft de zorgverzekeraar de ontvangen farmacie/hulpmiddelen/paramedische declaraties voor zorg verleend in het betreffende jaar. De FKG's/HKG's/FDG's voor het vereveningsjaar 2017 worden bepaald op basis van declaraties over het jaar 2016 (jaar t-1) en de FKG's tevens op basis van de declaraties van add-ons geneesmiddelen over het jaar 2016.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Voor de bepaling van FKG's/HKG's/FDG's voor het vereveningsjaar 2017 maakt het Zorginstituut gebruik van de declaratiebestanden over 2016 die op 1 juni 2017 moeten worden aangeleverd en het bestand add-ons geneesmiddelen over 2016 dat op 1 juni 2018 moet worden aangeleverd. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2016. De nadien ontvangen declaraties over 2016 moeten wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal FKG/HKG/FDG-verzekerden in het vereveningsjaar 2017, dit afgezien van correcties NZa.

- **DBC gegevens somatisch en GGZ gegevens (DBC, ZZP en ZVZ)**

In de opgaven voor de bepaling van de DKG's (somatisch en GGZ) betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor DBC's/DBC-zorgproducten die zijn geopend in het betreffende jaar. De DKG's voor het vereveningsjaar 2017 worden bepaald op basis van declaraties van DBC-zorgproducten die zijn geopend in het jaar 2016 (jaar t-1). Vanwege de opsplitsing bij de DKG's somatisch van de groep verzekerden 'hemofilie' in incidenteel en structureel wordt tevens het bestand over 2015 gebruikt. Bij de DKG's GGZ betreft het Zorginstituut tevens het bestand 'kosten per verzekerde' 2015 (t-2; onderdeel GGZ-kosten).

Voor het in 2017 aangepaste vereveningskenmerk 'intramuraal GGZ-groepen' (IGG) wordt bij de bepaling van het aantal verzekerden per klasse gebruik gemaakt van de ZZP's in de bestanden gegevens GGZ (zowel 2015 als 2016). Het nieuwe vereveningskenmerk ZVZ wordt gebaseerd op het bestand gegevens GGZ 2016.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Het Zorginstituut baseert de DKG's, IGG en ZVZ voor het vereveningsjaar 2017 op declaratiebestanden over 2016 (en 2015), aan te leveren op 1 juni 2018 (en 1 juni 2017 voor DBC's somatisch 2015 en 1 juni 2018 voor gegevens GGZ 2015). Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2016 (2015). De nadien ontvangen declaraties betreffende 2016 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, ZVZ-verzekerden en IGG-verzekerden in het vereveningsjaar 2017, dit afgezien van correcties NZa.

- **Gegevens aard van het inkomen (AVI)**

Voor het vereveningskenmerk 'Aard van het inkomen' (AvI) ontvangt het Zorginstituut 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 bevatten informatie over studenten en over hoogopgeleiden met peildatum 1 juni.

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.

- **Inkomens- en adresgegevens**

Het Zorginstituut ontvangt van de Belastingdienst in jaar t een bestand met adres- en inkomensgegevens over jaar t-1, t-2 en t-3. Zie de Beleidsregels voor welke gegevens voor welke vaststelling worden gebruikt.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2017 wordt gebruik gemaakt van het inkomensbestand over 2015 en zo nodig over 2016. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2017 wordt gebruik gemaakt van het inkomensbestand over 2016 en zo nodig over 2017. Na de 2^e voorlopige vaststelling 2017 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 vereveningskenmerken MHK (meerjarig hoge kosten; zowel somatisch als GGZ) (t-1, t-2, t-3 en voor GGZ ook t-4 en t-5), DKG's psychische aandoeningen (GGZ-kosten in t-2), GGG (geriatrische gebruikersgroepen, GRZ kosten t-1) en VGG (verpleging en verzorging gebruikersgroepen, V&V kosten t-1).

Meerjarig hoge kosten (MHK; somatisch en GGZ)

Het kenmerk 'meerjarig hoge kosten' voor het vereveningsjaar 2017 is gebaseerd op (somatische/GGZ) kosten per verzekerde in de jaren 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 (2012 en 2013 alleen voor GGZ).

Voor de verzekerdenraming ten behoeve van de ex ante 2017 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van 'kosten per verzekerde' 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014.

Vervolgens is voor zowel de MHK somatisch als de MHK GGZ de prevalentie per MHK-klasse per L15G herschaald naar die uit de OT 2017. Hierdoor sluiten de MHK-ramingen exact aan op de uitkomsten van de representatief gemaakte onderzoeksbestanden voor de schatting van de normbedragen 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 (op basis van kostengegevens van respectievelijk 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013).

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2017 maakt het Zorginstituut gebruik van de opgaven 'kosten per verzekerde' 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016. Voor het jaar 2016 is dit bestand voorlopig. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2017 vervangt het Zorginstituut het voorlopige bestand over 2016 door het definitieve bestand.

Geriatrische revalidatiezorg en verpleging en verzorging

Voor de vereveningskenmerken gebaseerd op kosten geriatrische revalidatie t-1 en kosten verpleging en verzorging t-1 heeft het Zorginstituut voor de verzekerdenraming 2017 gebruik gemaakt van kostenbestanden van het onderzoek naar de normbedragen

2017 (kostengegevens 2014).

Voor de 1^e voorlopige vaststelling 2017 zal het Zorginstituut in 2018 zelf voorlopige kostengegevens opvragen in het 'kosten per verzekerde'-bestand 2016. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2017 in 2020 gebruikt het Zorginstituut definitieve kostengegevens voor deze vereveningskenmerken. Er kunnen dan alleen nog wijzigingen optreden vanwege correcties NZa.

Nadere toelichting: gegevens over kosten jaarstaat

- **Voorlopige kosten over jaar t**

In de jaarstaat jaar t verantwoordt de zorgverzekeraar de verwachte kosten over jaar t en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbedragen. In 2017 betreft het de deelbedragen vaste zorgkosten, variabele zorgkosten, geneeskundige GGZ-kosten en langdurige GGZ-kosten (beide GGZ-deelbedragen voor verzekerden van 18 jaar en ouder).

De jaarstaat 2017 wordt opgevraagd per 1 mei 2018. Voor de ultimo 2017 nog te ontvangen declaraties over 2017, neemt u een raming op (balansposten). Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt dan neemt u deze bedragen op en de verwachte bijstelling daarvan.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

De voorlopige kosten over 2017 betreft het Zorginstituut bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2017 in 2018.

- **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 deelbedragen. De definitieve kosten over 2017 verantwoordt u in de jaarstaat 2019, die u aanlevert op 1 mei 2020. Er mag geen balanspost worden verantwoord. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt dan is de (administratieve) verrekening met de zorgaanbieders in de definitieve kosten verwerkt.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Bij de 2^e voorlopige vaststelling over 2017 in 2020 betreft het Zorginstituut de definitieve kosten over 2017 op basis van de jaarstaat. Bij de definitieve vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt, maar verwerkt het Zorginstituut uitsluitend nog correcties van de NZa op de definitieve kosten 2017 in de jaarstaat 2019.

5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 5.2 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2016. Het grootste gedeelte van deze toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

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 2.4.2 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 2016 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 2016 dat op 1 juni 2017 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 2016 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op de peildatum van 1 mei 2016 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016. Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2016 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;
- 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;
- 8 Begindatum verzekering;
- 9 Einddatum verzekering;
- 10 Fractie verzekerde periode in 2016.

In dit deelbestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen.

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.

In het **tweede deelbestand** geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN, 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 2016;
- 8 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2017 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in 2016 ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Voor dit tweede deelbestand vindt u aan het einde van deze paragraaf een Excel-format. Voor een nadere toelichting op de gegevens die hetzelfde zijn als in het eerste deelbestand, verwijzen wij naar de bestandsspecificatie in hoofdstuk 7. Opname van verzekerden in dit tweede deelbestand 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 Wlz-verzekerde, en 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 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 'buitenlandssituaties' 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 verzekeringsplichtig;
- Verzekeringsplichtige 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 verzekeringsplichtige 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 verzekeringsplichtig 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 verzekeringsplicht heeft vastgesteld. Bij een langere inschrijfduur moet de zorgverzekeraar nagaan of de verzekerde nog wel verzekeringsplichtig 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 verzekeringsplichtig.

Een model van de bestuursverklaring bij beide deelbestanden tezamen is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2016

	(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)	Beinddatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2016	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 2016

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 2016' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016' met *verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2016 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2016) met UZOVI-nummer(in 2016).

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 2016' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016' 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 2016' tot stand gekomen zijn;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 5.3 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2017. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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

Het Zorginstituut gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2017 onder andere voor de verzekerdenraming 2018.

Bij de 1e en 2e voorlopige en de definitieve vaststelling 2017 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 2017 dat op 1 juni 2018 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 2017 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op peildatum 1 mei 2017 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2017.

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 2017.

Voor alle genoemde verzekerden geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 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.

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

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2017

*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 2017' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2017 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2017) met UZOVI-nummer(in 2017) 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 2017' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2017' 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 2017' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Persoonskenmerken

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2017:

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 2016. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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 2017 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2018 en het bijbehorende ex ante DDD-referentiebestand en (2) het ex post DDD-referentiebestand vereveningsjaar 2016. 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 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties van geneesmiddelen, die zijn afgeleverd in 2016 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 2016 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Geboortjaar en -maand;
- 3 Geslacht;
- 4 Datum van aflevering;
- 5 Prestatiecode (ZI-artikelnnummer);
- 6 Voorgeschreven dosering;
- 7 Afleveringseenheid;
- 8 Gemiddelde 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.

Aanvullende informatie risicoverevening
Farmacie kostengroepen

Er kunnen uitsluitend farmaciegegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2016

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 2016' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde
recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag^I van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2016 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2016) met UZOVI-nummer
.....(in 2016).

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 2016' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2016' 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 2016' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

^I Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie risicoverevening
Farmacie kostengroepen

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2016:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)

In paragraaf 5.5 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag diagnose kostengroepen 2015.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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 en geriatrische revalidatiezorg). Met behulp van deze informatie en de vertaaltabel van DBC's via nDx-groepen naar DKG's bepaalt het Zorginstituut de DKG-verzekerden. Eind september 2017 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het DKG-referentiebestand vereveningsjaar 2018, en de bijbehorende ex ante DKG-uitvoeringstabel, en de ex post DKG-uitvoeringstabel voor het vereveningsjaar 2016. Op basis van de DKG-uitvoeringstabellen kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de DBC-declaraties en het aantal verzekerden per DKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2015 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg en geriatrische revalidatiezorg) conform de Zvw 2015. 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.

Voor alle verzekerden Zvw (voor wie in 2015 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 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 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 is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Er kunnen uitsluitend DBC-gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 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 'DBC-gegevens somatisch 2015' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC-subtrajecten, geopend in 2015, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2015 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer(in 2015).

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 2015' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 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 'DBC-gegevens somatisch 2015' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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).

Aanvullende informatie risicoverevening
Diagnose kostengroepen

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens somatisch 2015:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.6 Gegevensvraag DBC's GGZ en gegevens GGZ

Paragraaf 5.6 geeft informatie over de gegevensvraag DBC's GGZ 2014 en gegevens GGZ 2015.

Het bestand DBC's GGZ 2014 is in 2016 ook al aangeleverd, in 2017 levert u dit bestand nogmaals aan, nu mét een accountantsproduct.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

NB In tegenstelling tot in de brief gemeld levert u het bestand gegevens GGZ 2015 aan met alleen een bestuursverklaring. U bent hierover al geïnformeerd per e-mail van 28 november 2016.

Bij de aan te leveren gegevens 2014 moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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.

DBC-gegevens GGZ 2014

Het bestand DBC-gegevens GGZ 2014 heeft u in 2016 zonder accountantsproduct aangeleverd. In 2017 moet u het bestand DBC-gegevens GGZ 2014 nogmaals aanleveren, nu mét een accountantsproduct. De achtergrond hiervan is dat de uitkomsten van het zelfonderzoek GGZ 2014 niet tijdig bekend waren. U bent hierover op 14 april 2016 per e-mail geïnformeerd.

Voor informatie over deze aanlevering verwijs ik naar de brief 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2016' (2015094945), verzonden op 5 november 2015.

Voor dit definitieve bestand is het toegestaan om alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau in het bestand te betrekken die u gegeven de **nieuwe** uiterste aanleverdatum van het bestand (dus 1 juni 2017) kunt meenemen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

In dit handboek zijn de bestandsspecificatie en de bestuursverklaring nogmaals opgenomen. De bestandsspecificatie is in hoofdstuk 7 opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Aangezien u in 2016 ook al een bestand DBC-gegevens GGZ 2014 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2017 van het bestand DBC-gegevens GGZ 2014 in de bestandsnaam een hoger versienummer hanteren.

Gegevens GGZ 2015

Op basis van de consultatie bij de zorgverzekeraars is besloten om vanaf het bestand over 2015 de benodigde gegevens over de ZZP's GGZ op te vragen in het huidige bestand DBC's GGZ. Zodoende wordt voorkomen dat u een extra bestand moet aanleveren.

In de brief 'Aanlevering gegevens met accountantsproduct in 2017' van 15 november 2016 staat dat dit bestand met een accountantsproduct aangeleverd moet worden. Eerder al hadden het Zorginstituut en de NZa bij ZN de vraag hebben neergelegd om op korte termijn met een unaniem standpunt van de zorgverzekeraars te komen over hoe de resultaten van het zelfonderzoek worden verwerkt in het bestand "Gegevens GGZ 2015".

ZN heeft in een brief van 17 november 2016 aan het Zorginstituut en de NZa laten weten dat alle zorgverzekeraars er unaniem voor kiezen om de correcties uit het zelfonderzoek op individueel niveau te verwerken in het bestand "Gegevens GGZ 2015". Dit heeft tot gevolg dat u op uiterlijk 1 juni 2017 een zo juist en volledig mogelijk bestand "Gegevens GGZ 2015" aanlevert met alleen een bestuursverklaring. Dit bestand wordt namelijk gebruikt bij de 1e voorlopige vaststelling 2016 en de verzekerdenraming 2018.

In het Accountantsprotocol verantwoordingen RVE Zvw met oplevering in 2017 van de NZa komt de betreffende aanlevering te vervallen.

Uiterlijk op 1 juni 2018 levert u het definitieve bestand "Gegevens GGZ 2015" aan, waarin de correcties uit het zelfonderzoek op individueel niveau zijn verwerkt, met een bestuursverklaring en een assurancerapport.

Het gebruik van de gegevens

Ten behoeve van de verzekerdenbepaling 2016 en de verzekerdenraming 2018 vraagt Zorginstituut Nederland in 2017 een bestand gegevens GGZ 2015 op.

De DBC-gegevens geneeskundige GGZ vormen de basis voor de vaststelling van de DKG's GGZ. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's (en deelprestaties voor 24-uursverblijf). Voor het nieuwe kenmerk IGG (Intramurale GGZ gebruikersgroepen) is het aantal verblijfsdagen 24-uursverblijf van belang. Daarnaast worden voor de vaststelling van het kenmerk IGG met ingang van het bestand over 2015 ook gegevens opgevraagd over de ZZP's GGZ.

Eind september 2017 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het DKG-GGZ-referentiebestand vereveningsjaar 2018, en de bijbehorende ex ante DKG-GGZ-uitvoeringstabel, en de ex post DKG-GGZ-uitvoeringstabel

voor het vereveningsjaar 2016. Op basis van de DKG-uitvoeringstabellen kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de DBC-declaraties en het aantal verzekerden per DKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

De uitvraag GGZ 2015 heeft betrekking op alle declaraties van DBC's (behandeling) GGZ die in 2015 zijn geopend, inclusief de gedeclareerde deelprestaties 24-uursverblijf. Declaraties van overige prestaties GGZ neemt u niet op. Uitsluitend het moment van opening van de DBC is bepalend voor de opgave van DBC's.

Tevens neemt u vanaf de uitvraag GGZ 2015, in hetzelfde bestand, de declaraties op van ZZP's GGZ. Het betreft uitsluitend de declaraties van ZZP's GGZ-B, inclusief dan wel exclusief dagbesteding. De declaraties van ZZP toeslagen (klinisch intensieve behandeling, niet strafrechtelijke forensische psychiatrie en vervoer dagbesteding) neemt u niet op in het bestand.

In het bestand GGZ betreft het uitsluitend declaraties die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg (exclusief generalistische basis GGZ) conform de Zvw 2015.

U betreft alle ontvangen en gecontroleerde declaraties op verzekerdeniveau 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.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie in 2015 een declaratie is ontvangen die valt onder de definitie van dit bestand, neemt u per declaratie de volgende gegevens op – voor zover van toepassing (zie hierna):

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Prestatiecode DBC;
- 3 Declaratiecode;
- 4 Maand van opening van de DBC;
- 5 Begindatum prestatie;
- 6 Einddatum prestatie;
- 7 Indicatie debet credit;
- 8 Schadebedrag in centen.

DBC's behandeling

Per declaratie DBC behandeling neemt u een detailrecord op. De velden 'begin- en einddatum prestatie' laat u leeg.

Deelprestaties 24-uurs verblijf

In de DBC prestatiecode is geen 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). De deelprestaties 24-uursverblijf zijn de deelprestaties verblijf GGZ A t/m G in de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/CU-5074-02) voor het jaar 2015 van de NZa. In deze afzonderlijke detailrecords hebben de declaratiecode en het schadebedrag betrekking op de betreffende deelprestatie voor 24-uurs verblijf. U neemt in deze detailrecords bij de velden begin- en einddatum prestatie respectievelijk de begin- en de einddatum op van de betreffende deelprestatie 24-uursverblijf. De overige gegevens in deze detailrecords zijn hetzelfde als in het record voor de DBC behandeling waar de deelprestatie(s) bij hoort (horen).

ZZP's

U neemt afzonderlijke detailrecords op voor de declaraties van ZZP's. Het betreft de declaraties van de volgende ZZP's: 3 GGZ-B, 4 GGZ-B, 5 GGZ-B, 6 GGZ-B en 7 GGZ-B, zowel de declaraties inclusief als exclusief dagbehandeling, conform de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/CU-5074-02) voor het jaar 2015 van de

NZa. De declaraties van ZZP toeslagen (klinisch intensieve behandeling, niet strafrechtelijke forensische psychiatrie en vervoer dagbesteding) neemt u niet op in het bestand. In deze afzonderlijke detailrecords hebben de velden 'declaratiecode', 'begin- en einddatum prestatie', 'indicatie debet credit' en 'schadebedrag in centen' betrekking op de ZZP's. De velden 'prestatiecode DBC' en 'maand van opening DBC' laat u in deze detailrecords leeg.

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 op dit bestand opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Er kunnen uitsluitend gegevens GGZ van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Met ingang van het bestand over 2015 neemt u in het bestand GGZ ook de declaraties op van ZZP's langdurige GGZ.

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens GGZ 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 'DBC-gegevens GGZ 2014' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde
recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC's GGZ, geopend in 2014, inclusief de declaraties van de deelprestaties 24-uursverblijf, 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 'DBC-gegevens GGZ 2014' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens GGZ 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 'DBC-gegevens GGZ 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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 fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC-gegevens GGZ 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens GGZ 2015

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, volledig ingevuld en ondertekend aan **het Zorginstituut**.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'gegevens GGZ 2015' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde
recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties GGZ, volgens de definitie van dit bestand, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2015 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer
.....(in 2015).

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 'gegevens GGZ 2015' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'gegevens GGZ 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 'gegevens GGZ 2015' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

¹ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie gegevens GGZ 2015:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde

Paragraaf 5.7 geeft informatie over de gegevensvraag Kosten per verzekerde 2014 en 2015.

Het bestand Kosten per verzekerde 2014 is in 2016 ook al aangeleverd, in 2017 levert u dit bestand nogmaals aan, nu mét een accountantsproduct.

Het bestand over 2015 moet met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden.

De toelichting bij het bestand kosten per verzekerde 2014 is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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.

Gegevens Kosten per verzekerde 2014

Het gebruik van de gegevens

Voor diverse vereveningscriteria vraagt het Zorginstituut bestanden op met kosten per verzekerde.

In 2016 heeft het Zorginstituut ten behoeve van de ex ante raming 2017 een voorlopig bestand over 2014 opgevraagd met zoveel mogelijk declaraties over 2014. In 2017 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2014 op (tevens het voorlopige bestand over 2015).

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 2014 een of meer declaraties zijn ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Schade bedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg';
- 3 Schadebedrag 'overige prestaties';
- 4 Schadebedrag 'GGZ' (inclusief kosten GGZ voor verzekerden tot 18 jaar);

Bij de kosten van 'Overige prestaties' moet u zelf op basis van een logische verdeelsleutel de kosten 2014 van regionale ambulancevoorzieningen corrigeren met behulp van de informatie die u van de NZa ontvangt over verrekeningen 2014 (er zijn vanaf 2014 geen sluittarieven meer).

Hetzelfde geldt voor de informatie van de NZa over verrekeningen 2014 met huisartsenlaboratoria (bij de kosten van 'Overige prestaties', kosten van eerstelijnsdiagnostiek) en met trombosediensten (bij de 'Variabele kosten van medisch-specialistische zorg', overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg) in het kader van het transitie-model 2014.

In de opgave over 2014 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2016 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor de in 2014 verleende hulp en de in 2014 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 via een logische verdeelsleutel op verzekerdeniveau verwerkt zijn in het bestand Kosten per verzekerde 2014. De gekozen methodiek moet consistent toegepast worden en de vereffening op verzekerdeniveau moet aansluiten op de vereffening in de verantwoording. Zie verder 2.3 van het protocol van de NZa.

In hoofdstuk 7 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 2014 dat u kunt vinden op

<http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw/zvw+2014>.

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, eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek (deel code 611)
- 4 100% van de kosten add-ons groei- en fertiliteitshormonen 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 90% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720);
- 14 80% 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 'diverse overige kosten' (rubriek 13);
- 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, inclusief kosten verzekerden tot 18 jaar (rubriek 10);
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar', inclusief kosten verzekerden tot 18 jaar (deel van rubriek 15, code 720).

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland

Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2014. U verdeelt de per verzekerde vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland als volgt: 80% als 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 15% als kosten 'overige prestaties'. Dus 5% van deze kosten mag u in het 'kosten per verzekerde'-bestand 2014 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.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per

verzekerde' bestand worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Aangezien u in 2016 ook al een bestand Kosten per verzekerde over 2014 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2017 van het bestand Kosten per verzekerde over 2014 in de bestandsnaam een hoger versienummer hanteren.
- In de definitieve opgave 2014 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.
- Er vindt in 2014 geen opbrengstverrekening GGZ meer plaats, u hoeft hiervoor dus niet meer te corrigeren.
- In de definitieve opgave 2014 moet u zelf op basis van een logische verdeelsleutel de informatie van de NZa verwerken over verrekeningen 2014 met regionale ambulancevoorzieningen. Hetzelfde geldt voor de informatie van de NZa over verrekeningen 2014 met huisartsenlaboratoria en trombosediensten in het kader van het transitie-model 2014.

Gegevens Kosten per verzekerde 2015

Op te leveren gegevens

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2015 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' (let op: nieuwe definitie 2015 inclusief kosten Overige prestaties);
- 3 Schadebedrag 'GGZ' (zonder kosten langdurige GGZ);
- 4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging';
- 5 Schadebedrag 'Geriatrische revalidatiezorg';
- 6 Schadebedrag 'Fysiotherapie' (zonder kosten oefentherapie).

U neemt in dit voorlopige bestand nog geen verrekeningen op vanwege afspraken over lumpsum, plafond, et cetera. In dit bestand neemt u zoveel mogelijk ontvangen declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 mei 2017.

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. Zoals al eerder is aangegeven heeft het Zorginstituut ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2016 ook gegevens nodig over de nieuwe vereveningskenmerken. In het bestand Kosten per verzekerde 2015 moeten daarom afzonderlijk de kosten per verzekerde 2015 worden opgenomen van verpleging en verzorging (tbv VGG), fysiotherapie (geen oefentherapie) (tbv FGG) en geriatrische revalidatiezorg (tbv GGG). Daarnaast moeten ten behoeve van de MHK somatisch en de MHK GGZ de kosten per verzekerde 2015 worden opgenomen behorend bij de deelbedragen 'variabele zorgkosten' (inclusief de kosten van fysiotherapie maar exclusief de kosten van geriatrische revalidatiezorg) en 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' (dit is exclusief de kosten van langdurige GGZ omdat die onder het deelbedrag 'vaste kosten' vallen). De kosten van experimenten ketenzorg dementie, experimenten regelarme instelling en wijkgericht werken neemt u niet mee in het bestand Kosten per verzekerde.

Voor het schadebedrag 'Variabele kosten' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van huisartsenzorg en MDZ (rubriek 01);
- 2 Kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02);
- 3 Kosten van mondzorg (rubriek 04);

- 4 Kosten van verloskundige zorg (rubriek 05);
- 5 Kosten van medisch specialistische zorg (rubriek 06), waarbij 75% van kosten SKION en NTS (deel code 610) en exclusief kosten add-ons oncolytica (deel code 612) en kosten expertproducten (deel code 613.1, 615.1, 619);
- 6 Kosten van paramedische zorg (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van hulpmiddelen (rubriek 08);
- 8 Kosten van ziekenvervoer (rubriek 09);
- 9 Kosten van kraamzorg (rubriek 12);
- 10 Kosten van 'diverse overige kosten' (rubriek 13), exclusief de kosten van experimenten ketenzorg dementie;
- 11 100% van 'kosten variabel, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720);
- 12 90% van kosten buitenland via Zorginstituut Nederland/CAK (zie ook hierna).

Voor het schadebedrag GGZ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van GGZ (rubriek 10) (exclusief kosten langdurige GGZ);
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720) (exclusief kosten langdurige GGZ).

Voor het schadebedrag 'Verpleging en verzorging' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'Verpleging en verzorging' (rubriek 03), exclusief de kosten van wijkgericht werken en de kosten van experimenten regelarme instelling;
- 2 100% van 'kosten van 'verpleging en verzorging', gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel code 720);
- 3 10% van kosten buitenland via Zorginstituut Nederland/CAK (zie ook hierna).

Voor het schadebedrag 'geriatrie revalidatiezorg' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'geriatrie revalidatiezorg' (rubriek 11).

Voor het schadebedrag 'fysiotherapie' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'fysiotherapie' (rubriek 07, uitsluitend code 620).

Kosten buitenland via Zorginstituut Nederland CAK

Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland/CAK neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2015. U verdeelt de per verzekerde vastgelegde kosten buitenland via Zorginstituut Nederland/CAK als volgt: 90% als 'variabele kosten' en 10% als kosten 'verpleging en verzorging'.

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/CAK tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'kosten per verzekerde' bestand worden opgenomen.

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 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 'kosten per verzekerde 2014' met bestandsnaam 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 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) schadebedragen 'variabele kosten medisch-specialistische hulp';
..... (som) schadebedragen 'overige prestaties';
..... (som) schadebedragen 'GGZ'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2014' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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 fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2014:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2015

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, volledig ingevuld en ondertekend **aan het Zorginstituut**.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2015' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde
recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'variabele zorgkosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'geriatrische revalidatiezorg' en 'fysiotherapie' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringwetplichtige verzekerden die in 2015 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer(in 2015).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) schadebedragen 'variabele zorgkosten';
- (som) schadebedragen 'GGZ';
- (som) schadebedragen 'verpleging en verzorging'.
- (som) schadebedragen 'geriatrische revalidatiezorg';
- (som) schadebedragen 'fysiotherapie'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2015' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 2015' tot stand gekomen is;
 - welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.
- Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2015:

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 2016. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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 2016 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 2016 hulpmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u, per hulpmiddel, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 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.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het 'hulpmiddelenbestand' worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2016

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 2016' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2016 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2016) met UZOVI-nummer(in 2016).

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 2016' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2016' 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 2016' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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).

Aanvullende informatie risicoverevening
Hulpmiddelen kostengroepen

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Hulpmiddelengegevens 2016:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen

In paragraaf 5.9 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag add-ons geneesmiddelen 2015.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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.

Het gebruik van de gegevens

Het bestand add-ons geneesmiddelen 2015 wordt gebruikt voor de verzekerdenbepaling 2016 van de FKG's die zijn gebaseerd op add-ons (gebaseerd op gegevens t-1). Daarnaast gebruikt het Zorginstituut deze gegevens voor de verzekerdenraming 2018 en voor pakketbeheer.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdeniveau ontvangen declaraties van Overige zorgproducten – Supplementaire producten- add-ons dure en wees geneesmiddelen (OZP supplementair – Add-on duur of wees geneesmiddel in Tarieventabel overige zorgproducten van de NZa), die zijn afgeleverd in 2015 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 2015 een Overig zorgproduct – Supplementaire producten - add-on duur of wees geneesmiddel is afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u per add-on duur of wees geneesmiddel de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Prestatiecode/DBC declaratiecode;
- 3 Uitvoerdatum;
- 4 Aantal gebruikte eenheden;
- 5 Indicatie debet/credit;
- 6 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.

Er kunnen uitsluitend add-ons geneesmiddelengegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Bestuursverklaring bij het bestand Add-ons geneesmiddelen 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 'add-ons geneesmiddelen 2015' met bestandsnaam 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 schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2015 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer(in 2015).

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 2015' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Add-ons geneesmiddelen 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 'Add-ons geneesmiddelen 2015' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en 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).

Aanvullende informatie risicoverevening
Add-ons geneesmiddelen

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Add-ons geneesmiddelen 2015:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen

In paragraaf 5.10 is een toelichting opgenomen op de gegevensuitvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen 2016. Deze gegevensuitvraag is nieuw in 2017. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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 2017 worden de fysiotherapiediagnosegroepen (FDG's) ingevoerd. De vereveningsbijdrage over 2017 wordt gebaseerd op gegevens over 2016. Het vereveningsmodel 2017 kent vier positieve FDG-klassen en een afslagklasse. De positieve FDG-klassen zijn gebaseerd op de clustering van diagnoses op de chronische lijst. De gebruikte diagnosecodes komen uit het Diagnose Classificatiesysteem Paramedische Hulp (aanduiding: DCSPH-code).

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van fysiotherapie én oefentherapie Mensendieck en Cesar, die zijn afgeleverd in 2016 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het betreft in dit bestand uitsluitend de declaraties van prestaties fysiotherapie en oefentherapie Zvw, zoals u die verantwoordt bij Rubriek 07 code 620 en code 621, inclusief de declaraties die ten laste van het eigen risico komen. Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

In dit bestand neemt u niet mee de declaraties van de Overige zorgproducten fysiotherapie en oefentherapie, zoals die zijn opgenomen in de Tarieventabel DBC zorgproducten medisch specialistische zorg van de NZa. Deze declaraties verantwoordt u in de kwartaal- en jaarstaten bij rubriek 06.

Ook neemt u declaraties die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering niet op in het bestand.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2016 een of meerdere declaraties fysiotherapie en/of oefentherapie Zvw zijn ontvangen, geeft u, per declaratie, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 DCSPH-code;
- 3 CSI-code;
- 4 Indicatie debet/credit;
- 5 Schadebedrag in centen.

Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven er zorg voor te dragen dat alle zorgverzekeraars een uniforme registratie van de DCSPH-code en de CSI-code hanteren.

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.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Bestuursverklaring bij het bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016

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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van fysiotherapie en oefentherapie met een totaal schadebedrag⁷ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2016 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2016) met UZOVI-nummer(in 2016).

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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring aan de NZa zijn gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016' 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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

⁷ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Aanvullende informatie risicoverevening
Fysiotherapie en oefentherapie

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie fysiotherapie- en oefentherapiegegevens
2016:***

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering:

5.11 Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)

Paragraaf 5.11 geeft informatie over de gegevensvraag hogekostencompensatie Zvw GGZ 18+ 2014.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In paragraaf 2.4.2 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 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 2014 de kosten de HKC-drempel van € 25.000 overschrijden. De betreffende kosten van die verzekerden neemt u in de HKC-opgave 2014 GGZ 18+ op. Op basis van de HKC-opgaven van alle zorgverzekeraars past het Zorginstituut de hogekostencompensatie toe.

De berekeningswijze komt erop neer dat het Zorginstituut 90% van de kosten die de HKC-drempel overschrijden 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 verrekent het Zorginstituut als HKC-effect GGZ 18+ bij de 2^e voorlopige en definitieve vaststelling Zw 2014.

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 € 25.000 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 staat op onze website.

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 € 25.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden.

Alleen de tot en met 31 december 2016 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor de in 2014 verleende hulp en de in 2014 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 2014 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 2014 verleende hulp en voor in 2014 geopende DBC's.

De totale kosten voor het deelbedrag 'GGZ 18+' komen als volgt tot stand:

1. Kosten van GGZ, voor zover deze betrekking hebben op verzekerden van 18 jaar en ouder (rubriek 10).
2. 100% van 'kosten van GGZ, 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 2014 GGZ 18+

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2014 GGZ 18+:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van somatische gezondheidszorg.
- De kosten van 'grensoverschrijdende zorg' via het Zorginstituut (deel van rubriek 15).

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- In verband met de gewijzigde prestaties GGZ in 2014 is de definitie van de kosten aangepast.
- Er vindt in 2014 geen opbrengstverrekening GGZ meer plaats, u hoeft hiervoor dus niet meer te corrigeren.
- Het drempelbedrag is verhoogd van € 10.000 naar € 25.000.

Bestuursverklaring bij het bestand hogekostencompensatie 2014 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 2014' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De HKC-opgave 2014 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 fouten en onzekerheden.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

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 2014' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

6 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

Definitieve opgave opbrengstverrekening 2015

Hoofdstuk 6 gaat over de Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening. Ten behoeve van de vaststelling van de opbrengstverschillen per ambulancevoorziening per zorgverzekeraar door de NZa, vraagt Zorginstituut Nederland de benodigde gegevens op bij de zorgverzekeraars. In 2017 vragen wij gegevens ten behoeve van de opbrengstverrekening Ambulancevoorzieningen 2015.

De toelichting op de opgave opbrengstverrekening ambulancevoorzieningen 2015 is afkomstig uit de brief van het Zorginstituut over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2017 van 15 november 2016 (kenmerk 2016101736).

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 van de NZa.

Gegevens Ambulancevoorzieningen 2015

Gebruik van de gegevens

Op 1 juni 2017 levert u gegevens over 2015 aan ten behoeve van de opbrengstverrekening van regionale ambulancevoorzieningen. Het Zorginstituut levert deze gegevens direct door aan de NZa. De NZa bepaalt met deze gegevens de verrekening per regionale ambulancevoorziening per zorgverzekeraar.

Op te leveren gegevens

Het bestand Ambulancevoorzieningen bestaat uit gegevens over 2015.

Per Regionale Ambulancevoorziening (RAV) geeft u een opgave van de som van de kosten van de volgende prestaties (deel code 650):

1	Per beladen vervoerskilometer	I001
2	Besteld vervoer (B-rit) per rit	I002
3	Stand-by per uur	I003
4	Grensoverschrijdende inzet	I005
5	MICU vervoer per rit	I006
6	Spoedvervoer (A1-/A2-rit) per rit	I010

De kosten 2015 betreffen alle op verzekerdenniveau ontvangen declaraties op basis van de feitelijk gedeclareerde tarieven voor de bovengenoemde prestaties. 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. Voorlopige verrekeningen en vereffeningen neemt u niet op in dit bestand.

Een model van de bestuursverklaring vindt u aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- Het Zorginstituut vraagt alleen nog de gegevens op van regionale ambulancevoorzieningen.

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens ten behoeve van de opbrengstverrekening 2015 (Ambulancevoorzieningen)

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 opbrengstverrekening 2015' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen declaraties 2015 van Regionale Ambulancevoorzieningen van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2015 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2015) met UZOVI-nummer(in 2015).

De totale schade in het bestand bedraagt:

..... (som) kosten Regionale Ambulancevoorzieningen 2015.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.4)

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 opbrengstverrekening 2015' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie risicoverevening
Opbrengstverrekening

KOSTEN REGIONALE AMBULANCEVOORZIENINGEN 2015

SPECIFICATIES PER INSTELLING

NZa-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE 2015
240-4290	Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid	Zwijndrecht	
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	Witte Kruis Ambulance Services B.V. (regio Zeeland)	Goes	
240-7006	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslan U.A.	Tynaarlo	
240-7007	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden	's-Gravenhage	
240-7008	Witte Kruis Ambulance Services B.V. (regio Noordoost Gelderland)	Elburg	
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	
TOTALE KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE			0

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 2016
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2017
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2016
- Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2015
- Structuur gegevensvraag DBC's GGZ geopend in 2014
- Structuur gegevensvraag gegevens GGZ 2015
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2014
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2015
- Structuur gegevensvraag Hulpmiddelgegevens 2016
- Structuur gegevensvraag Add-ons geneesmiddelen 2015
- Structuur gegevensvraag Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2016

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND VERZEKERDE PERIODEN EN PERSOONSKENMERKEN VERZEKERDEN 2016 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 2016 actief is. 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 jaar 2016.
	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 jaar 2016.
	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	NNNNA	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	EEJJMM	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	EEJJMDD	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	EEJJMDD	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 -/ begin datum) +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 verzekeringen op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Verzekerde periode en persoonskenmerken 2016

- | | |
|---|---|
| 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND PERSOONSKENMERKEN 2017 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 2017 actief is. 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. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2017.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD	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	NNNNAA	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	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 ngeboortejaar 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 2017

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.

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND FARMACIEGEGEVENS 2016 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	El / AP 304 versie 8	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 2016 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 2016.
	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 2016.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202		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	Geboortjaar en -maand	11	16	6	N	EEJJMM	0207	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N		1 2	0208 Man Vrouw
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMMDD	0410	
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N		0414	Conform G-standaard
	7	Voorgescreven dosering	38	38	1	N		1 2 3	0431 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			0415 Conform G-standaard
	9	Gemiddelde dagdosering	41	49	9	N			0416 De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens.
	10	Hoeveelheid afgeleverd middel	50	58	9	N			0417 De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens.
	11	Indicatie debet credit	59	59	1	AN		D C	0444 Debet Credit
	12	Schadebedrag in centen	60	67	8	N			0437 Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de El-standaard in centen, zonder decimaal scheidingstekens, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het eigen risico * 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 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Farmacie gegevens 2016

- | | |
|---|---|
| 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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's SOMATISCH GEOPEND IN 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 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, 2015.
	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, 2015.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	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	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	DBC Declaratiecode	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: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - 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 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 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's GGZ GEOPEND IN 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2014.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	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	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	Begindatum deelprestatie verblijf	31	38	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf
	7	Einddatum deelprestatie verblijf	39	46	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf
	8	Indicatie debet credit	47	47	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	48	55	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 Zw: 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. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - 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)

Vervolg DBC's GGZ 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND GGZ 2015 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2015 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	N	EEJJMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	N	EEJJMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2015. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2015.
	5	Datum einde periode	22	29	N	EEJJMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2015. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2015.
	6	Versienummer SRL	30	35	N	201203	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode DBC	11	22	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnosecode. Uitsluitend DBC's GGZ.
	4	Declaratiecode	23	28	AN		Declaratiecode van de DBC GGZ (behandeling) dan wel de declaratiecode van de deelprestatie 24-uur verblijf dan wel de declaratiecode van de ZZP. 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	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ
	6	Begindatum prestatie	31	38	N	EEJJMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf en ZZP's
	7	Einddatum prestatie	39	46	N	EEJJMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf en ZZP's
	8	Indicatie debet credit	47	47	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	48	55	N		Gedeclareerde kosten voor de DBC GGZ (behandeling) dan wel de gedeclareerde kosten voor de deelprestatie 24-uursverblijf dan wel de gedeclareerde kosten voor de ZZP GGZ-B, 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. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg GGZ 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2014.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	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	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 2014.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2014.
	5	Schadebedrag 'GGZ' in centen	29	37	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2014. In deze opgave inclusief kosten GGZ 2014 van verzekerden jonger dan 18 jaar.
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 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 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 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 2015. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2015.
	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 2015. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2015.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201204	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	Schadebedrag 'variabele zorgkosten' in centen	11	19	9	N		De 'variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2015.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2015.
	5	Schadebedrag 'verpleging en verzorging' in centen	29	37	9	N		De kosten voor 'verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2015.
	6	Schadebedrag 'geriatische revalidatiezorg' in centen	38	46	9	N		De kosten voor 'geriatische revalidatie' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2015.
	7	Schadebedrag 'fysiotherapie' in centen	47	55	9	N		De kosten voor 'fysiotherapie' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2015.
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 "GGZ"	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag "verpleging en verzorging"	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag "geriatische revalidatie"	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag "fysiotherapie"	79	92	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 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 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_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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND HULPMIDDELEN 2016 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 2016 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 2016.
	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 2016.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401	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	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
	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 Zw. 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 - 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 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelengegevens 2016

- | | |
|---|--|
| 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. |

Aanvullende informatie risicoverevening
Record lay-out

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND ADD-ONS GENEESMIDDELEN 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 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 2015.
	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 2015.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201502	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	Prestatiecode/DBC Declaratiecode	11	16	6	AN		Declaratiecode, uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add ons duur of wees geneesmiddel'
	4	Uitvoerdatum	17	24	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add ons duur of wees geneesmiddel'
	5	Aantal gebruikte eenheden	25	32	8	N		Gedeclareerde hoeveelheid; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter twee cijfers het restant in honderdsten en zonder decimaal
	6	Indicatie debet credit	33	33	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	34	41	8	N		Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add ons duur of wees geneesmiddel' in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - 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 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Add-ons geneesmiddelen 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_ADDON_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 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE 2016 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 2016 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 2016.
	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 2016.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201701	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	DCSPH-code	11	14	4	N		Verwijsdiagnosecode paramedische hulp of (indien niet beschikbaar) paramedische diagnosecode. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zwv.
	4	CSI-code	15	17	3	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zwv.
	5	Indicatie debet credit	18	18	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	19	26	8	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - 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 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Fysiotherapie en oefentherapiegegevens 2016

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_FOT_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. |
|------------------------------------|---|