

HANDBOEK INFORMATIE ZORGVERZEKERINGSWET 2019

Inhoud

1 Algemeen	2
1.1 Indeling Handboek	3
1.2 Aanlevering van gegevens	5
1.3 Gebruik van de uitvraag conform het Handboek	11
1.4 Wijzigingen en aandachtspunten	13
2 Specifieke Informatie A	26
2.1 Bestuursverklaring	27
2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat	30
2.3 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening	47
3 Specifieke Informatie C	49
3.1 Specificaties van kosten en productie	50
3.2 Contractinformatie	89
3.3 Regeling wanbetalers	99
3.4 Specificaties afrekeningen met het buitenland	102
4 Definities Kosten en Productie	105
4.1 Kostenbegrip	106
4.2 Kolommen kostenverzamelstaat	108
4.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers	113
5 Aanvullende informatie risicoverevening	137
5.1 Beschrijving gegevensuitvraag vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening	138
5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	149
5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken	157
5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	162
5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	168
5.6 Gegevensvraag GGZ	173
5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde	179
5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's)	188
5.9 Gegevensvraag add-ons geneesmiddelen	192
5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen	197
5.11 Gegevensvraag Wlz-gegevens	201
6 Record lay-out informatie risicoverevening	206

1 Algemeen

1.1 Indeling handboek

1.2 Aanlevering van gegevens

1.3 Gebruik van de uitvraag conform het handboek

1.4 Wijzigingen en aandachtspunten

Algemeen

Het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars en Wlz uitvoerders 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. In paragraaf 1.3 geven wij per afnemer aan voor welke doelen de leveringen van het Zorginstituut worden gebruikt.

In paragraaf 1.4 zijn de wijzigingen en aandachtspunten voor de in dit Handboek meest relevante jaren (2017,2018 en 2019) opgenomen.

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten

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

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

De hoofdstukken 2 tot en met 4 gaan over de kwartaal- en jaarstaten en hoofdstuk 5 gaat over de aanvullende informatie risicoverevening. Hoofdstuk 6 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.

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 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 informatie tbv de opbrengstverrekening. 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, een specificatie regeling wanbetalers en de specificatie afrekeningen met het buitenland.

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 hulpmiddelgegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring;
- Bestand add-on geneesmiddelen per verzekerde T-2 met bestuursverklaring;
- Bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens per verzekerde T-1 met bestuursverklaring;
- Bestand gegevens Wlz 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 vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening opgenomen.

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.

Wlz uitvoerders leveren 1 bestand aan met gegevens Wlz.

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/Wlz uitvoerder, verwijs ik 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

Het Zorginstituut en ZN hebben 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 is 1 mei t+1.
De inzending van de jaarstaat omvat
aan Zorginstituut Nederland: - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
- 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;
- 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 2019

In het kader van de risicoverevening vraagt Zorginstituut Nederland, naast de kwartaal- en jaarstaten, in 2019 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars/Wlz uitvoerders:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN;
- Persoonskenmerken 2019 op peildatum 1 mei 2019;
- Farmaciegegevens 2018 per verzekerde;
- DBC-gegevens somatisch 2017 per verzekerde;
- Gegevens GGZ 2017 per verzekerde;
- Gegevens kosten per verzekerde 2016 en 2017;
- Hulpmiddelgegevens 2018 per verzekerde;
- Add-on geneesmiddelen gegevens 2017 per verzekerde;
- Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2018 per verzekerde;
- Wlz-gegevens 2018 per verzekerde.

De inzending van de gegevens (deelbestand) verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens somatisch, gegevens GGZ, kosten per verzekerde 2016, hulpmiddelgegevens, gegevens add-on geneesmiddelen, fysiotherapie- en oefentherapiegegevens en Wlz-gegevens 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 2017 omvat

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

Aanleverkalender

In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2019 over 2016, 2017, 2018 en 2019 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 2018 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2018	28 januari 2019
Kwartaalstaat verzekerenstanden	verzekerenstanden januari, februari en maart 2019	alle zorgverzekeraars 2019	7 maart 2019
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2019 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2019	28 april 2019
Jaarstaat 2)	schadejaren 2018, 2017 en 2016	alle zorgverzekeraars 2018	1 mei 2019
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2016	alle zorgverzekeraars 2016	1 mei 2019
Kosten per Verzekerde	verslagjaar 2017	alle zorgverzekeraars 2017	1 mei 2019
Farmaciegegevens	declaraties 2018 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2018	1 juni 2019
DBC-gegevens (somatisch)	declaraties van DBC's (excl. GGZ) geopend in 2017	alle zorgverzekeraars 2017	1 juni 2019
Gegevens GGZ	declaraties GGZ 2017	alle zorgverzekeraars 2017	1 juni 2019
Verzekerde periode en persoonskenmerken	verslagjaar 2018	alle zorgverzekeraars 2018	1 juni 2019
Persoonskenmerken	1 mei 2019	Alle zorgverzekeraars 2019	1 juni 2019
Hulpmiddelgegevens	declaraties 2018 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2018	1 juni 2019
Add-on geneesmiddelen	declaraties add-on geneesmiddelen 2017	alle zorgverzekeraars 2017	1 juni 2019
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	declaraties 2018 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2018	1 juni 2019
Gegevens Wlz	Declaraties 2018	alle Wlz-uitvoerders 2018	1 juni 2019
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal 2)	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2019 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2019	28 juli 2019
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2019 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2019	28 oktober 2019

- 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.)

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.

In het kader van de vermindering van de administratieve lastendruk zullen bestanden, die zowel voor de NZa als voor het Zorginstituut relevant zijn voor de uitvoering van hun taken, onderling worden uitgewisseld. De aanleverende partijen hoeven hiermee dus niet tweemaal hetzelfde bestand aan te leveren. Via ZorgTTP vindt de levering aan het Zorginstituut en NZa plaats. In verband hiermee zijn alle bestandsnamen van de aan te leveren bestanden voor de risicoverevening gewijzigd. Zie hiervoor hoofdstuk 5 en 6.

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 bedrijfsgevoelige informatie kunt u gebruik maken van de beveiligde e-mailoplossing van het Zorginstituut. Daarmee kunt u bestanden versleuteld versturen. U kunt bestanden uploaden via <https://securemail.zorginstituutnederland.nl>. Het e-mailadres van de verzender wordt eenmalig geverifieerd en vervolgens kiest u voor verslagdocumenten@zinl.nl als bestemming.

- Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Aanlevering aan het uitwisselingsportaal <https://uitwisselportaal.nza.nl> ter attentie van contactpersoon DIV NZa.

Een account aanvragen kan via toezicht@nza.nl onder vermelding van uw naam en mobiele telefoonnummer.

- 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, handhavingsinstrumenten 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 Gebruik van de uitvraag conform het Handboek

Zorgverzekeraars rapporteren via kwartaal- en jaarstaten Zvw hun (verwachte) zorglasten aan het Zorginstituut. De afdeling Fondsen bepaalt, controleert, analyseert en verwerkt deze rapportages en gebruikt deze voor de uitvoering van verschillende wettelijke taken. De afdeling levert de informatie bovendien aan andere afnemers. In deze paragraaf geven wij per afnemer aan voor welke doelen de leveringen van het Zorginstituut worden gebruikt.

1. De afdeling Zorg van het Zorginstituut gebruikt verschillende onderdelen van de kwartaal- en jaarstaten voor het monitoren van de ontwikkeling van de zorglasten en pakketbeheer. Verder ontvangt het Zorginstituut zo nu en dan Wob-verzoeken met betrekking tot de ontvangsten en uitgaven in de zorg. Ook beantwoordt het Zorginstituut vragen van studenten en leerlingen uit het voortgezet onderwijs.
2. Het Ministerie van VWS gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor zijn beleids- en begrotingscyclus. Het gaat om de volgende activiteiten en/of producten:
 - Het monitoren en analyseren van beleid en zorguitgaven.
 - Het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rekenpremie (een raming van de nominale premie die zorgverzekeraars gemiddeld in rekening brengen om kostendekkend te zijn).
 - De leveringen van het Zorginstituut dienen als basis voor besluiten over de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) door de minister van VWS.
 - Het opstellen en monitoren van de zogenaamde Hoofdlijnakoorden
 - Ten aanzien van de begrotingscyclus kan per kwartaal worden aangegeven welke activiteiten er plaatsvinden of voor welke producten deze zijn gebruikt. Dit zijn de volgende:
 - De halfjaarcijfers t gebruikt het ministerie voor de Tweede Suppletioire begrotingswet.
 - De levering op basis van de 3e kwartaalstaten t gebruikt het ministerie voor de 'voorlopige rekening t' en als indicatie voor de voorjaarsbesluitvorming t+1.
 - De levering van het 4e kwartaalstaten t-1 wordt gebruikt voor het Jaarverslag t-1, de Eerste Suppletioire begrotingswet t inclusief actualisatie oudere jaren en de meerjarige doorwerking en als voorlopige raming voor de begroting t+1.
 - De jaarstaten t-1 zien we terug in de begroting t+1.
 - Ad hoc worden de kwartaal- en jaarlevering van het Zorginstituut gebruikt voor:
 - interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO);
 - het beantwoorden van Kamervragen.
3. Voor het CBS zijn de op de kwartaal- en jaarstaten gebaseerde leveringen van het Zorginstituut een belangrijke bron voor de Nationale Rekeningen (waaronder de Kwartaalrekeningen) en Zorgstatistieken. Via het CBS komen de cijfers tevens terecht in internationale statistieken. Het gaat om de volgende producten:
 - Input voor Excessive Deficit Procedure (EDP) - EMU-saldo en EMU-schuld. Op basis hiervan wordt door de EU geëvalueerd of Nederland aan de Europese normen voldoet voor zowel het EMU-tekort als de EMU-schuld¹.
 - Publicatie Nationale Rekeningen (o.a. BBP) en afgeleide NR-producten zoals beschikbaar inkomen van huishoudens, belasting- en premiedruk, investeringenbestand, goederengroep- en bedrijfstakverdelingen.
 - Statline (tabellen uitkeringen, premies, maandcijfers).
 - European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS).
 - Classification of the Functions of Government (COFOG).
 - Statistiek Internationale Handel.

Algemeen
Gebruik van de uitvraag

- Detailtabellen aan CPB.
 - Artikelen over de zorg.
4. Het **CPB** gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor hun Centraal Economisch Plan, Macro Economische Verkenningen en vier jaarlijkse korte termijnramingen.
 5. De **NZa** betreft in haar toezicht de door zorgverzekeraars ingevulde jaarstaten en de bijbehorende beoordelingen van accountants. De jaarstaten en het oordeel van de NZa worden onder andere als bron gebruikt voor het Financieel Jaarverslag Fondsen en producten van de Risicoverevening. De NZa gebruikt de jaarstaten tevens voor het monitoren van de zorg.
 6. De divisie Toezicht van **De Nederlandsche Bank** ontvangt de (onbewerkte) kwartaal- en jaarstaten van de Zorgverzekeraars voor hun Prudentieel toezicht.
 7. Incidenteel raadpleegt **de Algemene rekenkamer** het Zorginstituut voor onderzoek.

Gebruik van de uitvraag conform het Handboek van Zorginstituut Nederland

Gebruiker	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	Jaarstaat
Zorginstituut Nederland					
Fondsbeheer	X	X	X	X	X
Financiële verslaglegging					X
Risicoverevening Zorgverzekeringswet					X
Beheerskosten Wet langdurige zorg	X	X	X	X	X
Zorg	*	*	*	*	*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	(x)	X	X	X	X
Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO)	*	*	*	*	*
Kamervragen	*	*	*	*	*
Centraal Administratiekantoor	X	X	X	X	X
Centraal Bureau voor de Statistiek	X	X	X	X	X
Centraal Plan Bureau	X	X	X	X	X
Nederlandse Zorgautoriteit	X	X	X	X	X
De Nederlandsche Bank	X	X	X	X	X
Zorgverzekeraars					
Spiegelbank Zorgcijfersdata (product ZINL)	X	X	X	X	X
Vektis (Zorgverzekeraars Nederland)	I	I	I	I	I
Algemene rekeningkamer	*	*	*	*	*
Wet openbaarheid van bestuur (Wob)	*	*	*	*	*
Juridische procedures	*	*	*	*	*
X	Vaste gebruiker				
*	Afhankelijk van onderzoeksvraag en tijdstip				
(x)	Mede door de publicatie van het 1e kwartaal in Zorgprisma ontvangt het Zorginstituut in toenemende mate vragen over K1 zonder dat daar een formele levering aan vooraf gaat.				
I	Zorgverzekeraars leveren direct aan Vektis.				

1.4 Wijzigingen en aandachtspunten

1.4.1 Wijzigingen en aandachtspunten 2017

1.4.2 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2017

1.4.3 Wijzigingen en aandachtspunten 2018

1.4.4 Wijzigingen en aandachtspunten 2019

Wijzigingen en aandachtspunten

In het onderdeel 'Wijzigingen en aandachtspunten' treft u voor de in dit Handboek meest relevante jaren een overzicht aan van de belangrijkste wijzigingen en aandachtspunten. Daarin wordt de vervallen, gewijzigde en nieuwe uitvraag per verslagjaar weergegeven.

Wijzigingen en aandachtspunten over oudere jaren zijn opgenomen in een apart document "WIJZIGINGEN EN AANDACHTSPUNTEN PER JAAR Handboek Zvw".

Dit document vindt u samen met dit Handboek op de website van het Zorginstituut.

1.4.1 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.

1.4.2 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.

1.4.3 Wijzigingen en aandachtspunten 2018 (versie december 2017)

Algemeen

- **Titel Handboek**
De titel van dit Handboek is gewijzigd in 'Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2018, ten behoeve van zorgverzekeraars en Wlz uitvoerders. Deze naamsverandering heeft te maken met de nieuwe uitvraag Wlz bij Wlz uitvoerders, ten behoeve van de risicoverevening.
- **Nieuw bestand met informatie wijzigingen oude jaren**
De paragrafen 1.3.1 t/m 1.3.25 zijn uit dit Handboek verwijderd. Deze paragrafen met informatie over de wijzigingen oude jaren zijn opgeslagen in een apart bestand. Dit bestand zal ieder jaar, bijgewerkt met het laatste jaar T-1, gelijk met het Handboek op de website geplaatst worden.
- **Nagekomen wijziging in kwartaal- en jaarstaat 2017**
 - Met ingang van 2017 zijn in het besluit zorgverzekering de kosten van de implantaat gedragen prothese verschoven van art. 2.7 lid 2 naar art. 2.7 lid 5.
Dit heeft gevolgen voor de verantwoording en de specificatie van de kosten Mondzorg.
De kosten van de honoraria van het plaatsen implantaat + de afzonderlijk in rekening gebrachte kosten van het implantaat blijven verantwoord worden bij 560.1. De kosten van de implantaat gedragen prothesen (inclusief mesostructuren, inclusief de bijbehorende materiaal en techniekkosten) moeten miv 2017 verantwoord worden bij code 561 Kosten gebitsprothesen.
Bij de specificatie van de kosten in de specifieke informatie C blijven de kosten van de honoraria van het plaatsen implantaat + de afzonderlijk in rekening gebrachte kosten van het implantaat gespecificeerd bij Bijzondere tandheelkundige zorg, Implantaten.
De kosten van de implantaat gedragen prothesen (inclusief mesostructuren en de bijbehorende kosten) worden bij 561 gespecificeerd naar volledige prothesen en rebasings en reparaties. De aantallen naar Aantal onder en boven, P30 en J50 en Aantal onder of boven, P21 en P25, J51 en J52.
In de jaarstaat 2017 wordt bij de specificatie van 561 ook nog onderscheid gemaakt tussen kosten/aantallen gebitsprothesen conventioneel en kosten/aantallen gebitsprothesen implantaatgedragen.
U bent hierover in juni 2017 al per email geïnformeerd.
 - De specificatie Afrekeningen met het buitenland is in de jaarstaat 2017 verschoven naar de specifieke informatie C.
- In deze versie van het Handboek is de brief van 16 november 2017 (2017035231) 'Aanlevering gegevens risicoverevening Zvw mét accountantsproduct in 2018' verwerkt. Voornamelijk in hoofdstuk 5.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

- De prestatie 'Programma stoppen met roken' wordt vanaf 2018 verantwoord onder code 510 'Multidisciplinaire zorg' en niet meer onder code 700 'Overige Kosten'. De specificatie van code 510 in Specifieke informatie C wordt uitgebreid met een extra regel 'Programma stoppen met roken'. De specificatie van de aantallen 'programma stoppen met roken' vervalt.

- De volgende prestaties 'Multidisciplinaire zorg' kunnen met ingang van 2018 ook niet gecontracteerd geleverd worden:
 - Multidisciplinaire zorg DM2 – niet gecontracteerd
 - Multidisciplinaire zorg HVZ – niet gecontracteerd (hart- of vaatziekten)
 - Multidisciplinaire zorg COPD – niet gecontracteerdIn de specificatie van code 510 'Multidisciplinaire zorg' worden de eerste 2 prestaties gespecificeerd onder 'Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomangement' en de laatste prestatie onder 'Multidisciplinaire zorgverlening COPD'. Deze drie prestaties worden in de contractinformatie specificatie 'Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg' gespecificeerd onder niet gecontracteerde zorg.
- In de plaats van de Module Geïntegreerde eerstelijnszorg komen 4 prestaties
 - O&I Wijkmanagement (O&I = ondersteuning en infrastructuur)
 - O&I Ketenzorg
 - O&I Regiomanagement
 - O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overigU verantwoordt bovenstaande prestaties vanaf 2018 onder code 510 'Multidisciplinaire zorg'. Deze prestaties worden in de specificatie van code 510 'Multidisciplinaire zorg' in specifieke informatie C verantwoord in de nieuwe regel 'Ondersteuning en infrastructuur'. De regel 'Kosten i.v.m. samenwerking t.b.v. geïntegreerd 1^e lijnsproducten' komt hiermee te vervallen.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- 'MSVT' wordt vanaf 2018 deels verantwoord onder rubriek 3 'Verpleging en Verzorging' en deels onder rubriek 6 'Medisch Specialistische zorg'. Het deel dat niet gedeclareerd wordt door medisch specialistische instellingen verantwoordt u bij rubriek 3 'Verpleging en Verzorging'. Het deel dat wel gedeclareerd wordt door medisch specialistische instellingen blijft u verantwoorden onder code 611 'Overige zorgproducten'.
U specificeert de kosten onder verpleging of, als het een experiment betreft, onder kosten Experiment bekostiging VenV.
Bij de specificatie van de aantallen neemt u alleen de bij 'verpleging' gespecificeerde prestaties MSVT op, de bij Experiment bekostiging VenV gespecificeerde prestaties MSVT neemt u bij de aantallen niet op.

Rubriek 04 Mondzorg

- Met ingang van 2018 wordt in de kwartaalstaat bij de specificatie van 561 ook nog onderscheid gemaakt tussen kosten/aantallen gebitsprothesen conventioneel en kosten/aantallen gebitsprothesen implantaatgedragen. Zie hiervoor ook de mededeling over Mondzorg onder 'Algemeen'.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- Tekstuele aanpassing: 1e twaalf behandelingen Fysiotherapie/oefentherapie bij artrose aan heup- en kniegewricht in het basispakket.

Rubriek 08 Hulpmiddelen

- De specificatie hulpmiddelen vervalt met ingang van 2018. In de jaarstaat 2018 specificeert u nog wel de kosten 2017.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Met ingang van 2018 wordt zittend ziekenvervoer bij 'Oncologische behandeling met immuuntherapie' vergoed. U verantwoordt deze kosten onder code 651 'Vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen risico'. In de Specifieke informatie C wordt de specificatie naar patiëntengroepen uitgebreid met de groep 'Oncologische behandeling met immuuntherapie'.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf

- Rubriek 11 krijgt vanaf 2018 de naam 'Geriatrische Revalidatie en Eerstelijnsverblijf'. Eerstelijnsverblijf krijgt in rubriek 11 een nieuwe code 671 'Eerstelijnsverblijf'. De prestaties eerstelijnsverblijf vervallen hiermee onder code 700 'Overige kosten'.

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

- Deze rubriek wordt uitgebreid met de prestatie 'Kwaliteitsgelden wijkverpleging'. De prestatie 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg' kan ook in 2018 hier verantwoord worden.

Verschilposten schade de Nederlandsche Bank

- Code 930, 'Prudentiemarge balanspost', vervalt in de kostenverzamelstaat.

Contractinformatie

- De uitvraag contractinformatie wordt uitgebreid met 'Contractinformatie Geriatrische Revalidatie en Eerstelijnsverblijf' in Specifieke informatie C. De uitvraag is vergelijkbaar met de specificatie 'Contractinformatie Huisartsenzorg & Multidisciplinair zorg', waarbij 'Geriatrische Revalidatie' en 'Eerstelijnsverblijf' beiden optellen tot een sub totaal. De informatie over 2018 wordt uitgevraagd in de 4^e kwartaalstaat 2017 en de 2^e kwartaalstaat en jaarstaat 2018.

Uitvoering risicoverevening

- In de specificatie Kosten naar deelbijdrage worden de deelbijdragen Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg samengevoegd tot een deelbijdrage Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- Over het jaar 2018 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.
 - 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).
- Bij de specificatie Grensoverschrijdende zorg van kosten 2018, gemaakt in het buitenland via verzekeraar, worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg niet meer apart gespecificeerd. Deze worden samengevoegd tot kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- De specificatie van rubriek 16 kwaliteitsgelden is als volgt:
 - Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ;
 - Kosten ondersteuning eerstelijnszorg;
 - Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten;
 - Kosten stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten;
 - Kosten Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg;
 - Kosten stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging.

Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

- Deze specificatie is in de jaarstaat 2017 verplaatst naar de specifieke informatie C. Met ingang van de jaarstaat 2018 specificeert u de kosten per kostenrubriek niet meer naar 3 maar naar 2 leeftijdscategorieën, verzekerden tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder.

Aanvullende informatie risicoverevening

- Bij het bestand DBC-gegevens 2016 (somaïsch) moeten de DBC's geriatrische revalidatiezorg toegevoegd worden.
- Bij het bestand GGZ 2016 wordt 'ZVZ-onbekend' toegevoegd. De routing van het GGZ-bestand verloopt via Vektis.
- In het bestand add-ons geneesmiddelen 2016 neemt u uitsluitend voor nivolumab de diagnosecode op.
- Nieuw is de uitvraag Wlz-gegevens. Alle Wlz-uitvoerders leveren dit bestand aan op 1 juni 2018, met een bestuursverklaring en een assurancerapport. De NZa gaat hiervoor nog een afzonderlijk protocol opstellen.
- De opgave hogekostencompensatie is vervallen.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

- De informatie opbrengstverrekening is opgenomen in de jaarstaat, specifieke informatie A.

1.4.4 Wijzigingen en aandachtspunten 2019 (versie december 2018)

Algemeen

- Er zijn nog drie wijzigingen over de jaarstaat 2018 te melden. U bent hierover in januari en juli 2018 per email al geïnformeerd.
 - In rubriek 6 Medisch Specialistische Zorg vervalt de specificatie "Aantallen DBC-zorgproducten (Gereguleerde- & Vrije segment)
 - De specificatie van rubriek 08 Hulpmiddelen Zorg in de specifieke informatie C komt in zijn geheel te vervallen
 - Zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen met immunotherapie moet u in de specificatie van rubriek 09 Ziekenvervoer naar patiëntengroepen specificeren onder Chemo- en radiotherapie.
- In het Handboek is een nieuwe paragraaf toegevoegd, paragraaf 1.3 'Gebruik van de uitvraag conform het Handboek'. De huidige paragraaf 1.3. 'Wijzigingen en aandachtspunten' schuift door naar paragraaf 1.4.
- In paragraaf 1.4 zijn de wijzigingen en aandachtspunten van de laatste drie jaren opgenomen.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

- De tijdsintervallen bij de consulten zijn gewijzigd in korter dan 5 minuten, van 5 tot 20 min en 20 min en langer. De aparte prestaties telefonisch consult en e-mailconsult zijn vervallen. De specificatie van code 506 in de specificatie Informatie C is hierdoor gewijzigd.
- De prestatie 'Verloskundige zorg door huisartsen' wordt verantwoord onder 'Huisartsenzorg & Multidisciplinaire' en niet langer onder 'Verloskundige zorg'. U verantwoordt de kosten in rubriek 1 'Huisartsenzorg & Multidisciplinaire Zorg' onder code 507. In specifieke informatie C wordt bij code 507 de prestatie gespecificeerd.

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

- De specificatie van 520 'Farmaceutische zorg' in specifieke informatie C gaat met ingang van de jaarstaat 2019 wijzigen. De kosten 'Farmaceutische zorg', worden gespecificeerd naar kosten geneesmiddelen, kosten ivm ter handstelling en kosten overige zorgprestaties. Dit geldt voor zowel de declaraties als de aantallen.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- De prestatie 'Verpleging en Verzorging voor kinderen tot 18 jaar' wordt toegevoegd. De specificatie 530 'Verpleging en Verzorging' wordt uitgebreid in specifieke informatie C met de nieuwe prestatie 'Verpleging en Verzorging voor kinderen tot 18 jaar'. Zowel de kosten als aantallen.

Rubriek 05 Verloskundige zorg

- De kosten van de prestatie 'Verloskundige zorg door huisartsen' worden niet meer onder rubriek 5 'Verloskundige zorg' verantwoord en hier ook niet meer gespecificeerd.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Code 612 'Kosten Add-ons' vervalt. U verantwoordt nog wel oude jaren. Er komen twee nieuwe codes, nl. code 612.1 'Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen' en code 612.2 'Kosten Add-ons - IC'. In de specifieke informatie C vervalt de specificatie 612 'Kosten Add-ons naar instellingen'. Deze wordt vervangen door de specificatie van code 612.1 'Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen naar instellingen' en code 612.2 'Kosten Add-ons - IC naar instellingen'. Deze specificatie levert u aan voor jaar T, T-1 en T-2.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De specificatie van rubriek 07 'Paramedische Zorg' in de specifieke informatie C komt in zijn geheel te vervallen vanaf de jaarstaat 2018.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Naast de kosten van vervoer bij behandeling worden vanaf 2019 ook de kosten van het vervoer voor de genoemde patiëntengroepen vergoed in geval van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek.
- De verantwoording van de kosten onder code 650 'Kosten vervoer per ambulance/helikopter' wijzigt. Code 650 wordt gesplitst in code 650 'Kosten vervoer per ambulance/helikopter' en 650.1 'Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen' vanaf de jaarstaat 2018. De nieuwe systematiek lichten wij toe in hoofdstuk 4 rubriek 09 Ziekenvervoer. Deze splitsing heeft geen gevolgen voor specifieke informatie C.

Rubriek 13 Diverse Overige Kosten

- De nieuwe prestatie 'Gecombineerde Leefstijl Interventie' wordt verantwoord bij code 700. In specifieke informatie C wordt deze prestatie onder code 700 'Overige kosten' gespecificeerd op een nieuwe regel.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- Rubriek 15 'Grensoverschrijdende zorg' wordt gesplitst in code 720 'kosten via verzekeraar' en code 721 'kosten via verbindingkantoor'. Hierdoor vervalt in specifieke informatie C de kwartaalspecificatie 'Grensoverschrijdende zorg'. In de kostenverzamelstaat verantwoordt u de kosten onder code 720 en 721 voor jaar T, T-1 en T-2. In specifieke informatie C (jaarstaat) wordt de kostenspecificatie van 'Grensoverschrijdende zorg' gesplitst in 'Code 720 – Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verzekeraar' en 'Code 721 – Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingorgaan'. De specificatie naar aantallen van code 720 'Code 720 – Grensoverschrijdende zorg – Kosten via verzekeraar' blijft gelijk.

Verschilposten schade De Nederlandsche Bank/Baten Zvw

- In de kostenverzamelstaat, kwartaal- en jaarstaat, wordt de titel 'verschilposten schade De Nederlandsche Bank' hernoemd naar 'Baten Zvw'.
- U rapporteert voor code 890.1 'Opbrengsten verhaal' tevens de kasregistraties van de jaren T-1 en T-2. De definitie van deze code is aangepast. U geeft hier op kasbasis aan hoeveel kosten u in het lopende jaar met succes heeft kunnen verhalen.
- Code 920 'Schade-afhandelingskosten' vervalt in de kostenverzamelstaat.
- Er wordt een nieuwe code toegevoegd, code 940 'Netto premieopbrengsten' vanaf de jaarstaat 2018. Deze code wordt zowel in de kwartaal- als jaarstaat uitgevraagd. Hier wordt het bedrag weergegeven dat totaal daadwerkelijk ontvangen is aan netto premies van de verzekerden. Deze rapporteert u voor jaar T, T-1 en T-2. Voor de uitgebreide definitie zie 4.3.

Contractinformatie

- De toelichting van lumpsum- en plafondafspraken is in paragraaf Kostenbegrip uitgebreid (4.1).
- De definitie van 'Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondafspraken' is uitgebreid.
- In specifieke informatie C bij Specificatie 'Contractinformatie Medisch Specialistische Zorg' en specificatie 'Contractinformatie Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg' wordt ook in de jaarstaat een regel 'totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten toegevoegd'.
- In specifieke informatie C wijzigt specificatie 'Contractinformatie Verpleging en verzorging'. In de 2e en 4e kwartaalstaten en de jaarstaat (jaar T en T-1) wordt een

aparte regel voor PGB opgenomen in de tabel. De PGB's worden niet meer opgenomen bij niet-gecontracteerde zorg.

Uitvoering risicoverevening

Aanvullende informatie risicoverevening

- In het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018 is de uitvraag met uitgebreid met de 'Reden uitstroom Zvw'. Dit geldt zowel voor het deelbestand verzekerden mét geverifieerd BSN als voor het deelbestand verzekerden zonder BSN dan wel zonder geverifieerd BSN. De definitie is overeenkomstig het veld `Reden uitstroom Zvw` volgens de aanleverspecificatie bestanden BASIC versie 0106.
- Met ingang van 2017 is de uitvraag add-ons geneesmiddelen gewijzigd. Add-on geneesmiddelen worden met ingang van 2017 geïdentificeerd met behulp van de G-Standaard van Z-Index. In aansluiting hierop is de uitvraag van de declaraties voor add-on geneesmiddelen 2017 aangepast.
- Met ingang van 2017 is de uitvraag add-ons geneesmiddelen gewijzigd. Add-on geneesmiddelen worden met ingang van 2017 geïdentificeerd met behulp van de G-Standaard van Z-Index. In aansluiting hierop is de uitvraag van de declaraties voor add-on geneesmiddelen 2017 aangepast.
- Een add-on geneesmiddelen wordt nu geïdentificeerd met het ZI-artikelnummer, de indicatie-code dient voor alle add-on geneesmiddelen te worden opgenomen, evenals de eenheid waarin de hoeveelheid afgeleverd geneesmiddel is uitgedrukt.
- De uitvraag Wlz-gegevens wordt alleen verlangd van de Wlz-uitvoerders die de zorgkantorfunctie vervullen in één of meerdere zorgkantorregio's.
- Bij het bestand GGZ 2017 wordt geen ZVZ-code meer toegevoegd. Met ingang van 2017 is de verzorgingsgraad voor GGZ-DBC's met verblijf uitgebreid met deelprestatie verblijf H.
- In de definitieve KPV opgave 2016 met accountantsopgave moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties via een logische verdeelsleutel.
- In verband met de doorlevering van de bestanden aan de NZa door ZorgTTP zijn alle bestandsnamen aangepast, het begin van de bestandsnamen is veranderd van ZINL_RVE_UZOVI in ZINL_NZA_RVE_UZOVI.

2 Specifieke Informatie A

2.1 Bestuursverklaring

2.2 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

2.3 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

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 opgave opbrengstverrekening (2.3) is ook opgenomen in de jaarstaat, specifieke informatie A. 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.

2.1 Bestuursverklaring

Aanleverschema

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

Zorgverzekeraars leveren de volgende documenten aan de NZa:

- De specifieke informatie A met controleverklaring;
- 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 2018, 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 2018' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2018 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2018 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 fouten en onzekerheden.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol NZa, paragraaf 2.3)

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 2018, 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 15 Grensoverschrijdende zorg*
- 2.2.5 Specificaties Rubriek 16 Kwaliteitsgelden*
- 2.2.6 Verzekerdenstanden*
- 2.2.7 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden*

Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

In de specifieke informatie A zijn eerst twee onderverdelingen van de totale kosten Zvw opgenomen die ten laste van de risicoverevening komen, te weten de kostenverzamelstaat (2.2.1) en de kosten per deelbijdrage (2.2.2). Om de splitsing te kunnen maken naar de deelbijdragen, is detailinformatie nodig over een aantal kostenrubrieken en over gegevens per instelling (paragraaf 2.2.3 tot en met 2.2.5).

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 2.2.6 treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u moet aanleveren. Paragraaf 2.2.7 gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

2.2.8 Kostenverzamelstaat

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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).

In de kwartaalstaten 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.

De wijzigingen voor 2019 zijn beschreven in 1.4.4.

Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal extra regels opgenomen. Dit blok is hernoemd naar 'Baten Zvw'. De posten 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' en 'Opbrengsten verhaal' gebruiken Zorginstituut Nederland en VWS als beleidsinformatie. Code 920 'Schade-afhandelingskosten' vervalt in de kostenverzamelstaat met ingang van 2019. Er wordt een nieuwe code toegevoegd, code 940 'Netto premieopbrengsten' vanaf de jaarstaat 2018. Zie hiervoor verder hoofdstuk 4.

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 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2019		LASTEN 2018		LASTEN 2017 EN OUDER	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 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

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	code	LASTEN 2019		LASTEN 2018		LASTEN 2017 EN OUDER	
		Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 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 add-ons - Dure geneesmiddelen	612.1						
Kosten add-ons - IC	612.2						
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						
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	650.1						
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 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK code	LASTEN 2019		LASTEN 2018		LASTEN 2017 EN OUDER	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 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						
Geriatrische Revalidatie 670						
Eerstelijnsverblijf 671						
TOTAAL RUBRIEK 11	0	0	0	0	0	0
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						
Kosten via verzekeraar 720						
Kosten via verbindingsorgaan 721						
TOTAAL RUBRIEK 15	0	0	0	0	0	0
16 KWALITEITSGELDEN						
TOTAAL RUBRIEK 16 730						
TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie ZIN)	0	0	0	0	0	0

BATEN ZVW code	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
OPBRENGSTEN VERHAAL 890.1						
SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO 910						
SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO 915						
NETTO PREMIEOPBRENGSTEN 940						

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	Code	LASTEN 2018		LASTEN 2017		LASTEN 2016 EN OUDER
		Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 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
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 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
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

Specifieke Informatie A
 Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
 kostenverzamelstaat

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

	Code	LASTEN 2018		LASTEN 2017		LASTEN 2016 EN OUDER
		Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
KOSTENRUBRIEK						
08 HULPMIDDELENZORG						
TOTAAL RUBRIEK 08	640					
09 ZIEKENVERVOER						
Kosten vervoer per ambulance/helikopter	650					
Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	650.1					
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651					
TOTAAL RUBRIEK 09		0	0	0	0	0
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
11 GERIATRISCHE REVALIDATIE EN EERSTELIJNSVERBLIJF						
Geriatrische Revalidatie	670					
Eerstelijnsverblijf	671					
TOTAAL RUBRIEK 11		0	0	0	0	0
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

	Code	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE						
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					
NETTO PREMIEOPBRENGSTEN	940					

2.2.9 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.

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.

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.

Met ingang van 2018 worden de deelbijdragen Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg samengevoegd tot de deelbijdrage Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2019 inclusief balanspost
Variabele zorgkosten	
Vaste zorgkosten	
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	
TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie ZIN)	0

Specifieke Informatie A
Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat
Kosten per deelbijdrage

Specificatie in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
Variabele zorgkosten		
Vaste zorgkosten		
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		
Kosten van verpleging en verzorging		
Kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)		
TOTAAL kosten	0	0

2.2.10 Specificaties rubriek 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 het jaar 2015 specificeert u de volgende kosten:
 - Kosten SKION en NTS (deel code 610);
 - Add-ons voor oncolytica (deel code 612): ATC-code L01X, L01A, L01B (exclusief BA01, BB02 en BC02), L01C, L01D, L02BB04, L02BX03, L04AX02, L04AX04, L04AX06);
 - De integrale kosten van de expertproducten gereguleerde segment (deel 613.1), de integrale kosten van de expertproducten vrije segment (deel 615.1) en de integrale kosten van de expertproducten extramuraal werkende specialisten (deel 619).
- Vanaf het jaar 2016 en verder specificeert u de volgende kosten:
 - 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. 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 2018

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
Kosten SKION en NTS (deel code 610)		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
Add-on dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, regeling risicoverevening)		

2.2.11 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 het CAK lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het 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 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 CAK ontvangt. 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 T specificeert u de kosten op kasbasis over jaar T op basis van de opgave januari T+1. U verantwoordt 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

In de jaarstaat 2015: Variabele kosten, Verpleging en Verzorging, Geneeskundige GGZ en Langdurige GGZ.

In de jaarstaat 2016: Variabele zorgkosten, Verpleging en Verzorging, Geneeskundige GGZ en Langdurige GGZ.

In de jaarstaat 2017: Variabele zorgkosten (kosten Verpleging en verzorging maken hier onderdeel van uit), Geneeskundige GGZ en Langdurige GGZ.

2.2.12 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

Deze rubriek wordt 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";
- kosten projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg, miv 2016;
- kosten stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging, miv 2018.

Specificatie in jaarstaat 2018

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
 RUBRIEK 16 KWALITEITSGELDEN

CODE 730 - KWALITEITSGELDEN	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2016 en ouder
Kosten Stichting Kw aliteitsontw ikkeling GGZ		
Kosten ondersteuning eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kw aliteitsgelden Medisch Specialisten		
Kosten Stichting Kw aliteitsgelden Patiënten Consumenten		
Kosten Projectgelden kw aliteitsbeleid eerstelijnszorg		
Kosten Stichting Kw aliteitsgelden w ijkverpleging		0
TOTAAL kosten Kw aliteitsgelden	0	0

2.2.13 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 2019:

- 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 2019 (model is maart)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
 voor de maand **MAART 2019**

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 2019**

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

2.2.14 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 2018 €1362 per jaar.

Specificatie in jaarstaat 2018

OVERIGE SPECIFICATIES

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2018 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	

2.3 Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

Aanleverschema

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

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. Het Zorginstituut levert deze gegevens direct door aan de NZa.

Gegevens Ambulancevoorzieningen 2017

Het bestand Ambulancevoorzieningen bestaat uit gegevens over 2017.

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 min. p/u	I005
5	MICU vervoer per rit	I006
6	Spoedvervoer (A1-/A2-rit) per rit	I010

De kosten 2017 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 én declaraties in het kader van de definitieve opbrengstverrekeningen neemt u niet op in deze opgave.

Specificaties in jaarstaat

KOSTEN REGIONALE AMBULANCEVOORZIENINGEN 2017

NZa-code	Naam Instelling	Plaats	Kosten van vervoer per ambulance 2017
240-4290	Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid	Zw ijndrecht	
240-4380	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland	Lelystad	
240-4440	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMCG	Tynaarlo	
240-4590	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland	Zw olle	
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)	Alkmaar	
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)	Alkmaar	
240-7009	Vereniging Ambulancezorg U.A. (regio Noord-Holland Noord)	Alkmaar	
240-7010	Ambulance Amsterdam B.V. (regio Zaanstreek-Waterland)	Amsterdam	
240-7011	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland	Haarlem	
TOTALE KOSTEN VAN VERVOER PER AMBULANCE			0

3 Specifieke Informatie C

3.1 Specificaties van kosten en productie

3.2 Contractinformatie

3.3 Specificaties regeling wanbetalers

3.4 Specificaties afrekeningen met het buitenland

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. De contractinformatie medisch specialistische zorg wordt ook per instelling opgevraagd.

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

De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland (3.4) in de jaarstaat omvat specificaties van kosten per rubriek naar 3 leeftijdscategorieën.

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 09 Ziekenvervoer
- 3.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
- 3.1.9 11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf
- 3.1.10 12 Kraamzorg
- 3.1.11 13 Diverse Overige kosten
- 3.1.12 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	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
n.v.t.	X	n.v.t.	X	X

Nieuw in 2019: De tijdsintervallen bij de consulten zijn gewijzigd, de prestaties telefonisch consult en e-mailconsult zijn vervallen (specificatie van code 506). De prestatie 'Verloskundige zorg door huisartsen' specificeert u bij code 507.

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, vervalt miv 2019;
- E-mail consulten huisartsen, vervalt miv 2019;
- Kosten POH GGZ;
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg.

Bij de kosten 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;
- Vaccinaties;
- Passantentarieven;
- Verloskundige zorg door huisartsen, miv 2019.

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, miv 2018 Ondersteuning en Infrastructuur;
- Programma Stoppen met roken, miv 2018.

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:

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

- Resultaatbeloning MDZ;
- Zorgvernieuwing MDZ.

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503		0
CODE 506 - CONSULTTARIEVEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Kosten consulten huisartsen	korter dan 5 minuten	
	van 5 tot 20 minuten	
	20 minuten en langer	
Kosten visites huisartsen	≤ 20 minuten	
	> 20 minuten	
Kosten consulttarieven 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 2019
Module POH GGZ		
S1 Verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
Verloskundige zorg door huisartsen		
TOTAAL code 507		0
CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		
Ondersteuning en infrastructuur		
Programma stoppen met roken		
TOTAAL code 510		0

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

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG - vervolg

CODE 515 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING HUISARTSEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
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 2019
Kosten resultaatbeloning MDZ	
Kosten zorgvernieuwing MDZ	
TOTAAL code 516	0

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG en MDZ

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Module achterstandsfonds		
Module modernisering en innovatie		
Overige kosten		
TOTAAL code 503	0	0

CODE 506 - CONSULTTARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
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		
Kosten huisartsenzorg ELV en Intensieve zorg		
TOTAAL code 506	0	0

CODE 507 - OVERIGE TARIEVEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Module POH GGZ		
S1 verrichtingen		
Vaccinaties		
Passantentarieven		
TOTAAL code 507	0	0

CODE 510 - MULTIDISCIPLINAIRE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie ZVW)		
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie ZVW)		
Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten		
Ondersteuning en infrastructuur		
Programma stoppen met roken		
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 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Resultaatbeloning huisartsen		
Zorgvernieuwing huisartsen		
TOTAAL code 515	0	0

CODE 516 - RESULTAATBELONING EN ZORGVERNIEUWING MDZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Resultaatbeloning MDZ		
Zorgvernieuwing MDZ		
TOTAAL code 516	0	0

3.1.2 02 Farmaceutische zorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 specificiert u de totale kosten, inclusief BTW, naar afleveraar (apotheker, apotheekhoudende huisartsen, 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 specificiert 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 eigen instellingen
- Aantal uitgiftes via overige afleveraars.

Met ingang van de jaarstaat 2019 wijzigt de specificatie. De kosten 'Farmaceutische zorg' worden gespecificeerd naar kosten geneesmiddelen, kosten ivm ter handstelling en kosten overige zorgprestaties. Dit geldt voor zowel de declaraties als de aantallen.

Voor definities zie 4.3.

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Apothekers	Kosten geneesmiddel		
	Kosten aflevering		
	Kosten niet verstrekking gerelateerde prestaties		
Apotheekhoudende huisartsen	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 2018	Aantal uitgiftes mbt 2017
Apothekers		
Apotheekhoudende huisartsen		
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.

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.
- Kosten Verpleging en Verzorging voor kinderen tot 18 jaar, miv 2019.

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.
- aantal Verpleging en Verzorging voor kinderen tot 18 jaar, miv 2019.

De aantallen verpleging, de aantallen verzorging en de aantallen Verpleging en 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.

Met ingang van 2018 kan MSVT naast een prestatie Medisch specialistische zorg ook als een prestatie Verpleging en Verzorging gedeclareerd worden.

Specificatie van deze kosten vindt hier dan plaats bij Kosten verpleging of bij Experiment bekostiging V&V. Bij de specificatie van de aantallen neemt u alleen de bij Kosten verpleging gespecificeerde prestaties MSVT op, de bij Experiment bekostiging VenV gespecificeerde prestaties MSVT neemt u bij de aantallen niet op.

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Kosten verpleging		
Kosten verzorging		
Kosten PGB		
Overige kosten	Prestatie AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV (prestaties op verzekerdenniveau)	
	Wijkgericht werken, Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Experimenten ketenzorg dementie (prestaties niet op verzekerdenniveau)	
Kosten verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg		
Kosten verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar		
TOTAAL code 530		0

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2019
Verpleging		
Verzorging		
PGB		
Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg		
Verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar		

Specificaties in de jaarstaat 2018

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Kosten verpleging			
Kosten verzorging			
Kosten PGB's			
Overige kosten	Prestaties AIV, Beloning op maat, Experiment bekostiging VenV (prestaties op verzekerdenniveau)		
	Wijkgericht werken, Experiment regelarme instelling, Regionale beschikbaarheidsfunctie, Experimenten ketenzorg dementie (prestaties niet op verzekerdenniveau)		
Kosten verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg			
TOTAAL code 530		0	0

CODE 530 - VERPLEGING EN VERZORGING		Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Verpleging			
Verzorging			
Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve kindzorg			
TOTAAL code 530		0	0

3.1.4 04 Mondzorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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). Vanaf 2017 telt u voor kosten Implantaten alleen de honoraria voor het plaatsen + de afzonderlijk in rekening gebrachte kosten van het implantaat;
- 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 fronttandvervangings 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).

Met ingang van 2017 worden de kosten van de implantaat gedragen prothese hier verantwoord en gespecificeerd. De specificatie is gelijk aan de specificatie van de conventionele gebitsprothesen.

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 van zowel de conventionele als de implantaat gedragen prothesen specificeert u naar:

- Volledige gebitsprothesen;
- Rebasingen en reparaties.

De aantallen specificeert u naar:

- Aantal onder **en** boven;
- Aantal onder **of** boven.

Specificaties in de 2^e (model) en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
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
CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN - vervolg		AANTAL tot en met 2e kwartaal 2019
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 2019
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 2019
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 tot en met 2e kwartaal 2019
Volledige conventionele gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak	
Rebasings en reparaties van de conventionele gebitsprothesen	
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak	
Rebasings en reparaties implantaat gedragen gebitsprothesen	
TOTAAL code 561	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN - vervolg	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2019
Volledige conventionele gebitsprothesen	onder en boven
	onder of boven (tellen per kaak)
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen	onder en boven
	onder of boven (tellen per kaak)

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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, sub b en c)		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 3), Orthodontie		
TOTAAL code 560.1	0	0

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten	

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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 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 2018	Aantal mbt 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)		

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 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Volledige conventionele gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties van de conventionele gebitsprothesen		
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Rebasings en reparaties implantaat gedragen gebitsprothesen		
TOTAAL code 561	0	0

CODE 561 - GEBITSPROTHESEN	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Volledige conventionele gebitsprothesen	onder en boven	
	onder of boven (tellen per kaak)	
Volledige implantaat gedragen gebitsprothesen	onder en boven	
	onder of boven (tellen per kaak)	

3.1.5 05 Verloskundige zorg

Aanleverschema

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

580 Aantal verlossingen door verloskundigen

In de specificatie specificeert 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 specificeert 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.

Met ingang van 2019 gaat deze prestatie naar de rubriek Huisartsenzorg, code 507.

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
 RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580)		
Volledige verlossingen door huisartsen (code 581)		

3.1.6 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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	2e kw	3e kw	4e 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.

611 Overige zorgproducten

Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige zorgproducten' 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 zpp-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.

- In de tweede 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. 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, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.

Deze code vervalt miv 2019, u verantwoordt nog wel oude jaren, en wordt vervangen door code 612.1 'Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen' en code 612.2 'Kosten Add-ons - IC'.

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

- In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 613.1 en 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.
- Alleen in de jaarstaat specificeert u het aantal (m.b.t de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van DBC-zorgproducten geregeerde segment en van DBC-zorgproducten vrije segment per categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611. Deze laatste specificatie vervalt miv 2018.

Specificaties in de 2^e (model), 3^e en 4^e kwartaalstaat 2019

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria						
Trombosediensten						
SKION en NTS						
TOTAAL code 610	0	0	0	0	0	0

CODE 611 - NAAR INSTELLING	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Overige zorgproducten						
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 611	0	0	0	0	0	0

CODE 612.1 - KOSTEN ADD-ONS DURE GENEESMIDDELEN NAAR INSTELLING	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.1	0	0	0	0	0	0

CODE 612.2 - KOSTEN ADD-ONS IC NAAR INSTELLING	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 612.2	0	0	0	0	0	0

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

CODE 613.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN GEREGLUEERDE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 613.1	0	0	0	0	0	0

CODE 615.1 - INTEGRALE KOSTEN VAN DBC-ZORGPRODUCTEN VRIJE SEGMENT NAAR INSTELLING	Lasten 2019 t/m 2e kwartaal		Lasten 2018		Lasten 2017 en ouder	
	Lasten 2019 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 2e kwartaal 2019	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2018	Lasten 2017 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2017 en ouder
Academische ziekenhuizen						
Algemene ziekenhuizen						
Zelfstandige behandelcentra						
Overige zorgaanbieders						
TOTAAL code 615.1	0	0	0	0	0	0

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Implantaten		
Overige prestaties		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - KOSTEN SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Implantaten		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Lasten 2018		Lasten 2017		Lasten 2016 en ouder
	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 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 2018		Lasten 2017		Lasten 2016 en ouder
	Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Overige zorgproducten Code 611					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Zelfstandige behandelcentra					
Overige zorgaanbieders					
TOTAAL code 611	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

CODE 611 - OVERIGE ZORGPRODUCTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Poliklinische bevalling op medische indicatie		
Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie		
Gezonde moeder		
Gezonde zuigeling		
Kosten MSVT		
Kosten stollingsfactoren		

CODE 612 - KOSTEN ADD-ONS		Lasten 2018		Lasten 2017		Lasten 2016 en ouder
		Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 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

DBC-zorgproducten NAAR INSTELLING		Lasten 2018		Lasten 2017		Lasten 2016 en ouder
		Lasten 2018 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Lasten 2017 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Code						
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
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

3.1.7 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

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

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).
 - Intensieve Kindzorg

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

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

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

Met ingang van 2018 wordt ook zittend ziekenvervoer bij 'Oncologische behandeling met immuuntherapie' een prestatie Zvw. Dit wordt gespecificeerd bij de patiëntengroep Chemokuur- en radiotherapiepatiënten.

Naast de kosten van vervoer bij behandeling worden vanaf 2019 ook de kosten van het vervoer voor de genoemde patiëntengroepen vergoed in geval van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek.

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Ambulanceritten		
Spoed		
Besteld		
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Nierdialysepatiënten	Openbaar vervoer	
	Taxi	
	Eigen auto	
Chemokuur- en radiotherapie patiënten + immunotherapie	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 2018	Aantal mbt 2017
Totaal verzekerden met kosten hoger dan de wettelijke eigen bijdrage		

3.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

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

662 Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf

In de kwartaal- en jaarstaten (jaar T, T-1 en T-2) specificiert 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 specificiert 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 Onvolledig behandeltraject.
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).

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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

U geeft hier 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 2019

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 662	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Instellingen	
Zelfstandig gevestigden	
TOTAAL code 665	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
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 2019
Basis GGZ - Kort	
Basis GGZ - Middel	
Basis GGZ - Intensief	
Basis GGZ - Chronisch	
Onvolledig behandeltraject	

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 661 - SPECIALISTISCHE GGZ MET VERBLIJF	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
GGZ met verblijf		

CODE 661.1 - LANGDURIGE GGZ	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Gedeclareerde en geaccepteerde ZZP's		

CODE 662 - SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
GGZ zonder verblijf		

CODE 662 - KOSTEN SPECIALISTISCHE GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 662	0	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Instellingen			
Zelfstandig gevestigden			
TOTAAL code 665	0	0	0

CODE 665 - GENERALISTISCHE BASIS GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
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 2018	Aantal mbt 2017
Basis GGZ - Kort		
Basis GGZ - Middel		
Basis GGZ - Intensief		
Basis GGZ - Chronisch		
Onvolledig behandeltraject		

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

Specifieke Informatie C
Specificaties van kosten en productie
11 Geriatrische revalidatiezorg

3.1.9 11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

GERIATISCHE REVALIDATIEZORG EN EERSTELIJNSVERBLIJF	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
Totaal aantal DBC's geriatrische revalidatiezorg (code 670)		

3.1.10 12 Kraamzorg

Aanleverschema

1e kw	2e kw	3e kw	4e 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 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2018	Aantal mbt 2017
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 2018	Aantal mbt 2017
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

3.1.11 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, miv 2018 naar rubriek 01;
- kosten Integrale geboortezorg, miv 2017;
- kosten Eerstelijnsverblijf, miv 2017 en miv 2018 naar rubriek 11;
- Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie.

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.

Specificaties in kwartaalstaten 2019 2e (model) en 4e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties	
Kosten Integrale geboortezorg	
Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie	
TOTAAL code 700	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2019
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 2019
Kosten van zorg ivm visuele beperking	
Kosten van zorg ivm auditieve beperking	
Kosten van zorg ivm taalontwikkelingsstoornis	
TOTAAL code 702	0

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2016 en ouder
Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties			
Programma Stoppen met Roken	 		
Kosten Integrale geboortezorg			
Kosten Eerstelijnsverblijf	 		
TOTAAL code 700	0	0	0

CODE 701 - OVERIGE GENEESKUNDIGE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 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	0

CODE 702 - ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
Kosten van zorg ivm visuele beperking		
Kosten van zorg ivm auditieve beperking		
Kosten van zorg ivm taalontwikkelingsstoornis		
TOTAAL code 702	0	0

3.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg

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

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats.

Met ingang van 2019 wordt de verantwoording van de kosten Grensoverschrijdende zorg' gesplitst in code 720 'kosten via verzekeraar' en code 721 'kosten via verbindingkantoor'. 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. De kosten die lopen via het CAK betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid.. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 4.3.

Met deze splitsing vervalt de specificatie in de kwartaalstaat 2019.

In de jaarstaat 2019 specificeert u de kosten van Code 720 – Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verzekeraar' en 'Code 721 – Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingsoorgaan'.

De specificatie naar aantallen van code 720 'Code 720 – Grensoverschrijdende zorg – Kosten via verzekeraar' blijft gelijk.

Voor de jaarstaat 2018:

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.

Specifieke Informatie C
 Specificaties van kosten en productie
 15 Grensoverschrijdende zorg

- 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.

Specificaties in de jaarstaat 2018

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2018	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2017
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 CAK		0	0
TOTAAL code 720		0	0

CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG		Aantal verzekerden mbt 2018	Aantal verzekerden mbt 2017
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

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, rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, rubriek 11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf en van rubriek 13, code 702 Zintuiglijk gehandicapten.

Met ingang van 2019 wijzigt de opgave contractinformatie Verpleging en verzorging. PGB wordt apart gespecificeerd en niet meer opgenomen bij niet-gecontracteerde zorg.

De uitvraag van de contractinformatie van de rubrieken 01, 03, code 702 en rubriek 11 verschilt van de uitvraag contractinformatie van de rubrieken 06 en 10.

Bij de eerst 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.

De specificaties worden ook opgevraagd in de jaarstaat, maar dan zonder de regel 'lopende onderhandelingen'.

Met ingang van 2019 wordt ook in de jaarstaat bij Contractinformatie Medisch Specialistische Zorg en Contractinformatie Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg de regel 'totaal afgesproken maximum omzet plafondcontracten' toegevoegd.

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.

Contractinformatie over jaar T geeft u ook op in de jaarstaten T en T+1. In de 2^e kwartaalstaat en de jaarstaten moet het totaal van de specificatie aansluiten op de kostenverzamelstaat.

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. Het betreft onder andere aanpassingen die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling verminderd. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op andere afspraken of zelfs extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of kortingen als een doel niet wordt gehaald) kunnen dan opgevat worden als nacalculatie. Voorbeelden zijn bonusregelingen als een zorginstelling een bepaalde voorwaarde haalt, bijvoorbeeld een (permanente) verbetering van de kwaliteit van de zorg, innovatieve kosten besparingen door verbeteringen in de planbare zorg of sturen op zinnige zorg en het behalen van substitutie of

samenwerkingsdoelstellingen;

- 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'.

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 de contractprijzen aan de NZa. Echter het is 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 levert u aan in een ASCII bestand.

De gegevens over 2018 levert u aan in de jaarstaat 2018 (1 mei 2019).

De gegevens over 2019 worden aangeleverd bij de 4e kwartaalstaat 2018 (28 januari 2019), bij de 2e kwartaalstaat 2019 (28 juli 2019) en bij de jaarstaat 2019 (1 mei 2020).

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 2019
<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 2019
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
PGB	
TOTAAL RUBRIEK 03	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2019
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

	2019
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

In de 2^e kwartaalstaat 2018 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 2019
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

	2019
Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten	

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2019
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
TOTAAL CODE 702	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE & EERSTELIJNSVERBLIJF, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2019
<i>Geriatrische Revalidatie, code 670</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Geriatrische Revalidatie zorg	0
<i>Eerstelijnsverblijf, code 671</i>	
Gecontracteerde zorg	
Lopende onderhandelingen	
Niet gecontracteerde zorg	
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0
TOTAAL RUBRIEK 11	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 2018

CONTRACTINFORMATIE HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG, rubriek 01

	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Huisartsenzorg, codes 503, 504, 505, 506,507, 515		
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
Subtotaal huisartsenzorg	0	0
Multidisciplinaire zorg, codes 510 en 516		
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
Subtotaal multidisciplinaire zorg	0	0
TOTAAL RUBRIEK 01	0	0

CONTRACTINFORMATIE VERPLEGING EN VERZORGING, rubriek 03

	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL RUBRIEK 03	0	0

CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, rubriek 06

	Lasten inclusief balanspost 2018	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	0
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL RUBRIEK 06	0	0

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

Specifieke Informatie C
Contractinformatie

CONTRACTINFORMATIE GGZ, rubriek 10

	Lasten inclusief balanspost 2018	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	0
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL RUBRIEK 10	0	0

CONTRACTINFORMATIE ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN, code 702

	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
TOTAAL CODE 702	0	0

CONTRACTINFORMATIE GERIATRISCHE REVALIDATIE EN EESTELIJNSVERBLIJF, rubriek 11

	Lasten inclusief balanspost 2018	Lasten inclusief balanspost 2017
Geriatrische Revalidatie, code 670		
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
Subtotaal Geriatrische Revalidatie	0	
Eerstelijnsverblijf, code 671		
Gecontracteerde zorg		
Niet gecontracteerde zorg		
Subtotaal Eerstelijnsverblijf	0	
TOTAAL RUBRIEK 11	0	

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

Record lay-out 2018

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING 2018

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 2018 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 2018.
	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 2018.
	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.

Record lay-out 2019

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING 2019

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 2019 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concerniveau 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 2019.
	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 2019.
	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 instelling (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	2e kw	3e kw	4e kw	jaarstaat
X	X	X	X	n.v.t.

Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet

In opdracht van VWS organiseert 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. 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 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 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 CAK) met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar

- U geeft hier het aantal wanbetalers op dat is aangemeld bij 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 2019 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 CAK aangemeld met een betalingsachterstand van minder dan € 250.			
Wanbetalers bij CAK aangemeld met een betalingsachterstand van meer dan € 250, maar minder dan € 750.			
Wanbetalers bij CAK aangemeld met een betalingsachterstand van meer dan € 750.			

3.4 Specificaties 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 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 levert de gegevens aan het Zorginstituut.

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 leeftijdbeplating is 31 december.

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

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

Met ingang van de jaarstaat 2018 specificeert u de kosten naar 2 leeftijdscategorieën, verzekerden tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder.

Specificaties in jaarstaat 2018

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

RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG en MDZ	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 01	0

RUBRIEK 02 - FARMACEUTISCHE ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 02	0

Specifieke Informatie C
Afrekeningen met het buitenland

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

RUBRIEK 03 - VERPLEGING EN VERZORGING	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 03	0

RUBRIEK 04 - MONDZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 04	0

RUBRIEK 05 - VERLOSKUNDIGE ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 05	0

RUBRIEK 06 - MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 06	0

RUBRIEK 07 - PARAMEDISCHE ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 07	0

RUBRIEK 08 - HULPMIDDELEN ZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 08	0

Specifieke Informatie C
Afrekeningen met het buitenland

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

RUBRIEK 09 - ZIEKENVERVOER	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 09	0

RUBRIEK 10 - GENEESKUNDIGE GGZ	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 10	0

RUBRIEK 12 - KRAAMZORG	Lasten 2018 inclusief balanspost
Verzekerden tot en met 64 jaar	
Verzekerden van 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 12	0

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

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 het blok 'Baten Zvw' (4.3).

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,-

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.

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 lasten 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.

Lumpsum- en plafondafspraken

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.

Voor lumpsum- en plafondafspraken geldt verder het volgende:

De "vulling" van de lumpsum of het plafond moet plaatsvinden aan de hand van rechtmatige declaraties.

Verdere aandachtspunten met betrekking tot de lumpsum- en plafondafspraken zijn:

- De zorgverzekeraar registreert, in verband met verantwoordingen op verzekerdenniveau (bijvoorbeeld opgave kosten per verzekerde), de kosten van geleverde prestaties Zvw op verzekerdenniveau.
- Voor de declaraties worden de door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven gehanteerd, waarbij de tarieven op de declaraties de door de NZa vastgestelde maximumtarieven niet mogen overschrijden.
- Verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondafpraak, leiden tot verrekening tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In de verantwoordingen op verzekerdenniveau ten behoeve van de verevening, dient deze verrekening op verzekerdenniveau berekend te worden op een zodanige wijze dat alle verzekerden bij een zorgverzekeraar met een gelijk DBC-zorgproduct (of overig zorgproduct) ook een gelijke schadelast per zorgaanbieder hebben. Indien de verschillen niet op verzekerdenniveau bekend zijn, worden deze via een logische verdeelsleutel toegerekend aan de individuele verzekerden en de deelbijdragen. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.
- Kosten van prestaties worden in de verantwoordingen opgenomen inclusief de verrekening (via aanpassing van de tarieven) uit hoofde van de lumpsumfinanciering (zowel onder- als overschrijdingen) en plafondafspraken (alleen bij overschrijdingen). De verrekening in de verantwoording sluit aan op de verrekening op verzekerdenniveau genoemd bij het voorgaande punt.

Overige verrekeningen

De wijze waarop de verrekeningen van lumpsum- en plafondafspraken moet worden verwerkt, geldt ook voor alle andere verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/inkoop volgens representatiemodel/ prijsarrangementen).

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 plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

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.

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 plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

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.

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.

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.

Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2019

Schadejaar 2019	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2019 m.b.t 2019	170
Balanspost	
In juli 2019 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2019	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2019	250

Schadejaar 2018	
Ontvangen declaraties in 2018 m.b.t 2018	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2019 m.b.t 2018	70
Balanspost	
In juli 2019 ontvangen declaraties m.b.t 2018	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2018	25

Schadejaar 2017 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2017 m.b.t 2017	350
Ontvangen declaraties in 2018 m.b.t 2017	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2019 m.b.t 2017	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2019 m.b.t 2006 t/m 2016	3
Balanspost	
In juli 2019 ontvangen declaraties m.b.t 2017	5
In juli 2019 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2016	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2017	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2016	2

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2019

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 plafondaafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

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.

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 plafondaafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

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.

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. Alle verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/ plafondaafspraken/budgetafspraken/prijsarrangementen) moeten worden 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.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2018

Schadejaar 2018	
Ontvangen declaraties in 2018 m.b.t 2018	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2019 ontvangen declaraties m.b.t 2018	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2018	80

Schadejaar 2017	
Ontvangen declaraties in 2017 m.b.t 2017	400
Ontvangen declaraties in 2018 m.b.t 2017	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2019 ontvangen declaraties m.b.t 2017	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2017	15

Schadejaar 2016 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2016 m.b.t 2016	300
Ontvangen declaraties in 2017 m.b.t 2016	100
Ontvangen declaraties in 2018 m.b.t 2016	40
Ontvangen declaraties in 2019 over oude jaren (2006 t/m 2015)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2018

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	vervalt in 2019
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-ons	vervallen in 2019
612.1	Kosten Add-on - Dure geneesmiddelen	nieuw in 2019
612.2	Kosten Add-ons – IC	nieuw in 2019
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	

Definities kosten en productie
Kostenrubrieken en kostencodenummers

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		gewijzigd in 2018
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen		nieuw in 2018
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 en Eerstelijnsverblijf			
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg		nieuw in 2013
671	Kosten Eerstelijnsverblijf		nieuw in 2018
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 – via verzekeraar		gewijzigd in 2019
721	Kosten Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingorgaan		nieuw in 2019
16 Kwaliteitsgelden			
730	Kosten van kwaliteitsgelden		nieuwe naam in 2014
Baten Zvw			
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		vervallen in 2019
930	Prudentiemarge balanspost		vervallen in 2018

940	Netto premieopbrengsten	nieuw in 2018
-----	-------------------------	---------------

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.

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.

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 consulten en visites door een huisarts. Telefonische en e-mail consulten zijn miv 2019 geen aparte prestaties meer.
- 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.

- Verloskundige zorg door huisartsen, miv 2019.

510 Multidisciplinaire zorg

- Multidisciplinaire zorg DM2/VRM.
- Multidisciplinaire zorg COPD/astma.
- Module geïntegreerde eerstelijnszorg. Zowel voor samenwerkingsverbanden met als zonder rechtspersoonlijkheid. Met ingang van 2018 Ondersteuning en infrastructuur.
- Programma Stoppen met roken.

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.

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.

Vanaf 2019 gelden voor de specificatie de volgende definities.

Kosten geneesmiddel:

het gaat hier om de vergoeding van de kosten die betrekking hebben op het door de apotheker verstrekte geneesmiddel, inclusief BTW, inclusief eventuele marge voor zogenoemde niet-WMG-middelen, exclusief het door de apotheker in rekening gebrachte terhandstellingstarief en exclusief eventuele GVS-bijbetalingen die ten laste van de verzekerde zijn gebracht.

NB Indien GVS-bijbetalingen door de verzekeraar zijn vergoed omdat het maximum bijbetalingsbedrag is bereikt, dan dienen ook deze vergoedingen boven het maximum hier te worden verantwoordt.

Kosten ivm terhandstelling:

het gaat hier om de vergoeding van de kosten die betrekking hebben op het door de apotheker in rekening gebrachte WMG-terhandstellingstarief eventueel in combinatie met het tarief voor verrichte aanvullende prestaties. De kosten zijn inclusief BTW.

Voor een nader toelichting op de verschillende WMG-tarieven: zie www.nza.nl

Kosten overige zorgprestaties:

Het gaat hier om de vergoeding van de kosten die betrekking hebben op het door de apotheker in rekening gebrachte WMG-tarief: overige zorgprestaties. De kosten zijn inclusief BTW.

Totaal = A + B + C

Definities kosten en productie
Kostenrubrieken en kostencodenummers

Aantallen prestaties geneesmiddel:

het gaat hier om het totaal aantal vergoede WMG-terhandstellingen plus de aantallen zogenoemde niet-WMG-uitgiftes.

Aantallen overige zorgprestaties:

het gaat hier om het aantal vergoede overige zorgprestaties.

Voor een nader toelichting op de verschillende WMG-tarieven: zie www.nza.nl

Totaal = A + B

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.
- Afhankelijk van de declaratie kunnen de kosten MSVT, naast verantwoording bij rubriek 06, ook bij deze rubriek verantwoord worden.
- Verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar, een aparte prestatie miv 2019.

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) geldt met ingang van 2018 alleen voor de kosten van de honoraria van het plaatsen implantaat + de afzonderlijke in rekening gebrachte kosten van het implantaat.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarientabel DBC zorgproducten).
- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen (en de implantaat gedragen prothesen) 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.
- De kosten van de implantaat gedragen prothesen, inclusief mesostructuren en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten. En 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.
Deze code vervalt miv 2019, de prestatie wordt verantwoord bij huisartsenzorg.

06 Medisch specialistische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zwv 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.

610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten (inclusief verrekeningen via de NZa).
- Alle kosten die huisartsenlaboratoria declareren worden verantwoord bij 610, ongeacht wie de aanvrager is.
- Tevens de betalingen aan de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatie Stichting.

611 Overige zorgproducten

Overige zorgproducten volgens de Tarieventabel DBC zorgproducten en overige producten van de NZa. Niet alle van de 'overige zorgproducten' worden verantwoord bij 611. De volgende overige zorgproducten worden **niet** bij 611 verantwoord:

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add-on IC', verantwoordt u bij code 612. De prestatie Add-on overig verantwoordt u wel bij code 611;
- 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 510;
- 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.

De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie kunnen zowel bij 611 als bij rubriek 03 V&V verantwoord worden.

De kosten gedeclareerd door overige zorgaanbieders (niet zijnde een academisch of algemeen ziekenhuis of ZBC) neemt u op bij de categorie 'Overige zorgaanbieders'.

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.

Met ingang va 2019 wordt code 612 gesplitst in 612.1 'Kosten Add-on – Dure geneesmiddelen' en 612.2 'Kosten Add-on – IC'.

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.

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.

619 Kosten extramuraal werkende specialisten
Kosten van DBC-zorgproducten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk alsmede 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.
- Met ingang van 2018 mogen de eerste twaalf behandelingen voor artrose aan heup- en kniegewricht verantwoord worden.
- Miv 2019 wordt de behandeling bij COPD onder bepaalde voorwaarden tot een bepaald maximum vanaf de 1^e behandeling vergoed.

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.
- Met ingang van 2018 mogen de eerste twaalf behandelingen voor artrose aan heup- en kniegewricht verantwoord worden.
- Miv 2019 wordt de behandeling bij COPD onder bepaalde voorwaarden tot een bepaald maximum vanaf de 1^e behandeling vergoed.

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.

08 Hulpmiddelenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

640 Kosten van hulpmiddelenzorg

- Kosten van hulpmiddelen verschaft in eigendom dan wel in bruikleen, kosten van reparaties en van hulpmiddelen verstrekt in bruikleen tevens de kosten van onderhoud.
- Prestaties volgens § 1.4. Hulpmiddelenzorg uit de Regeling zorgverzekering.

09 Ziekenvervoer

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

650 Kosten van vervoer per ambulance/helikopter

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

De kosten van helikoptervluchten via traumacentra verantwoordt u niet hier, maar bij rubriek 06 Medisch specialistische zorg.

De medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, code 612.

Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

De kosten van regionale ambulancevoorzieningen zijn miv 2018 exclusief de opbrengstverrekeningen op basis van beschikkingen van de NZa.

650.1 Opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen (vanaf 2018)

- Hier rapporteert u uitsluitend bedragen die stroken met de opbrengstverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen. De verantwoording vindt plaats in het jaar waarop de opbrengstverrekeningen van toepassing zijn. De opbrengstverrekening verantwoordt u op transactiebasis en voor jaar T, T-1 en T-2. Bij de ontvangen en geaccepteerde lasten vult u de door de NZa in voorlopige, aanvullend voorlopige of definitieve beschikkingen vastgestelde bedragen in. Bij de voorlopige beschikkingen gaat het hierbij uitsluitend om de reeds gepasseerde maanden. Bij de eerste kwartaalstaat levert u bijvoorbeeld alleen de maandelijkse verrekenbedragen over de eerste drie behandelmaanden op. In de totale lasten geeft u een raming op van de verwachte definitieve opbrengstverrekeningen. Deze raming vervangt u uiteindelijk door de definitieve opbrengstverrekeningen zoals vastgesteld door de NZa.

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Met ingang van 2015 is alle GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar geen Zvw-zorg meer. Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 4.1 beschreven kostenbegrip.

De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGZ-zorgaanbieders en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek die worden gedeclareerd met een overig zorgproduct medisch specialistische zorg worden verantwoord bij code 611, behalve de OZP's gedeclareerd door de huisartsenlaboratoria die bij 610 verantwoord worden.

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, Chronisch en Onvolledig behandeltraject.

11 Geriatrische revalidatie en Eerstelijnsverblijf

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.

671 Eerstelijnsverblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

U verantwoordt hier (met ingang van 2018) de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel Eerstelijnsverblijf van de NZa.

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. Gaat met ingang van 2018 naar rubriek 01, code 510.
- Kosten van de prestaties Integrale geboortezorg, m.i.v. 2017.
- Kosten van de prestaties Eerstelijnsverblijf, m.i.v. 2017. Gaat met ingang van 2018 naar rubriek 11, met een nieuwe code 671.
- Kosten van de prestaties Gecombineerde Leefstijl Interventie.

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.
- U verantwoordt 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.
- Hier verantwoordt u de prestaties Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet behorend bij MDZ) en regiefunctie complexe wondzorg.

702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten

- 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

t/m 2018

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. 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 CAK lopen, vindt **uitsluitend** plaats op basis van een opgave die u van het 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 overzichten die u van het CAK ontvangt, 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 de opgaven die u van het 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 de opgaven die u van het 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 CAK).
 - 4) Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland. Verantwoording vindt uitsluitend plaats op basis van de opgaven die u van het 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 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).

Vanaf 2019

720 Kosten van grensoverschrijdende zorg

Via verzekeraar

721 Kosten van grensoverschrijdende zorg

Via verbindingsoorgaan

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

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";
- Kosten SKMS;
- Kosten Patiëntenparticipatie NPCF (ook inning via ZN). Met ingang van 2017 wijzigt de naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten";
- "Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg". Voluit: Projectgelden ten behoeve van de gezamenlijke inhoudelijke agenda zoals benoemd in het Bestuurlijk Akkoord Eerste lijn 2014-2017.
- Met ingang van 2018 kunnen hier de 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg' verantwoord worden.

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.

Baten Zvw

890.1 Opbrengstenverhaal

Hier geeft u op kasbasis aan hoeveel kosten u in het lopende jaar met succes heeft kunnen verhalen. Bovendien rapporteert u vanaf 2019 tevens de kasregistraties van de jaren T-1 en T-2.

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.

Deze code vervalt miv 2019

940 Netto premieopbrengsten

Hier wordt het bedrag weergegeven dat totaal daadwerkelijk ontvangen is aan netto premies van de verzekerden volgens de grondslag van artikel 17 lid 1 en 4 Zvw. Premies die niet geïnd konden worden, kwijtscheldingen of kortingen, waaronder collectiviteitsregelingen en de premiekorting als gevolg van verhoogd eigen risico, zijn verrekend in het netto bedrag.

5 Aanvullende informatie risicoverevening

- 5.1 Beschrijving gegevensuitvraag vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening**
- 5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2018**
- 5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken 2019**
- 5.4 Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's) 2018**
- 5.5 Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's), somatisch 2017**
- 5.6 Gegevensvraag gegevens GGZ 2017**
- 5.7 Gegevensvraag kosten per verzekerde 2016 en 2017**
- 5.8 Gegevensvraag hulpmiddelen kostengroepen (HKG's) 2018**
- 5.9 Gegevensvraag add-on geneesmiddelen 2017**
- 5.10 Gegevensvraag fysiotherapie en oefentherapie kostengroepen 2018**
- 5.11 Gegevensvraag Wlz 2018**

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 vanwege het uitvoeringsproces risicoverevening. De paragrafen 5.2 tot en met 5.11 gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde.

In deze versie van het handboek is de informatie opgenomen die afkomstig is uit de brief van Zorginstituut Nederland van december 2018 (kenmerk 2018039488) over de aanlevering gegevens mét accountantsproduct in 2019.

5.1 Beschrijving gegevensuitvraag vanwege 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 het Zorginstituut 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 het Zorginstituut 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 van het Zorginstituut in een kalenderjaar (structurele situatie)

Gegeven de taken van het Zorginstituut 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 (t):

- 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 verstrekt het Zorginstituut 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, Wlz-uitvoerders en van drie andere partijen: de Belastingdienst, DUO en het UWV. Vanaf vereveningsjaar 2018 zijn de Zorgkantoren/Wlz-uitvoerders daarbij gekomen.

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 het Zorginstituut in 2019 gaat uitbrengen in het kader van de risicoverevening.

Uitgangspunten gegevensaanlevering aan het Zorginstituut

Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2019 wordt gebruik gemaakt van gegevens over meerdere jaren. In de Beleidsregels 2019 is 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 2019 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 (somatisch en GGZ), declaratiegegevens (DBC's en ZZP's) ten behoeve van DKG's (somatisch en GGZ), 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) en de Wlz-gegevens (SES/PPA). Alle reeds bekende correcties van de NZa worden meegenomen.
- Na de 2e voorlopige vaststelling 2018 zijn de volgende gegevens definitief: gegevens aard van inkomen ten behoeve van AVI, inkomensgegevens ten behoeve van SES, gegevens kosten per verzekerde ten behoeve van de MHK's en MVV en de definitieve kosten jaar 2019 in de jaarstaat 2021. 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 het Zorginstituut

In Tabel 1 zijn de werkzaamheden in combinatie met de gegevensaanlevering in het **kalenderjaar** 2019 als uitgangspunt genomen.

In Tabel 2 is het **vereveningsjaar** 2019 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het vereveningsjaar 2019 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 2019

		GEGEVENS VOOR VERZEKERDENAANTALLEN							GEGEVENS OVER KOSTEN		
		Verzekerde periode en persoonskenmerken	Persoonskenmerken	Farmacie-/Hulpmiddelen/Paramedisch	DBC gegevens somatisch +add-ons	GGZ gegevens (ZZP's en DBC's)	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomens- en adresgegevens (PPA/SES) (vanaf 2018 ook Wlz-declaraties)	Kosten per verzekerde	Kosten jaarstaat	Hoge kosten
Nr	Producten in 2019	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD / Zorgkantoren	Zorgverzekeraar		
1	Herziening ex ante 2019 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2019	nvt	¹⁾	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
2	Definitieve vaststelling 2015 Voor 1 april 2019	geen nieuwe gegevens / nvt				nvt	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	nvt
3	2 ^e Voorlopige vaststelling 2016 Voor 1 oktober 2019	geen nieuwe gegevens / nvt					Peildatum 30 juni 2016, juli 2019	Inkomens 2015 en 2016 1 juni 2019	nvt	Def. kosten 2016 in jaarstaat 2018, 1 mei 2019	nvt
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2018 Voor 1 oktober 2019	2018, 1 juni 2019 ²⁾	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	2017, 1 juni 2019	2015 (def.), 2016 (def. in 2018, 2017, 1 juni 2019	Peildatum 1/30 juni 2018, juni/juli 2019	Adressen: 2017 en 2018, Inkomens: 2017 en eerder, 1 juni 2019	2013 (def.) 2014 (def.), 2015 (def.) 2016 (def.) en 2017 (vrl), 1 mei 2019	Vrl. kosten 2018 in jaarstaat 2018, 1 mei 2019	nvt
5	Ex-ante vaststelling en verzekerdensraming 2020 ⁴⁾ Voor 15 oktober 2019	nvt	Peildatum 1 mei 2019, 1 juni 2019	2018, 1 juni 2019	2017, 1 juni 2019	2017, 1 juni 2019	Peildatum 1/30 juni 2018, juni 2019	Adressen: 2017 en 2018, Inkomens: 2017 en eerder, 1 juni 2019	2016 (def.) en 2017 (vrl), 1 mei 2019	nvt	nvt

- ¹⁾ Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Bij de Lenteherberekening houdt het Zorginstituut rekening met het aantal verzekerden per verzekeraar uit de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2019.
- ²⁾ Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2018 wordt het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018 (aanlevering in 2019) gebruikt en het bestand Persoonskenmerken 2018 (aangeleverd in 2018).
- ³⁾ Algemeen: als er in het vereveningsmodel 2020 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 2019

		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 2019	Zorgverzekeraar					UWV, BD, DUO	BD plus Zorgkantoren	Zorgverzekeraar	
1	Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2019 Voor 15 oktober 2018	nvt	Peildatum 1 mei 2018, 1 juni 2018	2017, 1 juni 2018	2015 en 2016, 1 juni 2018	2014 (def.) 2015 (def. in 2018) en 2016 (def.), 1 juni 2018	Peildatum 1/30 juni 2017, juni 2018	Inkomens 2016 en eerder, 1 juni 2018, adressen 2016 en 2017	2012 (def.), 2013 (def.), 2014 (def.), 2015 (def. in 2018) en 2016 (vrl in 2018)	nvt
2	Herziening ex ante 2019 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2019	nvt	1)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
3	1 ^e Voorlopige vaststelling 2019 Voor 1 oktober 2020	2019, 1 juni 2020	Peildatum 1 mei 2019, 1 juni 2019	2018, 1 juni 2019	2017, 1 juni 2019 (def.), 2018, 1 juni 2020 (def.)	2017, 1 juni 2019 (def.) en 2018, 1 juni 20 (def.)	Peildatum 1/30 juni 2019, Juni/juli 2020	Adressen: 2018 en 2019 (def.), Wlz-2018 en 2019, 1 juni 2019 (def.) inkomens: 2018 en eerder, 1 juni 2020	2014 (def.), 2015 (def. in 2018), 2016 (def. in 2019), 2017 (def. in 2020) en 2018 (vrl in 2020)	Vrl. kosten 2019 in jaarstaat 2019, 1 mei 2020
4	2 ^e Voorlopige vaststelling 2019 Voor 1 oktober 2022	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	geen nieuwe gegevens	Peildatum 30 juni 2018, juli 2022	Inkomens 2019 en eerder, 1 juni 2022	2018 (def. in 2021)	Def. kosten 2019 in jaarstaat 2021, 1 mei 2022
5	Definitieve vaststelling 2019 Voor 1 april 2023	geen nieuwe gegevens								

- 1) Voor de herziening van de ex ante wordt geen nieuw persoonskenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Bij de Lenteherberekening houdt het Zorginstituut rekening met het aantal verzekerden per zorgverzekeraar uit de Kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2019.

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 2020 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de verzekerde perioden te bepalen van verzekerden 2019, behoudens NZa-correcties².

- **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 2019 (aanleverdatum 1 juni 2019), en eenmaal in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken', over het hele jaar. Dit laatste bestand wordt per 1 juni 2020 opgevraagd.

Leeftijdbepaling

Voor de verzekerdenraming 2020 berekent het Zorginstituut de leeftijd per verzekerde op basis van het Persoonskenmerkenbestand 2019. De leeftijd wordt berekend op 30 juni 2019. Vervolgens wordt op basis van gegevens van het CBS, het aantal verzekerden per 1 juli 2020 geraamd naar leeftijd- en geslachtsklasse.

Voor de 1^e VV 2019 zijn het persoonskenmerkenbestand en het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar 2019 beschikbaar. De leeftijd wordt bij de vaststellingen bepaald op 30 juni 2019. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2019, 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 indeling naar PPA-klassen wordt tevens een bestand van Wlz-declaraties gebruikt om vast te stellen of een verzekerde in een Wlz-instelling verblijft (instromend dan wel blijvend). Dit wordt tevens gebruikt bij de indeling naar SES.

² Indien er door de NZa een correctie verlangd wordt, dan is het noodzakelijk om eerst contact op te nemen met het Zorginstituut over de aard en omvang van de correcties. Het Zorginstituut kan dan aanvullende bestanden verlangen.

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 bij de klasse met ontbrekende postcodes.

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

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

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2019 baseert het Zorginstituut zich voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder (geverifieerd) BSN uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' 2019. Deze verzekerden worden uitsluitend ingedeeld bij de vereveningskenmerken 'leeftijd en geslacht' en 'regio'.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Na 1 juni 2020 worden geen nieuwe gegevens gebruikt om de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en regio voor 2019 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 2019 worden bepaald op basis van declaraties over het jaar 2018 (jaar t-1) en de FKG's tevens op basis van de declaraties van add-ons geneesmiddelen over het jaar 2018.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Voor de bepaling van FKG's/HKG's/FDG's voor het vereveningsjaar 2019 maakt het Zorginstituut gebruik van de declaratiebestanden over 2018 die op 1 juni 2019 moeten worden aangeleverd en het bestand add-ons geneesmiddelen over 2018 dat op 1 juni 2020 moet worden aangeleverd. Dit zijn definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2018. De nadien ontvangen declaraties over 2018 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 2019, dit afgezien van correcties NZa.

- **DBC gegevens somatisch en GGZ gegevens (DBC/ZZP)**

In de opgaven voor de bepaling van de DKG's (somatisch en GGZ) betreft de zorgverzekeraar de ontvangen declaraties voor DBC's/DBC-zorgproducten/ZZP's die zijn geopend in het betreffende jaar. De DKG's voor het vereveningsjaar 2019 worden bepaald op basis van declaraties betreffende 2018 en van DBC-zorgproducten die zijn geopend in het jaar 2018 (jaar t-1). Bij DKG's somatisch wordt tevens het bestand over 2017 gebruikt en bij DKG's GGZ betreft het Zorginstituut tevens de bestanden 2017 en 2016.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Het Zorginstituut baseert de DKG's voor het vereveningsjaar 2019 op declaratiebestanden over 2018 (en 2017 en 2016). Dit zijn bij de eerste voorlopige vaststelling definitieve aanleveringen; er worden geen nieuwe gegevens opgevraagd over 2018 (en eerder). De nadien ontvangen declaraties betreffende 2018 moeten nog wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal DKG-verzekerden in het vereveningsjaar 2019, 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 jaar t.

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. Voor vereveningsjaar 2019 (ex-post) worden tevens Wlz-declaraties van Zorgkantoren gebruikt betreffende jaar t en t-1. Het bestand betreffende jaar t wordt per 1 juni t+1 aangeleverd over t (eenmalig, direct definitief).

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2019 wordt gebruik gemaakt van het inkomensbestand over 2017 en zo nodig over 2018. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2019 wordt gebruik gemaakt van het inkomensbestand over 2018 en zo nodig over 2019. Na de 2^e voorlopige vaststelling 2019 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), en MVV (Meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging, V&V kosten t-1).

Meerjarig hoge kosten (MHK; somatisch en GGZ)

Het kenmerk 'meerjarig hoge kosten' voor het vereveningsjaar 2019 is gebaseerd op (somatische/GGZ) kosten per verzekerde in de jaren 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 (2014 en 2015 alleen voor GGZ).

Voor de verzekerdenraming ten behoeve van de ex ante 2019 heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van 'kosten per verzekerde' 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016.

Vervolgens is voor zowel de MHK somatisch als de MHK GGZ de prevalentie per MHK-klasse per L15G herschaald naar die uit de OT 2019. Hierdoor sluiten de MHK-ramingen exact aan op de uitkomsten van de representatief gemaakte onderzoeksbestanden voor de schatting van de normbedragen 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 (op basis van kostengegevens van respectievelijk 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015).

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2019 maakt het Zorginstituut gebruik van de opgaven 'kosten per verzekerde' 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018. Voor het jaar 2018 is dit bestand voorlopig. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2019 vervangt het Zorginstituut het voorlopige bestand over 2018 door het definitieve bestand.

Verpleging en verzorging

Voor verpleging en verzorging t-1 (kenmerk VGG) heeft het Zorginstituut voor de verzekerdenraming 2018 gebruik gemaakt van het 'kosten per verzekerde'-bestand 2015.

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2018 zal het Zorginstituut het voorlopige 'kosten per verzekerde'-bestand 2017 gebruiken. Bij de 2^{de} voorlopige vaststelling 2018 in 2021 gebruikt het Zorginstituut definitieve kostengegevens voor dit vereveningskenmerk. 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 2019 betreft het de deelbedragen vaste zorgkosten, variabele zorgkosten en geneeskundige GGZ-kosten (inclusief 'langdurige GGZ-kosten'). De jaarstaat 2019 wordt opgevraagd per 1 mei 2020. Voor de ultimo 2019 nog te ontvangen declaraties over 2019, neemt u een raming op ('balansposten'). Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt dan neemt u de verwachte bijstelling daardoor op in de raming.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

De voorlopige kosten over 2019 betreft het Zorginstituut bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2019 in 2020.

- **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 2019 verantwoordt u in de jaarstaat 2021, die u aanlevert op 1 mei 2022. Er mag geen balanspost worden verantwoord. Alle financiële gevolgen van afspraken (bijvoorbeeld plafond/lumpsum/prijsarrangementen en opbrengstverrekeningen) zijn in de definitieve kosten verwerkt.

Consequenties van uitgangspunten en Tabel 2

Bij de 2^e voorlopige vaststelling over 2019 in 2022 betreft het Zorginstituut de definitieve kosten over 2019 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 2019 in de jaarstaat 2021.

5.2 Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 5.2 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2018. Het grootste gedeelte van deze toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland van december 2018 (kenmerk 2018039488) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019.

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 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 2018 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 2018 dat op 1 juni 2019 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 2018 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken op de peildatum van 1 mei 2018 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018. Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018.

Vooruitlopend op toekomstig gebruik voor de risicoverevening wordt een dataveld over sterfte uitgevraagd. Deze rubriek is overeenkomstig het veld `Reden uitstroom Zvw`. De definitie is overeenkomstig het veld `Reden uitstroom Zvw` volgens de aanleverspecificatie bestanden BASIC versie 0106.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2018 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 2018;
- 11 Reden uitstroom Zvw.

In het eerste 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 6.

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 Geboortjaar en -maand;
- 4 Geslacht;
- 5 Begindatum verzekering;
- 6 Einddatum verzekering;
- 7 Fractie verzekerde periode in 2018;
- 8 Reden uitstroom Zvw;
- 9 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2019 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in 2018 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 6. 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: bij verblijf korter dan één jaar, waarbij het blijven wonen in Nederland aannemelijk is, 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

- In het eerste deelbestand (verzekerden mét geverifieerd BSN) is de uitvraag met ingang van 01-01-2018 uitgebreid met de 'Reden uitstroom Zvw' en als laatste rubriek in het detailrecord opgenomen. De definitie is overeenkomstig het veld 'Reden uitstroom Zvw' volgens de aanleverspecificatie bestanden BASIC versie 0106.
- In het tweede deelbestand (verzekerden zonder BSN dan wel zonder geverifieerd BSN) is de uitvraag uitgebreid met de 'Reden uitstroom Zvw'. De definitie van dit gegeven is gelijk aan die van het eerste deelbestand
 - 1 niet uitgestroomd
 - 2 overleden
 - 3 uitstroom overig
 - 99 wel AV, geen Zvw
- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_VPPER_EEJJ_MND_NR.txt

Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2018

	(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)	Geboortjaar en -maand (EEJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw)	Begindatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2018	Reden uitstroom Zvw	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 2018

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 2018' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018' 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 Zorgverzekeringwetplichtige verzekerden opgenomen die in 2018 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2018) met UZOVI-nummer(in 2018).

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 2018' 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018' 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 2018' 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 2018:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

5.3 Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 5.3 is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2019. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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 2019 onder andere voor de verzekerdenraming 2020.

Bij de 1e en 2e voorlopige en de definitieve vaststelling 2019 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 2019 dat op 1 juni 2020 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 2019 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich op het bestand persoonskenmerken op peildatum 1 mei 2019. Indien een Zvw-verzekerde in 2019 ontbreekt in dat peilmomentbestand, dan worden voornoemde kenmerken gebaseerd op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2019 dat op 1 juni 2020 moet worden aangeleverd.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2019 dat op 1 juni 2020 moet worden aangeleverd.

Voor de persoonskenmerken waarvoor een adrespseudoniem wordt gebruikt, geldt het volgende. Het Zorginstituut gebruikt in eerste instantie de adrespseudoniemen over het betreffende jaar 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 2019.

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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_PER_EEJJ_MND_NR.txt

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2019

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 2019' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2019 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2019) met UZOVI-nummer(in 2019) 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 2019' 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2019' 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 2019' 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 2019:

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 2018. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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-uitvoeringstabellen. Op basis van deze DDD-uitvoeringstabellen kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciendeclaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen. De FKG DDD-uitvoeringstabellen worden per vereveningsjaar aangemaakt op basis van het ATC-referentiebestand. Eind september 2019 stelt het Zorginstituut de volgend uitvoeringstabellen aan de zorgverzekeraars beschikbaar: (1) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2020 en de bijbehorende ex ante DDD-uitvoeringstabel en (2) het ATC-referentiebestand vereveningsjaar 2018 en de bijbehorende ex post DDD-uitvoeringstabel. Voor elk vereveningsjaar worden voor het FKG-model 'somatische zorg' en 'geneeskundige GGZ' aparte ATC-referentiebestanden en DDD-uitvoeringstabellen beschikbaar gesteld. De FKG-DDD-uitvoeringstabellen 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 uitvoeringstabellen 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-uitvoeringstabellen 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 2018 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 2018 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 de 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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_FAR_EEJJ_MND_NR.txt

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2018

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 2018' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP 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 2018 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2018) met UZOVI-nummer(in 2018).

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 2018' 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2018' 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 2018' 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).

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2018:

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 2017.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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 (primaire en secundaire) diagnosekostengroepen (DKG's) één van de verdeelcriteria. De DBC-declaraties voor medische specialistische zorg vormen de basis voor de vaststelling van deze 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, maar inclusief geriatrische revalidatiezorg). Geriatrische revalidatiezorg wordt toegevoegd omdat vanaf vereveningsmodel 2018 deze DBC-declaraties ook tot een DKG kunnen leiden. De DBC-gegevens 2017 geriatrische revalidatiezorg zullen dus gebruikt worden bij verzekerdenraming 2020 en bij de verzekerdenbepaling 2018.

Met behulp van deze informatie en de vertaaltabel van DBC's via nDx-groepen naar DKG's bepaalt het Zorginstituut de indeling van verzekerden naar (primaire en secundaire) DKG-classes. Het Zorginstituut stelt ook de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het DKG-referentiebestand vereveningsjaar 2020 en de bijbehorende ex ante DKG-uitvoeringstabel, en de ex post DKG-uitvoeringstabel voor het vereveningsjaar 2018. 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 2017 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg maar inclusief geriatrische revalidatiezorg) conform de Zvw 2017. 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 2017 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 de 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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_DBC_EEJJ_MND_NR.txt

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 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 'DBC-gegevens somatisch 2017' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van DBC-subtrajecten, geopend in 2017, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2017 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2017) met UZOVI-nummer(in 2017).

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 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 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 'DBC-gegevens somatisch 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.

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 2017:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.6 Gegevensvraag GGZ

Paragraaf 5.6 geeft informatie over de gegevensvraag GGZ 2017.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

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

Ten behoeve van de verzekerdensbepaling 2017, 2018 en de verzekerdensraming 2020 vraagt het Zorginstituut in 2019 een bestand gegevens GGZ 2017 op.

De DBC-gegevens geneeskundige GGZ vormen de basis voor de vaststelling van de DKG's GGZ. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdensjaren per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's (en deelprestaties voor 24-uursverblijf). Voor het kenmerk IGG (Intramurale GGZ gebruikersgroepen) is het aantal verblijfsdagen 24-uursverblijf van belang op basis van ZZP'S (verzekerdensbepaling 2017, vanaf 2018 onderdeel van DKG's GGZ). Eind september 2019 stelt het Zorginstituut de volgende referentiebestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het DKG-GGZ-referentiebestand vereveningsjaar 2020, en de bijbehorende ex ante DKG-GGZ-uitvoeringstabel, en de ex post DKG-GGZ-uitvoeringstabel voor het vereveningsjaar 2018. Op basis van de DKG-uitvoeringstabellen kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de DBC-declaraties en het aantal verzekerdens per DKG bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

De uitvraag GGZ 2017 heeft betrekking op alle declaraties van DBC's GGZ die in 2017 zijn geopend, inclusief de gedeclareerde deelprestaties 24-uursverblijf. Declaraties van overige prestaties GGZ neemt u niet op.

Tevens neemt u in hetzelfde bestand de declaraties op van ZZP's. 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.

Het bestand GGZ betreft uitsluitend declaraties die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg (exclusief generalistische basis GGZ) conform de Zvw 2017.

U betreft alle ontvangen declaraties op verzekerdenniveau in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen.

Het is **niet** toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerdens Zvw, voor wie in 2017 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 H in de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/REG-17600-04) voor het jaar 2017 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-uurs verblijf. 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/REG-17600-04) voor het jaar 2017 van de NZa.

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 de 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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_GGZ_EEJJ_MND_NR.txt
- 'ZVZ-onbekend' vervalt.

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens GGZ 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 'gegevens GGZ 2017' met bestandsnaam
..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP 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 2017 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2017) met UZOVI-nummer
.....(in 2017).

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 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'gegevens GGZ 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 'gegevens GGZ 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.

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 gegevens GGZ 2017:

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 2016 en 2017.

Het bestand Kosten per verzekerde 2016 is in 2018 ook al aangeleverd, in 2019 levert u dit bestand nogmaals aan, nu mét een accountantsproduct.

Het bestand over 2017 moet met alleen een bestuursverklaring aangeleverd worden.

De toelichting bij het bestand kosten per verzekerde 2016 is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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 2016

Het gebruik van de gegevens

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

In 2018 heeft het Zorginstituut ten behoeve van de ex ante raming 2019 een voorlopig bestand over 2016 opgevraagd met zoveel mogelijk declaraties over 2016. In 2019 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2016 op (en tevens het voorlopige bestand over 2017)

Op te leveren gegevens

De uitvraag van kosten per verzekerde heeft betrekking op de kosten per verzekerde toegeedeeld naar de verschillende deelbijdragen. Voor de kostendefinities per deelbijdrage 2016 zie het nacalculatieschema 2016 op onze website (Financiering\Risicoverevening Zvw\Zvw 2016).

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2016 een of meer declaraties zijn ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Schade bedrag 'Variabele kosten' (exclusief kosten GGZ en GRZ);
- 3 Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ);
- 4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging';
- 5 Schadebedrag 'Geriatrische revalidatiezorg';

In de opgave over 2016 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2018 op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor de in 2016 verleende hulp en de in 2016 geopende DBC's. Alle verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/plafondafspraken/budgetafspraken/prijs- arrangementen), moeten via een logische verdeelsleutel op verzekerdeniveau verwerkt zijn in het bestand kosten per verzekerde 2016. De gekozen methodiek moet consistent toegepast worden en de correctie op verzekerdeniveau moet aansluiten op de verantwoording in de Jaarstaat. Zie verder 2.3 van het Protocol.

In hoofdstuk 6 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 2016, dat u kunt vinden op de website van het Zorginstituut.

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); De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen.
- 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:

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

Kosten buitenland via Zorginstituut/CAK

Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland/CAK neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2016. 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt
- Aangezien u in 2018 ook al een bestand Kosten per verzekerde over 2016 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2019 van het bestand Kosten per verzekerde over 2016 in de bestandsnaam een hoger versienummer hanteren.
- In de definitieve opgave 2016 moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties via een logische verdeelsleutel.

Gegevens Kosten per verzekerde 2017

Op te leveren gegevens

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2017 een of meer declaraties zijn ontvangen, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Schade bedrag 'Variabele kosten' (exclusief kosten geriatrische revalidatie);
- 3 Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ);
- 4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging';
- 5 Schadebedrag 'Geriatrische revalidatiezorg'.

U neemt in dit voorlopige bestand nog geen verrekeningen op vanwege afspraken over lumpsum, plafond, et cetera. In dit bestand neemt u zo veel mogelijk ontvangen declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 mei 2019.

In hoofdstuk 6 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Schadedefinities

Hieronder worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw. Dit overzicht sluit aan op het nacalculatieschema Zvw 2017, dat u kunt vinden op de website van het Zorginstituut.

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); De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen.
- 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);
- 12 100% 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);

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

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

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 2017.

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 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 'kosten per verzekerde 2016' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'variabele zorgkosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging' en 'geriatrie revalidatiezorg' volgens de voorgeschreven definitie, 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) schadebedragen 'variabele zorgkosten';
..... (som) schadebedragen 'GGZ';
..... (som) schadebedragen 'verpleging en verzorging'.
..... (som) schadebedragen 'geriatrie revalidatiezorg';

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 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.

Aanvullende informatie risicoverevening
Kosten per verzekerde

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2016:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2017

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 2017' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties voor 'variabele zorgkosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging' en 'geriatische revalidatiezorg' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2017 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2017) met UZOVI-nummer(in 2017).

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 'geriatische revalidatiezorg';

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2017' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 2017' 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 2017:

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 2018. De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

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

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 2018 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 2018 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 de 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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_HMD_EEJJ_MND_NR.txt

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2018

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 2018' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2018 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2018) met UZOVI-nummer(in 2018).

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 2018' 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Hulpmiddelengegevens 2018' 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 2018' 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 2018:

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 2017.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

Bij de aan te leveren gegevens moet de zorgverzekeraar borgen dat de controle-instructies in het protocol van de NZa zijn nageleefd. In 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-on geneesmiddelen 2017 wordt gebruikt voor de definitieve verzekerdensbepaling 2018 voor de FKG's en de Extreem Hoge Kosten clusters, die deels of volledig zijn gebaseerd op het gebruik van add-ons. Daarnaast gebruikt het Zorginstituut deze gegevens voor de FKG-berekeningen ten behoeve van de verzekerdensraming 2020.

Op te leveren gegevens

In het bestand betreft u alle op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van 'Overige zorgproducten – Supplementaire producten Add-on geneesmiddelen' die zijn afgeleverd in 2017 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.

Met ingang van 1 januari 2017 is de registratie en declaratie voor de add-on geneesmiddelen gewijzigd. De add-ons worden per ZI-artikelnummer maandelijks in de G-Standaard van Z-Index uitgeleverd, met in ieder geval de door de NZa vastgestelde maximum tarieven, de indicatie(s) waarvoor deze gedeclareerd mogen worden en de aanspraakstatus volgens de zorgverzekeraars. Hierdoor wordt het add-on geneesmiddelen bestand 2017 zowel inhoudelijk als technisch grondig gewijzigd. De DBC-declaratiecode wordt vervangen door het ZI-artikelnummer, de indicatiecode wordt voor alle add-ons toegevoegd (noodzakelijk voor controle werkzaamheden, onder andere om de add-ons correct in te delen naar vaste en variabele zorgkosten) en het gebruik wordt gespecificeerd in de hoeveelheid afgeleverd geneesmiddel met bijbehorende eenheid.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2017 een 'Overig zorgproduct – Supplementaire producten Add-on geneesmiddel' is afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen) geeft u per add-on geneesmiddel de volgende gegevens op:

- 1 Geverifieerd BSN;
- 2 Prestatiecode / ZI-artikelnummer (conform G-Standaard);
- 3 Indicatiecode (conform G-Standaard);
- 4 Uitvoerdatum / Datum van aflevering;
- 5 Afleveringseenheid (conform G-Standaard);
- 6 Hoeveelheid afgeleverd middel;
- 7 Indicatie debet/credit;
- 8 Schadebedrag in centen.

In het sluitrecord moet de 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 6 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

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_EEJJ_MND_NR.txt
- Met ingang van 01-01-2017 wordt een declaratie van een add-on geneesmiddel geïdentificeerd aan de hand van een ZI-artikelnummer.
- Met ingang van 01-01-2017 bevat een declaratie van een add-on geneesmiddel een code voor de indicatie waarvoor deze is voorgeschreven (en in het kader van de Zvw vergoed).
- Met ingang van 01-01-2017 is het aantal gebruikte eenheden vervangen door de

hoeveelheid afgeleverd middel én de bijbehorende afleveringseenheid.

Bestuursverklaring bij het bestand add-on geneesmiddelen 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 'add-on geneesmiddelen 2017' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van add-on geneesmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2017 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2017) met UZOVI-nummer(in 2017).

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 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Add-on geneesmiddelen 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 'Add-on geneesmiddelen 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.

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-on geneesmiddelen 2017:

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 2018.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

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

De vereveningsbijdrage voor de fysiotherapiediagnosegroepen (FDG's) over 2019 wordt gebaseerd op gegevens over 2018. Het vereveningsmodel 2019 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 en oefentherapie Mensendieck en Cesar, die zijn afgeleverd in 2018 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 2018 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 de 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 6 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.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- De bestandsnaam is gewijzigd in ZINL_NZA_RVE_UZOVI_FOT_EEJJ_MND_NR.txt

Bestuursverklaring bij het bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2018

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 2018' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties van fysiotherapie en oefentherapie met een totaal schadebedrag⁸ van €(in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2018 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2018) met UZOVI-nummer(in 2018).

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 2018' 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 2.3)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2018' 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 2018' 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.

⁸ 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 fysiotherapie- en oefentherapiegegevens
2018:***

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

5.11 Gegevensvraag Wlz-gegevens

Paragraaf 5.11 geeft informatie over de gegevensvraag Wlz-gegevens 2018.

De toelichting is afkomstig uit de brief van Zorginstituut Nederland over de aanlevering gegevens mét accountantsproduct in 2019 van december 2018 (kenmerk 2018039488).

De NZa gaat voor deze uitvraag nog een protocol opstellen.

Gebruik van de gegevens

Voor het vereveningsmodel 2018 is het kenmerk PPA gewijzigd. De klassen '15+-adres' zijn vervangen door 'Wlz-instelling'. Voor deze klassen gebaseerd op declaraties van Wlz-instellingen, heeft het Zorginstituut nieuwe gegevens nodig van de Zorgkantoren/Wlz-uitvoerders. Voor vereveningsmodel 2018 heeft het Zorginstituut declaraties 2017 en 2018 nodig met een bestuursverklaring én accountantsproduct. De NZa stelt hiervoor nog een protocol op. In 2018 is het bestand over 2017 opgevraagd.

Eind september 2019 stelt het Zorginstituut het referentiebestand PPA 2019 aan de zorgverzekeraars beschikbaar.

Op basis van het referentiebestand PPA 2019 kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de WLZ-declaraties en het aantal verzekerden in een Wlz-instelling bij benadering berekenen.

Op te leveren gegevens

Gezien de mogelijke ontwikkelingen van het kenmerk PPA voor het vereveningsmodel 2019 (en verder) vraagt het Zorginstituut alle declaraties ten laste van de Wlz op, resulterend in een robuuste gegevensuitvraag voor meerdere jaren.

Voor alle Wlz-verzekerden voor wie over 2018 een of meerdere declaraties ten laste van de Wlz zijn ontvangen, geeft u, per declaratie, de volgende gegevens op:

- 1 BSN;
- 2 Prestatiecode;
- 3 Behandelmaand / Opnamemaand;
- 4 AGB-code instelling;
- 5 Indicatie debet/credit;
- 6 Schadebedrag in centen.

In het sluitrecord moet de 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 6 is de lay-out en een verdere toelichting opgenomen van het op te leveren bestand aan het Zorginstituut. Het sjabloon van de bestuursverklaring vindt u hierna.

Bestuursverklaring bij het bestand Wlz-gegevens 2018

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.....(naam Wlz-uitvoerder)
verklaart dat

..... (naam zorgkantoor)

op(datum) het bestand 'Wlz-gegevens 2018' met
bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de
gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen declaraties met een totaal schadebedrag⁹ van €(in euro's) van alle Wlz-verzekerden die in 2018 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgkantoor in 2018) met UZOVI-nummer(in 2018).

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 'Wlz-gegevens 2018' 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 gegevensvraag Wlz-gegevens van de NZa)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Wlz- gegevens 2018' 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 Wlz-uitvoerder heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Wlz-gegevens 2018' 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.

⁹ 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 Wlz-gegevens 2018:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

6 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 2018
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2019
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2018
- Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2017
- Structuur gegevensvraag gegevens GGZ 2017
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2016
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2017
- Structuur gegevensvraag Hulpmiddelengegevens 2018
- Structuur gegevensvraag Add-on geneesmiddelen 2017
- Structuur gegevensvraag Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2018
- Structuur gegevensvraag Wlz 2018

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND VERZEKERDE PERIODEN EN PERSOONSKENMERKEN VERZEKERDEN 2018 MET BSN TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNAA Postcode 6 posities PostNL
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN	Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN	
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	6	N	EEJMM Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJMMDD Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	EEJMMDD Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peelperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
	11	Fractie verzekeringsperiode	58	64	7	N	De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/ begindatum) +1)/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekapt (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van het betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
	12	Reden uitstroom Zvw	65	66	2	N	1 niet uitgestroomd 2 overleden 3 uitstroom overig 99 wel AV, geen Zvw (Nota bene: niet relevant voor ZIN, maar sluit aan bij de aanleverspecificatie BASIC versie 0106)
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortjaar en -maand	23	36	14	N	De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	14	N	De som van rubriek 11 van alle detailrecords.

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Verzekerde periode en persoonskenmerken 2018

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_NZA_RVE_UZOVI_VPPER_EEJJ_MND_NR.txt | UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|--|---|

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND PERSOONSKENMERKEN 2019 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 2019 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 2019.
	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	NNNNA	Postcode 6 posities PostNL
	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	Man
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	2	Vrouw
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). (Uitsluitend) het meest recente adres opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

Vervolg Persoonskenmerken 2019

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_NZA_RVE_UZOVI_PER_EEJJ_MND_NR.txt | UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand de maand mei, '05' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|--|--|

STRUCTUUR GEGEVENS VRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND FARMACIEGEGEVENS 2018 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVl-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2018.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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	Gebortejaar en -maand	11	16	6	N	EEJMM Gebortejaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N	1 Man 2 Vrouw
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJMMDD Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N	Conform G-standaard
	7	Voorgescreven dosering	38	38	1	N	1 De voorgeschreven dosering is bekend 2 De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in (gemiddeld) verbruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen). 3 De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen)
	8	Afleveringseenheid	39	40	2	AN	Conform G-standaard
	9	Gemiddelde dagdosering	41	49	9	N	De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal
	10	Hoeveelheid afgeleverd middel	50	58	9	N	De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal
	11	Indicatie debet credit	59	59	1	AN	D Debet C Credit
	12	Schadebedrag in centen	60	67	8	N	Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het eigen risico * zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVl-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 2018

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_NZA_RVE_UZOVI_FAR_EEJJ_MND_NR.txt UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND DBC's SOMATISCH GEOPEND IN 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 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, 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 jaar van opening van de DBC, 2017.
	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 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_NZA_RVE_UZOVI_DBC_EEJJ_MND_NR.txt UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND GGZ 2017 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2017 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2017. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2017.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2017. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2017.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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. Uitsluitend DBC's GGZ.
	4	Declaratiecode	23	28	6	AN	Declaratiecode van de DBC GGZ (behandeling) dan wel de declaratiecode van de deelprestatie 24-uursverblijf 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 DBC	29	30	2	N	MM Uitsluitend DBC's GGZ
	6	Begindatum prestatie	31	38	8	N	EEJJMDD Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf en ZZP's
	7	Einddatum prestatie	39	46	8	N	EEJJMDD Uitsluitend deelprestaties 24-uursverblijf en ZZP's
	8	Indicatie debet credit	47	47	1	AN	D Debet C 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 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 E-standaard, zonder decimaal scheidingstekens, 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 = 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 GGZ 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_NZA_RVE_UZOVI_GGZ_EEJJ_MND_NR.txt | UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|--|---|

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2016.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205	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 2016.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	9	N		De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2016.
	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
	6	Schadebedrag 'geriatrische revalidatiezorg' in centen	38	46	9	N		De kosten voor 'geriatrische revalidatie' volgens de definitie voor het bestand Kosten per verzekerde 2016.
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 'V&V'	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'GRZ'	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 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_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt | UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |
|--|---|

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2017 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2017 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 2017. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2017.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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 2017; in centen.
	4	Schadebedrag 'GGZ' in centen	20	28	9	N	De kosten voor 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2017.
	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
	6	Schadebedrag 'geriatische revalidatiezorg' in centen	38	46	9	N	De kosten voor 'geriatische revalidatie' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2017.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'variabele'	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 'V&V'	51	64	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'GRZ'	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 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 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_NZA_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt
UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft versienummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger versienummer. |

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND HULPMIDDELEN 2018 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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	EEJJMDD 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-artikelnnummers) conform afspraak tussen ZN en VWS, gebaseerd op tabellen van Vektis.
	5	Indicatie debet credit	31	31	1	AN	D Debet C Credit
	6	Schadebedrag in centen	32	39	8	N	Gedeclareerde kosten voor hulpmiddelen in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(n) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg Hulpmiddelgegevens 2018

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_NZA_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.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND ADD-ON GENEESMIDDELEN 2017 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	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 was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2017.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2017.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201504	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 / ZI-artikelnummer	11	22	12	N		ZI-artikelnummer (bestand 131 G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on
	4	Indicatiecode	23	31	9	N		Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standaard) zoals vermeld op add-on declaratie
	5	Uitvoerdatum / Afleverdatum	32	39	8	N	EEJJMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'
	6	Afleveringseenheid	40	41	2	AN		Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standaard van Z-Index
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel	42	50	9	N		Gedeclareerde hoeveelheid geneesmiddel; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken
	8	Indicatie debet credit	51	51	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	59	8	N		Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel' in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, - 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 Add-on geneesmiddelen 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_NZA_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 2018 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2018 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
	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
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201701 versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	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	DSPH-code	11	14	4	N	Vervrijdsdiagnosecode 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. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet credit	18	18	1	AN	D Debet C 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 = 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 2018

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_NZA_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.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND WLZ-GEGEVENS 2018 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	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2018 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
	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
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201801	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		BSN. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	15	5	AN		Prestatiecode van Wlz-declaratie
	4	Behandelmaand/opnamemaand	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft
	5	AGB-code instelling	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie
	6	Indicatie debet credit	26	26	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	27	35	9	N		Gedeclareerde kosten in het kader van de Wlz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeacht eigen bijdragen et cetera.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor
	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 Wlz-gegevens 2018

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_NZA_RVE_UZOVL_WLZ_EEJJ_MND_NR.txt UZOVI: het uzovi-nummer van het Zorgkantoor in bestand opgeven
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.