

Handboek informatie zorgverzekeringswet 2021 – FAQ's

FAQ

Door het jaar heen ontvangen wij meerdere vragen van zorgverzekeraars met betrekking tot het Handboek. In deze FAQ behandelen wij de vragen zodat deze door de zorgverzekeraars direct te vinden zijn en overzichtelijk samen zijn weergegeven.

De antwoorden kunnen drie verschillende zaken betreffen:

1. Een uitleg op welke wijze er verantwoord moet worden in het Handboek; hoe het gedaan dient te worden.
2. Een toelichting op bepaalde zaken uit het handboek; waarom het zo gedaan dient te worden.
3. Een aankondiging van een voorgenomen beleidswijziging of handboek aanpassing.

Punt 1 en 2 worden hieronder samen per onderwerp behandeld.

Punt 3 staat hier los van en staat apart onder 'Wat zijn de voorgenomen wijzigingen en aandachtspunten voor het komende jaar?'. Belangrijk: deze wijzigingen zijn nog niet officieel.

Algemeen

Tot wie moet ik mijn vragen richten?

Voor inhoudelijke vragen over het Handboek kunt u met FCinformatie@zinl.nl contact opnemen.

Vragen met betrekking tot hoofdstuk 5 van het Handboek kunt u sturen naar Risicoverevening@zinl.nl.

Technische vragen over gegevensaanleveringen kunnen naar Verslagdocumenten@zinl.nl.

Vooruitblik Handboek informatie zorgverzekeringswet 2022

Nieuwe kostencodes ggz

Met ingang van 1 januari 2022 zal de nieuwe bekostiging van de ggz ingaan: het Zorgprestatie-model. Hierdoor worden ook de kostencodes aangepast. In overleg met de verzekeraars en het ministerie van VWS zijn een drietal categorieën bepaald;

666 Kosten consulten GGZ

- *Diagnostiekconsult*
- *Behandelconsult*
- *Groepsconsult*
- *Toeslag consult:*
 - reistijd tot 25 min en reistijd vanaf 25 min
 - toeslag inzet gebarentolk /communicatiespecialist
 - toeslag ambulante methadonverstrekking
 - toeslag rTMS
 - toeslag Spravato

667 Kosten intramuraal verblijf GGZ

- *Verblijfsdag A t/m G, beveiligingsniveau 0, 2, 3 of 4.*
- *Verblijfsdag H (hic)*
- *Verblijfsdag met rechtvaardigingsgrond (VMR)*
- *Toeslag verblijf: Toeslag oorlogsgelateerd psychotrauma (verblijf D)*

668 Kosten overige prestaties GGZ

- *ECT*
- *Consultatie bij euthanasieverzoeken*
- *Intercollegiaal overleg setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II*
- *Zorgmachtiging Wet verplichte ggz*
- *Transitieprestatie*
- *Facultatieve prestatie*
- *rTMS t.b.v. rTMS Technician*
- *Acute ggz binnen budget: per beroepscategorie, per tijdsblok*
- *Verblijfsdag acute ggz binnen budget D t/m H*

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

Overstap van verantwoording op kasbasis naar transactiebasis. Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de grensoverschrijdende zorg via het verbindingskantoor, kostencode 721, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

Hoe worden vanaf 2022 de buitenlandkosten die nog betrekking hebben op eerdere schadejaren verantwoord?

Alle buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

Vanaf de eerste kwartaalstaat 2022 zal de overgang plaatsvinden naar transactiebasis. 2022 is hierbij het overgangsjaar.

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

- Alle kosten die gedurende 2022 binnenkomen en betrekking hebben op eerdere schadejaren zullen worden geboekt op het schadejaar 2022;
- Alle kosten die in 2022 binnenkomen en betrekking hebben op schadejaar 2022 worden verantwoord onder het jaar 2022;
- Er wordt een raming gemaakt van de kosten die betrekking hebben op schadejaar 2022 en

eerdere jaren maar die gedurende 2023 of 2024 binnen zullen komen, ook deze kosten worden verantwoord onder het jaar 2022.

Ook in de jaren 2023 en verder zullen de kosten per schadejaar worden verantwoord. Hierbij dient steeds een raming te worden opgenomen van de kosten die in latere jaren nog worden verwacht. Dit is natuurlijk gelijk aan de werkwijze bij andere kostencodes.

De kosten voor definitieve jaren zullen worden verantwoord in het jaar dat als eerste afgesloten zal worden.

Kostencode 721								
Kosten	Schadejaar =< 2019	Schadejaar =< 2020	Schadejaar =< 2021	Schadejaar 2022	Schadejaar 2023	Schadejaar 2024	Schadejaar 2025	Schadejaar 2026
Boekjaar 2019	2019 (=kas)	x	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2020	2020 (=kas)	2020 (=kas)	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2021	2021 (=kas)	2021 (=kas)	2021 (=kas)	x	x	x	x	x
Boekjaar 2022	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022	x	x	x	x
Boekjaar 2023	2022	2022	2022	2022	2023	x	x	x
Boekjaar 2024	2022	2022	2022	2022	2023	2024	x	x
Boekjaar 2025	2023	2023	2023	2023	2023	2024	2025	x
Boekjaar 2026	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2025	2026

Baten Zw

890.1 Opbrengsten verhaal

Gelijktijdig met de overstap voor de grensoverschrijdende zorg, ook voor deze kostencode een overstap van verantwoording op kasbasis naar transactiebasis.

FAQ 2021

Extra capaciteit IC bedden

Hoe dienen de kosten voor de extra IC-capaciteit verantwoord te worden in de Kostenverzamelstaat?

Uitgangspunten van de financiering:

Ziekenhuizen ontvangen een gegarandeerd vast bedrag per extra IC-bed per jaar. Bestaande uit een vergoeding voor de extra beschikbare bedden, die snel ingezet kunnen worden bij een piekbelasting; voor het deel van de extra benodigde klinische capaciteit; voor flexibele beschikbaarheid van extra personeel en voor de opleiding van extra personeel.

Voor de behandeling van patiënten brengt de instelling de reguliere DBC's in rekening bij de zorgverzekeraar. Ook als deze patiënten op een gesubsidieerd bed liggen.

Om dubbele bekostiging en verrekenen achteraf te voorkomen wordt voor bezette extra IC-bedden de gewone IC add-on vervangen door een 'subsidie add-on'. Hiervoor heeft de NZa twee extra add-on codes aangemaakt. De 'Regeling medisch-specialistische zorg' (NR/REG-2103a) schrijft voor hoe deze codes gebruikt moeten worden.

Wat betekent dit voor de Kostenverzamelstaat?

De add-ons voor de IC-bedden vallen onder kostencode 612.2, dit geldt zowel voor de reguliere add-ons als voor de nieuw aangemaakte codes. Wanneer een patiënt gebruik maakt van een extra IC-bed, wordt deze zorg via de bijbehorende DBC's in rekening gebracht en op de betreffende kostencode verantwoord.

Meerkosten Grensoverschrijdende Zorg (GOZ)

Buitenlandse zorgverleners declareren extra kosten in verband met de COVID-19 maatregelen. Waar kunnen deze kosten verantwoord worden?

Deze kosten kunnen verantwoord worden onder kostencode 720. Voor de rubriek Grensoverschrijdende Zorg is ervoor gekozen om geen kostencode voor de meerkosten op te nemen, omdat het in de meeste gevallen niet te achterhalen is welk deel van de kosten in Nederland onder de noemer "meerkosten" valt.

Overheveling diabeteshulpmiddelen

In het handboek 2021 is een passage opgenomen (pag. 23) waarin wordt vermeld dat diabetes-hulpmiddelen niet meer onder rubriek 6 (MSZ) verantwoord moeten worden, maar onder rubriek 8 (hulpmiddelen). Soms vallen deze hulpmiddelen echter in een DBC-prestatie. Hoe verantwoorden wij deze hulpmiddelen?

Diabeteshulpmiddelen die binnen een DBC vallen, hoeven *niet* apart verantwoord te worden in rubriek 8. Deze blijven onder rubriek 6 vallen. Hulpmiddelen die als losse prestatie gedeclareerd worden, vallen wél onder rubriek 8.

FAQ 2020

Rubriek 1 Huisartsenzorg & Multidisciplinaire Zorg

506 Consulttarieven

In de jaarstaat 2019 wordt voor zowel 2019 als 2018 de consult uitsplitsing uitgevraagd op basis van 2019. In welke kolom moeten de consulten < 20 minuten uit 2018 worden verantwoord?

Met ingang van 2019 zijn bij specifieke informatie C code 506 'Consulttarieven' de tijdsintervallen gewijzigd. De uitvraag in de jaarstaat is op dit onderdeel echter gebaseerd op deze nieuwe indeling, waardoor het onduidelijk is hoe u schadejaar 2018 moet verantwoorden. Wij verzoeken u om voor schadejaar 2018 de consulten *korter dan 5 minuten* niet te gebruiken, waardoor alle *consulten tot 20 minuten* in de categorie *van 5 tot 20 minuten* komen te vallen.

Rubriek 7 Paramedische Zorg

620 Kosten fysiotherapie & 621 Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar **Onder welke kostencode vallen de behandelingen van het Voorwaardelijk toelatingstraject fysiotherapie reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis?**

De kosten voor reguliere behandelingen en behandelingen aan huis vallen onder kostencode 620 als de behandelingen worden geleverd door een fysiotherapeut en onder kostencode 621 als de behandelingen worden geleverd door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

Uitvraag wanbetalersbijdrage in jaarstaat

Zou u toelichting kunnen geven op de uitvraag wanbetalersbijdrage in de jaarstaat 2019?

- U hoeft geen standaardpremie voor 2017 en voorgaande jaren in te vullen. U kunt in het tabblad 'mededelingen' aangeven om welke jaren en premiestandaarden het gaat.
- De opgave is gebaseerd op de stand van 31-12-2019.
- Bij ontvangen voorschot jaar T verantwoordt u het bedrag zoals beschreven bij L in onderstaande tabel.

Vaststelling reguliere compensatie	
A	Aantal compensatiegevende verzekerden vorige periode
B	Aantal aanmeldingen voor deze periode
C	Aantal afmeldingen voor deze periode
D	Aantal gemelde starts stabilisatieovereenkomst voor deze periode
E	Aantal gemelde beëindigingen stabilisatieovereenkomst voor deze periode
F	Aantal gemelde starts goede betaler voor deze periode
G	Aantal gemelde beëindigingen goede betaler voor deze periode
H	Aantal compensatiegevende verzekerden deze periode (A+B-C-D+E-F+G)
I	Totaal reguliere compensatie voor deze periode (H*Standaardpremie)

Vaststelling te verrekenen compensatie over eerdere perioden	
J	Toe te kennen compensatie wegens mutaties met terugwerkende kracht sinds vorige vaststelling
K	Terug te vorderen compensatie wegens mutaties met terugwerkende kracht sinds vorige vaststelling

Vaststelling uit te keren compensatie deze periode	
L	Vastgestelde compensatie voor deze periode (I+J-K)

Transformatiegelden

In het hoofdlijnenakkoord staat beschreven dat er budget is voor

"transformatiegelden".

Hoe dienen deze kosten verantwoord te worden aan het Zorginstituut?

Zoals bij het opstellen van het Hoofdlijnenakkoord is bepaald, moet dit op voorhand via een opslag in de tarieven worden bekostigd en het verschil tussen het gerealiseerde volume en het bij bepaling van de tarieven aangenomen volume moet eveneens via een opbrengstenverrekening worden toebedeeld aan individuele declaraties.

Het is dan ook niet toegestaan om deze gelden vooraf via een aanneemsom te financieren en het toekennen aan individuele declaraties pas achteraf te doen.

Toelichting

Zorginstellingen die in lijn met de uitkomsten van de Taskforce «Juiste Zorg op de Juiste Plek» een traject ingaan, kunnen voor de periode 2019 tot en met 2022 een beroep doen op in totaal € 425 miljoen aan transformatiegelden. Deze transformatiegelden zijn een tijdelijk onderdeel van het kader medisch-specialistische zorg.

De transformatiegelden MSZ moeten volgens het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019 tot en met 2022 gedeclareerd worden via een opslag op de tarieven. Er is niet voor gekozen om beperkingen in te stellen. Een opslag hoeft bijvoorbeeld niet beperkt te worden tot declaraties van de kostencodes of deelbijdragen waar een bepaald transformatietraject op gericht is. Dit betekent dat uitsluitend de algemeen geldende regels voor een logische verdeelsleutel van toepassing zijn (paragraaf 4.1 van het Handboek Zvw 2019).

Via het Hoofdlijnenakkoord is voorgeschreven dat transformatietrajecten apart zichtbaar moeten zijn in de contractafspraken (onderdeel h van paragraaf 2.1 van het hoofdlijnenakkoord MSZ 2019 tot en met 2022). De NZa monitort deze afspraken. Voor vragen hierover kunt u de NZa raadplegen.

Het beschikbare bedrag is gekoppeld aan een specifiek jaar. In 2019 gaat het om 70 miljoen euro. In het Hoofdlijnenakkoord is bepaald dat een niet benut bedrag niet mag worden doorgeschoven naar een later jaar of dat bedragen van volgend jaar aan een eerder jaar worden toegerekend.

Contractinformatie

Het Handboek lijkt niet aan te sluiten bij de gegevenslevering aan Vektis, zoals wordt gesteld bij de AGB-codes. Welke gegevens moeten met welke frequentie aangeleverd worden?

In het handboek 2020 staat met betrekking tot de aanlevering van contractinformatie per AGB-code (paragraaf 3.2) het volgende vermeld:

'Deze gegevens levert u aan in een **ASCII bestand.**

Frequentie van aanlevering:

- *In de Jaarstaat 2019 levert u een update van jaar 2019, **2018 en 2017** op.*
- *In de 2e kwartaalstaat 2020 levert u een update van contractinformatie jaar 2020 op.*
- *In de 4e kwartaalstaat 2020 levert u contractinformatie jaar 2021 op.*
- *30 november 2020 levert u contractinformatie jaar 2019 en 2018 op. '*

De uitvraag contractinformatie MSZ per type instelling(AGB) van **2018 en 2017 komen te vervallen voor de Jaarstaatlevering van 2019.**

Het Zorginstituut was in de veronderstelling dat ongeveer gelijktijdig met de Jaarstaat aanlevering deze jaren al aan Vektis werden geleverd. Dit blijkt niet het geval te zijn. Door de toenemende administratieve last die dit met zich mee zou brengen, heeft het Zorginstituut besloten om deze te schrappen.

De ASCII uitvraag contractinformatie MSZ per type instelling(AGB) voor 2019 blijft bestaan, omdat dit wel aansluit op de bestaande uitvraag van Vektis.

Met betrekking tot de specificaties contractinformatie in de Jaarstaat wijzigt er niets. De tabellen 2019, 2018 en 2017 van pagina 92 en 93 van het geactualiseerde Handboek Zvw 2020 levert u wel aan in de Jaarstaat.

Hoe verantwoordt u de lasten pgb in contractinformatie Verpleging en Verzorging?

Op verzoek van het ministerie valt dit niet onder de niet-gecontracteerde zorg, maar vragen we dit op als een aparte categorie.

Wat is precies de bedoeling bij het onderdeel Maximum plafondsafspraken bij MSZ en GGZ? Volgens de definitie is dit "de som van alle plafonds die zijn afgesproken". Dit kun je verschillend interpreteren. Welke van type afspraken vallen hier precies onder: Alleen omzetplafonds, of ook aanneemsommen en staffelafspraken met een maximum?

Voor de monitoring van de contractafspraken willen het ministerie van VWS en het Zorginstituut zowel een beeld krijgen van de samenstelling van de verwachte kosten, als van de financiële speelruimte volgens die contracten.

In het Handboek geven wij aan dat u de specificatie contractinformatie verantwoordt per deelcontract.

- Onder het maximum plafond verantwoordt u deelcontracten met een plafond. U geeft dus enerzijds de verwachte kosten aan en anderzijds de maximale kosten aan.
- Omdat aanneemsommen niet minder worden als het aantal behandelingen lager uitkomt dan verwacht, is het overbodig om deze bedragen tevens onder de maximale bedragen aan te geven. Aanneemsommen vallen dan ook uitsluitend onder de categorie aanneemsommen en niet tevens onder het maximale plafond bedrag.
- Als sprake is van een staffelafpraak in combinatie met een plafond dan hangt het af van de samenstelling.
 - Een plafond deelcontract met hier bovenop een staffelafpraak zonder maximum, rapporteert u in twee deelcontracten. Van het deel tot aan het plafond geeft u dus enerzijds de verwachte kosten en anderzijds de maximale kosten aan. De verwachte kosten van de resterende staffelafpraak neemt u op bij deelcontracttype "gecontracteerd open einde".
 - Als u met staffelafspraken met een maximum bedoelt dat er sprake is van staffelafspraken tot aan een plafond (dus met een absoluut maximum), dan is het plafond "overheersend" en geeft u dus enerzijds de verwachte kosten aan en anderzijds de maximale kosten aan bij de plafondsafspraken. In dit voorbeeld neemt u dus niets op bij "gecontracteerd open einde".

NB: Vanwege de contracteervrijheid is het voor ons lastig om een volledige lijst te geven van de mogelijkheden. Bovendien willen we de markt de gelegenheid geven om te komen tot innovatieve afspraken, zonder dat onze categorieën gaan knellen. Bij twijfel kunt u ons altijd raadplegen via FCinformatie@zinl.nl.

Wat valt er onder de niet gecontracteerde zorg?

Dit antwoord hangt af van de uitvraag.

• Contractinformatie in kwartaal- en jaarstaten

Vanaf dit jaar hebben we de uitvraag gestandaardiseerd, zodat ten alle tijden sprake is van een rubriek "lopende onderhandelingen".

- Zodra een zorgverzekeraar en zorgaanbieder het voornemen hebben om in onderhandeling te gaan dan vragen wij u om de verwachte uitkomst op te nemen onder lopende onderhandelingen.
- Als vanaf het begin duidelijk is dat er niet-onderhandeld zal worden of als de onderhandelingen nergens op uit zijn gekomen, dan neemt u de verwachte kosten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

- Mochten er t.z.t. nieuwe onderhandelingen starten omdat bijvoorbeeld een zorgaanbieder dermate veel zorg heeft geleverd dat hij in financiële problemen raakt als vast wordt gehouden aan een plafond, dan kunt u de verruiming opnemen als lopende onderhandelingen. Zodra overeenstemming is bereikt specificieert u dit bij de verwachte lasten van de gecontracteerde zorg en past u zo nodig het maximale plafond aan.
- **Contractinformatie MSZ, gegevens per instellingen (AGB)**
In overleg met de NZa is besloten om in deze uitvraag af te zien van een categorie lopende onderhandelingen.
In plaats van de lopende onderhandelingen geeft u de schade per instelling bij de meest waarschijnlijke contractvorm op zoals u die verwacht op basis van de lopende afspraken en aanvullende inzichten.
 - Als u verwacht dat de onderhandelingen succesvol zullen zijn dan neemt u dit mee in de raming van de specificatie van de gecontracteerde zorg.
 - Als u verwacht dat de onderhandelingen nergens op uitkomen dan neemt u de verwachte kosten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

Moet een contract met meerdere AGB's altijd worden verklaard? En wordt dit bij de aansluitcontrole tussen de ASCII en kwartaal- en jaarstaten door het Zorginstituut en de NZa uit de opgave gehaald?

Elke AGB moet inderdaad worden gespecificeerd. 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. Dit betekent inderdaad voor de NZa en het Zorginstituut dat zij voor de aansluitcontrole tussen de KVS en de gegevens per instelling (ASCII) per verzekeraar op contractnummer moeten filteren om dubbeltellingen te voorkomen

Kan voor niet gecontracteerde zorg in het ASCII bestand gebruik worden gemaakt van een dummy AGB?

Dit is niet mogelijk. De NZa wil per AGB en verzekeraar weten of er sprake is van een contract en zo ja, wat voor type deelcontracten er zijn.

Is een aansluiting tussen de kosten in de uitvraag en de binnen de Zvw vergoede zorg door een instelling gewenst?

Ja, dit is gewenst. Met ingang van schadear 2020 is daarom een post 'ongecontracteerde zorg' toegevoegd. Er kan zich de situatie voordoen dat met een instelling wel een contract is gesloten, maar dat niet alle door die instelling geleverde zorg binnen het contract valt. In dergelijke gevallen is er een verschil tussen de kosten van het totaal van de aan een instelling vergoede zorg en de in de uitvraag opgegeven kosten. Als van de verwachte lasten deels buiten een contract vallen, dan rapporteert u dit deel als niet-gecontracteerde zorg.

Dient contractinformatie voor jaar T-2, om aansluiting te behouden met de Kostenverzamelstaat, inclusief naschade 2016 en eerder opgeleverd te worden?

Wij vragen inderdaad om de aansluiting te behouden door contractinformatie incl. naschade op te leveren. We realiseren ons dat we dan geen zuivere contractinformatie van T-2 aangeleverd krijgen.

Met deze uitbreiding willen we naast inzicht krijgen in de definitieve kosten per financieringskeuze ook

- zicht krijgen hoe een bijstelling in de ramingen van de kostenverzamelstaat is verdeeld over de verschillende financieringstypen (ongeacht of dit T-2 of oudere jaren betreft)(bijvoorbeeld: Is een kostenverhoging vooral te herleiden aan gecontracteerde zorg? En zo ja, komt dit door plafond verhogingen?) en
- de volledigheid van contractinformatie MSZ, gegevens per instelling kunnen toetsen

'Wat zijn de voorgenomen wijzigingen en aandachtspunten voor het komende jaar (2021)?'

Rubriek 09 Ziekenvervoer

Samen met Zorgverzekeraars en Ambulancezorg Nederland heeft NZa een versnelling in de budgetcyclus voor Regionale Ambulancevoorzieningen uitgewerkt. De definitieve opbrengstverrekening is met een jaar vervroegd. Om dit te realiseren is in de regelgeving voor 2019 een aanpassing opgenomen. Tot en met 2018 wordt de definitieve opbrengstverrekening gebaseerd op marktaandelen per uzovi-code berekend met gegevens van zorgverzekeraars. De brongegevens ontvangt de NZa van Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut verkrijgt deze gegevens van zorgverzekeraars via de uitvraag KOSTEN REGIONALE AMBULANCEVOORZIENINGEN 2019 via het Handboek. Tot en met schadejaar 2018 zal de uitvraag via het Handboek plaatsvinden. 2018 rapporteren verzekeraars in de Jaarstaat 2019. Deze uitvraag maakt deel uit van het Handboek 2020. Met ingang van het Handboek 2021 vervalt de huidige uitvraag. Vanaf 2019 baseert de NZa de marktaandelen op nacalculatie-opgave van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven in de nacalculatie de opbrengsten per uzovi op.

FAQ 2019

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

640 Antibacteriële verbandmiddelen

Waar en op welke wijze worden de antibacteriële middelen gerapporteerd?

Evenals de niet antibacteriële middelen vallen door de Voorwaardelijke Toelatingen (VT) ook de antibacteriële middelen volgens het Handboek onder de rubriek Hulpmiddelen (kostencode 640). Verder geeft het Handboek algemene regels over hoe om te gaan met lumpsum bedragen. Deze algemene regels zijn ook hier van toepassing.

Rubriek Baten Zvw

940 Premie opbrengsten

Wat moet er precies gerapporteerd worden bij zorgcode 940 netto premieopbrengsten?

Bij de nominale premie geldt het algemene principe van de kostenverzamelstaat dat de transactie wordt geregistreerd in de periode waarop de tegoeden of verplichtingen betrekking hebben. De kopjes 'lasten' bij de Baten Zvw (Handboek 2019 p.34) zorgden voor verwarring, hierdoor is met ingang van de tweede kwartaalstaat 2019 in de tabel 'Baten Zvw' de term 'lasten' aangepast in 'baten'. Dit zal ook in het Handboek aangepast worden.

Wat is het doel om de netto premieopbrengst uit te vragen?

Met het monitoren van de nominale premie dragen wij bij aan het verwezenlijken van de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. Deze aanbevelingen geven relevante aspecten en/of knelpunten van het zorgstelsel weer. Om het maatschappelijke debat maximaal te kunnen ondersteunen hebben we onderzocht welke definitie het meest gangbaar is. Uit dit onderzoek blijkt dat veel van onze ketenpartners (o.a. CPB en VWS) de definitie van het CBS volgen. Navraag leverde op dat het CBS volgens het Europees Systeem van Rekeningen (ESR) verplicht is om de daadwerkelijk geïnde premies te registreren oftewel de netto premies. Een belangrijk aspect van deze definitie is dat deze als grondslag dient voor de rekenpremie welke moet voldoen aan de 50-50 bepaling van de Zvw (art 45 lid4). Op dit moment zijn alle genoemde partijen afhankelijk van de beschikbare openbare bronnen. Bij gebrek aan een directe (aansluitende) waarneming maken zij gebruik van rekenmodellen. Het uitgaan van meerdere veronderstellingen en ontbreken van een duidelijk omschreven opgelegde definitie en een aansluitende frequentie, brengt verschillende risico's met zich mee. Om de kwaliteit van de registratie van premieontvangsten en de raming van de rekenpremie te verbeteren hebben we dan ook gehoor gegeven aan de roep om een consistente eenduidige uitvraag.

'Wat zijn de ingevoerde wijzingen en aandachtspunten voor 2020?'

Zie handboek 2020 paragraaf 1.4.3 en 1.4.4 (p.21 t/m p.24):

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/12/19/handboek-informatie-zorgverzekeringswet-2020>