

WIJZIGINGEN PER JAAR

In dit document worden, per verslagjaar- vanaf 2007, de belangrijkste Wijzigingen in het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet beschreven.
Alle vervallen, gewijzigde en nieuwe uitvragen worden per verslagjaar weergegeven.

Inhoudsopgave

Inhoud

1 Wijzigingen 2007 (versie Handboek november 2007)	1
2 Wijzigingen 2007 (versie Handboek december 2007)	5
3 Wijzigingen 2008 (versie Handboek december 2007)	6
4 Wijzigingen 2008 (versie Handboek augustus 2008)	9
5 Wijzigingen 2009 (versie Handboek januari 2009)	11
6 Wijzigingen 2009 (versie Handboek april 2009)	14
7 Wijzigingen 2009 (versie Handboek augustus 2009)	15
8 Wijzigingen 2010 (versie Handboek december 2009)	17
9 Wijzigingen 2010 (versie Handboek januari 2010)	20
10 Wijzigingen 2010 (versie Handboek april 2010)	21
11 Wijzigingen 2010 (versie Handboek juli 2010)	22
12 Wijzigingen 2011(versie Handboek december 2010)	23
13 Wijzigingen 2012 (versie Handboek december 2011)	26
14 Wijzigingen 2012 (versie Handboek maart 2012)	31
15 Wijzigingen 2013 (versie Handboek december 2012)	34
16 Wijzigingen 2013 (versie Handboek april 2013)	39
17 Wijzigingen 2014 (versie Handboek december 2013)	41
18 Wijzigingen 2014 (versie Handboek januari 2014)	45
19 Wijzigingen 2014 (versie Handboek april 2014)	46
20 Wijzigingen 2015 (versie Handboek december 2014)	47
21 Wijzigingen 2015 (versie Handboek april 2015)	53
22 Wijzigingen 2016 (versie Handboek december 2015)	55
23 Wijzigingen 2016 (versie Handboek februari 2016)	59
24 Wijzigingen 2017 (versie Handboek december 2016)	60
25 Wijzigingen 2017 (versie januari 2017)	63
26 Wijzigingen en aandachtspunten 2018 (versie december 2017)	64
27 Wijzigingen en aandachtspunten 2019 (versie december 2018)	68
28 Wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie december 2019)	71
29 Wijzigingen 2020 (februari 2020)	74
30 Wijzigingen 2020 (juli 2020)	75
31 Wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie december 2021)	76
32 Wijzigingen 2021 (april 2021)	79

1 Wijzigingen 2007 (versie Handboek november 2007)

Algemeen

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

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

Specifiek

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

kostenverzamelstaat gearceerd. In de kolommen 3 en 4 kunt u nog nagekomen declaraties en verrekening oude jaren over 2006 verantwoorden.
In de specificatie van code 613 in de jaarstaat, specifieke informatie A, neemt u de

kosten van audiologische centra op dezelfde regel op als de kosten van andere instellingen die volgens eenzelfde percentage worden toegedeeld naar vaste en variabele kosten (ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra en radiotherapeutische centra).

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

- Extramuraal werkende specialisten

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

- Opbrengstverrekening

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

Rubriek 07 Paramedische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

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

specificatie van de kosten van hulpmiddelenzorg in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie C, specificeert u deze kosten op een aparte regel.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

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

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

Opbrengstenverhaal

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

No-claim

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

Betalingsachterstanden nominale premie

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

januari 2008 aan de zorgverzekeraars bekend maken.

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

- Met ingang van de kwartaalstaten 2007 hoeft u in de specifieke informatie C het aantal verzoeken om verzekering niet langer op te geven.

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

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

Gemiddeld aantal verzekerden in de jaarstaat

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

De controle van de accountant is daardoor gericht op de aangeleverde

verzekerdenstanden in de kwartaalstaten voor de maanden maart tot en met december.

2 Wijzigingen 2007 (versie Handboek december 2007)

Specifiek

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

Betalingsachterstanden nominale premie en opbrengstverrekening

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

3 Wijzigingen 2008 (versie Handboek december 2007)

Algemeen

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten

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

Kosten per deelbijdrage

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

No-claim en verplicht eigen risico

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

4 Wijzigingen 2008 (versie Handboek augustus 2008)

Algemeen

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek Mondzorg

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

Rubriek 07 Paramedische zorg

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

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

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Overige specificaties

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

5 Wijzigingen 2009 (versie Handboek januari 2009)

Algemeen

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

- De kosten van diagnostiek en behandeling van dyslexie verantwoordt u in de kwartaal- en jaarstaten bij code 662.

Algemeen
Wijzigingen per jaar
2009

- In de specificatie van code 663 in de jaarstaat, specifiek informatie C, vervalt de regel "PGB's op basis van overgangsregel". Er vindt nog wel verantwoording van kosten over oude jaren plaats.

6 Wijzigingen 2009 (versie Handboek april 2009)

Algemeen

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

Specifiek

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

7 Wijzigingen 2009 (versie Handboek augustus 2009)

Algemeen

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

Specifiek

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

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

Gegevensvraag hogekostencompensatie

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

8 Wijzigingen 2010 (versie Handboek december 2009)

Algemeen

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

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

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

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

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- Bij de specificatie in de jaarstaat specifieke informatie A moeten de kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland- via verzekeraar, worden gesplitst in kosten van verzekerden

jonger dan 18 jaar en kosten verzekerden 18 jaar en ouder.

Kosten naar deelbijdrage

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

Informatie tbv afrekeningen met het buitenland

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

Opbrengstverrekening

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

9 Wijzigingen 2010 (versie Handboek januari 2010)

Specifiek

Betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

10 Wijzigingen 2010 (versie Handboek april 2010)

Specifiek

Aanleverkalender

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

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Verschil posten schade DNB

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

Kosten eigen instelling zorgverzekeraar

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

Opbrengstverrekening

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

11 Wijzigingen 2010 (versie Handboek juli 2010)

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

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

12 Wijzigingen 2011(versie Handboek december 2010)

Algemeen

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

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

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 huisartsenzorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 09 Ziekenvervoer

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

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

13 Wijzigingen 2012 (versie Handboek december 2011)

Algemeen

Balanspost

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

Oude en nieuwe B-dbc's

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

SKMS

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

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

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

- specificatie van kostencomponent DBC's A-segment naar instellingen (2.2.3). Nog wel specificatie oude jaren.
- In de specificatie van code 610 naar instellingen, in de kwartaal- en jaarstaat specifieke informatie C, worden de 'kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' afzonderlijk opgevraagd. De specificatie van code 610 in de jaarstaat van 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria' komt te vervallen.
- Het experiment St. Maartenskliniek is in 2012 beëindigd, er is geen sprake meer van de zgn. experimentele DBC's SMK. De dbc-zorgproducten van De St. Maartenskliniek worden als alle andere dbc-zorgproducten ingedeeld in het gereguleerde- of het vrije segment.
- DBC wordt dbc-zorgproduct. De huidige uitvraag blijft gehandhaafd, alleen de naamgeving bij de codenummers 613 tot en met 615 en 619 verandert in dbc-zorgproduct. A-segment en B-segment gaan respectievelijk het gereguleerde – en het vrije segment heten. Omwille van de leesbaarheid zullen wij, zeker in de formats waarin meerdere jaren worden opgevraagd, op verschillende plaatsen blijven praten over A - en B-segment.
- Er wordt een nieuwe code toegevoegd voor de add-on's, 612, voor alle instellingen en zorgverleners. Add-on's zijn de prestaties IC en de dure en weesgeneesmiddelen. In de specifieke informatie C in de kwartaalstaten wordt een specificatie gevraagd van de add-on's dure en weesgeneesmiddelen naar 4 groepen instellingen.
- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie verder hieronder bij Uitvoering risicoverevening.

Rubriek 07 Paramedische zorg

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

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

Uitvoering risicoverevening

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

- u per DBC GGZ een aantal gegevens op.
- Gegevensuitvraag Kosten per verzekerde
In 2012 worden twee bestanden aangeleverd. Kosten per verzekerde 2009 met een assurancerapport. Kosten per verzekerde 2010, zonder een assurancerapport.
In beide bestanden wordt een record toegevoegd met Schadebedrag GGZ. De schade moet worden gecorrigeerd voor opbrengstverrekening op basis van verrekenpercentages van de NZa.

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

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

14 Wijzigingen 2012 (versie Handboek maart 2012)

Algemeen

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

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

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Uitvoering Risicovereeniging

- In de specifieke informatie A moet u de kosten van de kosten- en honorariumcomponent specificeren van de DBC zorgproducten die in 2012 zijn aangemerkt als expertproduct (deel code 613 t/m 616 en 619). Een overzicht van deze expertproducten kunt u vinden op website van DBC-onderhoud.
- De kosten van de ontvangen en geaccepteerde declaraties van stollingsfactoren

(hemostatica), zoals verantwoord bij code 618, werden al gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie C. Voor de uitvoering risicoverevening is het nodig dat tevens de kosten 2012 inclusief balanspost worden gespecificeerd in de jaarstaat, specifieke informatie A. In 2012 betreft het de declaratiecodes 191801 tot en met 191883.

Aanvullende informatie risicoverevening

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

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

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

15 Wijzigingen 2013 (versie Handboek december 2012)

Algemeen

Vervroeging aanlevering vanaf 2013

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

Afspraken lumpsum, plafond etc.

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

1^e Kwartaalstaat

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

Aantallen

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

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 05 Verloskundige zorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Voor wijzigingen van de specificaties in de specifieke informatie A zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening.
- Bij code 545, specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie, hoeven de kosten en

aantallen van paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie niet meer apart gespecificeerd te worden. Bij de specificatie van deze code in de jaarstaat specifieke informatie C wordt bij de kosten gevraagd naar implantaten, overige prestaties (waaronder paradontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie) en het totaal van code 545. Bij de aantallen worden alleen aantal implantaten (code 238060) gevraagd.

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

Rubriek 07 Paramedische zorg

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

Rubriek 08 hulpmiddelen

- In de gegevensuitvraag wordt m.i.v. 2013 geen onderscheid meer gemaakt in hulpmiddelen in eigendom en hulpmiddelen in bruikleen. De specificatie in de jaarstaat wordt, op enkele uitzonderingen na, niet meer op monitorcodeniveau maar op categorieniveau gevraagd. T.o.v. 2012 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 2, 4, 5,

17 en 30. De categorieën 8, 25, 33 en 34 zijn vervallen, er vindt hier nog wel specificatie over 2012 plaats. Categorie 2 is uitgebreid; deels met hulpmiddelen die uit een andere categorie komen (nl 8, 17, 30, 33 en 34) en deels met hulpmiddelen die overkomen uit de AWBZ-uitleen. Categorie 4 wordt uitgebreid met brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot 18 jaar. Bij categorie 5 worden hulpmiddelen uit 17, 25 en 33 toegevoegd. Een aantal hulpmiddelen uit categorie 17 is verplaatst naar 2 en 5. Categorie 30 is uitgebreid met hulpmiddelen die overkomen van de AWBZ-uitleen, een klein aantal hulpmiddelen is verplaatst naar categorie 2. Het format van de jaarstaat 2013 is in deze versie van het Handboek al toegevoegd.

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Paragraaf 3.2 Regeling wanbetalers

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

Uitvoering risicoverevening

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

- Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische hulp (deel code 617)
- Kosten hemostatica/stollingsfactoren (deel code 618).

Aanvullende informatie risicoverevening

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

16 Wijzigingen 2013 (versie Handboek april 2013)

Algemeen

Kosten toerekenen naar jaar van aanvang

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

Landelijk Schakelpunt (LSP)

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

17 Wijzigingen 2014 (versie Handboek december 2013)

Algemeen

Er zijn nog drie nagekomen wijzigingen voor de jaarstaat 2013.

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

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

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

Vervroeging aanlevering

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

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

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek 04 Mondzorg

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg

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

Rubriek 09 Ziekenvervoer

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

Rubriek 10 Geneeskundige GGZ

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

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

Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

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

specifieke informatie A, gespecificeerd worden naar kosten ondersteuning eerstelijnszorg, kosten projectgelden GGZ en SKMS.

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

Uitvoering risicoverevening

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

Opbrengstverrekening

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

18 Wijzigingen 2014 (versie Handboek januari 2014)

Specifiek

Aanvullende informatie risicoverevening

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

19 Wijzigingen 2014 (versie Handboek april 2014)

Algemeen

Wijziging in hoofdstukindeling

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

Naamswijziging

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

Specifiek

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

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

20 Wijzigingen 2015 (versie Handboek december 2014)

Algemeen

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

In overleg met de NZa is besloten dat het Zorginstituut voor nieuwe verrekeningen met regionale ambulancevoorzieningen, huisartsenlaboratoria en trombosediensten geen correcties meer uitvoert op de schadelastbedragen in de jaarstaat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar moet de informatie van de NZa over deze verrekeningen zelf in de kwartaal- en jaarstaten verwerken bij de betreffende codenummers, in het verslagjaar waarin u de bedragen voorlopig dan wel definitief verrekent. Voor zover mogelijk houdt u in de kwartaal- en jaarstaten in de balanspost ook rekening met de meest actuele inschatting van deze verrekeningen. Opbrengstverrekening via de NZa vindt met huisartsenlaboratoria en trombosediensten plaats over de jaren 2012 en 2013 en met regionale ambulancevoorzieningen over het jaar 2012 en verder. In de bestanden Kosten per verzekerde 2012 en 2013 moet u de verrekeningen over het betreffende jaar verwerken (zie paragraaf 5.7.1. en 5.7.2.).

- Zorginkoop in representatiemodel
Wij hebben begrepen dat ZN/zorgverzekeraars het voornemen hebben om in 2015 de prestaties verpleging en verzorging, de experimenten ketenzorg dementie en de prestaties voor zintuiglijk gehandicapten volgens het representatiemodel in te kopen. De (verwachte) toerekeningen aan ieders verzekerden moeten volgens een logische verdeling plaatsvinden en moet u verantwoorden in de kwartaal- en jaarstaten bij de betreffende codenummers, in de specificaties en in de bestanden Kosten per verzekerde.
Voor de prestatie wijkgericht werken int ZN een bedrag per verzekerde bij de zorgverzekeraars, dat u verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten.
- Contractinformatie
In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut voortaan de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten. Deze uitvraag (en rapportage aan VWS) werd tot nu toe door de NZa gedaan. De uitvraag in de kwartaalstaten is beperkter. De gegevens over 2015, voor de Medisch specialistische zorg en de Geneeskundige GGZ, vragen we op in de 4^e kwartaalstaat 2014 (!) en in de 2^e kwartaalstaat 2015.
- Aanlevering gegevens met accountantsproduct in 2015
In deze versie van het Handboek is de brief van 5 november 2014 (2014095994) 'Aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2015' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk

Hoofdstuk 6. Ten opzichte van deze brief zijn er op dit moment de volgende Wijzigingen te melden in verband met de problematiek rond de verantwoordingen van somatische en GGZ-instellingen:

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

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

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

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

een aantal kosten gespecificeerd worden. Een aantal deelbedragen wordt samengevoegd en er komt een nieuw deelbedrag bij. Voor meer informatie zie hieronder bij Uitvoering risicoverevening;

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

Specifiek

Informatie t.b.v. afrekeningen met het buitenland

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

Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

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

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 09 Ziekenvervoer

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

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

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

Rubriek 13 Overige kosten

- Bij code 700 vervallen de volgende prestaties
 - Kosten beleidsregel NZa samenwerking 1e lijn
 - MDZ DM
 - MDZ CVR
 - MDZ COPDDeze prestaties gaan naar rubriek 01
- Bij code 700 komt een nieuwe prestatie
 - Experimenten ketenzorg dementie
- Bij code 701 komen drie nieuwe prestaties

- Voetzorg bij Diabetes Mellitus
- Koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
- Regiefunctie complexe wondzorg

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

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

Uitvoering risicoverevening

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

Aanvullende informatie risicoverevening

- Er is een nieuwe gegevensvraag Add-ons geneesmiddelen 2013, dit bestand wordt aangeleverd zonder accountantsproduct.
- Het bestand DBC-gegevens GGZ 2013 moet worden aangeleverd met een assurance-rapport. In het record voor de deelprestatie verblijf vragen wij om de begin- en einddatum van de deelprestatie op te geven.
- In het bestand Kosten per verzekerde 2012 moeten verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen lumpsumfinanciering c.q. overschrijding van de gedeclareerde prestaties ten opzichte van de plafondafspraken, op verzekerdeniveau verwerkt worden. Er is in 2012 geen HKC-opgave somatisch meer, dit kunt u dus niet meer als basis nemen. Bij de aanlevering in 2015 moet u een hoger versienummer dan bij de aanlevering in 2014 hanteren.
- In de bestanden Kosten per verzekerde 2012 en 2013 betreft u tevens de informatie van

de NZa over verrekeningen 2012 en 2013 met huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten en regionale ambulancevoorzieningen.

- Met ingang van de HKC-opgave over 2012 is de HKC somatisch vervallen. Voor de HKC-opgave GGZ wordt 90% ipv 100% van de kosten boven het drempelbedrag van €10.000 verevend.

Opbrengstverrekening

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

21 Wijzigingen 2015 (versie Handboek april 2015)

Algemeen

Aanleveringen in 2015 over 2011

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

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

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

Contractinformatie, rubriek 06 en rubriek 10

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

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

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

Aanvullende informatie risicoverevening

- In paragraaf 5.7.1 en 5.7.2 bij de toelichting onder 'opbrengstverrekening' zijn de teksten

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

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

Declaratiegegevens

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

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

22 Wijzigingen 2016 (versie Handboek december 2015)

Algemeen

Nagekomen wijziging in de jaarstaat 2015.

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

Heraanlevering bestand persoonskenmerken 2015

Eind 2015 wordt de software vernieuwd waarmee persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd. Daarbij zullen wij overgaan op nieuwe pseudoniemen voor het BSN en het adres. Om de conversie goed te kunnen uitvoeren is het nodig dat alle zorgverzekeraars het bestand met persoonskenmerken 2015 in 2016 nogmaals aanleveren. Het gaat uitsluitend om het bestand dus niet de bestuursverklaring en het assurancerapport. U wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd als de nieuwe software beschikbaar is en de heraanlevering van het bestand persoonskenmerken 2015 kan plaatsvinden.

Onderhanden werk.

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

Contractinformatie.

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

De Regeling Wanbetalers schuift op naar paragraaf 3.3.

Aanlevering gegevens met accountantsproduct.

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

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

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

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

Specifiek

Rubriek 02 Farmaceutische zorg

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

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

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

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

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

Rubriek 08 Hulpmiddelen

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

Rubriek 09 Ziekenvervoer

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

Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

- De uitvraag contractinformatie gaat naar paragraaf 3.2.

Rubriek 13 Diverse Overige kosten

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

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

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

Rubriek 16 kwaliteitsgelden

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

Contractinformatie

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

Zie verder 3.2

Uitvoering risicoverevening

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

Aanvullende informatie risicoverevening

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

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

Opbrengstverrekening

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

Declaratiegegevens

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

23 Wijzigingen 2016 (versie Handboek februari 2016)

Algemeen

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

Specifiek

Rubriek 06 Medische specialistische zorg

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

24 Wijzigingen 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 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 Zw 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 verzekerdenraming 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 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 bij 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.

25 Wijzigingen 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.

26 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 gecontracteerd

In de specificatie van code 510 'Multidisciplinaire zorg' worden de eerste 2 prestaties gespecificeerd onder 'Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 en multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement' 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 overig

U 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

immunotherapie'.

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 (somaatich) 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.

27 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 immuuntherapie 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-artikelnnummer, 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.

28 Wijzigingen en aandachtspunten 2020 (versie december 2019)

Algemeen

- Met betrekking tot 2019 hebben wij een aantal aanvullingen voor de volgende rubrieken:
 - Rubriek 2 Farmaceutische zorg
Zoals aangekondigd in Handboek 2019 wordt de specificatie van 520 'Farmaceutische zorg' in Specifieke informatie C met ingang van de jaarstaat 2019 gewijzigd. De definities kosten en productie van de Farmaceutische zorg zijn tekstueel aangescherpt (zie paragraaf 4.3)
 - Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
Duiding acute GGZ (zie paragraaf 4.3).
 - Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg (GOZ)
Op meerdere punten is de toelichting van de 'Grensoverschrijdende zorg' aangescherpt (zie hoofdstuk 2, 3 & 4).
 - Baten Zvw
Bij de definitie van de kostencode 940 'Netto premieopbrengsten' leidde de woordkeuze 'ontvangen netto premies' tot verwarring. We spreken nu van 'geboekte netto premies' om de uitvraag op transactiebasis te benadrukken.
 - Contractinformatie
Met ingang van jaarstaat 2019 verantwoordt u onder alle specificaties Contractinformatie ook het jaar T-2.
- Vanaf 2019 maakt het Ministerie van VWS officieel gebruik van de 1^e kwartaalcijfers. Dit wordt toegelicht in paragraaf 1.3 'Gebruik van de uitvraag conform het Handboek'.
- De kopjes 'aantallen' in alle tabellen worden nader gespecificeerd, zodat de eenheid in één keer duidelijk is.
- In het format van de gegevensuitvraag wijzigt het invulblad voor de **kwartaalstaten** niet meer gedurende het jaar. De gegevens die in een bepaald kwartaal niet uitgevraagd worden, worden duidelijk gemarkeerd. De jaarstaat van jaar T wordt opgenomen in het Handboek van T+1. Wij streven er naar om de opvolgende jaarstaat zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij het format van de kwartaalstaten.
- Per 2020 komt de uitvraag van Specifieke informatie C voor de volgende rubrieken te vervallen:
 - Rubriek 3 Verpleging en Verzorging
 - Rubriek 4 Mondzorg
 - Rubriek 10 GGZDe laatste uitvraag hiervoor vindt plaats in de jaarstaat van 2019.
- In hoofdstuk 3, specifieke informatie C is een overzicht toegevoegd waarin voor elke rubriek aangegeven wordt wanneer specificaties aangeleverd moeten worden.
- Met ingang van de aanleveringen in 2020 levert u alle bestanden en/of documenten aan bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut zorgt voor de doorlevering aan de Nza.
- In deze versie van het Handboek is de brief van november 2019 (2019039047) 'Aanlevering gegevens risicoverevening Zvw mét accountantsproduct in 2020' verwerkt. Voornamelijk in H5 en H6. In deze brief is de informatieuitvraag 'Wanbetalersbijdrage' (paragraaf 2.4) niet benoemd.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg

- In 2020 wordt de prestatie 'Deelname programma OPEN' opgenomen in de huisartsenzorg:
 - De eenmalige opslag op het inschrijftarief op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde patiënt verantwoordt u onder de kostencode 505 'Inschrijftarieven'.De tweede declaratiestroom voor het programma OPEN is een eenmalige opslag op het consulttarief voor een gemoedsbezwaarde. Deze groep valt buiten de Zvw en daarmee buiten de verantwoording van het Handboek.

Rubriek 03 Verpleging en Verzorging

- De Specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 04 Mondzorg

- De Specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 05 Verloskundige zorg

- De prestatie 'Integrale geboortezorg' gaat van rubriek 13 'Diverse overige kosten' naar rubriek 5 'Verloskundige zorg'. Deze prestatie krijgt kostencode **582**. Hiermee vervalt in de Specifieke informatie C van code 700 'Overige kosten' de prestatie 'Kosten Integrale geboortezorg'. Per 2020 gaat deze wijziging in. De jaren T-1 en T-2 rapporteert u nog wel onder rubriek 13 'Diverse overige kosten' in de kostencode 700 'Overige kosten'.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- De OZP's paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, ergotherapie en dieetadviesing worden verantwoord bij de rubriek Paramedische zorg. De OZP's prestaties optometrie en orthoptie worden verantwoord bij code 701.

Rubriek 07 Paramedische zorg

- De prestatie 'Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)' gaat van rubriek 13 'Diverse overige kosten' naar rubriek 7 'Paramedische zorg'. Deze prestatie krijgt kostencode **626**. Hiermee vervalt in de Specifieke informatie C van code 700 'Overige kosten' de prestatie 'Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie'. Per 2020 gaat deze wijziging in. Het jaar T-1 rapporteert u nog wel onder rubriek 13 'Diverse overige kosten' in de kostencode 700 'Overige kosten'.
- De OZP's paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, ergotherapie en dieetadviesing worden verantwoord bij de rubriek Paramedische zorg, bij respectievelijk code 623, code 624 en code 625. Prestaties dieetadviesing in het kader van MDZ worden verantwoord bij code 510.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

- Onder de kosten van ziekenvervoer vallen vanaf 2020 ook de kosten van ziekenvervoer in verband met geriatrie revalidatiezorg, Geriatrie revalidatiezorg wordt als categorie toegevoegd. Tot 2020 werden deze kosten vergoed vanuit de hardheidsclausule.
- Daarnaast wordt per 2020 de rubriek Ziekenvervoer uitgebreid met kosten logeervergoeding. U verantwoordt en specificeert deze kosten bij code 651.

Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

- De specifieke informatie C vervalt voor deze rubriek, zie 'Algemeen'.

Rubriek 11 Geriatrie Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen

- De naam van rubriek 11 wijzigt van 'Geriatrie Revalidatie en Eerstelijnsverblijf' naar 'Geriatrie Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen'. Nieuw is de van Wlz overgehevelde prestatie 'Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen' (GZSP). Deze prestatie krijgt kostencode **672**.

Rubriek 13 Diverse Overige Kosten

- In Specifieke informatie C van code 700 vervalt de prestatie 'Kosten gecombineerde Leefstijl Interventie', zie rubriek 07 'Paramedische zorg'.
- In Specifieke informatie C van code 700 vervalt de prestatie 'Integrale Geboortezorg', zie rubriek 05 'Verloskundige zorg'.
- Onder code 701 verantwoordt u ook de prestaties optometrie en orthoptie gedeclareerd als OZP medisch specialistische zorg.
- De clustering van prestaties bij 702 'Zintuiglijk gehandicapten' wijzigt. Tot en met 2019 waren de prestaties onderverdeeld naar 'Visuele beperking', 'Auditieve beperking' en

'Communicatiestoornissen als gevolg van taalontwikkelingsstoornis'. Met ingang van 2020 zijn de prestaties geclusterd in twee groepen:

- Visueel
- Auditief/communicatief

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

- Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Met ingang van 2020 wordt de naam gewijzigd in 'Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg'; Met ingang van 2020 komen de volgende kosten te vervallen: Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten.

Contractinformatie

- De uitvraag van de contractinformatie is zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Met ingang van 2020 zijn de verschillen tussen Q2, Q4 en de jaarstaat weggenomen.
- De toelichting in paragraaf 3.2 'Contractinformatie' is aangescherpt. Essentieel hierbij is dat u de specificatie contractinformatie MSZ en GGZ verantwoordt op basis van deelcontracten.

Contractinformatie MSZ per instelling

- De uitvraag contractinformatie MSZ op AGB-code niveau wordt uitgebreid met de variabele 'Niet-gecontracteerde zorg'.
- Op verzoek van zorgverzekeraars is de naamstelling en nummering van het aan te leveren document gewijzigd.
- Bij aanneemsommen en plafondafspraken is een extra positie in het detailrecord toegevoegd. Dit om debet en credit aan te geven in verband met nacalculatie bonus-malusregelingen.
- De uitvraag contractinformatie MSZ op AGB-code niveau wordt uitgebreid met de jaren T-1 en T-2. Om de administratieve lasten te beperken valt het peilmoment evenals de aanlevering aan Vektis in november. Deze aanvullende levering is terug te vinden in de Aanleverkalender van het Handboek Zvw (zie paragraaf 1.2).

Wanbetalers

- Met ingang van de jaarstaat 2019 wordt in de specifieke informatie A voor de Nza een financiële verantwoording van de wanbetalersbijdrage opgenomen (zie paragraaf 2.4).

29 Wijzigingen 2020 (februari 2020)

Algemeen

- Bij de opgaven 'Verzekerdenstand naar risicoklasse' (2.2.6) en 'Verzekerden zonder BSN' (5.2) is de rubriek 'geslacht' uitgebreid met de optie 'geslacht onbepaald'. De formats zijn hiertoe aangepast.
- Bij 'Informatie wanbetalersbijdrage' (2.4) is de toelichting bij 'Standaardpremie' en bij 'Ontvangen voorschot jaar T' uitgebreid.
- Paragraaf 3.2 Contractinformatie is op een aantal onderdelen verduidelijkt. Het gaat hierbij over de 'frequentie van aanlevering' en de toelichting op 'Gecontracteerde zorg', 'Lopende onderhandelingen' en 'Niet gecontracteerde zorg'.
- De record lay-out 'Contractinformatie Medisch specialistische zorg per instelling' is op een paar punten gewijzigd:
 - Het versienummer is opgehoogd naar 201503
 - Ongecontracteerde zorg loopt van positie 68 t/m 77, ipv 67 t/m 76
 - In de toelichting zijn bij 4. Bestandsnaam de items 'JJJJ', 'LL' en 'IIII' aangepast.
- In paragraaf 4.1 is de 4^e alinea tekstueel aangescherpt. Na deze alinea is een nieuwe alinea '*Signalering opvallende balanspost*' toegevoegd.
- De bestuursverklaringen bij H5 zijn gecorrigeerd. Abusievelijk stond hierin nog vermeld dat de bestuursverklaring en het assurance-rapport naar de Nza gestuurd moesten worden. Eerder hebben wij laten weten dat alle bestanden en documenten bij het Zorginstituut aangeleverd moeten worden.

30 Wijzigingen 2020 (juli 2020)

Door de SARS-COV-2 pandemie hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars kosten moeten maken die niet in de oorspronkelijke kwartaalstaten 2020 verwerkt/opgenomen kunnen worden. In deze versie van het Handboek vindt u de gewijzigde kwartaalstaat Zvw. Deze wijzigingen gelden vanaf de 2^e kwartaalstaat 2020.

De wijzigingen zijn als volgt:

- Specifieke informatie A
In de Kostenverzamelstaat, kwartaalstaat zijn de twee kolommen 'Lasten 2020' aangepast, hier zijn ook twee kolommen toegevoegd. De kolommen over 2019 en 2018 en ouder blijven ongewijzigd. Voor de overzichtelijkheid is de gegevensuitvraag over 2020 en de gegevensuitvraag over de jaren 2019 en 2018 in twee verschillende formats opgenomen. Voor meer informatie zie paragraaf 2.2.1.
De specificatie Kosten naar deelbijdrage is aangepast. Voor meer informatie zie paragraaf 2.2.2.
- Specifieke informatie C
In de specifieke informatie C is alleen de gegevensuitvraag 'Contractinformatie' aangepast. Zie paragraaf 3.2.

31 Wijzigingen en aandachtspunten 2021 (versie december 2021)

Algemeen

- Coronakosten
 - In dit wijzigingendocument worden de bestandsaanleveringen beschreven voor het Handboek 2021. Als gevolg van de coronapandemie zijn er in 2020 en in 2021 meer en/of andere kosten gedeclareerd. Dit zal invloed hebben op de registratie en de verantwoording van de kosten. Verschillende partijen, VWS, ZN, NZa en ZIN, zijn in overleg over hoe de coronakosten in de kostenverantwoordingen en in de catastrofebijdrage verwerkt moeten worden. Op dit moment, december 2020, is er nog onvoldoende duidelijkheid over hoe deze kosten in de verschillende gegevensuitvragen op te nemen. Het Zorginstituut heeft besloten om in deze versie van het handboek geen uitvraag van deze zgn. coronakosten op te nemen. De uitvraag coronakosten, zoals wij die in de kwartaalstaten Q2 t/m Q4 2020 gepresenteerd hebben blijft bestaan, maar in de uitvragen jaarstaat 2020 en kwartaalstaten 2021 zijn deze niet meer opgenomen. Hierop zijn enkele uitzonderingen:
 - Bij (bijna) alle rubrieken vragen wij in de kostenverzamelstaat naar de opgave van de continuïteits- bijdrage. Dit geldt voor de jaren 2020 en 2021, voor de GGZ ook voor 2019.
 - Bij de uitvraag contractinformatie, zowel voor 2020 als voor 2021, geeft u de 'Meerkosten' en de continuïteitsbijdrage op. Bij de 'meerkosten' spreken wij niet meer over type 2/5, maar over de toeslagen en lumpsum. De opgave contractinformatie medisch specialistische zorg, gegevens per instellingen, blijft ongewijzigd.U neemt in deze kwartaal- en jaarstaat niet de kosten op van de directe zorg voor COVID-19 patiënten.

De besluitvorming en toelichting voor de toepassing en de verantwoording van de catastrofebijdrage is nog in proces. Zodra hier meer bekend over is, zal het Zorginstituut dit zo spoedig mogelijk berichten.
 - In het Handboek 2020 is het volgende vermeld bij de wijzigingen en aandachtspunten van 2020: 'in het format van de gegevensuitvraag wijzigt het invulblad voor de kwartaalstaten niet meer gedurende het jaar. De gegevens die in een bepaald kwartaal niet uitgevraagd worden, worden duidelijk gemarkeerd. De jaarstaat van jaar T wordt opgenomen in het Handboek van T+1. Wij streven er naar om de opvolgende jaarstaat zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij het format van de kwartaalstaten.'

De uitbraak van Covid-19 heeft echter gevolgen gehad voor het format van de gegevensuitvraag Informatie Zorgverzekeringswet 2020. Het bovenstaande is niet meer van toepassing.
 - Paragraaf 1.2 - Aanlevering van declaratiegegevens
Per kalenderjaar 2021 moet er in de declaratiegegevens duidelijk worden aangegeven wanneer deze betrekking hebben op de patiënt gerelateerde coronakosten (type 1). Voor kosten gemaakt in 2020 gaan zorgverzekeraars deze indicator achteraf toevoegen. De concrete uitwerking hiervan wordt nog besproken in de diverse overleggroepen.
- Met ingang van het Handboek 2021 zijn de volgende uitvragen komen te vervallen:
 - Paragraaf 2.3 'Informatie ten behoeve van de opbrengstenverrekening'. De NZa

- stapt hiervoor over op een directe uitvraag bij de RAV's.
- Paragraaf 3.4 'Specificaties afrekeningen met het buitenland'. De EG-brief wordt niet meer gebruikt.
- Paragraaf 4.1 'Kostenbegrip' is geactualiseerd en sluit nu beter aan bij de publicatie van de Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw en Wlz in de Staatscourant.

Specifiek

Specifieke informatie C

Met ingang van de jaarstaat 2021 komt de uitvraag van Specifieke informatie C te vervallen voor de volgende rubrieken (zie hoofdstuk 3):

- Rubriek 01 'Huisartsenzorg' (let op: alleen de jaarstaat van 2021 komt te vervallen, de uitvraag van de tweede en vierde kwartaalstaten 2021 worden wel uitgevraagd)
- Rubriek 5 'Verloskundige zorg'
- Rubriek 11 'GRZ, ELV en GZSP'
- Rubriek 12 'Kraamzorg'

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Met ingang van 2021 wijzigt de bekostiging van de NTS. Een deel gaat via de VWS-begroting lopen. Een deel gaat via declaraties volgens de DBC systematiek (verantwoording bij DBC-zorgproducten). Het resterende deel gaat de NTS declareren en deze kosten verantwoordt u bij code 610.
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u met ingang van 2021 bij kostencode 612.1 'add-ons dure en weesgeneesmiddelen' en niet langer onder kostencode 611 'Overige zorgproducten'. In de specificatie van 611 in de specifieke informatie de jaarstaat vervallen de stollingsfactoren en deze worden in de specificatie van de add-on's toegevoegd aan de add-on's dure geneesmiddelen.
- Overheveling van de diverse diabeteshulpmiddelen (bijv. bloedglucosemeters) van de rubriek medisch specialistische zorg naar de rubriek 08 Hulpmiddelen. Op dit moment vallen de diabeteshulpmiddelen onder twee verschillende aanspraken in de Zvw:
 - aanspraak hulpmiddelenzorg (rubriek 08 Hulpmiddelen)
 - aanspraak geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden (rubriek 06 MSZ)

Het Zorginstituut heeft na veldconsultatie geadviseerd om per 2021 deze hulpmiddelen geheel onder de aanspraak hulpmiddelenzorg te laten vallen. De hiermee gemoeide middelen worden daartoe overgeheveld van de rubriek MSZ naar de rubriek hulpmiddelen.

Rubriek 09 Ziekenvervoer

Met ingang van 2021 wordt zittend ziekenvervoer van en naar de dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij GZSP vergoed. U verantwoordt deze kosten onder kostencode 651 'Vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen vervoer'. In de Specifieke Informatie C wordt de specificatie naar patiëntengroepen uitgebreid met de groep 'Geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen'.

Rubriek 10 GGZ

In 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de GGZ ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten, dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Het jaar waarin de zorg feitelijk wordt geleverd is bepalend voor de toerekening van de kosten. Dit betekent dat u de kosten van DBC's die in 2020 zijn gestart maar in 2021 worden afgesloten, verantwoordt onder het schadejaar 2020.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatie, ELV en GZSP

- Met ingang van 2021 zijn de laatste prestaties van de GZSP overgeheveld naar de Zvw. De term 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' is met ingang van 2021 gedefinieerd als: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zvw. Deze dient u in rubriek 11 te verantwoorden.
- Kostencode 672, Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen wordt uitgebreid met de medische verklaring wet zorg en dwang, op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa. De Nza gaat deze prestatie, met terugwerkende kracht, opnemen in deze beleidsregel.

Rubriek 16 Kwaliteitsgelden

Alle kwaliteitsgelden, op 1 na, zijn vervallen. Alleen de Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg blijft bestaan. In de specifieke informatie A verantwoordt u nog wel de kosten voor oude(re) jaren.

Contractinformatie

- Met ingang van de jaarstaat 2020 en de kwartaalstaten 2021 geeft u de meerkosten en de Continuïteitsbijdrage als volgt op
 - Meerkosten (toeslagen en lumpsum), gecontracteerd en niet gecontracteerd
 - Netto Continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd.
- Indien u een volgbeleid waarbij de inkoopafspraken van een representerende verzekeraar hanteert, is er per definitie een overeenkomst tussen u en de desbetreffende zorgaanbieder(s). Alle kosten voortvloeiend uit deze overeenkomst verantwoordt u ook onder de gecontracteerde zorg.

Wanbetalers

In het Handboek 2020 is de uitvraag van Wanbetalers van de NZa toegevoegd aan de jaarstaat. In het nieuwe format zijn de standaardpremies al ingevuld, de standaardpremie oude jaren hoeft u niet meer in te vullen.

Uitvoering Risicoverevening

- In de specificatie Kosten naar deelbijdrage vervallen de uitvragen naar Meerkosten Corona en de netto Continuïteitsbijdrage Corona weer.
- Bij rubriek 16 Kwaliteitsgelden specificeert u alleen nog de kosten van de Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg, de overige kwaliteitsgelden zijn vervallen. U specificeert de vervallen kosten nog wel voor de oude jaren.

Aanvullende informatie Risicoverevening

- In het bestand Farmaciegegevens worden de gegevens 'Voorgescreven dosering' en 'Gemiddelde dagdosering' voor de farmaciegegevens worden over 2020 niet meer uitgevraagd.
- In het bestand gegevens GGZ is aan de declaraties van ZZP's de ZZP GGZ-B VMR toegevoegd.
- Het bestand Kosten per verzekerde 2018 moet u aanleveren met een hoger versienummer dan het vorig jaar aangeleverde bestand. Ook moet u in deze definitieve versie de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties via een logische verdeelsleutel.
- In het bestand Fysiotherapie en oefentherapie is de uitvraag uitgebreid met 'Begindatum behandeling' en 'einddatum behandeling'.

32 Wijzigingen 2021 (april 2021)

Algemeen

- COVID-19 kosten
 - In dit wijzigingendocument wordt de nieuwe versie van de bestandsaanleveringen beschreven voor de 2e versie van het Handboek 2021. Als gevolg van de uitbraak van de coronapandemie zijn er in 2020 en 2021 extra kosten gedeclareerd. Dit heeft invloed op de verantwoording van de kwartaal- en jaarstaten & gegevens Risicoverevening.

In de vorige versie van het handboek was de uitvraag van COVID-kosten, zoals deze die in de kwartaalstaten Q2 t/m Q4 2020 gepresenteerd werden niet opgenomen. Deze versie van het handboek bevat wel de COVID-kosten in de uitvragen jaarstaat 2020 en kwartaalstaten 2021.

Let op:

In de algemene tekstgedeeltes is de tekst niet altijd aangepast aan de nieuwe manier van uitvraag, op specifieke plaatsen in het Handboek gaan wij in detail in op de gewijzigde uitvraag, vaak na 'Let op'.

De opbouw van format van de jaarstaat 2020 is vergelijkbaar met de kwartaalstaat Q4 2020. Door de bestaande onzekerheden over de exacte toedeling van de COVID-kosten betreffende de lasten 2020 in de Kostenverzamelstaat en de Specifieke informatie A 2020, wordt jaarlaag 2020 zonder accountantsproduct aangeleverd, maar met bestuursverklaring. De Kostenverzamelstaat 2019 2018, specifieke informatie A 2018 en de uitvraag 2020 Informatie wanbetalersbijdrage in de jaarstaat 2020 wordt met accountantsproduct aangeleverd.

Vanaf het eerste kwartaal van 2021 worden in de gegevensuitvraag van de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A) de kosten voor de Catastrofebijdrage gescheiden van de kosten van de Risicoverevening. De kosten voor de Catastroferegeling worden op een apart tabblad uitgevraagd. De twee tabbladen tezamen (reguliere kostenverzamelstaat en catastrofe kostenverzamelstaat) vormen de totale lasten Zvw.

Hierbij geldt voor jaarlaag 2021 het volgende uitgangspunt:

Kostenverzamelstaat Risicoverevening (regulier) = reguliere kosten + netto continuïteitsbijdragen

Kostenverzamelstaat Catastroferegeling = direct patiëntgebonden COVID-kosten + meerkosten corona, indirect en toeslagen.

Voor jaarlaag 2020 geldt dat direct patiëntgebonden COVID-kosten en meerkosten corona, indirect en toeslagen meelopen in het reguliere deel.

In de catastrofe kostenverzamelstaat zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregel rondom artikel 33 van de Zvw.

- Vanaf het vierde kwartaal 2021 wordt voor de jaren 2020 en 2021 gevraagd om een onderscheid te maken in de meerkosten corona. Deze meerkosten worden gesplitst uitgevraagd naar: 1. Meerkosten corona, indirect en 2. Meerkosten corona, toeslagen. deze splitsing is noodzakelijk om de kosten goed toe te kunnen rekenen aan de reguliere risicoverevening en de catastroferegeling.

Specifiek

Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ

Voor de huisartsenzorg vindt er voor 2020 nacalculatie plaats op de continuïteitsbijdrage. Deze verrekening vindt plaats via het inschrijftarief in het 4e kwartaal 2021. Deze verrekening van de kosten moet u verantwoorden bij de kosten 2020.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg

- Vanaf het jaar 2020 en verder specificeert u in de specifieke informatie A de kosten van ozp-stollingsfactoren (deel code 611) volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1a van de Regeling risicoverevening 2020. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3). 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). Deze specificatie is identiek aan de specificatie van de add-ons dure intramurale geneesmiddelen. M.i.v. 2021 verantwoordt u de stollingskosten bij code 612.1, u specificeert de stollingskosten dan ook onder 612.1

Contractinformatie

De uitvraag van het ASCII bestand contractinformatie MSZ per type instelling (AGB) voor de jaren T-1 en T-2 komt te vervallen met ingang van jaarstaat 2020. De uitvraag jaar T blijft bestaan.

Wanbetalers

Bij de wanbetalersbijdrage wordt de celverwijzing bij 'totale bijdrage' over '2018 en voorgaande jaren' weggehaald. U vult hier handmatig in wat de totale bijdrage is geweest over de jaren 2018 en ouder.

Aanvullende informatie risicoverevening

U levert de declaratiebestanden over 2020 aan inclusief de declaraties voor COVID-zorg. In 2022 levert u deze bestanden, farmaciekostengroepen-hulpmiddelenkostengroepen-fysiotherapie en oefentherapiekostengroepen, opnieuw aan. De gegevensopgave in deze bestanden blijft gelijk aan de aanlevering in 2021, alleen wordt er een kolom met een COVID-marker toegevoegd die aangeeft of een declaratie COVID-zorg betreft. Hierbij geldt dat er alleen een accountantsproduct vereist is op de toegevoegde kolom en de koppeling met het eerder aangeleverde bestand. Het Zorginstituut houdt daarbij rekening met het feit dat een tweede aanlevering (met controle) zinvol moet zijn.