

Gegevensuitvraag 2024

Begrippenlijst

aanleverkalender:	overzicht van de verplichtingen van zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders om gegevens aan te moeten leveren aan het Zorginstituut;
accountantsprotocollen NZa:	het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020, het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID-19-kosten ¹ , het accountantsprotocol Gegevensvraag Wlz-gegevens, vanaf 2019 en het protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders. Deze documenten van de NZa geven richtlijnen voor het door de accountant van de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor uit te voeren onderzoek naar de juistheid van de gegevens in de verantwoordingen Zvw en Wlz die met accountantsproduct moeten worden aangeleverd. Tevens geven deze protocollen aanwijzingen voor het rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag Zvw;
beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021:	beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 met inachtneming van de laatste herijking d.d. 27 september 2022;
CAK:	Centraal Administratiekantoor;
catastrofebijdrage:	bijdrage als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van de Zvw;
CBS:	Centraal Bureau voor de Statistiek;
coronapandemie:	pandemie ten gevolge van het SARS-CoV-2 virus die een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw;
COVID-19:	de ziekte die door het virus SARS-CoV-2 veroorzaakt wordt;
COVID-patiënten:	verzekerden die COVID-19 hebben of waarvoor de medische verdenking bestaat dat zij COVID-19 hebben. In deze gegevensuitvraag worden de COVID-patiënten ook aangeduid als COVID-19-patiënten, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
COVID-zorg:	zorg die aan COVID-patiënten geboden wordt voor de behandeling van COVID-19 of voor het herstel van COVID-19. In deze gegevensuitvraag wordt de COVID-zorg ook aangeduid als COVID-19-zorg, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
COVID-19-kosten:	kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de coronapandemie. In deze gegevensuitvraag worden de coronakosten ook aangeduid als COVID-19-kosten, daarmee is geen inhoudelijk verschil beoogd;
CPB:	Centraal Planbureau;
DBC:	diagnose behandeling combinatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Regeling zorgverzekering;
declaratiegegevens:	alle declaraties die de zorgverzekeraar van verzekerden of zorgaanbieders heeft ontvangen;
deelbedrag:	een deelbedrag als bedoeld in artikel 1, onderdeel n, van het Besluit zorgverzekering;
DNB:	De Nederlandsche Bank;
format:	schematische ordening van de aan te leveren gegevens;
formats jaar-, kwartaalstaat:	formats jaar- en kwartaalstaten als gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl ;

¹ Dit accountantsprotocol is een aanvulling op het reeds bestaande accountantsprotocol uit 2018 in verband met COVID-19

gegevens:	feitelijke informatie over de aantallen en kosten van declaraties voor de Zvw en Wlz, en/of (aanvullende) informatie over de betreffende verzekerden;
het Zorginstituut:	Zorginstituut Nederland genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zvw;
IZA:	Integraal Zorgakkoord;
MDZ:	Multidisciplinaire zorg;
modelovereenkomst:	modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1 van de Zvw;
niet-ingezetene (oude definitie):	een verzekerde die conform de uitvraag via de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2023 (en eerder) een niet-ingezetene is;
niet-ingezetene (nieuwe definitie)	een verzekerde die niet als ingezetene ingeschreven is in de Basisregistratie Persoonsgegevens op het peilmoment waarop het woonadres wordt vastgesteld;
NZa:	de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd in artikel 3, eerste lid van de Wet marktordening gezondheidszorg;
overloopkosten:	kosten voor declaraties uit een bepaald jaar die bij een zorgverzekeraar binnenkomen nadat dit jaar in de risicoverevening definitief is geworden ;
PGB:	Persoonsgebonden budget, als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
prestatie continuïteitsbijdrage:	kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de continuïteitsbijdrage als gesteld in de Prestatiebeschrijving- beschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01);
prestatie meerkosten:	kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de meerkosten als gesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus van de NZa (TB/REG-20656-01);
record lay-out:	schematische voorstelling van de kosten en/of kenmerken per verzekerde Zvw en Wlz;
RVE:	risicoverevening;
verrekening in verband met inhaalzorg:	de verrekening van de continuïteitsbijdrage met omzet gedurende de maanden dat de continuïteitsbijdrage van toepassing is en met omzet die het gevolg is van een eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna, blijkend uit een afspraak tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder daarover;
schadejaar:	het jaar waarin de schade is gemaakt;
transformatiemiddelen:	middelen beschikbaar gesteld door VWS om impactvolle transformaties in de zin van het Integraal Zorgakkoord 2022 mogelijk te maken;
VWS:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
Wlz:	Wet langdurige zorg;
Wlz-uitvoerder:	Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
zorgkantoor:	zorgkantoor als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
zorgverzekeraar:	zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zvw;
Vektis:	Uitvoeringsorganisatie van Zorgverzekeraars die onder andere informatie levert over gedeclareerde zorg;
ZPM:	Zorgprestatiemodel
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland;
Zvw:	Zorgverzekeringswet.

Inhoud

Begrippenlijst	2
Inhoud	4
Correcties in Gegevensuitvraag 2024, versie 2	5
1 Aan te leveren gegevens	6
1.1 Aanleverkalender	6
1.2 Leeswijzer	7
2 Bijzonderheden in de gegevensleveringen	8
3 Jaarstaat en kwartaalstaten	11
3.1 Schadejaren	12
3.2 Balansposten	14
3.3 Te verantwoorden kosten	14
3.4 Kostendefinities	14
3.5 COVID-19-kosten	19
3.6 Specifieke informatie C	21
4 Gegevens per verzekerde	23
4.1 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023	23
4.2 Persoonskenmerken 2024	25
4.3 Kosten per verzekerde	26
4.3.1 Kosten per verzekerde 2021	27
4.3.2 Kosten per verzekerde 2022	30
4.4 Farmaciegegevens 2023	31
4.5 Add-on geneesmiddelen 2022	32
4.6 DBC's somatisch 2022	32
4.7 GGZ-gegevens 2022	32
4.8 Hulpmiddelengegevens 2023	33
4.9 Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023	34
4.10 Wlz-gegevens 2023	34
5 Procedure gegevenslevering	36
6 Verwerking van gegevens door het Zorginstituut	39
Bijlage A Bestuursverklaringen	41
Bijlage B Record lay-outs	71
Bijlage C Format	94
Bijlage D Modelovereenkomsten	95
Bijlage E Uitvraag specifieke informatie A: detailinformatie RVE	97
Bijlage F Toelichting op de definities specifieke informatie C	100
Bijlage G Toelichting op de kostendefinities	105

Correcties in Gegevensuitvraag 2024, versie 2

Pagina	Onderwerp	Correctie
3	gegevens	De definitie van 'gegevens' in de begrippenlijst is aangescherpt.
3	IZA	De definitie van 'IZA' is toegevoegd aan de begrippenlijst
3	modelovereenkomst	De definitie van 'modelovereenkomst' is toegevoegd aan de begrippenlijst
3	schadejaar	De definitie van 'schadejaar' is toegevoegd aan de begrippenlijst
3	Overloopkosten	De definitie van 'overloopkosten' in de begrippenlijst is aangescherpt.
3, 9, 26, 74	Definitie niet-ingezetenen	<p>Het onderzoek naar de niet-ingezetenen dat op het moment van schrijven van de Gegevensuitvraag nog werd uitgevoerd, is inmiddels afgerond. De nieuwe definitie, die waarschijnlijk vanaf vereveningsjaar 2025 geldt, is opgenomen in de gegevensuitvraag en het record lay-out van het PER-bestand.</p> <p>Deze definitie is aangescherpt ten opzichte van de voorgaande versie van de gegevensuitvraag. Na overleg met het onderzoeksbureau en VWS blijkt dat het in de definitie van niet-ingezetenen gaat om iemand die niet <u>als ingezetene</u> is ingeschreven in de BRP.</p>
10, 34, 60-66, 88, 89	Bestuursverklaring Hulpmiddelengegevens en Hulpmiddelengegevens subset	Er zijn aparte bestuursverklaringen voor het complete bestand met assurancerapport, het complete bestand zonder assurancerapport en de subset opgenomen.
30	KPV 2022 – kosten SKION voor het schadebedrag 'Variabele kosten'	In de gegevensuitvraag van het KPV 2022 bestand stond onterecht dat '75% SKION' worden uitgevraagd voor de 'Variabele kosten'.
31	Farmaciegegevens	Voetnoot 28 m.b.t. magistrale bereidingen is nader verduidelijkt.
34	Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	In de uitvraag van het Fysiotherapie- en oefentherapiegegevensbestand is een verduidelijking toegevoegd over de aan te leveren gegevens.
56	Bestuursverklaring DBC's somatisch	In de bestuursverklaring van het DBC's somatisch bestand stond onterecht een passage over de COVID-marker. Deze is verwijderd uit de gegevensuitvraag.
82	Record lay-out Add-on geneesmiddelen	In de record lay-out van het Add on-geneesmiddelen bestand stond onterecht bij de variabele 'Schadebedrag in centen' bij het aantal posities '8' waar '9' hoort te staan.
86	Record lay-out GGZ-gegevens	In de record lay-out van het GGZ-gegevens bestand is bij de variabele 'Bron codering Diagnose' codering '0 Basis GGZ' toegevoegd. Daarnaast is een verduidelijking toegevoegd bij de variabele 'Omschrijving diagnose' en vult u de omschrijving uit met spaties als er sprake is van Basis GGZ.

1 Aan te leveren gegevens

Voor de uitvoering van haar wettelijke taak vraagt het Zorginstituut gegevens uit bij zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere instanties. Welke gegevens het Zorginstituut wil ontvangen, het moment en de wijze waarop wordt jaarlijks vastgelegd in de Gegevensuitvraag.² Daarin worden alle aan te leveren gegevens in de periode 1 februari T tot en met 1 februari T+1 beschreven.³

1.1 Aanleverkalender

Tabel 1 geeft een overzicht van de aan te leveren gegevens, de zogenaamde aanleverkalender.

Tabel 1 Aan te leveren gegevens

Wat	Afgekorte naam ⁴	Verslagperiode	Aanleverdatum	Benodigde accountantsproducten en bestuursverklaring ⁵
Kwartaalstaat Q4	KS4	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2023 en eerder ³	28 januari 2024	n.v.t.
Verzekerdenstanden	VZSTD	januari, februari en maart 2024	7 maart 2024	Bestuursverklaring
Kwartaalstaat Q1	KS1	1 ^e kwartaal 2024 en eerder	28 april 2024	n.v.t.
Kwartaalstaat Q2	KS2	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2024 en eerder	28 juli 2024	n.v.t.
Kwartaalstaat Q3	KS3	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2024 en eerder	28 oktober 2024	n.v.t.
Kwartaalstaat Q4	KS4	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2024 en eerder	28 januari 2025	n.v.t.
Jaarstaat Zvw, specifieke informatie A	JS	2021 en eerder, 2022 en 2023	1 mei 2024	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw, specifieke informatie B	JS	2020 en 2021	1 mei 2024	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw, specifieke informatie C	JS	2021 en eerder, 2022 en 2023	1 mei 2024	n.v.t.
Verzekerde periode en persoonskenmerken – deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	VPPER	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Verzekerde periode en persoonskenmerken – deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	OBSN	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Persoonskenmerken	PER	2024, peildatum 1 mei	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2021	1 mei 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2022	1 mei 2024	Bestuursverklaring

² De naam 'Handboek informatie Zorgverzekeringswet' is aangepast naar 'Gegevensuitvraag'.

³ Het Handboek informatie zorgverzekeringswet betrof de gegevensleveringen in één kalenderjaar. Dat betekende dat in het handboek voor gegevensleveringen in jaar T de kwartaalstaat van jaar T-1 én de kwartaalstaten van jaar T besproken werd. Door de overgang van een periode van februari tot februari betreft de gegevensuitvraag 2024 eenmalig zowel de vierde kwartaalstaat 2023, alle kwartaalstaten 2024 en de jaarstaat 2023.

⁴ De afgekorte naam gebruikt u als onderdeel van de bestandsnaam waaronder u de gegevens aanlevert.

⁵ De bestuursverklaringen voor alle bestanden zijn opgenomen in Bijlage A de record lay-outs in Bijlage B en de formats (indien van toepassing) in Bijlage C.

Wat	Afgekorte naam⁴	Verslagperiode	Aanleverdatum	Benodigde accountantsproducten en bestuursverklaring⁵
Farmaciegegevens	FAR	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Add-on geneesmiddelen	ADDON	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
DBC's somatisch	DBC	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
GGZ-gegevens	GGZ	2022	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Hulpmiddelengegevens	HMD HMDSUBSET	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	FOT	2023	1 juni 2024	Assurancerapport en bestuursverklaring
Wlz-gegevens	WLZ	2023	1 juni 2024	Rapport van feitelijke bevindingen en bestuursverklaring

De risicodragende zorgverzekeraar moet één opgave/bestand indienen, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De risicodragende zorgverzekeraar moet er zorg voor dragen dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften. Elke uzovi die in het jaar waarop de gegevens betrekking hebben, zorgverzekeringen heeft aangeboden, dient de declaratiebestanden en bestanden op verzekerdeniveau aan te leveren. Elke uzovi die in het jaar waarop de gegevens betrekking hebben óf in het jaar daarvoor zorgverzekeringen heeft aangeboden, dient de kwartaal- en jaarstaten aan te leveren.

Voor de uitvoering van de Zvw is het van belang dat de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder de gevraagde gegevens tijdig, juist en volledig aanleveren, desgevraagd voorzien van een bestuursverklaring en/of een accountantsproduct. Heraanlevering van de gevraagde gegevens is niet mogelijk, tenzij het Zorginstituut daarom vraagt in het kader van een plausibiliteitstoets op de aangeleverde gegevens of de NZa daarom vraagt in het kader van het toezicht.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van alle wijzigingen in de aan te leveren gegevens, ten opzichte van de gegevens zoals ze in het handboek 2023 zijn uitgevraagd. De daaropvolgende hoofdstukken beschrijven de details per aan te leveren gegevensstroom. In hoofdstuk 3 zijn de jaar- en kwartaalstaten beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft de declaratie- en verzekerdenbestanden die aangeleverd moeten worden. In hoofdstuk 5 staat de procedure van de gegevenslevering toegelicht. Hoofdstuk 6 geeft aan waar het Zorginstituut de aangeleverde gegevens voor kan gebruiken.

2 Bijzonderheden in de gegevensleveringen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van bijzonderheden per gegevenslevering. Het gaat om afwijkingen ten opzichte van het handboek 2023. Tabel 2 geeft een overzicht.

Tabel 2 Bijzonderheden in de gegevensuitvraag per gegevenslevering

Gegevenslevering	Wijzigingen t.o.v. handboek 2023
Kwartaalstaat Q4 2023	Geen.
Verzekerdenstanden	Per 2024 is de peildatum voor de prolongatiedatum verzekerdenstand gewijzigd naar de 1e dag van de maand.
Kwartaalstaat Q1 2024	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transformatiemiddelen</i>: Bij de verantwoording van de transformatiemiddelen dienen de daadwerkelijke kosten verantwoord te worden. De totale opgave mag echter niet hoger zijn dan het maximale bedrag in de beschikking van de NZa. De kosten dienen te worden verantwoord in het jaar dat het (deel)resultaat (de mijlpaal) is behaald. Bij de raming van de transformatiemiddelen houdt u ook rekening met de hoogte van het verwachte beschikkingsbedrag voor kansrijke aanvragen waarvoor de beschikking nog niet door de NZa is afgegeven. • <i>GRZ/MSZ</i>: OZP geriatrische revalidatie, toeslag voor revalidatie bij morbide obesitas, verantwoordt u bij kostencode 670. • <i>Valrisicobeoordeling</i>: kosten voor valrisicobeoordeling worden verantwoord onder kostencode 701. Kosten voor interventies voor valpreventie door fysio- of oefentherapeuten worden verantwoord onder rubriek 07. • <i>Kwaliteitsgelden</i>: De kosten die zijn gemaakt voor het project Clear-CAD (zoals verdeeld door ZN) dienen te worden verantwoord onder de kwaliteitsgelden (730). • <i>Contractinformatie specifieke informatie C</i>: Bij de opgave van de contractinformatie over het komende jaar in de 4e kwartaalstaat neemt u naast de contractafspraken ook een raming op van het geraamde aantal verzekerden voor het komende jaar. • <i>Contractinformatie MSZ op AGB Niveau</i>: De ASCII-bestanden met contractinformatie MSZ op AGB niveau worden niet langer uitgevraagd. De geaggregeerde contractinformatie in de Specifieke informatie C zal wel doorgang vinden.
Kwartaalstaat Q2 2024	
Kwartaalstaat Q3 2024	
Kwartaalstaat Q4 2024	
Jaarstaat Zw 2023, specifieke informatie A ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Overloopkosten van de continuïteitsbijdrage van 2020 worden zowel meegenomen in schadejaar 2021 als apart aangeleverd. De aparte aanlevering is op totaalniveau waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen variabele zorgkosten en GGZ-kosten. • Als gevolg van de invoering van een bandbreedteregeling voor model 2023 moeten de kosten per modelovereenkomst gespecificeerd worden in de jaarstaat. Daarom vragen we voor schadejaar 2023 de lasten inclusief balansposten⁷ per modelovereenkomst op voor de volgende kostenrubrieken en -codes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Totale variabele kosten ○ Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ ○ Rubriek 02 Farmaceutische zorg ○ <i>Kostencode 520 – Kosten van bepaalde dure extramurale geneesmiddelen</i> ○ Rubriek 03 Verpleging en verzorging ○ Rubriek 04 Mondzorg ○ Rubriek 05 Verloskundige zorg ○ Rubriek 06 Medisch specialistische zorg ○ <i>Kostencode 612.1 - Kosten van Add-ons - bepaalde dure intramurale geneesmiddelen, inclusief stollingsmiddelen</i> ○ Rubriek 07 Paramedische zorg ○ Rubriek 08 Hulpmiddelenzorgzorg ○ Rubriek 09 Ziekenvervoer ○ Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen ○ Rubriek 12 Kraamzorg ○ Rubriek 13 Diverse overige kosten ○ <i>Kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA⁸</i>

⁶ Met de jaarstaat 2023 wordt jaarlaag 2021 in definitieve vorm aangeleverd en heeft het karakter van een financiële afrekening. Dit komt door de macronacalculatie op jaarlaag 2021. Tijdens de jaarlijkse review 2024 zal de NZa daarom dieper dan normaal ingaan op de totstandkoming/onderbouwing van verantwoorde bedragen.

⁷ Hierbij moet de volgende logische verdeeldeelsleutel gehanteerd worden: de lasten inclusief balansposten worden per modelovereenkomst verdeeld volgens de geboekte zorgkosten t/m 31 december 2023.

⁸ De lasten inclusief balanspost voor de transformatiemiddelen (703) worden over modelovereenkomsten verdeeld op basis van het aantal verzekerdjaren per modelovereenkomst. Hierbij moet de volgende logische verdeeldeelsleutel gehanteerd worden: (totale lasten / totaal aantal verzekerdjaren van de uzovi) * verzekerdjaren per modelovereenkomst.

Gegevenslevering	Wijzigingen t.o.v. handboek 2023
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg ○ <i>Kostencode 720 - Kosten via Verzekeraar - Geneeskundige GGZ</i> ○ Rubriek 16 Kwaliteitsgelden ○ Totale berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder
Jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie B ⁹	Dit is de definitieve aanlevering van de specifieke informatie B, de definitieve catastrofeschadelast wordt hier op gebaseerd.
Jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie C	Ten opzichte van jaarstaat Zvw 2022 zijn er wijzigingen in de specificatie binnen kostencode 701: de categorie 'huidtherapie' is komen te vervallen en de categorie ADZ-parkinsonzorg is toegevoegd.
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023 - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de uitvoering van de bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau in model 2023 wordt het VPPER uitgebreid met informatie over de modelovereenkomst(en) van een verzekerde. U neemt per verzekerdenperiode, per modelovereenkomst een regel op in het bestand. U geeft daarbij ook de volgende nieuwe variabelen op: <ul style="list-style-type: none"> ○ Naam modelovereenkomst ○ Nummer DWH¹⁰ (zie Bijlage D) • Verduidelijking: U geeft het meest recente adres in 2023 op van Nederlands ingezetenen, waarbij u uitsluitend kijkt naar adressen tot aan het moment van uitschrijving of het einde van het gegevensjaar. Voor een verzekerde die op 31 december verzekerd is, neemt u dus het adres op dat op 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat geldig was op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. Als er op de zo gedefinieerde datum geen adres bekend is, dan neemt u het meest recente adres vóór deze datum. U neemt het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023 - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	<p>Voor de uitvoering van de bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau in model 2023 wordt het VPPER uitgebreid met informatie over de modelovereenkomst(en) van een verzekerde. U neemt per verzekerdenperiode, per modelovereenkomst een regel op in het bestand. U geeft daarbij ook de volgende nieuwe variabelen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Naam modelovereenkomst ○ Nummer DWH¹⁰ (zie Bijlage D)
Persoonskenmerken 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Per modeljaar 2025 geldt waarschijnlijk een nieuwe definitie niet-ingezetenen: een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet als ingezetene ingeschreven is in de Basisregistratie Persoonsgegevens op het peilmoment waarop het woonadres wordt gemeten. U dient in het Persoonskenmerken 2024 gegevens aan te leveren volgens de nieuwe definitie en de oude definitie van niet-ingezetenen. • Ter verduidelijking: In het PER-bestand geeft u voor elke verzekerde het adres op de peildatum 1 mei 2024 op.
Kosten per verzekerde 2021	<p>Er is een extra kolom toegevoegd voor het schadebedrag 'Verloskunde'. Voor het schadebedrag 'Verloskunde' geldt de volgende definitie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kosten van 'Verloskunde' (rubriek 5, deel kostencode 580) ○ Kosten van 'Integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties: <ol style="list-style-type: none"> a) 1000 - 'Begeleiding eindigend voor 16 weken zwangerschap inclusief nazorg'; en b) 1001 - 'Geboortezorg prenataal'; en c) 1002 - 'Geboortezorg prenataal complex'; en d) 1003 - 'Geboortezorg nataal'; en e) 1004 - 'Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek'; en f) 1005 - 'Geboortezorg nataal complex'; en g) 1006 - 'Geboortezorg postnataal'; en h) 1007 - 'Geboortezorg postnataal complex'. i) 1009 - 'Overgangskosten naar integrale geboortezorg' j) 1010 - 'Kosten voor de organisatie van alle zorg rondom de geboorte van de baby'.
Kosten per verzekerde 2022	<ul style="list-style-type: none"> • In het voorlopige kosten per verzekerde bestand 2022 worden de COVID-19-kosten niet meer apart uitgevraagd en lopen deze mee in de reguliere kosten (toeslagen COVID-19 vallen onder variabele zorgkosten).

⁹ Met de jaarstaat 2023 wordt specifieke informatie B in definitieve vorm aangeleverd en heeft het karakter van een financiële afrekening. Dit komt door de gestaffelde vergoeding van de catastrofeschadelast op basis van art. 33 Zvw. Tijdens de jaarlijkse review 2024 zal de NZa daarom dieper dan normaal ingaan op de totstandkoming/onderbouwing van verantwoorde bedragen.

¹⁰ Data warehouse nummer zoals vastgesteld door de NZa. Zie Bijlage D voor een overzicht met alle modelovereenkomsten zoals vastgelegd door de NZa.

Gegevenslevering	Wijzigingen t.o.v. handboek 2023
	<ul style="list-style-type: none"> • In verband met de invoering van het Zorgprestatie­model komt het schade­bedrag 'Langdurige GGZ' per 2022 te vervallen. • De definitie van het schade­bedrag 'Verloskunde' is gelijk aan de definitie in het KPV­bestand 2021. • De definitie van het schade­bedrag 'Kraam­zorg' bevat vanaf schade­jaar 2022 ook de prestatie 1012 – 'Kraam­zorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis'.
Farmacie­gegevens 2023	<ul style="list-style-type: none"> • De variabelen geboortedatum en geslacht worden niet meer uitgevraagd, omdat deze variabelen niet gebruikt worden voor de uitvoering van de risicoverevening. • Verduidelijking over de datum van declaraties: voor het farmacie­gegevens­bestand 2023 neemt u alleen de declaraties voor zorg geleverd in kalenderjaar 2023 mee.
Add-on genees­middelen 2022	Verduidelijking over de in te dienen add-on declaraties: voor het add-on genees­middelen­bestand 2022 neemt u zowel de add-on genees­middelen als de stollings­factoren mee.
DBC's somatisch 2022	<ul style="list-style-type: none"> • De COVID-19­marker komt te vervallen • Verduidelijking over de opname van de diagnose­code: de diagnose­code heeft altijd vier posities, ook als het eerste cijfer 0 is, indien nodig met voorlooppunten.
GGZ-gegevens 2022	<p>In kalenderjaar 2024 worden voor het eerst gegevens aangeleverd op basis van het Zorgprestatie­model. Het betreft in dit bestand de declaraties van prestaties GGZ, zoals u die verantwoordt bij rubriek 10 kostencode 666 ('Kosten consulten GGZ') kostencode 667 ('Kosten intramuraal verblijf GGZ') en kostencode 668 ('Kosten overige prestaties GGZ'). De volgende variabelen worden aangeleverd:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geverifieerde Burgerservicenummer; ○ Prestatie­code: Zie voor verdere specificatie de 'Codetabel prestaties en tarieven geestelijke gezondheids­zorg en forensische zorg' van de NZa; ○ Begindatum prestatie; ○ Type zorg: Code die aangeeft om welk type zorg het gaat (Basis GGZ, GGZ); ○ DSM-hoofdgroep diagnose: Diagnose­code ter classificatie van een aandoening of ziekte; ○ Bron codering diagnose: Hier geeft u aan welke codering u bij DSM-hoofdgroep diagnose heeft gebruikt; ○ Omschrijving diagnose: Hier geeft u de omschrijving van de DSM-hoofdgroep diagnose; ○ Indicatie Debet/ Credit; ○ Schade­bedrag; ○ Zorgtrajectnummer: Uniek nummer waarmee bepaald kan worden welke prestaties bij hetzelfde zorgtraject horen; ○ Startdatum zorgtrajectnummer; ○ AGB-code zorgaanbieder: De AGB-code op instellings- of praktijkniveau van de zorgaanbieder waar de zorg geleverd is.; ○ Zorgvraagtype: De typering van de zorgvraag.
Hulpmiddelenge­gegevens 2023	<p>U levert het complete bestand Hulpmiddelenge­gegevens 2023 met alle declaraties van hulpmiddelen aan. Indien de problematiek met patiënt­profielen, andere mandjes van hulpmiddelen, dwingende sturing op GPH-codes of aangepaste omschrijvingen bij GPH-codes in inkoop­contracten op specifieke GPH-codes in uw registratie speelt, dan levert u dit volledige bestand aan zonder assurancerapport. Als deze problematiek niet bij u speelt, levert u het complete bestand met assurancerapport aan.</p> <p>Als deze problematiek bij u speelt, dan levert u een tweede bestand aan dat een subset is van het eerste bestand. Deze subset bevat uitsluitend declaraties van de geleverde hulpmiddelen (en dus niet profielen/mandjes) waarvan de GPH-code niet is voorgescreven of aangepast in het inkoop­contract. Declaraties van hulpmiddelen met patiënt­profielen, andere mandjes van hulpmiddelen, dwingende sturing op GPH-codes of aangepaste omschrijvingen bij GPH-codes in inkoop­contracten op specifieke GPH-codes, laat u dus buiten de subset. Bij deze subset levert u een assurancerapport aan.</p> <p>Bij beide bestanden – het complete bestand en de subset – geeft u een bestuurs­verklaring af. Er zijn aparte bestuurs­verklaringen bij het complete bestand met assurance, het complete bestand zonder assurance en de subset.</p> <p>De subset levert u aan met in de bestandsnaam als afkorting HMDSUBSET. De record layout is voor beide bestanden gelijk. Verzekeraars zijn in onderling overleg aan het nadenken over een herstelactie van de registratie voor de problemen in de hulpmiddelenge­gegevens. Dit kan er toe leiden dat u over 2023 nog een extra bestand aanlevert.</p>
Fysiotherapie- en oefen­therapie­gegevens 2023	Geen.
Wlz-gegevens 2023	Geen.
Contractinformatie MSZ per instelling	Vervallen.

3 Jaarstaat en kwartaalstaten

De jaar- en kwartaalstaten kennen vijf onderdelen:

- Specifieke informatie A: kostenverzamelstaat
- Specifieke informatie A: detailinformatie RVE
- Specifieke informatie A: verzekerenstanden
- Specifieke informatie B: kostenverzamelstaat catastrofeschadelast
- Specifieke informatie C: specificaties van kosten en productie

Tussen de verschillende jaar- en kwartaalstaten is variatie in welke onderdelen u aanlevert. Tabel 3 geeft een overzicht.

Tabel 3 Informatie-onderdelen in de jaar- en kwartaalstaten

	Specifieke informatie A - kostenverzamelstaat	Specifieke informatie A – detailinformatie RVE	Specifieke informatie A - verzekerenstanden	Specifieke informatie B	Specifieke informatie C
Verzekerenstanden	Nee	Nee	Ja, januari t/m maart	Nee	Nee
Kwartaalstaat Q1	Ja	Ja, beperkt	Ja, april	Nee	Nee
Kwartaalstaat Q2	Ja	Ja, beperkt	Ja, mei t/m juli	Nee	Ja
Kwartaalstaat Q3	Ja	Ja, beperkt	Ja, augustus t/m oktober	Nee	Ja
Kwartaalstaat Q4	Ja	Ja, beperkt	Ja, november en december	Nee, afgezien van KS 2023 Q4	Ja
Jaarstaat	Ja	Ja, uitgebreid	Nee	Ja	Ja

Specifieke informatie A: kostenverzamelstaat

In 'Specifieke informatie A: kostenverzamelstaat' verantwoordt u de kosten per kostencode (zie paragraaf 3.4). Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal extra regels opgenomen, Baten Zvw.

Specifieke informatie A: detailinformatie RVE

In de detailinformatie RVE van specifieke informatie A verantwoordt u de kosten naar de deelbijdragen variabele zorgkosten, vaste zorgkosten en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De verdeling naar deelbijdragen voor schadejaar T vindt plaats op basis van de Regeling risicoverevening T en de Beleidsregels risicoverevening T. Het totaal van de deelbijdragen in een schadejaar dient overeen te komen met de totale lasten die u verantwoordt in de kostenverzamelstaat. In de jaarstaat verantwoordt u in de detailinformatie RVE van specifieke informatie A tevens van een aantal kostencodes sub-onderdelen. Welke uitsplitsingen dit betreft, varieert per schadejaar en is afhankelijk van de vormgeving van het risicovereveningsmodel. Tabel 13 in de Bijlage E geeft een overzicht. De uitvraag detailinformatie RVE betreft uitsluitend schadejaar 2023 en schadejaar 2021 en eerder. Als gevolg van de bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau in model 2023 moeten de kosten per modelovereenkomst gespecificeerd worden in de jaarstaat. Daarom levert u voor schadejaar 2023 de volgende extra variabelen inclusief balansposten per modelovereenkomst op:

- Totale variabele kosten
- Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ
- Rubriek 02 Farmaceutische zorg
- *Kostencode 520 – kosten van bepaalde dure extramurale geneesmiddelen*
- Rubriek 03 Verpleging en verzorging
- Rubriek 04 Mondzorg
- Rubriek 05 Verloskundige zorg
- Rubriek 06 Medisch specialistische zorg
- *Kostencode 612.1 - Kosten van Add-ons - bepaalde dure intramurale geneesmiddelen,*

inclusief stollingsmiddelen

- Rubriek 07 Paramedische zorg
- Rubriek 08 Hulpmiddelenzorgzorg
- Rubriek 09 Ziekenvervoer
- Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
- Rubriek 12 Kraamzorg
- Rubriek 13 Diverse overige kosten
- *Kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA*
- Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg
- *Kostencode 720 - Kosten via Verzekeraar - Geneeskundige GGZ*
- Rubriek 16 Kwaliteitsgelden
- Totale berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder

Hierbij gebruikt u de volgende logische verdeeldeelsleutel: de lasten inclusief balansposten worden per modelovereenkomst verdeeld volgens de geboekte zorgkosten t/m 31 december 2023. De kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA verdeelt u over modelovereenkomsten op basis van het aantal verzekerdenjaren per modelovereenkomst.¹¹

Specifieke informatie A: verzekerdenstanden

U verantwoordt het aantal verzekerden per leeftijds- en geslachtklasse en het aantal verzekerden met en zonder nominale premieplichtigheid. U hanteert vanaf 2024 als peildata voor bepaling van de verzekerdenstand en de leeftijd de 1e van de maand voor de maanden januari tot en met december. U hanteert dezelfde peildatum voor verzekerden voor wie u geen nominale premie prolongeert. In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op de peildatum bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-verzekeringplichtig zijn (inclusief gedetineerden en wanbetalers).¹² Gedetineerden en de wanbetalers neemt u op bij de verzekerden met nominale premieplicht.

Specifieke informatie B: kostenverzamelstaat catastrofeschadelast

In de specifieke informatie B worden de COVID-19-kosten voor 2020 en 2021 verantwoord. De specifieke informatie B vormt de basis voor het bepalen van de definitieve catastrofebijdrage. Zie paragraaf 3.5 voor alle informatie omtrent verantwoording van COVID-19-kosten.

Specifieke informatie C

Zie paragraaf 3.6 voor een toelichting op de uitvraag specifieke informatie C.

3.1 Schadejaren

Er wordt informatie over verschillende schadejaren uitgevraagd. De meest recente schadejaren bevatten nog een balanspost (zie paragraaf 3.2). U specificeert steeds baten en lasten inclusief balanspost én ontvangen en geaccepteerde declaraties of ontvangen baten voor een bepaald schadejaar. Voor het minst recente schadejaar is geen sprake meer van een balanspost. U verwerkt verrekeningen in verband met inkoopafspraken, zie paragraaf 3.3 voor meer informatie.

Tabel 4 geeft aan welke declaraties u meeneemt in de verantwoording van de lasten voor een bepaald schadejaar in de jaarstaat, wanneer u balansposten opgeeft en wanneer u verrekeningen toepast; Tabel 5 laat hetzelfde zien voor de kwartaalstaten.¹³

¹¹ Hierbij moet de volgende logische verdeeldeelsleutel gehanteerd worden: (totale lasten / totaal aantal verzekerdenjaren van de uzovi) * verzekerdenjaren per modelovereenkomst

¹² Ondanks het feit dat er geen rechtstreeks formeel verband is tussen het hebben van een BSN en het verzekeringplichtig zijn, kan het in de praktijk slechts bij zeer hoge uitzondering voorkomen dat er sprake is van verzekeringplichtigheid (ontstaat immers door ingezetenschap of verrichten van arbeid in Nederland; in beide gevallen leidt dit tot uitgifte van een BSN), en er toch geen BSN is. Wat wel zou kunnen voorkomen is dat de verzekerde al (terecht) bij u is ingeschreven maar nog niet beschikt over een BSN (bijvoorbeeld bij pasgeborenen).

¹³ Als de waarde in de jaarstaat of kwartaalstaat onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. U

Tabel 4 Verantwoording in jaarstaat T

Schadejaar	Declaraties over het schadejaar binnengekomen tot en met	Betreffende zorg verleend in of DBC's geopend in	Balanspost	Verrekeningen
T	31 december T	T	Ja	In balanspost
T-1	31 december T	T-1	Ja	In balanspost
T-2	31 december T	T-2 en eerder ¹⁴	Nee	Ja, definitief

Tabel 5 Verantwoording in kwartaalstaat T, kwartaal K

Schadejaar	Declaraties over het schadejaar binnengekomen tot en met	Betreffende zorg verleend in of DBC's geopend in	Balanspost	Verrekeningen
T	Kwartaal K, kalenderjaar T	T	Ja, over het hele jaar T	In balanspost
T-1	Kwartaal K, kalenderjaar T	T-1	Ja	In balanspost
T-2	Kwartaal K, kalenderjaar T	T-2 en eerder ¹⁵	Ja	Ja, definitief

Box 1 bevat een cijfervoorbeeld.

Box 1 Cijfervoorbeeld jaarstaat T

Schadejaar T	
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T m.b.t. schadejaar T	360
<i>Balanspost</i>	
In het eerste kwartaal van kalenderjaar T+1 ontvangen declaraties m.b.t. schadejaar T	60
Raming van nog te ontvangen declaraties m.b.t. schadejaar T	80
Schadejaar T-1	
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T-1 m.b.t. schadejaar T-1	400
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T m.b.t. schadejaar T-1	90
<i>Balanspost</i>	
In het eerste kwartaal van kalenderjaar T+1 ontvangen declaraties m.b.t. schadejaar T-1	5
Raming van nog te ontvangen declaraties m.b.t. schadejaar T-1	15
Schadejaar T-2 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T-2 m.b.t. schadejaar T-2	300
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T-1 m.b.t. schadejaar T-2	100
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T m.b.t. schadejaar T-2	40
Ontvangen declaraties in kalenderjaar T over eerdere jaren (2006 t/m T-3)	10
Verantwoording in de jaarstaat T	
Lasten kalenderjaar T inclusief balanspost	500 (360+60+80)
Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T	360
Lasten kalenderjaar T-1 inclusief balanspost	510 (400+90+5+15)
Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1	490 (400+90)
Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2	450 (300+100+40+10)

neemt alle bedragen op in hele euro's. Daarbij hanteert u de volgende afrondingsregel: kleiner dan 0,5 naar beneden afronden en 0,5 of groter naar boven. In de gearceerde velden kunnen geen bedragen voorkomen.

¹⁴ U levert in jaar T ontvangen declaraties betreffende schadejaren T-3, T-4 tot en met 2006 ook aan. Dit geldt ook voor creditnota's.

¹⁵ U levert in jaar T ontvangen declaraties betreffende schadejaren T-3, T-4 tot en met 2006 ook aan. Dit geldt ook voor creditnota's.

De detailinformatie RVE van specifieke informatie A geeft u in de kwartaalstaat van verslagjaar T op voor schadejaar T (inclusief balanspost). De detailinformatie RVE van specifieke informatie A geeft u in de jaarstaat van verslagjaar T op voor schadejaar T (inclusief balanspost) en schadejaar T-2 en eerder.

3.2 Balansposten

Voor de verslagjaren die nog niet definitief worden verantwoord in de jaar- of kwartaalstaat, neemt u een balanspost op. U doet dit per kostencode. De balanspost moet de best mogelijke en de, op het moment van aanleveren van de gegevens, meest actuele inschatting geven van de lasten en baten. U gebruikt hiervoor de declaraties die na 31 december van het verslagjaar zijn binnengekomen én u maakt daarbij een meest actuele inschatting van de nog te ontvangen declaraties die betrekking hebben op de in het schadejaar geleverde zorg of geopende DBC's. Bij het bepalen van de balanspost houdt u rekening met eventuele financiële consequenties van inkoopafspraken met zorgaanbieders en verzekerdennutmutaties. Het is niet toegestaan dat in de jaarstaat bij de lasten inclusief balanspost wordt aangesloten op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat en de balanspost in de jaarrekening niet meer actueel is.

3.3 Te verantwoorden kosten

In de jaarstaat en kwartaalstaat verantwoordt u uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zvw vergoed kunnen worden. Hierin betreft u de kosten van geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen, in principe op transactiebasis tenzij anders voorgeschreven (zie Bijlage F). Dit betekent dat:

- Betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico wel als kosten worden verantwoord op grond van de Regeling risicoverevening;
- Overige kosten die verzekerd zelf moeten betalen, anders dan op grond van verplicht of vrijwillig eigen risico, bijvoorbeeld bij overschrijding van een maximum aantal behandelingen, bij overschrijding van een maximumvergoeding, bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg of bij tarieven boven een marktconform bedrag, niet worden verantwoord;
- Coulancebetalings en extra verstrekkingen die niet onder de verzekerde zorg vallen via collectiviteiten worden niet verantwoord¹⁶;
- Kosten na de datum van administratieve verwerking van de uitschrijving in verband met beëindiging van de verzekeringsplicht worden niet verantwoord;
- Kosten op basis van de door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven voor declaraties worden verantwoord. De door de NZa vastgestelde maximumtarieven mogen hierbij niet worden overschreden;
- Er verrekeningen worden gedaan in verband met inkoopafspraken. Kosten van prestaties worden inclusief verrekeningen verantwoord. Uitsluitend de daadwerkelijk door de zorgverzekeraar gemaakte kosten mogen worden verantwoord. Verrekeningen zijn bijvoorbeeld nodig bij lumpsumafspraken, plafonddafspraken, opbrengstverrekeningen, inkoop volgens representatiemodel, budgetafspraken, prijsarrangementen en bonus-malusregelingen. De verrekeningen op verzekerdeniveau en in de jaarstaat moeten op elkaar aansluiten. Verrekeningen worden in alle onderdelen van de jaar- en kwartaalstaat verwerkt;
- (Inkoop)bonussen en kortingen en andere crediteringen worden in mindering gebracht op de kosten van de betreffende prestatie(s).

3.4 Kostendefinities

In de jaar- en kwartaalstaat verantwoordt u de kosten per kostenrubriek en daarbinnen nader per kostencode. Per schadejaar zijn er verschillen in de geldende kostencodes. Tabel 6 geeft een overzicht van de reguliere kostencodes en eventuele bijzonderheden per schadejaar. Een inhoudelijke toelichting per kostencode is opgenomen in Bijlage G.

¹⁶ Let op: per 1 januari 2023 komen de collectiviteiten te vervallen

Tabel 6 Geldende kostencodes per schadejaar

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2021	2022	2023	2024
<i>01 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg</i>					
503	Bijzondere betalingen				
504	Avond-, nacht- en weekenddiensten				
505	Inschrijftarieven				
506	Consultarieven				
507	Overige tarieven				
510	Multidisciplinaire zorg				
515	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen				
516	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ				
<i>02 Farmaceutische zorg</i>					
520	Kosten van farmaceutische zorg				
<i>03 Verpleging en Verzorging</i>					
530	Kosten van verpleging en verzorging				
<i>04 Mondzorg</i>					
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden				
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden				
561	Kosten van gebitsprothesen				
<i>05 Verloskundige zorg</i>					
580	Kosten verloskundige zorg door verloskundigen				
582	Kosten Integrale geboortezorg				
<i>06 Medisch specialistische zorg</i>					
545	Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie				
610	Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	Uitbetaling overgebleven reserves SKION verantwoord			
610.1	NTS				
610.2	Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten				
611	Overige zorgproducten			OZP 'toeslag voor revalidatie en herstel bij	

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2021	2022	2023	2024
				morbide obesitas GRZ' is vanaf schadejaar 2023 onderdeel van kostencode 670	
612.1	Kosten Add-on - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren				
612.2	Kosten Add-ons – IC				
613.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment				
615.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment overige producten				
619	Integrale kosten extramuraal werkende Specialisten			Vanaf schadejaar 2023 is de definitie van extramuraal werkende Specialisten verscherpt	
<i>07 Paramedische zorg</i>					
620	Kosten van fysiotherapie			'Epilatie bij transgenders' is vanaf 2023 onderdeel van kostencode 620	
621	Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar				
623	Kosten van logopedie				
624	Kosten van ergotherapie				
625	Kosten van dieetadvisering				
626	Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie				
<i>08 Hulpmiddelenzorg</i>					
640	Kosten van hulpmiddelenzorg				
<i>09 Ziekenvervoer</i>					
650	Kosten van vervoer per ambulance/helikopter				
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen				
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto				
<i>10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg</i>					

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2021	2022	2023	2024
661	Kosten van specialistische GGZ met verblijf (1 jr)				
661.1	Kosten langdurige GGZ (jaar 2 en 3 van verblijf)				
662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf				
665	Kosten generalistische basis GGZ				
666	Kosten consulten GGZ		Omvat ook prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking" (toeslag bij consult)	Omvat niet langer prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking"	
667	Kosten intramuraal verblijf GGZ				
668	Kosten overige prestaties GGZ			Omvat nu ook de overige prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking"	
<i>11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen</i>					
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg			OZP 'toeslag voor revalidatie en herstel bij morbide obesitas GRZ' is vanaf schadejaar 2023 onderdeel van kostencode 670	
671	Kosten Eerstelijnsverblijf				
672	Kosten Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen				
<i>12 Kraamzorg</i>					
680	Kosten van kraamzorg				
<i>13 Diverse Overige kosten</i>					
700	Overige kosten				
701	Kosten van overige geneeskundige zorg			<ul style="list-style-type: none"> • 'Epilatie bij transgenders' wordt vanaf schadejaar 2023 overgeheveld naar kostencode 620 • Bevat nu ook kosten 	Bevat nu ook kosten van valrisicobeoordeling

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2021	2022	2023	2024
				van ADZ-Parkinsonzorg ¹⁷	
702	Kosten van zorg Zintuiglijk gehandicapten				
703	Transformatiemiddelen IZA				
<i>15 Grensoverschrijdende zorg</i>					
720	Kosten van grensoverschrijdende zorg - via verzekeraar				
721	Kosten Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingsorgaan				
<i>16 Kwaliteitsgelden</i>					
730	Kosten van kwaliteitsgelden Baten Zvw				Bevat kosten voor project Clear-CAD
890.1	Opbrengsten verhaal ¹⁸				
910	Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico van verzekerden				
915	Schade t.l.v. van het verplicht eigen risico van verzekerden				
940	Netto premieopbrengsten				

¹⁷ Wanneer er nieuwe ADZ prestaties aan de Zvw worden toegevoegd die niet rechtstreeks corresponderen met één enkele rubriek zullen deze ook aan kostencode 701 worden toegevoegd.

¹⁸ We hebben begrepen dat verzekeraars verschillende momenten kunnen aanhouden als startdatum van het schadejaar. Omdat de datum van het ongeval voor alle zorgverzekeraars hetzelfde is, dient men deze datum aan te houden als startdatum van het schadejaar.

3.5 COVID-19-kosten

Naast de reguliere kostencodes zijn er kostencodes voor de verantwoording van COVID-19-kosten. Er zijn drie typen COVID-19-kosten:

- Direct patiëntgebonden COVID-19-kosten
Dit zijn directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-patiënten. Deze kosten zijn bepaald met de declaratiecodes en de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 in de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021. Deze kosten vallen onder de bestaande kostenrubrieken van patiëntgebonden zorg.
- Toeslagen
Dit zijn toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie. Deze kosten worden berekend met de declaratiecodes voor toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 in de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021. Deze kosten vallen onder de kostenrubrieken voor 'meerkosten COVID-19, toeslagen'.
- Indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten
Indirecte meerkosten COVID-19 zijn kosten die een zorgaanbieder maakt en die niet toe te rekenen zijn aan individuele patiënten. Deze kosten vallen onder de kostenrubrieken voor 'meerkosten COVID-19, indirect'.

Daarnaast zijn er de continuïteitsbijdragen, die voortkomen uit onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor niet-geleverde zorg Zvw. Deze continuïteitsbijdragen vallen niet onder COVID-19-kosten en worden verantwoord in de reguliere risicoverevening.

Per schadejaar verschilt de plek van verantwoording van COVID-19-kosten:

- De COVID-19-kosten voor schadejaren 2020 en 2021 worden verantwoord in specifieke informatie B. Deze kosten bevatten geen balansposten meer.
- De COVID-19-kosten over schadejaar 2021 worden uitsluitend verantwoord in specifieke informatie B en mogen niet worden opgegeven in specifieke informatie A
- Vanaf schadejaar 2022 worden de COVID-19-kosten uitsluitend in de opgave van specifieke informatie A verantwoord.
- Vanaf schadejaar 2023 worden er geen meerkosten COVID-19, indirect meer uitgevraagd, de meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06) blijven bestaan.
- Vanaf schadejaar 2024 vervallen ook meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06) en worden geen aparte COVID-19-kosten meer uitgevraagd.

Tabel 7 en Tabel 8 geven een overzicht van de te verantwoorden COVID-19-kosten en de continuïteitsbijdrage in specifieke informatie A en B per schadejaar.

Tabel 7 COVID-19-kosten in specifieke informatie A

Schadejaar 2021	Schadejaar 2022
<i>Specifieke informatie A</i>	<i>Specifieke informatie A</i>
Reguliere kosten <u>exclusief</u> direct patiëntgebonden COVID-19-kosten en exclusief indirecte meerkosten COVID-19 en toeslagen	Reguliere kosten <u>inclusief</u> direct patiëntgebonden COVID-19-kosten
Continuïteitsbijdrage	Meerkosten COVID-19, indirect
	Meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06)
Schadejaar 2023	Schadejaar 2024
<i>Specifieke informatie A</i>	<i>Specifieke informatie A</i>
Reguliere kosten <u>inclusief</u> direct patiëntgebonden COVID-19-kosten	Geen onderscheid meer
Meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06)	

Tabel 8 COVID-19-kosten in specifieke informatie B

Schadejaar 2020	Schadejaar 2021
<i>Specifieke informatie B</i>	<i>Specifieke informatie B</i>
Direct patiëntgebonden COVID-19-kosten	Direct patiëntgebonden COVID-19-kosten
Meerkosten COVID-19, indirect	Meerkosten COVID-19, indirect
Meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en 04)	Meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en 06)

De COVID-19 gerelateerde kostencodes in specifieke informatie B zijn opengesteld op basis van de beleidsregels catastrofelijke bijdrage coronapandemie 2020 en 2021 (op basis van artikel 33 van de Zvw), en zijn daar terug te vinden.

Toeslagen

Alleen de kostenrubrieken waar toeslagen van toepassing zijn, zijn opengezet. In specifieke informatie B betreft dit in 2020 rubriek 01 (Huisartsenzorg en MDZ): kostencode 801.2, rubriek 04 (Mondzorg): kostencode 804.2 en in 2021 rubriek 01 en rubriek 06 (Medisch specialistische zorg): kostencode 806.2. In specifieke informatie A betreft dit in 2022 en 2023 rubriek 06 (Medisch specialistische zorg) kostencode 806.2 Dit heeft betrekking op de facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag), die per 2021 zijn ingevoerd. Dit is terug te vinden in bijlage 2 van de beleidsregels catastrofelijke bijdrage coronapandemie 2020 en 2021 en de prestatiebeschrijvingbeschikking voor 2022 en 2023 van de NZa.^{19,20}

Verantwoording continuïteitsbijdrage huisartsenzorg

De verantwoording van de continuïteitsbijdrage van de huisartsenzorg (het 'huisartsentientje') wordt als volgt gedaan. In specifieke informatie B neemt u 2,25 als meerkosten, toeslagen op (kostencode 801.2 – specifieke informatie B) in schadejaar 2020. Daarnaast neemt u in schadejaar 2021 2,87 euro per verzekerde op als indirecte meerkosten (kostencode 801.1 – specifieke informatie B).²¹

U hanteert hierbij de peildatum van de initiële uitbetaling van de continuïteitsbijdrage in 2020: dus de verzekerden die op de eerste dag van het tweede kwartaal stonden ingeschreven bij een huisarts. De verrekening mag u administratief gezien als één lumpsumbedrag verwerken.

Opgave schade verplicht eigen risico

Onderaan in specifieke informatie B is een extra regel opgenomen: COVID-baten voor verzekerde zorg. Hier wordt de 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' gevraagd ten behoeve van de vaststelling van de werkelijke catastrofeschadelast, zie ook artikel 11 van de beleidsregels catastrofelijke bijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

Overloopkosten

COVID-19-kosten en kosten van de continuïteitsbijdrage uit 2020 of 2021, die binnen komen nadat dit schadejaar in de staten is afgesloten, zijn overloopkosten. De overloopkosten worden op de volgende manier uitgevraagd:

- De overloop van lasten van de continuïteitsbijdrage van schadejaar 2020 worden zonder balanspost uitgevraagd in jaarstaat 2023, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen variabel en GGZ.

¹⁹ [Prestatiebeschrijvingbeschikking - facultatieve prestaties msz 2022 voor patiëntgebonden meerkosten in verband met Covidzorg - TB/REG-22650-01 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

²⁰ [Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties 2023 toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag - TB-REG-23644-01 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

²¹ Voor schadejaar 2020 heeft u vorig jaar in specifieke informatie A bij de continuïteitsbijdrage van de huisartsenzorg (kostencode 821) 4,88 opgenomen.

- De overloop van lasten van de continuïteitsbijdrage van schadejaar 2021 en 2020 worden inclusief balanspost uitgevraagd in kwartaalstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar schadejaar en tussen variabel en GGZ.
- De overloop van lasten van COVID-19-kosten van schadejaar 2020 en 2021 worden na afsluiting van specifieke informatie B uitgevraagd in kwartaalstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar schadejaar en naar patiënt gebonden kosten, indirecte meerkosten en toeslagen, en onderscheid naar variabel en GGZ

3.6 Specifieke informatie C

Specifieke informatie C bestaat uit drie onderdelen:

1. Kosten en aantallen prestaties Zvw, per kostenrubriek
2. Contractinformatie
3. Informatie over wanbetalers

Onderdeel 1 heeft betrekking op specificaties van de kosten en aantallen van de prestaties Zvw. De totale kosten in de specificatie moeten aansluiten op de kosten per codenummer in de kostenverzamelstaat, die is opgenomen in de specifieke informatie A. Onderdeel 2 gaat over de uitvraag Contractinformatie. Ook deze informatie moet op rubrieksniveau aansluiten op de kostenverzamelstaat. In onderdeel 3 wordt in het kader van regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten. Een inhoudelijke toelichting per kostencode is opgenomen in Bijlage F. Welke informatie u oplevert verschilt tussen de kwartaal- en jaarstaten, zie Tabel 9 voor een overzicht.

Tabel 9 Aanleveringsmoment specifieke informatie C

Kostencode	Jaarstaat	Kwartaalstaat Q1	Kwartaalstaat Q2	Kwartaalstaat Q3	Kwartaalstaat Q4
610.2 ELD en trombosediensten	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
611 overige zorgproducten	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
612.1 add-ons dure geneesmiddelen	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
612.2 Add-ons – IC	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
613.1 DBC-zorgproduct gereguleerde segment	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
615.1 DBC-zorgproduct vrije segment overige producten	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2	T, T-1 en T-2
701 Overige geneeskundige zorg	T-1 en T-2	n.v.t.	T	n.v.t.	T
702 Zintuiglijk gehandicapten	T-1 en T-2	n.v.t.	T	n.v.t.	T
720 Grensover-schrijdende zorg	T-1 en T-2	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Contractinformatie	T-1, T-2 en T-3	n.v.t.	T	n.v.t.	T+1
Wanbetalers	n.v.t.	1 ^e kwartaal-standen	2 ^e kwartaal-standen	3 ^e kwartaal-standen	4 ^e kwartaal-standen

Voor de overige kostencodes is er in de afgelopen jaren de mogelijkheid om over te stappen van de (geaggregeerde) aanlevering van specifieke informatie C op de aanlevering van declaratiegegevens. Voor welke kostencodes/rubrieken dit geldt en vanaf welk schadejaar, is aangegeven in Tabel 10.²²

²² U mag de aanlevering van geaggregeerde specifieke informatie C uitsluitend vervangen door aanlevering van

Tabel 10 Aanlevering van declaratiegegevens per kostencodes/rubriek

	Jaar- staat	Kwartaal- staat Q1	Kwartaal- staat Q2	Kwartaal- staat Q3	Kwartaal- staat Q4	Te vervangen met declaratiegegevens
Kosten en aantallen						
Rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire Zorg	X		X		X	Ja, vanaf schadejaar 2021 in de jaarstaat en vanaf schadejaar 2023 ook in kwartaalstaat Q4
Rubriek 02 Farmaceutische zorg						Ja, vanaf schadejaar 2023 uitsluitend levering van declaratiedata aan het GIP
Rubriek 03 Verpleging en Verzorging	X		X		X	Ja, vanaf schadejaar 2020
Rubriek 04 Mondzorg	X		X		X	Ja, vanaf schadejaar 2020
Rubriek 05 Verloskundige zorg	X					Ja, vanaf schadejaar 2021
Rubriek 06 Medisch specialistische zorg: kostencode 545	X					Ja, vanaf jaarstaat 2021. Voor kostencode 611 vervalt alléén de specificatie naar type zorg. De specificatie naar type instelling blijft wel bestaan.
Rubriek 06 Medisch specialistische zorg: kostencode 611	X					Vanaf 2022 vervalt alléén specificatie naar type zorg. De specificatie naar type instelling blijft bestaan.
Rubriek 09 Ziekenvervoer	X					Alleen voor kostencodes 650 en 651 vervallen, vanaf schadejaar 2022
Rubriek 10 GGZ	X		X	X	X	Ja, vanaf schadejaar 2020
Rubriek 11 GRZ, ELV en GZSP	X					Ja, vanaf schadejaar 2021
Rubriek 12 Kraamzorg	X					Ja, vanaf schadejaar 2021
Rubriek 13 Diverse overige kosten	X		X		X	Alleen kostencode 700 vervalt, vanaf schadejaar 2022, andere kostencodes nog wel aanleveren
Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg	X					

declaratiegegevens door Vektis indien de aanlevering aan ZorgTTP uiterlijk op de volgende momenten plaatsvindt:

- Jaarstaat: uiterlijk 19 april 2023
- Kwartaalstaat Q2: uiterlijk 25 augustus 2024
- Kwartaalstaat Q3: uiterlijk 3 november 2024
- Kwartaalstaat Q4: uiterlijk 26 januari 2025

De leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan blijft de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.

4 Gegevens per verzekerde

Dit hoofdstuk geeft een inhoudelijke toelichting op de gegevensuitvraag op declaratie- en verzekerdeniveau. Per bestand is aangegeven welke informatie opgeleverd moet worden. Voor meer details in de uitvraag zie Bijlage B.

Populatie

De declaratie- en verzekerdenbestanden betreffen de gegevens van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden met een geverifieerd BSN die in (een gedeelte van) het gegevensjaar bij u verzekerd waren. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden. In het vervolg van dit hoofdstuk verwijzen we naar deze populatie met 'verzekerden'.

In het tweede deelbestand van het 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' neemt u uitsluitend gegevens op van Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN, zie paragraaf 4.1 voor uitgebreidere toelichting.

Afsluitdatum voor declaratiebestanden

In de declaratiebestanden betreft u in ieder geval alle tot 1 maart 2024 ontvangen en geaccepteerde declaraties. Het is niet toegestaan om in de declaratiebestanden een raming op te nemen voor nog te ontvangen declaraties.

Zvw-zorg

In de declaratiebestanden neemt u, met uitzondering van het Wlz-bestand, uitsluitend Zvw-zorg mee.

4.1 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023

Deze opgave bestaat uit twee deelbestanden. De gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar. U geeft een bestuursverklaring en een assurancerapport af bij beide deelbestanden samen.

Aan te leveren variabelen

Eerste deelbestand: Verzekerden met een geverifieerd BSN

In het eerste deelbestand geeft u, per verzekerdenperiode en per modelovereenkomst, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Postcode woonadres
- Huisnummer woonadres
- Huisnummertoevoeging woonadres
- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Identificatie buitenland
- Begindatum verzekering
- Einddatum verzekering
- Fractie verzekerde
- Reden uitstroom Zvw
- Nummer DWH¹⁰
- Naam modelovereenkomst

Tweede deelbestand: Verzekerden zonder een BSN dan wel zonder geverifieerd BSN

In het tweede deelbestand geeft u, per verzekerdenperiode en per modelovereenkomst, de volgende variabelen op:

- Uniek volgnummer
- Postcode woonadres

- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Begindatum verzekering
- Einddatum verzekering
- Fractie verzekerde periode
- Reden uitstroom Zvw
- Motivatie ontbreken (geverifieerd) BSN
- Nummer DWH¹⁰
- Naam modelovereenkomst

Toelichting

U levert per verzekerdenperiode, per modelovereenkomst een record aan. Een verzekerde met meerdere modelovereenkomsten in het jaar, heeft dus meerdere records in het bestand.

Woonadres

U geeft het meest recente adres in 2023 op van Nederlands ingezetenen, waarbij u uitsluitend kijkt naar adressen tot aan het moment van uitschrijving of het einde van het gegevensjaar. Voor een verzekerde die op 31 december verzekerd is, neemt u dus het adres op dat op 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat geldig was op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. Als er op de zo gedefinieerde datum geen adres bekend is, dan neemt u het meest recente adres vóór deze datum. U neemt het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.

U beschouwt alleen de adressen die gelden op de hierboven vastgestelde datum. Hiervan levert u bij voorkeur het adres uit de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items met betrekking tot woonadres (postcode, huisnummer en huisnummertoevoeging) spaties op. Een verblijfsadres in Nederland geldt niet als woonadres: in dat geval worden ook spaties opgegeven.

Voorbeeld 1: verzekerde A is van 1 jan 2022 tot en met 31 dec 2022 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde A het adres op 31 dec 2022 aan.

Voorbeeld 2: verzekerde B is van 1 jan 2022 tot en met 1 nov 2022 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde B het adres op 1 nov 2022 aan.

Voorbeeld 3: verzekerde C is van 1 jan 2022 tot en met 1 mei 2022 én van 1 sep 2022 tot en met 1 nov 2022 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde C het adres op 1 nov 2022 aan. Dit adres wordt bij alle verzekerdenperioden voor verzekerde C opgegeven.

Voorwaarden voor opname in het deelbestand 'zonder BSN en zonder geverifieerd BSN'

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN te accepteren. Als er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan moet de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN. Daarnaast moeten de zorgverzekeraars zich extra inspannen om ervoor te zorgen dat de juiste en bij die persoon horende gegevens worden verzameld en geregistreerd en actueel zijn. Dit is ook van belang bij de verificatie, als er wel een BSN is. Uit informatie van de Belastingdienst is gebleken dat de verificatie van een BSN veelvuldig mislukt omdat de door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens niet

volledig en/of niet juist zijn. Als de verificatie mislukt, dient u tijdig na te gaan of de aangeleverde gegevens juist en volledig waren. Van de verzekerden die u in het bestand opneemt moeten alle gevraagde gegevens zijn vermeld en moet de motivatie voldoende zijn. De zorgverzekeraars doen er goed aan om:

- ingezetenen te wijzen op hun plicht om zich bij een gemeente in te schrijven (wat leidt tot opname in de Basisregistratie Personen en daarmee tot het toekennen van een BSN)
- niet-ingezetenen die hier arbeid verrichten te wijzen op hun plicht om een BSN aan te vragen.

Het is niet toegestaan om in dit bestand pasgeborenen in Nederland op te nemen

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zijn er de volgende categorieën te onderscheiden waarin er sprake is van verzekeringsplicht en *mogelijk* geen BSN:

- In het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden verzekeringsplichtige ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers. Bij detachering geldt het volgende voor de verzekeringsplicht van gezinsleden:
 - detachering in een EU land waarmee Nederland een ziektekostenregeling heeft: bij verblijf korter dan één jaar, waarbij het blijven wonen in Nederland aannemelijk is, zijn gezinsleden verzekeringsplichtig;
 - detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land. Verzekeringsplicht is alleen geregeld in de verdragen met de landen die genoemd worden bij SVB²³;
 - bij detachering in Noorwegen zijn gezinsleden verzekeringsplichtig;
- Verzekeringsplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. Echter, indien langdurig woonachtig in Nederland, ligt inschrijving in de Basisregistratie Personen en een BSN in de rede;
- Baby's die kort geleefd hebben;
- Beschermd getuige: een verzekeringsplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

Tijdelijk werknemer in Nederland, woonachtig in het buitenland, is verzekeringsplichtig en verplicht om een BSN aan te vragen. Bij kortdurende dienstverbanden *kan* het zijn dat een BSN niet tijdig is verkregen of geverifieerd en dat u wel de verzekeringsplicht heeft vastgesteld. Bij een langere inschrijfduur moet de zorgverzekeraar nagaan of de verzekerde nog wel verzekeringsplichtig is: of hij nog in Nederland werkt en/of inmiddels in Nederland woont en zo ja waarom er dan nog steeds geen (geverifieerd) BSN is. Gezinsleden zijn niet verzekeringsplichtig.

Bijzonderheden

Vanwege de bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau in model 2023 levert u in het VPPER 2023 een regel per verzekerdenperiode, per modelovereenkomst aan. U geeft daarbij aanvullend de betreffende modelovereenkomst op met de volgende variabelen:

- Naam modelovereenkomst
- Nummer DWH¹⁰

4.2 Persoonskenmerken 2024

Het persoonskenmerken-bestand bevat alle verzekerden die op peildatum 1 mei 2024 bij u zijn ingeschreven.

Aan te leveren variabelen

²³ [Verdragslanden | Internationale detachering | SVB](#)

Per verzekerde geeft u de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Postcode woonadres
- Huisnummer woonadres
- Huisnummertoevoeging woonadres
- Postcode woonadres Basisregistratie Personen
- Huisnummer woonadres Basisregistratie Personen
- Huisnummertoevoeging woonadres Basisregistratie Personen
- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Identificatie buitenland oude definitie niet-ingezetenen
- Identificatie buitenland nieuwe definitie niet-ingezetenen

Toelichting

Woonadres

U geeft het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen; dat is het adres op 1 mei 2024. Bij voorkeur is dit het adres in de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items met betrekking tot woonadres (postcode, huisnummer en huisnummertoevoeging) spaties op. Een verblijfsadres in Nederland geldt niet als woonadres: in dat geval worden ook spaties opgegeven.

Woonadres Basisregistratie Personen

Voor de nieuwe definitie niet-ingezetenen neemt u uitsluitend het woonadres uit de Basisregistratie Personen op 1 mei 2024 op.

Bijzonderheden

Er is een nieuwe definitie vastgesteld voor niet-ingezetenen waarin een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet als ingezetene ingeschreven is in de Basisregistratie Persoonsgegevens op het peilmoment waarop het woonadres wordt vastgesteld in het PER-bestand. De nieuwe definitie geldt waarschijnlijk met ingang van model 2025, maar heeft gevolgen voor de aanlevering van het PER-bestand 2024. In het criterium seizoenarbeider 2025 gebruikt het Zorginstituut het PER-bestand over 2024 om te bepalen of verzekerden niet of niet het gehele jaar Zvw-verzekerd zijn. Omdat het genoemde bestand zowel voor vereveningsjaar 2024 als vereveningsjaar 2025 worden gebruikt, vraagt het Zorginstituut het PER-bestand over 2024 met de oude definitie én de nieuwe definitie op. Vanaf gegevensjaar 2025 volstaat de uitvraag volgens de nieuwe definitie. Om aanlevering van dit bestand met twee definities voor niet-ingezetenen mogelijk te maken zijn er extra kolommen toegevoegd aan de bijbehorende record lay-out. Er zijn kolommen toegevoegd voor het woonadres op het peilmoment gebaseerd op het adres in de Basisregistratie Persoonsgegevens. Daarnaast is er een kolom toegevoegd voor de identificatie buitenland op basis van de nieuwe definitie.

4.3 Kosten per verzekerde

U levert het definitieve kosten per verzekerde 2021 aan en de voorlopige kosten per verzekerde 2022.

Het kosten per verzekerde bestand bevat onder andere de kosten toegedeeld naar deelbijdragen. De definities van elk van de deelbijdragen voor 2021 en 2022 vindt u in het nacalculatieschema 2021/2022 op de website van het Zorginstituut.^{24,25}

²⁴ [Nacalculatieschema 2021 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

²⁵ [Nacalculatieschema 2022 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

4.3.1 Kosten per verzekerde 2021

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden, voor wie declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd met betrekking tot schadejaar 2021, geeft u, per verzekerde, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Schadebedrag 'Variabele kosten' (exclusief COVID-zorg)
- Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg)
- Schadebedrag 'Verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg)
- Schadebedrag 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg)
- Schadebedrag 'Farmaciekosten'
- Schadebedrag 'Kraamzorg'
- Schadebedrag 'Verloskunde'
- Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'
- Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'
- Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'
- Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'
- Schadebedrag 'Toeslagen COVID'

Toelichting

In deze paragraaf lichten wij toe welke schadedefinities u dient te hanteren, en hoe u dient om te gaan met COVID-19 kosten in de kosten per verzekerde-bestanden.

Schadedefinities

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

- 1 Kosten van 'huisartsenzorg en MDZ' (rubriek 01);
- 2 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02);
- 3 Kosten van 'mondzorg' (rubriek 04);
- 4 Kosten van 'verloskundige zorg' (rubriek 05);
- 5 Kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06) waarbij 75% van de kosten SKION wordt toegedeeld aan de variabele kosten. De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 6 Kosten van 'paramedische zorg' (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van 'hulpmiddelenzorg' (rubriek 08);
- 8 Kosten van 'ziekenvervoer' (rubriek 09);
- 9 Kosten van 'geriatrie revalidatie, eerstelijnsverblijf en geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen' (rubriek 11);
- 10 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12);
- 11 Kosten van 'diverse overige kosten' (rubriek 13);
- 12 100% van 'kosten variabel, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720);
- 13 100% van 'kosten buitenland via het CAK' (rubriek 15, kostencode 721).

Voor het schadebedrag 'GGZ' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'GGZ' (rubriek 10), exclusief kosten langdurige GGZ;
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720).

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

- 1 Kosten van 'verpleging en verzorging' (rubriek 03);
- 2 100% van kosten van 'verpleging en verzorging', gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720).

Voor het schadebedrag 'Langdurige GGZ' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'langdurige GGZ' (rubriek 10, kostencode 661.1)

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02, kostencode 520). Het gaat hierbij om alleen extramurale farmacie, inclusief BTW en afleververgoedingen. Binnen dit schadebedrag dienen prijsarrangementen verwerkt te zijn middels de onderaan toegelichte methode. Dit geldt ook voor lumpsum- en plafondafspraken.

Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12, kostencode 680);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
 - a 1008 – 'kraamzorg postnataal per uur'; en
 - b 1011 – 'kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)'.

Voor het schadebedrag 'Verloskunde' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'verloskunde' (rubriek 5, deel kostencode 580)
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
 - a 1000 – 'Begeleiding eindigend voor 16 weken zwangerschap inclusief nazorg';
 - b 1001 – 'Geboortezorg prenataal';
 - c 1002 – 'Geboortezorg prenataal complex';
 - d 1003 – 'Geboortezorg nataal';
 - e 1004 – 'Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek';
 - f 1005 – 'Geboortezorg nataal complex';
 - g 1006 – 'Geboortezorg postnataal';
 - h 1007 – 'Geboortezorg postnataal complex';
 - i 1009 – 'Overgangskosten naar integrale geboortezorg'; en
 - j 1010 – 'Kosten voor de organisatie van alle zorg rondom de geboorte van de baby'.

Omgang met COVID-19-kosten

In het kosten per verzekerde bestand 2021 worden de COVID-19-kosten apart uitgevraagd. In het voorlopige kosten per verzekerde bestand 2022 worden de COVID-19-kosten niet meer apart uitgevraagd en lopen deze mee in de reguliere kosten (toeslagen COVID-19 vallen onder variabele kosten). De onderstaande toelichting heeft daarom alleen betrekking op het kosten per verzekerde bestand 2021. De uitvraag rondom COVID-19 is ongewijzigd ten opzichte van handboek 2023.

De genoemde kosten bij de schadedefinities over 2021 betreffen de reguliere kosten, exclusief kosten gerelateerd aan COVID-zorg. Voor elk schadebedrag, met uitzondering van de schadebedragen 'Farmaciekosten', 'Kraamzorg' en 'Verloskunde' is een aparte COVID-kolom toegevoegd aan het kosten per verzekerde-bestand.

Er zijn drie typen COVID-kosten, die verschillend landen in het kosten per verzekerde-bestand. Voor de definitie van deze kosten worden de beleidsregels van de catastrofereregeling van 27 september 2022 toegepast.²⁶ Uitleg over de typen COVID-kosten staat in paragraaf 3.5.

- Directe patiëntgebonden COVID-kosten

Voor elk deelbedrag is een extra kolom toegevoegd voor COVID-zorg voor COVID-patiënten. Binnen de 'GGZ' en de 'langdurige GGZ' kunnen geen COVID-gerelateerde kosten voor komen. Op verzoek van verzekeraars zijn deze kolommen niet verwijderd uit de gegevensuitvraag. Indien COVID voor een specifiek deelbedrag niet van toepassing is, wordt dit gevuld met 0 (zie optisch voorbeeld in Tabel 11).

²⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/besluit/2022/09/27/wijziging-beleidsregels-catastrofebijdrage-coronapandemie-2020-en-2021-2e-en-laatste-herijking> d.d. 27 september 2022.

- Toeslagen

Dit betreft de volgende rubrieken, rubriek 01: kostencode 801 en rubriek 06, kostencode 806. Deze kosten worden berekend met de declaratiecodes voor toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 in de beleidsregels van de catastrofereregeling.

Opname van toeslagen in het kosten per verzekerde-bestand kosten per verzekerde-bestand 2021 is als volgt: er is één extra kolom met 'Toeslagen COVID' (zie optisch voorbeeld in Tabel 11)

Tabel 11 Optisch voorbeeld omgang directe patiëntgebonden COVID-kosten en toeslagen in het kosten per verzekerde-bestand

verzekerde	schade variabel	schade GGZ	schade V&V	schade LGGZ	farmacie-kosten	directe COVID-zorg variabel	directe COVID-zorg GGZ	directe COVID-zorg V&V	directe COVID-zorg LGGZ	toeslagen COVID
1	€2.000	€0	€100	€0	€800	€0	€0	€0	€0	€0
2	€10.000	€1.000	€5.000	€0	€2.000	€1.000	€0	€500	€0	€20
3	€500	€0	€0	€0	€100	€0	€0	€0	€0	€0

- Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen

Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen betreffen bulkbetalingen die – in de reguliere omgang met bulkbetalingen – via een logische verdeelsleutel in het definitieve kosten per verzekerde-bestand 2021 zouden landen. Het is echter niet goed mogelijk om een logische verdeelsleutel toe te passen om de meerkostenregelingen toe te bedelen aan individuele verzekerden waarvoor de kosten gemaakt zijn. Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen zijn om die reden uitgesloten van het kosten per verzekerde bestand.

Kosten buitenland via CAK

Als kosten buitenland via CAK neemt u mee de door u goedgekeurde declaraties van kosten van het betreffende transactiejaar. Wat betreft de valutakoersen heeft u de keuze uit de koers op het moment dat u de nota in uw systeem vastlegt of de koers op het moment dat het CAK tot uitbetaling van de nota overgaat. Het Zorginstituut geeft u deze keuze ter voorkoming van onnodige administratieve lasten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen COVID en niet-COVID-zorg. Alle kosten buitenland via CAK wordt toegerekend aan reguliere kosten.

Verrekeningen

In de definitieve opgave over 2021 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2023 op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 2021. Kosten die niet op verzekerdeniveau bekend zijn dienen via een logische verdeelsleutel toegerekend te worden aan individuele verzekerden en de deelbijdragen (m.u.v. van de indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen). Dit zijn kosten die in de vorm van bulkbetalingen (bijv. opbrengstverrekeningen of plafondbesparingen) of bulkontvangsten (bijv. ontvangsten uit prijsarrangementen) plaatsvinden. Hierbij is van belang dat de kosten zoveel mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden waarvoor de kosten gemaakt worden, waarbij de groep verzekerden zo klein mogelijk wordt gehouden. De verdeelsleutels dienen volgens het accountantsprotocol 'Verantwoording Zvw met oplevering vanaf 2020' consistent toegepast te worden en de correctie op verzekerdeniveau moet aansluiten op de verantwoording in de Jaarstaat.²⁷

Voor de verrekening van prijsarrangementen van extramurale en intramurale geneesmiddelen hebben zorgverzekeraars gezamenlijke afspraken gemaakt, zodat alle zorgverzekeraars dit op vergelijkbare wijze in de kosten per verzekerde gegevens verwerken. Zorgverzekeraars ontvangen een totaal retourbedrag voor afzonderlijk de groep van extramurale en intramurale geneesmiddelen waarvoor prijsarrangementen gemaakt zijn. Prijsarrangementen worden in

²⁷ [Accountantsprotocol Zvw 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

het kosten per verzekerde bestand dan toebedeeld aan de individuele verzekerden die deze geneesmiddelen gebruikt hebben door een correctiefactor te berekenen en toe te passen op de kosten de betreffende geneesmiddelen. Dit correctiebedrag wordt als volgt berekend: totale retourbedrag/totale zorgkosten van de betreffende geneesmiddelen.

De verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door plafondafspraken of aanneemsommen) moeten zowel in de reguliere als COVID-kosten (direct en toeslagen) verwerkt worden.

Bijzonderheden

- Het schadebedrag 'Verloskunde' is nieuw toegevoegd.

4.3.2 Kosten per verzekerde 2022

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden, voor wie declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd met betrekking tot schadejaar 2022, geeft u, per verzekerde, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Schadebedrag 'Variabele kosten'
- Schadebedrag 'GGZ'
- Schadebedrag 'Verpleging en verzorging'
- Schadebedrag 'Farmaciekosten'
- Schadebedrag 'Kraamzorg'
- Schadebedrag 'Verloskunde'

Toelichting

In deze paragraaf lichten wij toe welke schadedefinities u dient te hanteren.

Schadedefinities

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

- 1 Kosten van 'huisartsenzorg en MDZ' (rubriek 01);
- 2 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02);
- 3 Kosten van 'mondzorg' (rubriek 04);
- 4 Kosten van 'verloskundige zorg' (rubriek 05);
- 5 Kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06) Vanaf 2022 tellen de kosten SKION voor 100% mee als variabele kosten (deel kostencode 610). De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 6 Kosten van 'paramedische zorg' (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van 'hulpmiddelenzorg' (rubriek 08);
- 8 Kosten van 'ziekenvervoer' (rubriek 09);
- 9 Kosten van 'geriatrie revalidatie, eerstelijnsverblijf en geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen' (rubriek 11);
- 10 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12);
- 11 Kosten van 'diverse overige kosten' (rubriek 13);
- 12 100% van 'kosten variabel, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720);
- 13 100% van 'kosten buitenland via het CAK' (rubriek 15, kostencode 721).

Voor het schadebedrag 'GGZ' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'GGZ' (rubriek 10). De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 2 100% van 'kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720).

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

- 1 Kosten van 'verpleging en verzorging' (rubriek 03);

- 2 100% van kosten van 'verpleging en verzorging', gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel kostencode 720).

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02, kostencode 520). Het gaat hierbij om alleen extramurale farmacie, inclusief BTW en afleververgoedingen.

Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12, kostencode 680);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
 - a 1008 - 'kraamzorg postnataal per uur'; en
 - b 1011 - 'kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)'; en
 - c 1012 - 'kraamzorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis'.

Voor het schadebedrag 'Verloskunde' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'verloskunde' (rubriek 5, deel kostencode 580)
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
 - a 1000 - 'Begeleiding eindigend voor 16 weken zwangerschap inclusief nazorg';
 - b 1001 - 'Geboortezorg prenataal';
 - c 1002 - 'Geboortezorg prenataal complex';
 - d 1003 - 'Geboortezorg nataal';
 - e 1004 - 'Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek';
 - f 1005 - 'Geboortezorg nataal complex';
 - g 1006 - 'Geboortezorg postnataal';
 - h 1007 - 'Geboortezorg postnataal complex';
 - i 1009 - 'Overgangskosten naar integrale geboortezorg'; en
 - j 1010 - 'Kosten voor de organisatie van alle zorg rondom de geboorte van de baby'.

Bijzonderheden

- COVID-19 kosten worden niet meer apart uitgevraagd en lopen mee in de reguliere kosten (toeslagen COVID-19 vallen onder variabele kosten).
- De definitie van het schadebedrag 'Kraamzorg' bevat vanaf schadejaar 2022 ook de prestatie 1012 - 'Kraamzorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis'.
- In verband met de invoering van het Zorgprestatiemodel komt het schadebedrag 'Langdurige GGZ' te vervallen.
- Het schadebedrag 'Verloskunde' is nieuw toegevoegd.

4.4 Farmaciegegevens 2023

In de farmaciegegevens neemt u alleen de declaraties van zorg geleverd in kalenderjaar 2023 mee.

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden aan wie in 2023 geneesmiddelen zijn afgeleverd en een declaratie is ontvangen (en geaccepteerd) geeft u, per receptregel, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Datum van aflevering
- Prestatiecode (ZI-artikelnummer)²⁸

²⁸ In de farmaciegegevens levert u ook apotheekbereidingen aan. Het gaat hierbij om magistrale receptuur, doorgeleverde bereidingen en magistrale bereidingen. Waar mogelijk levert u deze records aan met het bijbehorende ZI-artikelnummer. U neemt elk bestanddeel in een aparte regel op. Mocht de apotheekbereiding geen ZI-artikelnummer kennen, voorziet u het record van het dummy ZI-artikelnummer '000000000009'. U geeft per los bestanddeel een zo accuraat mogelijke opgave van de bijbehorende schade op. Als het op de korte termijn niet mogelijk is om bij magistrale bereidingen een accurate inschatting te maken van de schadebedragen van onderliggende bestanddelen dan is het voor de komende gegevensaanlevering goed om

- Afleveringseenheid
- Hoeveelheid afgeleverd middel
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen

Bijzonderheden

De variabelen geboortedatum en geslacht worden niet meer uitgevraagd, omdat deze variabelen niet gebruikt worden voor de uitvoering van de risicoverevening.

4.5 Add-on geneesmiddelen 2022

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden aan wie in 2022 een 'Overig zorgproducten – Supplementaire producten: add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren' is afgeleverd en een declaratie is ontvangen (en geaccepteerd) geeft u per add-on geneesmiddel de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Prestatiecode/ ZI-artikelnummer (conform de G-standaard)
- Indicatiecode (conform de G-standaard)
- Uitvoerdatum/ Datum van aflevering
- Afleveringseenheid (conform de G-standaard)
- Hoeveelheid afgeleverd middel
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen

Bijzonderheden

Geen.

4.6 DBC's somatisch 2022

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden, voor wie in 2022 een DBC is geopend, geeft u per DBC, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- (Poort) Specialismecode
- Zorgproductcode
- Declaratiecode DBC
- Diagnosecode
- Maand van opening subtraject
- AGB-code instelling
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen

Bijzonderheden

De COVID-19-marker komt te vervallen.

4.7 GGZ-gegevens 2022

In kalenderjaar 2024 worden voor het eerst gegevens uitgevraagd op basis van het ZPM. Het betreft in dit bestand de declaraties van prestaties GGZ, zoals u die verantwoordt bij rubriek 10 kostencode 666 ('Kosten consulten GGZ'), kostencode 667 ('Kosten intramuraal verblijf GGZ') en kostencode 668 ('Kosten overige prestaties GGZ').

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden, voor wie in 2022 GGZ-zorg is geleverd, geeft u per declaratie, de

voor deze bestandsdelen een schadebedrag van €0 op te geven.

volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Prestatiecode
- Begindatum prestatie
- Type zorg
- DSM-hoofdgroep diagnose
- Bron codering diagnose
- Omschrijving diagnose
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen
- Zorgtrajectnummer
- Startdatum zorgtraject
- AGB-code zorgaanbieder
- Zorgvraagtype

Toelichting bij de aan te leveren variabelen

Er zijn twee code-lijsten van diagnosecode in omloop. Bij DSM-hoofdgroep GGZ gebruikt u ter classificatie van een aandoening of ziekte bij voorkeur de codering uit de regelgeving (Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – Bijlage 1 Tabel NZa DSM-hoofdgroep). Indien dat niet mogelijk is mag u ook de codelijst van Vektis hanteren (CL0005-NZa).

Bij Basis GGZ hanteert u de codelijst van Vektis met GB-ggz profielen (CL0009-NZa).

Indien de diagnosecode niet bekend is, dan codeert u deze als de privacyverklaring actief is als 999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 000 (onbekende diagnose).

Bijzonderheden

In de GGZ is per 2022 een nieuwe wijze van bekostigen geïntroduceerd: het zorgprestatie-model (ZPM). In kalenderjaar 2024 worden voor het eerst gegevens uitgevraagd op basis van het ZPM.

Er is een vertaling nodig om de Vektis-diagnoses om te coderen naar NZa-diagnoses uit de regeling GGZ en FZ. Hiervoor hanteert het Zorginstituut een vertaaltabel die wordt opgenomen in de uitvoeringsbestanden van het DKG_G-kenmerk.

4.8 Hulpmiddelengegevens 2023

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden aan wie in 2023 hulpmiddelen zijn afgeleverd geeft u, per hulpmiddel (ook in bruikleen verstrekte hulpmiddelen, en reparaties van hulpmiddelen), de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Datum aflevering
- GPH-code
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen

Bijzonderheden

U levert het complete bestand Hulpmiddelengegevens 2023 met alle declaraties van hulpmiddelen aan. Indien de problematiek met patiëntprofielen, andere mandjes van hulpmiddelen, dwingende sturing op GPH-codes of aangepaste omschrijvingen bij GPH-codes in inkoopcontracten op specifieke GPH-codes in uw registratie speelt, dan levert u dit volledige bestand aan zonder assurancerapport. Als deze problematiek niet bij u speelt, levert u het complete bestand met assurancerapport aan.

Als deze problematiek bij u speelt, dan levert u een tweede bestand aan dat een subset is van

het eerste bestand. Deze subset bevat uitsluitend declaraties van de geleverde hulpmiddelen (en dus niet profielen/mandjes) waarvan de GPH-code niet is voorgeschreven of aangepast in het inkoopcontract. Declaraties van hulpmiddelen met patiëntprofielen, andere mandjes van hulpmiddelen, dwingende sturing op GPH-codes of aangepaste omschrijvingen bij GPH-codes in inkoopcontracten op specifieke GPH-codes, laat u dus buiten de subset. Bij deze subset levert u een assurancerapport aan.

Bij beide bestanden – het complete bestand en de subset – geeft u een bestuursverklaring af. Er zijn aparte formats voor de bestuursverklaringen bij het complete bestand met assurance, het complete bestand zonder assurance en de subset.

De subset levert u aan met in de bestandsnaam als afkorting HMDSUBSET. De record lay-out is voor beide bestanden gelijk. Verzekeraars zijn in onderling overleg aan het nadenken over een herstelactie van de registratie voor de problemen in de hulpmiddelengegevens. Dit kan er toe leiden dat u over 2023 nog een extra bestand aanlevert.

4.9 Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023

Het betreft in dit bestand uitsluitend de declaraties van prestaties fysiotherapie en oefentherapie Zvw, zoals u die verantwoordt bij rubriek 07 kostencode 620 ('Kosten Fysiotherapie') en kostencode 621 ('Kosten Mensendieck/Cesar'), inclusief de declaraties die ten laste van het eigen risico komen.

Aan te leveren variabelen

Voor alle verzekerden, die in 2023 declaraties fysiotherapie en/of oefentherapie hebben gebruikt, geeft u per declaratie, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- DCSPH-code
- CSI-code
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen
- Begindatum behandeling
- Einddatum behandeling

U levert alleen declaraties aan waarbij zowel DCSPH- en CSI-codes van toepassing zijn. Declaraties zonder DCSPH- en CSI-codes levert u niet aan.

Toelichting

Begin- en einddatum behandeling:

U geeft de start- en einddatum op van de periode waarop de gegevenslevering betrekking heeft:

- Bij een enkelvoudige behandeling is de begindatum gelijk aan de einddatum en dit is in beide gevallen de prestatiedatum.
- Bij een behandeltraject (unieke combinatie van DCSPH- en een CSI-code) is de begindatum de prestatiedatum van de eerste behandeling in het kalenderjaar en de einddatum de prestatiedatum van de laatste behandeling in hetzelfde kalenderjaar.

Bijzonderheden

Geen.

4.10 Wlz-gegevens 2023

Aan te leveren variabelen

Voor alle Wlz-verzekerden die in 2023 gebruik hebben gemaakt van Wlz-zorg, geeft u per declaratie, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Prestatiecode

- Behandelmaand/ opnamemaand
- AGB-code instelling
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen

Bijzonderheden

Geen.

5 Procedure gegevenslevering

U levert alle bestanden en documenten aan bij het Zorginstituut. Gepseudonimiseerde bestanden levert u aan via ZorgTTP. Voor een nadere toelichting op de voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder, verwijzen wij u naar de NZa (o.a. het Protocol dat de NZa jaarlijks uitbrengt).

Aanlevering van declaratiegegevens ter vervanging van specifieke informatie C

Voor een aantal rubrieken is de aanlevering van specifieke informatie C vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens. Voor meer informatie hierover zie paragraaf 3.6. Het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland hebben afgesproken dat Vektis de door het Zorginstituut opgevraagde gepseudonimiseerde declaratiegegevens namens de diverse zorgverzekeraars aanlevert. Voorwaarde daarbij is dat elke zorgverzekeraar bij het Zorginstituut schriftelijk kenbaar heeft gemaakt dat zij ervoor kiest de aanlevering van deze gegevens via Vektis te laten verlopen. Het Zorginstituut maakt afspraken met Vektis over de wijze waarop de gegevenslevering aan het Zorginstituut plaatsvindt. Met ingang van kalenderjaar 2021 levert Vektis elk kwartaal de declaratiegegevens over de volgende zorgprestaties/rubrieken aan het Zorginstituut:

- 01 Huisartsenzorg en MDZ
- 03 Verpleging en Verzorging
- 04 Mondzorg
- 05 Verloskundige zorg
- 06 Medisch specialistische zorg
- 07 Paramedische zorg
- 09 Ziekenvervoer
- 10 GGZ
- 11 GRZ., ELV en GZSP
- 12 Kraamzorg

De gevraagde gegevens zijn nodig voor de uitvoering van de wettelijke taken van het Zorginstituut, meer in het bijzonder het fondsbeheer, de kwaliteitstaken en het pakketbeheer.

Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw

- De inzending van de jaarstaat aan Zorginstituut Nederland omvat:
 - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
 - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring;
 - bestuursverklaring bij de specifieke informatie A;
 - gewaarmerkte specifieke informatie B met controleverklaring;
 - bestuursverklaring bij de specifieke informatie B.
- De inzending van de kwartaalstaat aan Zorginstituut Nederland omvat:
 - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
 - een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdenstand van de maand maart.

Aanlevering van gegevens ten behoeve van de risicoverevening in 2024

- De inzending van de gegevens VPPER 2023 (deelbestand met geverifieerd BSN), PER 2024, KPV 2021, FAR 2023, ADDON 2022, DBC 2022, GGZ 2022, HMD 2023, FOT 2023 en WLZ 2023 omvat aan het Zorginstituut:
 - gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
 - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand;
 - assurancerapport/rapport van feitelijke bevindingen bij de bestuursverklaring.
- De inzending van de gegevens kosten per verzekerde 2022 aan het Zorginstituut omvat:
 - gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
 - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand.

Het deelbestand verzekerde periode en persoonskenmerken zonder (geverifieerd) BSN is een Excel-format en wordt niet gepseudonimiseerd.

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

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

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

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

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

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

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

Zorginstituut Nederland
Afdeling Fondsen en Informatiemanagement
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
E-mail: verslagdocumenten@zinl.nl

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

ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN
Helpdesk: 030 – 636 06 49
E-mail: info@zorgttp.nl

Als u vragen heeft, dan kunt u zich richten tot:

- verslagdocumenten@zinl.nl, voor technische vragen over de bestandsaanleveringen;
- fcinformatie@zinl.nl, voor inhoudelijke vragen over de kwartaal- en jaarstaat;
- risicoverevening@zinl.nl, voor inhoudelijke vragen over de overige bestanden.

6 Verwerking van gegevens door het Zorginstituut

Zorgverzekeraars rapporteren via kwartaal- en jaarstaten Zw hun (verwachte) zorglasten aan het Zorginstituut. De afdeling Fondsen en Informatiemanagement bepaalt, controleert, analyseert en verwerkt deze rapportages en gebruikt deze voor de uitvoering van verschillende wettelijke taken waaronder de uitvoering van de risicoverevening. De afdeling levert de informatie bovendien aan andere afnemers:

1. De **afdeling Zorg van het Zorginstituut** gebruikt verschillende onderdelen van de kwartaal- en jaarstaten voor het monitoren van de ontwikkeling van de zorglasten en pakketbeheer.
2. Het **Ministerie van VWS** gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor zijn beleids- en begrotingscyclus. Het gaat om de volgende activiteiten en/of producten:
 - Het monitoren en analyseren van beleid en zorguitgaven;
 - Het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rekenpremie;
 - De leveringen van het Zorginstituut dienen als basis voor besluiten over de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) door de minister van VWS;
 - Het opstellen en monitoren van de zogenaamde Hoofdlijnakkoorden en het integraal zorgakkoord;
 - Ten aanzien van de begrotingscyclus kan per kwartaal worden aangegeven welke activiteiten er plaatsvinden of voor welke producten deze zijn gebruikt. Dit zijn de volgende:
 - De eerste kwartaalcijfers van het lopende jaar (jaar t) gebruikt VWS bij de ramingen van jaren t en t+1 en voor de begroting t+1. Daarmee zijn deze aanvullend op jaar t-1 en eerdere jaren in de jaarstaat van t-1;
 - De halfjaarcijfers t gebruikt het ministerie voor de begroting t+1;
 - De levering op basis van de 3e kwartaalstaten t gebruikt het ministerie als indicatie voor de tweede suppletoire begroting over jaar t;
 - De levering van het 4e kwartaalstaten t-1 wordt gebruikt voor het Jaarverslag t-1, de eerste suppletoire begrotingswet t inclusief actualisatie oudere jaren en de meerjarige doorwerking;
 - De jaarstaten t-1 zien we terug in de begroting t+1.
 - Ad hoc worden de kwartaal- en jaarlevering van het Zorginstituut gebruikt voor:
 - Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO);
 - Het beantwoorden van Kamervragen.
3. Voor het **CBS** zijn de op de kwartaal- en jaarstaten gebaseerde leveringen van het Zorginstituut een belangrijke bron voor de Nationale Rekeningen (waaronder de Kwartaalrekeningen) en Zorgstatistieken zoals de Zorgrekeningen. Via het CBS komen de cijfers tevens terecht in internationale statistieken. Het gaat om de volgende producten:
 - Input voor Excessive Deficit Procedure (EDP) - EMU-saldo en EMU-schuld. Op basis hiervan wordt door de EU geëvalueerd of Nederland aan de Europese normen voldoet voor zowel het EMU-tekort als de EMU-schuld.
 - Publicatie Nationale Rekeningen (o.a. BBP) en afgeleide NR-producten zoals beschikbaar inkomen van huishoudens, belasting- en premiedruk, investeringenbestand, goederengroep- en bedrijfstakverdelingen.
 - Statline (tabellen uitkeringen, premies, maandcijfers).
 - European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS).
 - OECD cijfers System of Health Accounts (SHA).
 - Classification of the Functions of Government (COFOG).
 - Statistiek Internationale Handel.
 - Detailtabellen aan CPB.
 - Artikelen over de zorg.

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

Tabel 12 geeft een overzicht welke partijen gebruik maken van de jaarstaat en de kwartaalstaten.

Tabel 12 Gebruik van de uitvraag conform de Gegevensuitvraag van het Zorginstituut

Gebruiker	1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal	Jaarstaat
Zorginstituut Nederland					
Fondsbeheer	X	X	X	X	X
Financiële verslaglegging					X
Risicoverevening Zorgverzekeringswet					X
Beheerskosten Wet langdurige zorg	X	X	X	X	X
Zorg	*	*	*	*	*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	X	X	X	X	X
Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO)	*	*	*	*	*
Kamervragen	*	*	*	*	*
Centraal Administratiekantoor	X	X	X	X	X
Centraal Bureau voor de Statistiek	X	X	X	X	X
Centraal Plan Bureau	X	X	X	X	X
Nederlandse Zorgautoriteit	X	X	X	X	X
De Nederlandsche Bank	X	X	X	X	X
Zorgverzekeraars					
Spiegelbank Zorgcijfersdata (product ZINL)	X	X	X	X	X
Vektis (Zorgverzekeraars Nederland)	I	I	I	I	I
Algemene rekeningkamer	*	*	*	*	*
Wet openbaarheid van bestuur (Wob)	*	*	*	*	*
Juridische procedures	*	*	*	*	*
X	Vaste gebruiker				
*	Afhankelijk van onderzoeksvraag en tijdstip				
I	Zorgverzekeraars leveren direct aan Vektis.				

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt voor zijn andere wettelijke taken, te weten fondsbeheer en pakketbeheer. De producten die het Zorginstituut in dit kader uitbrengt zijn het Financieel Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds, Zorgcijfersdatabank, het pakketadvies en kwartaalrapportages aan VWS, CBS en CPB. Daarnaast worden de gegevens gebruikt als referentiemateriaal voor het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project). De beleidsinformatie is van groot belang voor het (monitoren van) beleid en de bepaling van het Uitgaven Plafond Zorg (voorheen Budgettair Kader Zorg) en het Macroprestatiebedrag door VWS.

Bijlage A Bestuursverklaringen

Bestuursverklaring bij de gegevens in de kwartaalstaat Zvw 2024 (verzekerdenstanden in maart)

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'verzekerdenstanden in de 1^e kwartaalstaat Zvw 2024' voor de premieprolongatie voor de 1^e dag van de maand maart 2024 met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format. In het elektronische format zijn Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen bij de maand maart 2024.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is opgenomen:

- hoe de verzekerenstand voor de maand maart 2024 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen getroffen zijn om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie A

De bestuursverklaring stuurt u, samen met een controleverklaring, volledig ingevuld en ondertekend aan het Zorginstituut.

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'jaarstaat 2023, specifieke informatie A' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie A' zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie A' is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de (externe) accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke fouten en onzekerheden.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie B

De bestuursverklaring stuurt u, samen met een controleverklaring, volledig ingevuld en ondertekend aan het Zorginstituut.

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar)
verklaart dat het op (datum) het bestand 'jaarstaat 2023, specifieke informatie B' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie B' zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie B in de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie B' is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de (externe) accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke fouten en onzekerheden.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2023, specifieke informatie B' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Bestuursverklaring bij de bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken (VPPER) 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2023' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie en op (datum) het deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2023' met *verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN*, met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het Zorginstituut conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het deelbestand met *verzekerden met geverifieerd BSN* zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) geboortejaren en -maanden;
- (som) fracties verzekeringsperiode.

In het deelbestand met *verzekerden zonder (geverifieerd) BSN* zijn opgenomen:

- (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder BSN* met totaal
- (som) fracties verzekeringsperiode.
- (aantal) detailrecords met *verzekerden zonder geverifieerd BSN* met totaal
- (som) fracties verzekeringsperiode.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2023' tot stand gekomen zijn;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie verzekerde periode en persoonskenmerken 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken (PER) 2024

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'persoonskenmerken 2024' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2024 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2024) met UZOVI-nummer (in 2024) en van wie het BSN is geverifieerd.

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) geboortejaren en -maanden;

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'persoonskenmerken 2024' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2024' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken 2024' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2024:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand kosten per verzekerde 2021

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

Het bestuur van..... (statutaire naam zorgverzekeraar)
verklaart dat het op (datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2021' met
bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de
gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten' (exclusief COVID-zorg), 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg), 'verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg), 'langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg), 'farmaciekosten', 'kraamzorg', 'verloskunde', 'variabele kosten directe COVID-zorg', 'GGZ directe COVID-zorg', 'verpleging en verzorging directe COVID-zorg', 'langdurige GGZ directe COVID-zorg' en 'toeslagen COVID', volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2021 verzekerd waren bij
..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2021) met UZOVI-nummer
..... (in 2021).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- (aantal) detailrecords;
- (aantal) unieke BSN's;
- (som) schadebedragen 'Variabele kosten' (exclusief COVID-zorg);
- (som) schadebedragen 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg);
- (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg);
- (som) schadebedragen 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg);
- (som) schadebedragen 'Farmaciekosten';
- (som) schadebedragen 'Kraamzorg';
- (som) schadebedragen 'Verloskunde';
- (som) schadebedragen 'Variabele kosten directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'GGZ directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'Langdurige GGZ directe COVID-zorg';
- (som) schadebedragen 'Toeslagen COVID'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'kosten per verzekerde 2021' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'kosten per verzekerde 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Voor bepaling van de directe COVID-kosten in het bestand is gebruik gemaakt van bijlage 1 Reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten d.d. 27 september 2022 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder a van de Zorginstituut beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021. Voor bepaling van de COVID-toeslagen in het bestand is gebruik gemaakt van bijlage 2 toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie d.d. 27 september 2022 behorend bij artikel 2, 1^e lid, onder b van de Zorginstituut beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'kosten per verzekerde 2021' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie kosten per verzekerde 2021:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand kosten per verzekerde 2022

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2022' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'farmaciekosten', 'kraamzorg', 'verloskunde', volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2022 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer (in 2022).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:
..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) schadebedragen 'Variabele kosten';
..... (som) schadebedragen 'GGZ';
..... (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging';
..... (som) schadebedragen 'Farmaciekosten';
..... (som) schadebedragen 'Kraamzorg';
..... (som) schadebedragen 'Verloskunde'.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'kosten per verzekerde 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'kosten per verzekerde 2022' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie kosten per verzekerde 2022:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'farmaciegegevens 2023' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag²⁹ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'farmaciegegevens 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'farmaciegegevens 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

²⁹ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand add-on geneesmiddelen 2022

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'add-on geneesmiddelen 2022' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van add-on geneesmiddelen met een totaal schadebedrag³⁰ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswettelijke verzekerden die in 2022 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer (in 2022).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'add-ons geneesmiddelen 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'add-on geneesmiddelen 2022' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'add-on geneesmiddelen 2022' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

³⁰ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie add-on geneesmiddelen 2022:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand DBC's somatisch 2022

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'DBC's somatisch 2022' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van DBC-subtrajecten, geopend in 2022, met een totaal schadebedrag³¹ van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2022 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer (in 2022).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC's somatisch 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC's somatisch 2022' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC's somatisch 2022' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

³¹ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie DBC's somatisch 2022:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand GGZ-gegevens 2022

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'GGZ-gegevens 2022' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties GGZ, volgens de definitie van dit bestand, met een totaal schadebedrag³² van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2022 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer (in 2022).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'GGZ-gegevens 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'GGZ-gegevens 2022' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'GGZ-gegevens 2022' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

³² Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie GGZ-gegevens 2022:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

In het geval dat de registratieproblematiek in de hulpmiddelengegevens bij u niet speelt en er dus een goedkeurend assurancerapport kan worden verstrekt bij de volledige hulpmiddelengegevens 2023:

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag³³ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

³³ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie hulpmiddelengegevens 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

In geval van registratieproblematiek in de hulpmiddelengegevens waardoor er geen goedkeurend assurancerapport kan worden verstrekt bij de volledige hulpmiddelengegevens 2023:

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van hulpmiddelen met een totaal schadebedrag³⁴ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

Er is sprake van declaraties die niet op het niveau van een daadwerkelijk afgeleverd hulpmiddel zijn, bijvoorbeeld als gevolg van patiëntprofielen, mandjes van hulpmiddelen, dwingende sturing in inkoopcontracten op specifieke GPH-codes en/of voorschrift van afwijkende omschrijving bij GPH-codes, anders dan in de Vektis-GPH-codetabel. (graag toelichten welk van de verschillende problemen speelt en in welke HKG-klasse) (verdere toelichting specifiek per zorgverzekeraar).

³⁴ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De fouten en/of onzekerheden zijn in de tabel hieronder per UZOVI opgenomen per HKG-categorie:

HKG	Schadebedrag (in euro's)	Fouten (in euro's)	%	Onzekerheden (in euro's)	%
CPAP apparatuur	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Zuurstofapparatuur met toebehoren	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Therapeutische elastische kousen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Orthopedische schoeisel	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Incontinentie- en stomamateriaal	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Voedingshulpmiddelen (exclusief zuigelingen)	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Insulinepompen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Glucosemonitor	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Draagbare infuuspompen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Compressiemiddelen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Orthesen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Niet-HKG hulpmiddelen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

Tenslotte

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties, een en ander met inachtneming van de voornoemde fouten en onzekerheden.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'hulpmiddelengegevens 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

FOUTENTABEL MET FOUTEN EN ONZEKERHEDEN

Uzovi	Naam Verzekeraar	Schadebedrag (in euro's)	Fouten (in euro's)	%	Onzekerheden (in euro's)	%
xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

Aanvullende informatie hulpmiddelengegevens 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens subset 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'hulpmiddelengegevens subset 2023' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van subset hulpmiddelen met een totaal schadebedrag³⁵ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'hulpmiddelengegevens subset 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'hulpmiddelengegevens subset 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'hulpmiddelengegevens subset 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het

³⁵ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.
Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie hulpmiddelengegevens subset 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023

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

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op (datum) het bestand 'fysiotherapie-en oefentherapiegegevens 2023' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van fysiotherapie en oefentherapie met een totaal schadebedrag³⁶ van € (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;

..... (aantal) unieke BSN's;

..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'fysiotherapie-en oefentherapiegegevens 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysiotherapie- oefentherapiegegevens 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'fysiotherapie-en oefentherapiegegevens 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

³⁶ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie fysiotherapie- en oefentherapiegegevens
2023:***

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bestuursverklaring bij het bestand Wlz-gegevens 2023

De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, samen met een rapport van feitelijke bevindingen, volledig ingevuld en ondertekend aan het Zorginstituut.

Het bestuur van (naam Wlz-uitvoerder) verklaart dat (naam zorgkantoor) op (datum) het bestand 'Wlz-gegevens 2023' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties met een totaal schadebedrag³⁷ van € (in euro's) van alle Wlz-verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij (verkorte naam zorgkantoor in 2023) met UZOVI-nummer(in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Wlz-gegevens 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het rapport van feitelijke bevindingen bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

Toelichting fouten en onzekerheden

(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, zie verder instructies in het Protocol gegevensvraag Wlz-gegevens van de NZa)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Wlz-gegevens 2023' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties. Het bestuur heeft zich ervan vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

De Wlz-uitvoerder heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'Wlz-gegevens 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

³⁷ Dit betreft niet het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie Wlz-gegevens 2023:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

Bijlage B Record lay-outs

In dit hoofdstuk treft u de record lay-out aan van de ASCII bestanden die u in het kader van de risicoverevening moet aanleveren.

- Record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2023
- Record lay-out bestand persoonskenmerken 2024
- Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2021
- Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2022
- Record lay-out bestand farmaciegegevens 2023
- Record lay-out bestand add-on geneesmiddelen 2022
- Record lay-out bestand DBC's somatisch 2022
- Record lay-out bestand GGZ-gegevens 2022
- Record lay-out bestand hulpmiddelengegevens 2023
- Record lay-out bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023
- Record lay-out bestand Wlz-gegevens 2023

Record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2023 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode woonadres in het jaar 2023, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters)
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres).
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		Huisnummertoevoeging woonadres in het jaar 2023, indien Nederlands ingezetene.
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	JJJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde.
	7	Geslacht	40	40	1	N		1 2 3 Man Vrouw geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N		1 2 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene. Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene.
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	JJJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	JJJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peilperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
	11	Fractie verzekerde	58	64	7	N		De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/ beginndatum) + 1)/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekapt (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van het betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
	12	Reden uitstroom Zvw	65	66	2	N		1 2 3 99 niet uitgestroomd overleden uitstroom overig wel AV, geen Zvw (Nota bene: niet relevant voor ZIN, maar sluit aan bij de aanleverspecificatie BASIC versie 0106)
	13	Nummer DWH	67	69	3	N		Data warehouse number zoals vastgesteld door de NZa
	14	Naam modelovereenkomst	70	113	44	AN		Verzekeringsovereenkomst waarin de rechten en plichten van de verzekeraar en de verzekerde staan beschreven
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien.
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	14	N		De som van rubriek 11 van alle detailrecords.

*) Uitsluitend vullen indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetene, identificatie buitenland heeft codering 1). U geeft het meest recente adres in 2023 op van Nederlands ingezetenen, waarbij u uitsluitend kijkt naar adressen tot en met 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat geldig was op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. Het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.

Vervolg record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2023

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
 1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.
3. Data presentatie:

Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
ZINL_NZA_RVE_UZOVI_VPPER_JJJJ_MND_NR.txt
UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Record lay-out bestand persoonskenmerken 2024

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2024 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2024.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201203	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNA	Postcode woonadres op peildatum 1 mei 2024, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters).
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres).
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		Huisnummertoevoeging woonadres op peildatum 1 mei 2024, indien Nederlands ingezetene.
	6	Postcode adres Basisregistratie Personen **)	34	39	6	AN	NNNNA	Postcode BRP-adres op peildatum 1 mei 2024, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters).
	7	Huisnummer adres Basisregistratie Personen **)	40	44	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 8 (huisnummertoevoeging BRP-adres).
	8	Huisnummertoevoeging adres Basisregistratie Personen **)	45	56	12	AN		Huisnummertoevoeging BRP-adres op peildatum 1 mei 2024, indien Nederlands ingezetene.
	9	Geboortjaar en -maand	57	62	6	N	JJJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde.
	10	Geslacht	63	63	1	N		1 Man 2 Vrouw 3 Geslacht onbepaald
	11	Identificatie buitenland volgens oude definitie niet-ingezetenen	64	64	1	N		1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen. 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen.
	12	Identificatie buitenland volgens nieuwe definitie niet-ingezetenen	65	65	1	N		1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die waarschijnlijk vanaf vereveningsjaar 2025 zal gelden: een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet ingeschreven is in de BRP. 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die waarschijnlijk vanaf vereveningsjaar 2025 zal gelden: een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet ingeschreven is in de BRP.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortjaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien.

*) Uitsluitend vullen indien Nederlands ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen ('Identificatie buitenland volgens oude definitie niet-ingezetenen' heeft codering 1). Uitsluitend het woonadres op peildatum 1 mei 2024 opnemen. Bij voorkeur uit de Basisregistratie Personen. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

**) Uitsluitend vullen indien Nederlands ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die waarschijnlijk vanaf vereveningsjaar 2025 zal gelden ('Identificatie buitenland volgens nieuwe definitie niet-ingezetenen' heeft codering 1). Uitsluitend het adres opnemen uit de Basisregistratie Personen op peildatum 1 mei 2024.

Vervolg record lay-out bestand persoonskenmerken 2024

- | | | |
|---|--|--|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | | <ol style="list-style-type: none">1. Voorlooprecord (code=1)2. Detailrecord per verzekerde (code=2)3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | | <p>N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.</p> |
| 3. Data presentatie: | | <p>Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.</p> |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_NZA_RVE_UZOVI_PER_JJJJ_MND_NR.txt | <p>UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand de maand mei, '05' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.</p> |

Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooperrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooperrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's (somaatich en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's (somaatich en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201212	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'Variabele zorgkosten' (exclusief COVID-zorg)	11	19	9	N		De 'Variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	4	Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg)	20	28	9	N		De kosten voor 'Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	5	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg)	29	37	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	6	Schadebedrag 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg)	38	46	9	N		De kosten voor 'Langdurige GGZ' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	7	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	47	55	9	N		De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	8	Schadebedrag 'Kraamzorg'	56	64	9	N		De kosten voor 'Kraamzorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	9	Schadebedrag 'Verloskunde'	65	73	9	N		De kosten voor 'Verloskunde' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	10	Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	74	82	9	N		De kosten voor 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	11	Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	83	91	9	N		De kosten voor 'GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	12	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	92	100	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	13	Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	101	109	9	N		De kosten voor 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	14	Schadebedrag 'Toeslagen COVID'	110	118	9	N		De kosten voor 'Toeslagen COVID' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'Variabel'	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'Verpleging & verzorging'	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'Langdurige GGZ'	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	79	92	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.
	10	Totaal schadebedrag 'Kraamzorg'	93	106	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.
	11	Totaal schadebedrag 'Verloskunde'	107	120	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
	12	Totaal schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	121	134	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.
	13	Totaal schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	135	148	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 11 van de detailrecords.
	14	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	149	162	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords.
	15	Totaal schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	163	176	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 13 van de detailrecords.
	16	Totaal schadebedrag 'Toeslagen COVID'	177	190	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 14 van de detailrecords.

Vervolg record lay-out bestand kosten per verzekerde 2021

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.
3. Data presentatie:
- Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_JJJJ_MND_NR.txt
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2022 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201213 Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'Variabele zorgkosten'	11	19	9	N	De 'Variabele zorgkosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
	4	Schadebedrag 'GGZ'	20	28	9	N	De kosten voor 'Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
	5	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	29	37	9	N	De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
	6	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	38	46	9	N	De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
	7	Schadebedrag 'Kraamzorg'	47	55	9	N	De kosten voor 'Kraamzorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
	8	Schadebedrag 'Verloskunde'	56	64	9	N	De kosten voor 'Verloskunde' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2022.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'Variabel'	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	51	64	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	65	78	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Kraamzorg'	79	92	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.
	10	Totaal schadebedrag 'Verloskunde'	93	106	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.

Vervolg record lay-out bestand kosten per verzekerde 2022

- In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
 - Voorlooprecord (code=1)
 - Detailrecord per verzekerde (code=2)
 - Sluitrecord (code=9)
- Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.
- Data presentatie:

Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
- Bestandsnaam `ZINL_NZA_RVE_UZOVI_KPV_JJJJ_MND_NR.txt`

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

Record lay-out bestand farmaciegegevens 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2023 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201204 Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum van aflevering	11	18	8	N	JJJJMMDD Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	19	30	12	N	Conform G-standaard.
	5	Afleveringseenheid	31	32	2	AN	Conform G-standaard.
	6	Hoeveelheid afgeleverd middel	33	41	9	N	De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	7	Indicatie debet/credit	42	42	1	AN	D Debet C Credit Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zwv.
	8	Schadebedrag in centen	43	50	8	N	Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen - ongeacht kosten ten laste van het verplicht eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand farmaciegegevens 2023

- | | |
|---|---|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | 1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties. |
| 3. Data presentatie: | Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken. |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_NZA_RVE_UZOVI_FAR_JJJJ_MND_NR.txt
UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer. |

Record lay-out bestand add-on geneesmiddelen 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2022 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201505	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode / ZI-artikelnummer (conform G-Standaard)	11	22	12	N		ZI-artikelnummer (bestand 131 G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'.
	4	Indicatiecode (conform G-Standaard)	23	31	9	N		Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standaard) zoals vermeld op add-on declaratie.
	5	Uitvoerdatum / Datum van aflevering	32	39	8	N	JJJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'.
	6	Afleveringseenheid (conform G-Standaard)	40	41	2	AN		Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standaard van Z-Index.
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel	42	50	9	N		Gedeclareerde hoeveelheid geneesmiddel; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	8	Indicatie debet/credit	51	51	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	60	9	N		Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'. in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand add-on geneesmiddelen 2022

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.
3. Data presentatie:
- Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_JJJJ_MND_NR.txt
- UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Record lay-out bestand DBC's somatisch 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting	
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2022 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201205	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	(Poort) Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	Zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	Declaratiecode DBC	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is, indien nodig met voorloopnullen.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB-code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet/credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico; - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand DBC's somatisch 2022

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)
2. Soort:
- N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.
3. Data presentatie:
- Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.
4. Bestandsnaam
- | | |
|--|---|
| ZINL_NZA_RVE_UZOVI_DBC_JJJJ_MND_NR.txt | UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer. |
|--|---|

Record lay-out bestand GGZ-gegevens 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2022 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201206	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	16	6	AN		Zie voor verdere specificatie de 'Codetabel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg' van de NZa (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_728806_22/1/).
	4	Begindatum prestatie	17	24	8	N	JJJJMMDD	Begindatum van prestatie
	5	Type zorg	25	27	3	N		Code die aangeeft om welk type zorg het gaat. In de generieke declaratiestandaard GDS801-GDS802 gaat het hier om het element DiagnoseCodelijstCode.
							033 GGZ	Basis GGZ
	6	DSM-hoofdgroep diagnose	28	32	5	AN		Diagnosecode ter classificatie van een aandoening of ziekte. Altijd 5 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is, indien nodig met voorloophulp. Bij Basis GGZ hanteert u de codelijst van Vektis met GB-ggz profielen (CL0009-NZa). Bij DSM-hoofdgroep GGZ gebruikt u hiervoor bij voorkeur de codering uit de regelgeving (Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – Bijlage 1 Tabel NZa DSM-hoofdgroep). Indien dat niet mogelijk is mag u ook de codelijst van Vektis hanteren (CL0005-NZa). Indien de diagnosecode bij u niet bekend is, dan codeert u deze als de privacyverklaring actief is als 00999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 00000 (onbekende diagnose).
	7	Bron codering diagnose	33	33	1	N		0 1 2 Basis GGZ Regeling ggz en fz CL0005-NZa Bij Basis GGZ laat u deze variabele leeg
	8	Omschrijving diagnose	34	89	56	AN		Hiervoor hanteert u de omschrijvingen uit de regelgeving (Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – Bijlage 1 Tabel NZa DSM-hoofdgroep) of de codelijst van Vektis (CL0005-NZa). Bij Basis GGZ laat u de omschrijving leeg en vult u deze uit met spaties.
	9	Indicatie debet/credit	90	90	1	AN		D C Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	91	98	8	N		Gedeclareerde kosten voor GGZ. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico; - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	11	Zorgtrajectnummer	99	134	36	AN		Uniek nummer waarmee bepaald kan worden welke prestaties bij hetzelfde zorgtraject horen.
	12	Startdatum zorgtraject	135	142	8	N	JJJJMMDD	Startdatum van zorgtraject
	13	AGB-code zorgaanbieder	143	150	8	N		De AGB-code op instellings- of praktijkniveau van de zorgaanbieder waar de zorg geleverd is.
14	Zorgvraagtype	151	154	4	AN		De typering van de zorgvraag. Hiervoor hanteert u de codering uit de regelgeving (Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – Bijlage 5 Zorgvraagtypes GGZ). Deze codering is gelijk aan de codelijst van Vektis (CL0007-NZa). Indien het zorgvraagtype bij u niet bekend is, dan codeert u deze als de privacyverklaring actief is als 9999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 0000 (onbekend zorgvraagtype).	
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand GGZ-gegevens 2022

- | | | |
|---|--|---|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | | <ol style="list-style-type: none">1. Voorlooprecord (code=1)2. Detailrecord per verzekerde (code=2)3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | | <p>N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.</p> |
| 3. Data presentatie: | | <p>Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.</p> |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_NZA_RVE_UZOVI_GGZ_JJJJ_MND_NR.txt | <p>UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.</p> |

Record lay-out bestand hulpmiddelengegevens 2023 en hulpmiddelengegevens subset 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2023 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401 Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N	Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum van aflevering	11	18	8	N	JJJJMMDD Vullen met de datum waarop de prestatie geleverd is. Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	GPH-code	19	30	12	AN	Uniforme GPH-code (inclusief de conversie van ZI-artikelnummers) conform afspraak tussen ZN en VWS, gebaseerd op tabellen van Vektis.
	5	Indicatie debet/credit	31	31	1	AN	D Debet C Credit
	6	Schadebedrag in centen	32	39	8	N	Gedeclareerde kosten voor hulpmiddelen in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - inclusief BTW - exclusief eventuele eigen bijdrage(n) - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	#### Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N	De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N	De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N	De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand hulpmiddelengegevens 2023 en hulpmiddelengegevens subset 2023

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:
 1. Voorlooprecord (code=1)
 2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
 3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.

3. Data presentatie:

Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.

4. Bestandsnaam

ZINL_NZA_RVE_UZOVI_HMD_JJJJ_MND_NR.txt
ZINL_NZA_RVE_UZOVI_HMDSUBSET_JJJJ_MND_NR.txt

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

Record lay-out bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting	
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2023 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201702	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	DCSPH-code	11	14	4	N		Verwijsdiagnosecode paramedische hulp of (indien niet beschikbaar) paramedische diagnosecode. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zwv.
	4	CSI-code	15	17	3	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zwv. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet/credit	18	18	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	19	26	8	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	7	Begindatum behandeling	27	34	8	N	JJJJMMDD	Datum van de start van de behandeling.
	8	Einddatum behandeling	35	42	8	N	JJJJMMDD	Datum van eind behandeling.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2023

- | | | |
|---|--|---|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | | <ol style="list-style-type: none">1. Voorlooprecord (code=1)2. Detailrecord per verzekerde (code=2)3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | | <p>N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.</p> |
| 3. Data presentatie: | | <p>Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.</p> |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_NZA_RVE_UZOVI_FOT_JJJJ_MND_NR.txt | <p>UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.</p> |

Record lay-out bestand Wlz-gegevens 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	Lengte t/m	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting	
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2023 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201801	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	15	5	AN		Prestatiecode van Wlz-declaratie.
	4	Behandelmaand/opnamemaand	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft.
	5	AGB-code instelling	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie.
	6	Indicatie debet/credit	26	26	1	AN	D C	Debet Credit
	7	Schadebedrag in centen	27	34	8	N		Gedeclareerde kosten in het kader van de Wlz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeacht eigen bijdragen et cetera.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

Vervolg record lay-out bestand Wlz-gegevens 2023

- | | | |
|---|--|---|
| 1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven: | | <ol style="list-style-type: none">1. Voorlooprecord (code=1)2. Detailrecord per verzekerde (code=2)3. Sluitrecord (code=9) |
| 2. Soort: | | <p>N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en uitvullen met voorloop-nullen.
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.</p> |
| 3. Data presentatie: | | <p>Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned).
In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.
Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.</p> |
| 4. Bestandsnaam | ZINL_NZA_RVE_UZOVI_WLZ_JJJJ_MND_NR.txt | <p>UZOVI: het uzovi-nummer van het Zorgkantoor in bestand opgeven.
JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.</p> |

Bijlage C Format

Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023, tweede deelbestand: verzekerden zonder BSN of zonder geverifieerd BSN

Format verzekerden zonder BSN

	(aantal) detailrecords met verzekerden zonder BSN met totaal
	(som) fracties verzekeringsperiode
	(aantal) detailrecords met verzekerden zonder geverifieerd BSN met totaal
	(som) fracties verzekeringsperiode

Verzekerde	1=geen BSN 2=niet geverifieerd BSN	Postcode (4 cijfers)	Geboortejaar en -maand (JJJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw, 3=onbepaald)	Begindatum verzekering (JJJJMMDD)	Einddatum verzekering (JJJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2023	Reden uitstroom Zvw	Motivatie	Nummer DWH ¹⁰	Naam modelovereenkomst
Verzekerde 1											
Verzekerde 2											
Verzekerde 3											
Verzekerde 4											
Verzekerde 5											
Verzekerde 6											
Verzekerde 7											
Verzekerde 8											
Verzekerde 9											
Verzekerde 10											
Verzekerde 11											
Verzekerde 12											
Verzekerde 13											
Verzekerde 14											
Verzekerde 15											
Verzekerde 16											
Verzekerde 17											
Verzekerde 18											
Verzekerde 19											
Verzekerde 20											

Bijlage D Modelovereenkomsten

nummer DWH	Uzovi-nummer	Naam modelovereenkomst
80	3358	De Friesland Alles Verzorgd Polis
109	3358	De Friesland Zelf Bewust Polis
104	3351	FBTO Zorgverzekering Basis Plus
105	3351	FBTO Zorgverzekering Basis Vrij
130	3351	FBTO Zorgverzekering Basis
27	3313	Interpolis ZorgActief
113	3313	Interpolis ZorgCompact
55	3311	Zilveren Kruis Basis Zeker
66	3311	Zilveren Kruis Basis Exclusief
85	3311	Zilveren Kruis Basis Budget
91	3311	Pro Life Principe Polis (natura)
114	3311	Pro Life Principe Polis Budget
108	3311	ZieZo Basis
83	403	ik kies zelf van A.S.R. Vrije Keuze combinatie
122	403	ik kies zelf van A.S.R. Goede Keuze natura
96	403	a.s.r. Eigen Keuze
121	403	a.s.r. Ruime Keuze
19	104	NN Zorgverzekering Combinatie
133	104	NN Zorgverzekering Natura (Zorg Voordelig)
33	201	OHRA Zorgverzekering Combinatie
14	7119	CZ Zorg op maatpolis (Natura)
15	7119	CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie)
73	7119	CZdirect (Natura)
97	7119	CZ Zorgbewustpolis (Natura)
123	7119	CZ Just Basic (Natura Just)
20	7029	DSW polisvoorwaarden
44	7037	Stad Holland polisvoorwaarden
42	3347	Salland Basisverzekering
110	3347	HollandZorg Basisverzekering
115	3359	Basisverzekering Natura
116	3359	Basisverzekering Restitutie
118	3359	Basisverzekering Bewust Verzekerd
126	3359	Basisverzekering Natura Select
134	3359	Basisverzekering Bewust Verzekerd Restitutie
5	3333	Anderzorg Basis
31	3332	Menzis Basis
32	3332	Menzis Basis Vrij
102	3332	Hema Basisverzekering
103	3332	Menzis Basis Voordelig
132	3332	VinkVink Basisverzekering
39	3343	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering
127	3343	Jaaah basis
74	699	IZA Eigen Keuze
98	699	IZA Ruime Keuze
128	699	IZA Basis Keuze
50	101	Univé Zorg Geregeld polis
51	101	Univé Zorg Vrij polis
65	101	Univé Gewoon ZEKUR Zorg
107	101	Univé Zorg Select Polis
136	101	Univé Zorg Basis Natura
47	736	UMC Eigen Keuze

125	736	UMC Ruime Keuze
53	7095	VGZ Ruime Keuze
54	7095	VGZ Eigen Keuze
82	7095	VGZ Bewuzt Basis
124	7095	VGZ Basis Keuze
57	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis
58	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis
84	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis
131	7085	ZEM Polis

Bijlage E Uitvraag specifieke informatie A: detailinformatie RVE

Tabel 13 Uitvraag in specifieke informatie A: detailinformatie RVE

Kostenrubriek	Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			Toelichting
			2021	2022	2023	
02 Rubriek farmaceutische zorg	Kostencode 520	Kosten van dure extramurale geneesmiddelen			Per schadejaar 2023 zijn er extramurale geneesmiddelen aangemerkt als vaste kosten.	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie extramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening 2023). Meer informatie in 'Lijst dure geneesmiddelen DEF versie 20231019 (peilmoment eind juli 2023)' opgesteld door VWS.
06 Medisch specialistische zorg	Deel van kostencode 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	SKION	Per schadejaar 2021 vallen kosten NTS hier niet meer onder en verantwoord u hier alleen de kosten SKION.	Per schadejaar 2022 worden deze kosten volledig aangemerkt als variabele kosten en vervalt deze kostencode.		Zie artikel 14, Regeling risicoverevening 2021. Zie paragraaf 2.1 van de toelichting bij de Regeling risicoverevening 2022.
06 Medisch specialistische zorg	Kostencode 612.1	Kosten add-ons dure intramurale geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren ³⁸	Per schadejaar 2021 vallen de kosten van ozp-stollingsfactoren hier ook onder.	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden.	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening 2021). Meer informatie in 'Lijst dure geneesmiddelen DEF versie 20231019 (peilmoment eind juli 2023)' opgesteld door VWS.
10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Deel van kostencode 662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf ³⁹	Nieuw.			Geneesmiddelen GGZ die uit de sluis dure geneesmiddelen komen. U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening 2021).

³⁸ Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3 Rrv 2021)

³⁹ Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de drie daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3 Rrv 2021)

Kostenrubriek	Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			Toelichting
			2021	2022	2023	
10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Deel van kostencode 666	Kosten consulten GGZ ⁴⁰	X	Nieuw.	Geen bijzonderheden.	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening 2022).
15 Grensoverschrijdende zorg	Deel van kostencode 720 - Kosten van grensoverschrijden de zorg, via verzekeraar	Variabele zorgkosten	Verantwoording op kasbasis	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar	Geen bijzonderheden.	Dit betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw of de kosten van de tarifieringen: dit zijn kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar.
		Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Verantwoording op kasbasis	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar	Geen bijzonderheden.	
15 Grensoverschrijdende zorg	Deel van kostencode 721- Kosten van grensoverschrijden de zorg, via verbindingsorgaan ⁴¹	Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 20, EG verordening nr. 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling.	Verantwoording op kasbasis	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar	Geen bijzonderheden.	De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier/ S2.
		Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland.	Verantwoording op kasbasis	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar	Geen bijzonderheden.	Tijdelijk verblijf tot maximaal één jaar. Als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier/ EHIC of vergelijkbaar.
		Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland	Verantwoording op kasbasis	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar	Geen bijzonderheden.	
n.v.t.	n.v.t.	Totaal berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van	X	X		U rekent hiervoor met de nominale rekenpremie voor 2023 (€ 1.599 per jaar)

⁴⁰ Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 16 lid 2 Rrv 2022)

⁴¹ U bent verplicht om de in het buitenland gemaakte kosten in de drie genoemde situaties te specificeren op basis van de declaraties die het CAK gedurende het jaar aan u voorlegt. De brief c.q. schadelastrapport die u van het CAK hierover ontvangt is hierin niet leidend

Kostenrubriek	Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			Toelichting
			2021	2022	2023	
		verzekerden van 18 jaar en ouder				

Bijlage F Toelichting op de definities specifieke informatie C

610 Kosten van Skion, NTS, Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten

Tot en met het schadejaar 2021 specificeert u SKION, NTS, eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten onder code 610 in de Specifieke Informatie C. De betalingen aan Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) zijn per 2022 gestopt en de reserves zijn uitbetaald. De uitbetaling van de overgebleven reserves van SKION wordt in het jaar 2021 verantwoord.

In het schadejaar 2022 specificeert u NTS, eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten onder code 610 in de Specifieke Informatie C.

Vanaf schadejaar 2023 is de kostencode gesplitst in kostencode 610.1 en 610.2 en verantwoordt u de kosten van NTS alleen nog onder kostencode 610.1 in de Kostenverzamelstaat.

610.2 Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten

Vanaf 2023 specificeert u hier de kosten naar 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' en kosten 'Trombosediensten' De kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten zijn inclusief verrekeningen via de NZa. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek door productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt u bij kostencode 611.

611 Overige zorgproducten

Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC-zorgproducten en overige zorgproducten' van de NZa) verantwoordt u bij kostencode 611. Zie Bijlage A voor de kostendefinitie van 611. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting hieronder.

612.1 Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 612.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting hieronder.

612.2 Kosten Add-ons – IC

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 612.2 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting hieronder.

613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment naar instelling

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 613.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting hieronder.

615.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment naar instelling

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de

toelichting hierna.

U specificeert de kosten van overige zorgproducten van kostencode 611, 612.1, 612.1, 613.1 en 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de Sint Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Bij deze overige zorgaanbieders horen DBC-gefinancierde instellingen zoals centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra, maar ook productiesamenwerkingsverbanden en Wlz-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zpz-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.

701 Overige geneeskundige zorg

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

- kosten geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en (m.u.v. eerstelijnsdiagnostiek)
- kosten orthoptie
- kosten optometrie
- kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus
- kosten koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
- kosten regiefunctie complexe wondzorg
- Kosten ADZ
- Kosten valrisicobeoordeling
- Overige: hieronder valt vanaf 2024 de valrisicobeoordeling

702 Zintuiglijk gehandicapten

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

- kosten Zorg i.v.m. visuele beperking;
- kosten Zorg i.v.m. auditieve en/of communicatieve beperking

720 kosten via verzekeraar

U specificeert hier de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen. De specificatie bevat de volgende drie onderdelen:

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

In de tweede specificatie specificeert u het bijbehorend aantal verzekerden naar bovengenoemde drie onderdelen. Voor het aantal verzekerden geldt dat u per onderdeel elke verzekerde, die in het verslagjaar gebruik maakt van de betreffende regeling, eenmaal per

verslagjaar telt.

Contractinformatie

U geeft op de volgende onderdelen van de kostenverzamelstaat een contractspecificatie aan:

- rubriek 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg,
- rubriek 03 Verpleging en Verzorging,
- rubriek 06 Medisch specialistische zorg,
- rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg,
- rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en GZSP en
- rubriek 13, kostencode 702 Zintuiglijk gehandicapten.

Onderverdeling contractinformatie

U rapporteert voor bovengenoemde rubrieken de lasten, zoals u die verwacht voor het betreffende jaar, op basis van onderstaande onderverdeling:

Gecontracteerde zorg

U neemt hier de verwachte lasten op van zorgaanbieders waar u een contract mee heeft afgesloten. U houdt hierbij rekening met contractafspraken. Bij de contractspecificaties van de GGZ en MSZ is de gecontracteerde zorg verder uitgesplitst. U splitst de gecontracteerde zorg uit naar deelcontract. Deelcontracten worden gezien als functionele eenheid van het contract. Als een contract uit meerdere deelcontracten bestaat, rapporteert u deze individueel. Voorbeeld: Een plafondcontract met hier bovenop een staffelafpraak zonder maximum wordt gerapporteerd als twee deelcontracten met de plafondafpraak als deelcontract onder 'Plafondcontracten' en de staffelafpraak als deelcontract onder 'Gecontracteerd open einde'.

U heeft keuze uit de volgende contractvormen:

- Aanneemsummen: deelcontracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar zorg levert;
- Plafondcontracten: deelcontracten die wel een maximumomzet, maar geen minimumomzet kennen;
- Nacalculatie bij aanneemsummen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen' die in de aanneemsumcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Onder deze categorie neemt u alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten op. Het betreft onder andere specifieke nacalculaties die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling vermindert. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op andere afspraken en/of extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of maluskortingen als een doel niet wordt gehaald) kunnen dan opgevat worden als nacalculatie. Voorbeelden zijn bonusregelingen als een zorginstelling een bepaalde voorwaarde haalt, bijvoorbeeld een (permanente) verbetering van de kwaliteit van de zorg, innovatieve kosten besparingen door verbeteringen in de planbare zorg of sturen op zinnige zorg en het behalen van substitutie of samenwerkingsdoelstellingen;
- Open einde contracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Vergelijkbare contractvormen, waaronder staffelafspraken neemt u hier ook op;
- Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: u rapporteert hier de som van alle plafonds die zijn afgesproken. Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft u aan welke schadelast Zvw u daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieders waarmee u een plafondcontract heeft afgesproken. De verwachte schadelast is dus kleiner dan of gelijk aan de totaal afgesproken maximumomzet (van het afgesproken plafond, dus exclusief de nacalculatieafspraken bij plafondcontracten). Als bij gezamenlijke inkoop uw aandeel in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft u hier de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op.
- Lopende onderhandelingen: U neemt hier de meest waarschijnlijke uitkomst van de nog in onderhandelingen zijnde contracten op. Mochten t.z.t. nieuwe onderhandelingen starten, omdat bijvoorbeeld een zorgaanbieder dermate veel zorg heeft geleverd dat hij

in financiële problemen raakt als vast wordt gehouden aan een plafond, dan kunt u de verwachte verruiming opnemen als lopende onderhandelingen. Zodra overeenstemming is bereikt, rapporteert u de verwachte lasten als gecontracteerde zorg en past u het maximaal plafond aan.

- Niet gecontracteerde zorg: Als vanaf het begin duidelijk is dat er niet onderhandeld zal worden of als de onderhandelingen nergens op uit zijn gekomen, dan neemt u de verwachte lasten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

Bij de opgave contractinformatie Verpleging en Verzorging specificiert u de verwachte kosten PGB apart. U geeft hier de som van de persoon gebonden budgetten op.

Bij de opgave van de contractinformatie over het komende jaar in de 4^e kwartaalstaat neemt u naast de contractafspraken ook een raming op van het geraamde aantal verzekerden voor het komende jaar.

Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet

In opdracht van VWS organiseert het CAK de regie in de keten van de nieuwe wanbetalersregeling (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering). Onderdeel hiervan is het uitbrengen van een ketenmonitor. In deze monitor wordt managementinformatie van/voor de ketenpartners verzameld. De informatie van de zorgverzekeraars moet via deze uitvraag aangeleverd worden aan het Zorginstituut. In de vier kwartaalstaten vragen wij verschillende aantallen met betrekking tot verzekeringnemers met een betalingsachterstand.

Aan te leveren gegevens

Ieder kwartaal levert u gegevens aan over de drie afgelopen maanden. U levert gegevens aan over het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand, het aantal verstuurd twee-/vierdemaandsbrieven, aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling en het aantal bij het CAK aangemelde wanbetalers.

Toelichting op de uitvraag

Aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand:

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

Aantal verstuurd tweede-, respectievelijk vierdemaandsbrieven:

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

van de achterstand op de basisverzekering tenminste vier maandpremies bedraagt.

Aantal debiteuren met een interne of externe betalingsregeling:

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

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling:

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

Aantal wanbetalers (aangemeld bij het CAK), alle verzekerden waarbij een bestuursrechtelijke premie in rekening wordt gebracht, met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar:

- U geeft hier het aantal wanbetalers op dat is aangemeld bij het CAK met een betalingsachterstand, ingedeeld in drie groepen. Bij de indeling in de groepen neemt u het totaal bedrag aan betalingsachterstand voor de verschuldigde premie van de basisverzekering en voor bijvoorbeeld het eigen risico en inclusief verschuldigde rente en incassokosten.
- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. Voor iedere maand geeft u de stand op de laatste dag van de betreffende maand op.
- U telt iedere maand het aantal wanbetalers met een premieachterstand van respectievelijk:
 - minder dan €250 (bij benadering ongeveer twee maandpremies)
 - meer dan €250, maar minder dan €750 (bij benadering meer dan twee, maar minder dan zes maandpremies)
 - meer dan €750 (bij benadering meer dan zes maandpremies, dus een grote openstaande vordering).

Bijlage G Toelichting op de kostendefinities

01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Onder deze rubriek vallen niet de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking, een aantal M&I verrichtingen en de prestaties voor militairen, gemoedsbezwaarden en asielzoekers. Voor de multidisciplinaire zorg geldt dat u alleen de vergoedingscomponent voor zorg die valt onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw verantwoordt.

503 Bijzondere betalingen

- Module achterstandsfonds.
- M&I verrichtingen, de M&I verrichtingen (alleen Zvw-zorg) zoals beschreven in de tarievenlijst Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg.
- Overig
 - In rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie;
 - In rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus niet de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek);
 - In rekening gebrachte kosten van entstoffen, laboratoriumkosten en de kosten van het maken van een ECG;
 - Verbruiksmaterialen.

504 Avond-, nacht- en weekenddiensten

- ANW-verrichtingen in HDS/buiten HDS.

505 Inschrijftarieven

- De kosten van inschrijftarieven (inclusief vergoeding digitale declaratie) voor op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden. Inclusief de eenmalige opslag ihkv 'Deelname programma OPEN' (voor 2020 t/m 2022). Gemoedsbezwaarden vallen buiten de Zvw, dus de opslag voor het programma OPEN bij gemoedsbezwaarden verantwoordt u niet.
- De opslag voor inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk.

506 Consulttarieven

- De kosten van consulten en visites door een huisarts. Telefonische en e-mail consulten zijn miv 2019 geen aparte prestaties meer.
- De kosten POH GGZ: Alle prestaties van de POH GGZ, behalve de Module POH GGZ. Dus de consulten, de visites, de telefonische-, e-mail- en groepsconsulten.
- Huisartsenzorg Eerstelijnsverblijf (elv) en Intensieve zorg.

507 Overige tarieven

- Module POH GGZ/opslag praktijkondersteuner GGZ.
- S1 verrichtingen. Overige S1-verrichtingen: Chirurgie, Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris, Oogboring, therapeutische injectie (cyriax) en IUD aanbrengen/implanteren of verwijderen implanonstaafje.
- Vaccinaties, anders dan tijdens een consult of een visite. Hier verantwoordt en specificeert u ook de vaccinaties voor passanten en vaccinaties ANW.
- Passantentarieven: het betreft hier de tarieven voor incidentele en acute zorgverlening door huisartsen op werkdagen overdag aan niet-ingeschreven verzekerden, mits niet woonachtig in de vestigingsgemeente van de huisarts en onder voorwaarde van een overeenkomst met minimaal één zorgverzekeraar.
- Verloskundige zorg door huisartsen.

510 Multidisciplinaire zorg

- Multidisciplinaire zorg DM2/VRM.
- Multidisciplinaire zorg COPD/astma.

- Organisatie en infrastructuur.
- Alle prestaties dieetadvisering ihkv MDZ.
- Programma Stoppen met roken.
- Prestaties die vallen onder module geïntegreerde eerstelijnszorg

515 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg.
- Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

516 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ

- Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek.
- Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- Resultaatbeloning service en bereikbaarheid.
- Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg.
- Resultaatbeloning overig.
- Zorgvernieuwing E-health.
- Zorgvernieuwing Meekijkconsult.
- Overige zorgvernieuwing.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, wordt verantwoord bij Rubriek 02 Farmaceutische zorg.

02 Farmaceutische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

520 Kosten van farmaceutische zorg

- Kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering.
- Afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel.
- Kosten van 'niet verstreking gerelateerde prestaties'.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen, verantwoordt u ook bij rubriek 02 farmaceutische zorg.

De kosten van verbandmiddelen verantwoordt u bij rubriek 08, kostencode 640 Hulpmiddelenzorg. De zogenoemde 'dure en weesgeneesmiddelen' verantwoordt u bij rubriek 06, medisch specialistische zorg, kostencode 612.1 Add-ons dure geneesmiddelen.

Kosten geneesmiddel:

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

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

worden verantwoord.

Kosten i.v.m. terhandstelling:

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

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

Kosten overige zorgprestaties:

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

03 Verpleging en Verzorging

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

530 Kosten van Verpleging en Verzorging

- De kosten van de volgende prestaties: Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, Advies-instructie-voorlichting (AIV), Beloning op maat, Experiment bekostiging V&V (t/m 2021), regionale beschikbaarheidsfunctie (t/m 2021), Experimenten Ketenzorg dementie (miv 2017 Ketenzorg dementie) organisatie en beschikbaarheid van avond-, nacht, en weekendzorg (miv 2021) en experiment cliëntprofielen V&V.
- Ook de Intensieve kindzorg wordt via bovenstaande prestaties gedeclareerd en verantwoord bij kostencode 530.
Kosten zittend ziekenvervoer t.b.v. Intensieve kindzorg worden verantwoord bij rubriek 09.
- Zowel Verpleging en Verzorging als Intensieve kindzorg kan via een PGB gefinancierd worden. Ook dan worden deze kosten verantwoord bij kostencode 530.
- De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT), kunnen zowel bij 530 als bij rubriek 06 MSZ verantwoord worden. Wanneer de kosten gedeclareerd worden door een medisch specialistische instelling worden deze verantwoord bij rubriek 06 MSZ.
- Verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar.

04 Mondzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

560.1 Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden

Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden door tandartsen volgens het Besluit zorgverzekering.

- Op röntgendiagnostiek door een algemeen practicus bestaat uitsluitend aanspraak ten behoeve van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg, artikel 2.7, lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering).
- De aanspraak op implantaten in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) geldt met ingang van 2018 alleen voor de kosten van de honoraria van het plaatsen van het implantaat en de afzonderlijk in rekening gebrachte kosten van het implantaat.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheeskunde (Tarieventabel DBC zorgproducten).
- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen (en de implantaat gedragen prothesen) voor de boven- of onderkaak volgens artikel 2.7, lid 5 sub b van het Besluit zorgverzekering verantwoordt u bij kostencode 561.
- De kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor volwassen verzekerden.

- De Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.1.

560.2 Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden

- Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden, dit zijn verzekerden tot en met 17 jaar, volgens het Besluit zorgverzekering. Voor fronttandvervanging geldt een leeftijd tot en met 22 jaar.
- Röntgendiagnostiek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie.
- De kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor jeugdige verzekerden.
- De Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.2.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (Tarieventabel DBC zorgproducten).

561 Kosten van gebitsprothesen

- De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, volgens artikel 2.7, lid 5, sub b van het Besluit zorgverzekering. Inclusief reparatie en rebasing.
- De kosten van de implantaatgedragen prothesen, inclusief mesostructuren en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten. En inclusief reparatie en rebasing.

05 Verloskundige zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

580 Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen.

581 Kosten van verloskundige zorg door huisartsen

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg, inclusief diagnostiek, verleend door huisartsen.
Deze kostencode vervalt miv 2019, de prestatie wordt verantwoord bij huisartsenzorg.

582 Kosten Integrale geboortezorg

- Kosten van in multidisciplinair verband geleverde zorg rondom de geboorte zoals in de prestaties Integrale geboortezorg is vastgesteld.

06 Medisch specialistische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

545 Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie

Kosten en techniekkosten voor kaakchirurgen.

- De kosten kaakchirurgen in de tarieven in de lijst 'Kaakchirurgie prestaties' van de NZa en volgens het Besluit zorgverzekering.
- OZP Overige verrichtingen, kosten kaakchirurgen van alle prestaties kaakchirurgie (Tarieventabel DBC zorgproducten).
- Dit kunnen declaraties zijn voor zowel specialisten in loondienst als voor vrijgevestigde specialisten.

610 SKION, NTS en eerstelijnsdiagnostiek

Tot en met het schadejaar 2021 verantwoordt u SKION, NTS, eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten onder code 610 in de kostenverzamelstaat. De betalingen aan Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) zijn per 2022 gestopt en de reserves zijn uitbetaald.

De uitbetaling van de overgebleven reserves van SKION worden in het jaar 2021 verantwoord.

In het schadejaar 2022 verantwoordt u NTS, eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten onder code 610 in de kostenverzamelstaat. De specificatie vindt plaats in de specifieke informatie C. Vanaf schadejaar 2023 is de kostencode gesplitst en verantwoordt u de kosten zoals hieronder gespecificeerd.

610.1 NTS

Betalingen aan de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).

Met ingang van 2021 is de bekostiging van de NTS gewijzigd. Een deel loopt via de VWS-begroting. Een deel loopt via declaraties volgens de DBC systematiek (verantwoording bij DBC-zorgproducten). Het resterende deel declareert de NTS bij zorgverzekeraars en deze kosten verantwoordt u bij kostencode 610.1.

610.2 Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten (inclusief verrekeningen via de NZa).
- Alle kosten die huisartsenlaboratoria declareren worden verantwoord bij 610.2, ongeacht wie de aanvrager is.

611 Overige zorgproducten

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

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add-on IC', verantwoordt u bij kostencode 612.1 en 612.2. De prestatie Add-on overig verantwoordt u wel bij kostencode 611;
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u miv 2021 bij kostencode 612.1 'add-ons dure en weesgeneesmiddelen'.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, verantwoordt u bij kostencode 623.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij kostencode 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij kostencode 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij kostencode 510;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor optometrie en orthoptie, verantwoordt u bij kostencode 701;
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, kosten van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij kostencode 545;
- OZP's die door huisartsenlaboratoria gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 610.2. OZP's die door productiesamenwerkingsverbanden gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 611;
- OZP geriatrische revalidatie, toeslag voor revalidatie en herstel bij morbide obesitas, verantwoordt u bij kostencode 670;
- De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT) kunnen zowel bij 611 als bij rubriek 03 V&V verantwoord worden. Wanneer de kosten gedeclareerd worden door een niet medisch specialistische instelling worden deze verantwoord bij rubriek 03 V&V.

612 Kosten van Add-ons

Add-ons zijn apart te declareren overige zorgproducten (OZP's) met betrekking tot

behandelingen op de IC en dure en weesgeneesmiddelen. De add-ons worden door de grouper bepaald.

612.1 Kosten Add-ons – Dure geneesmiddelen

In 612.1 verantwoordt u kosten van dure geneesmiddelen en stollingsmiddelen, vanaf het jaar dat deze middelen zijn opgenomen in het basispakket tot en met 31 december van de vier daarop volgende kalenderjaren.

612.2 Kosten Add-ons – IC

In 612.2 verantwoordt u kosten van de supplementaire OZP's Add-on IC en medisch specialistische zorg bij MICU transport.

613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment.

De integrale kosten van de expertproducten gereguleerde segment via de DBC systematiek. Het a-segment bevat alle DBC-producten die een vast tarief hebben. De producten met een variabel tarief vallen onder het b-segment – zie kostencode 615.1.

615.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment.

De integrale kosten van de expertproducten vrije segment via de DBC systematiek. De producten met een variabel tarief vallen onder het b-segment. Het a-segment bevat alle DBC-producten die een vast tarief hebben – zie kostencode 613.1.

619 Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten van de gehele medisch specialistische zorg (MSZ) in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk (EMS) worden verantwoord onder kostencode 619.

Kosten van de medisch specialistische zorg (MSZ) in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk (EMS) worden verantwoord onder kostencode 619.

Wij definiëren de EMS als volgt: Een medisch specialist (kostencode zorgverlener zorgsoort = 03), met een ander specialisme dan psychiatrie, die als enige (actieve) zorgverlener werkt bij een, in het AGB-register actieve, instelling / onderneming. Deze instelling/ onderneming moet een ZBC (onderneming zorgsoort 22) zijn met kwalificatie "2270 - Zelfstandige behandelcentra (EMS)".

07 Paramedische zorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

620 Kosten van fysiotherapie

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.
- Vanaf verslagjaar 2023 zal 'epilatie bij transgenders', wat tot en met 2022 onder kostencode 701 valt, verantwoord worden bij kostencode 620 zodat alle huidtherapie onder dezelfde post valt.

621 Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefentherapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.

623 Kosten van logopedie

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor logopedie (zowel Individueel verleende zorg, Groepsbehandeling als Onderzoek), voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie.

624 Kosten van ergotherapie

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor ergotherapie (zowel Individueel verleende zorg, Groepsbehandeling als Onderzoek), voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Kosten van extramurale ergotherapie verleend door (gecontracteerde) vrijgevestigde ergotherapeuten.
- Kosten van ergotherapeutische zorg door een ergotherapeut die is verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorginstelling.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie.

625 Kosten van dieetadvisering

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor extramurale dieetadvisering in instellingen en buiten instellingen.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering.
- Dieetadvisering ihkv MDZ verantwoordt u bij kostencode 510.

626 Kosten van gecombineerde leefstijl interventie

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor gecombineerde leefstijl interventie.

08 Hulpmiddelenzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zwv én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

640 Kosten van hulpmiddelenzorg

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

09 Ziekenvervoer

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zwv én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

650 Kosten van vervoer per ambulance/helikopter

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

De medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, kostencode 612.2. Bij kostencode 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.

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

650.1 Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

- Hier rapporteert u uitsluitend bedragen die stroken met de opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen. De verantwoording vindt plaats in het jaar waarop de opbrengstenverrekeningen van toepassing zijn. De opbrengstenverrekening verantwoordt u op transactiebasis en voor jaar T, T-1 en T-2. Bij de ontvangen en geaccepteerde lasten

vult u de door de NZa in voorlopige, aanvullend voorlopige of definitieve beschikkingen vastgestelde bedragen in. Bij de voorlopige beschikkingen gaat het hierbij uitsluitend om de reeds gepasseerde maanden. Bij de eerste kwartaalstaat levert u bijvoorbeeld alleen de maandelijkse verrekenbedragen over de eerste drie behandelmaanden op. In de totale lasten geeft u een raming op van de verwachte definitieve opbrengstenverrekeningen. Deze raming vervangt u uiteindelijk door de definitieve opbrengstenverrekeningen zoals vastgesteld door de NZa.

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

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.
- Kosten logeervergoeding. Wanneer er op tenminste drie achtereenvolgende dagen vervoer nodig is, kan er een vergoeding voor logeren verstrekt worden. Deze tegemoetkoming wordt vastgesteld op een maximum per nacht en wordt jaarlijks geïndexeerd. Dit is een alternatief voor de vergoeding zittend ziekenvervoer.

10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

Per 2022 wordt er in de GGZ gewerkt met een nieuwe bekostiging: het Zorgprestatiemodel (ZPM). In plaats van DBC's, worden er prestaties gedeclareerd. Deze prestaties weerspiegelen daadwerkelijk geleverde zorg en zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt. De tarieven van de prestaties sluiten aan bij de behandelinzet en de behandelsetting.

666 Kosten consulten GGZ

Nieuwe kostencode met ingang van 2022.

- Onder kostencode 666 vallen de consulten met als doel het uitvoeren van diagnostiek, consulten met als doel het uitvoeren van behandeling en groepsconsulten. Ook de toeslagen die van toepassing zijn op deze consulten worden verantwoord onder kostencode 666. Tot de toeslagen worden reistijd, inzet tolk gebarentaal/communicatiespecialist, rTMS (repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie, eenheid toeslag per consult) en Spravato (alleen kosten geneesmiddel) gerekend. Voor asynchrone digitale zorg registreert de zorgaanbieder één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van de dag.
- In 2022 valt ambulante methadonverstrekking (eenheid prestatie per kalendermaand) onder kostencode 666 Kosten consulten GGZ. Vanaf 2023 valt deze prestatie onder kostencode 668 Kosten overige prestaties GGZ.
- Verantwoording prijsarrangement op Spravato. Voor Spravato geldt een prijsarrangement. De korting die hieraan gekoppeld is, moet in 2021 verantwoord worden onder kostencode 662 en vanaf 2022 onder kostencode 666. De korting die wordt ontvangen vanuit de prijsarrangementen bestaat uit een deel extramurale geneesmiddelen (kostencode 520) en een deel GGZ (Spravato). Deze korting moet gesplitst worden. Zorgverzekeraars kunnen in hun eigen declaratiedata terugzien welke 'bruto omzet' er gedeclareerd is aan GGZ-geneesmiddelen met een prijsarrangement (Spravato) en geneesmiddelen met een prijsarrangement m.b.t. extramurale geneesmiddelen. Op basis van die verhouding kan de ontvangen korting worden verdeeld. Dus als totale bruto-omzet € 100 is waarvan € 90 extramurale geneesmiddelen (520) en € 10 GGZ (Spravato), dan is 10% (€ 10 / € 100) van de ontvangen korting bestemd voor GGZ.
- Vanaf 2024 valt de toeslag voor psychodiagnostisch onderzoek onder kostencode 666.

667 Kosten intramuraal verblijf GGZ

Nieuwe kostencode met ingang van 2022.

- Onder kostencode 667 vallen de kosten en toeslagen van verblijfsdag A t/m G (beveiligingsniveau geen, 2, 3 of 4), verblijfsdag H (hic) en Verblijf met

rechtvaardigingsgrond ggz (VMR). Een toeslag die bij verblijfsdag D van toepassing kan zijn, is de toeslag oorlogsgerelateerd psychotrauma.

- Vanaf 2024 worden ook verblijfsdagen E, F en G met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit onder deze kostencode verantwoord.

668 Kosten Overige prestaties GGZ

Nieuwe kostencode met ingang van 2022.

- Onder kostencode 668 vallen de kosten voor overige prestaties. Overige prestaties zijn elektroconvulsietherapie, rTMS ten behoeve van de rTMS Technician, consultatie bij euthanasieverzoeken, intercollegiaal overleg setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II, zorgmachtiging Wvggz, facultatieve prestaties, transitieprestatie, consult acute GGZ binnen budget en verblijfsdag D t/m H acute GGZ binnen budget.
- Vanaf 2023 valt "Ambulante methadonverstrekking" onder kostencode 668 i.p.v. onder kostencode 666.
- Vanaf 2024 valt toeslag reistijd acute ggz ter dekking van het budget onder kostencode 668. Ook kan de prestatie consultatiefunctie sociaal domein op deze kostencode verantwoord worden.

Tot en met schadejaar 2021 worden de kosten verantwoord onder kostencodes 661, 661.1, 662 en 665. OZP's eerstelijnsdiagnostiek zijn door de GGZ niet meer apart te declareren. Deze kosten zijn opgenomen in de tarieven.

U verantwoordt de acute GGZ met verblijf onder kostencode 661 'Kosten van specialistische GGZ met verblijf'. Onder kostencode 662 'Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf' verantwoordt u de acute GGZ zonder verblijf. De kosten acute GGZ vallen onder de deelbijdragen GGZ-deelbijdrage.

661 Kosten specialistische GGZ met verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij kostencode 661.

De periode van de deelprestatie verblijf kan korter zijn dan de duur van de DBC. Dit is het geval als een cliënt vóór opname of na ontslag ambulant wordt behandeld. De gehele DBC en de (kortere) deelprestatie verblijf verantwoordt u bij kostencode 661. Echter, als de DBC na 365 dagen wordt afgesloten, maar de cliënt wordt nog ambulant doorbehandeld en er wordt een nieuwe DBC (zonder deelprestatie verblijf) geopend, dan verantwoordt u de kosten van die nieuwe DBC (zonder verblijf) bij kostencode 662.

Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

661.1 Kosten langdurige GGZ (LGGZ)

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Kosten specialistische GGZ met verblijf, jaar 2 en 3. Deze zorg is overgeheveld vanuit de AWBZ en wordt (voorlopig) gedeclareerd middels ZZP's.

Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

662 Kosten specialistische GGZ zonder verblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Als er geen sprake is geweest van (24-uurs) verblijf dan verantwoordt u alle kosten GGZ van de betreffende verzekerden bij kostencode 662. Het geneesmiddel Spravato wordt in 2021 verantwoord onder deze kostencode.

Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

665 Kosten van generalistische basis GGZ

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Hieronder vallen de prestaties Basis GGZ Kort, Middel, Intensief, Chronisch en Onvolledig behandeltraject.

Met ingang van 2022 wordt deze kostencode alleen nog gebruikt voor schadejaar 2021 en eerder.

11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

670 Kosten van geriatrische revalidatiezorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

Het betreft de kosten van geriatrische revalidatiezorg verleend door specialisten ouderengeneeskunde.

671 Eerstelijnsverblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

U verantwoordt hier de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel Eerstelijnsverblijf van de NZa.

672 Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

U verantwoordt hier (met ingang van 2020) de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen van de NZa.

U verantwoordt hier de prestaties omtrent de Wet zorg en dwang vanuit de beleidsregel 'overige geneeskundige zorg' van de NZa. Dit zijn de medische verklaringen, beoordelingen tot in bewaringstellingen, verschijnen ter zitting (en de rijstoeslag hiervan) en het verblijf bij inbewaringstelling.

De paramedische zorg die gegevens wordt als onderdeel van de GZSP wordt verantwoord bij rubriek 07 Paramedische zorg volgens regelgeving eerstelijns paramedische zorg.

12 Kraamzorg

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

680 Kosten van kraamzorg

Kosten van kraamzorg ten huize van de verzekerde onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum en kosten van kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie.

13 Diverse Overige kosten

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

De prestaties binnen projecten in het kader van de hierna genoemde beleidsregels moeten overeenstemmen met de prestaties waarop de Zvw recht geeft.

700 Kosten van Overige kosten

- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties/Innovatie voor kleinschalige experimenten'. Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving.

701 Kosten van overige geneeskundige zorg

- Bij deze kostencode verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa, met uitzondering van de prestatie 'Wet zorg en dwang'. Deze kosten verantwoordt u bij kostencode 672.

- U verantwoordt hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610.2. De overige prestaties eerstelijnsdiagnostiek worden verantwoord bij kostencode 611.
- Onder deze kostencode verantwoordt u ook de kosten voor orthoptie en optometrie. De kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan. U verantwoordt hier ook de OZP's orthoptie en optometrie, gedeclareerd door instellingen.
- Hier verantwoordt u de prestaties Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet behorend bij MDZ) en regiefunctie complexe wondzorg.
- Vanaf verslagjaar 2023 zal 'epilatie bij transgenders' niet meer verantwoord worden onder kostencode 701 maar onder kostencode 620. Zo valt alle huidtherapie onder dezelfde kostencode.
- Per verslagjaar 2023 is ADZ-Parkinsonzorg toegelaten tot de Zvw en zal worden verantwoord onder kostencode 701. Wanneer er nieuwe ADZ prestaties aan de Zvw worden toegevoegd die niet rechtstreeks corresponderen met één enkele rubriek zullen deze ook aan kostencode 701 worden toegevoegd.
- Per verslagjaar 2024 verantwoordt u hier de kosten van valrisicobeoordeling als onderdeel van valpreventie. De kosten van de valpreventie verantwoordt u bij fysiotherapie (kostencode 620) of oefentherapie (kostencode 621).

702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten

- Zorg i.v.m. visuele beperking.
- Zorg i.v.m. auditieve en/of communicatie beperking.

703 Transformatiemiddelen Integraal Zorgakkoord 2023 tot en met 2026

Vanaf 2023 worden de transformatiemiddelen verantwoord onder kostencode 703.

In het Integraal zorgakkoord (IZA) is opgenomen dat er transformatiegelden beschikbaar worden gesteld aan de zorg om de transitie naar passende zorg op gang te helpen. Een deel van dit bedrag zal via de verzekeraars worden uitgekeerd. Hierbij moeten de verzekeraars de plannen beoordelen en evalueren. In het IZA is afgesproken dat elk kwartaal een monitor wordt uitgebracht waarin de NZa rapporteert over de uitgaven, thema's en verdeling over zorgkantoorregio van de transformatiemiddelen. Het Zorginstituut zal de uitgaven aan de transformatiemiddelen rapporteren.

De daadwerkelijke uitgaven aan de impactvolle transformatie dienen te worden verantwoord, de totale opgave mag echter niet hoger mag zijn dan het maximum bedrag in de beschikking van de NZa. De kosten dienen te worden verantwoord onder het jaar dat het (deel)resultaat is behaald. Bij de raming van de transformatiemiddelen houdt u ook rekening met de hoogte van het verwachte beschikkingsbedrag voor kansrijke aanvragen waarvoor de beschikking nog niet door de NZa is afgegeven.

15 Grensoverschrijdende zorg

Bij deze rubriek verantwoordt u alleen de kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland in de hierna beschreven situaties. De in Nederland gemaakte kosten van prestaties Zvw van de hierna genoemde verzekeren verantwoordt u bij de rubrieken 01 tot en met 13 en 16 en niet bij rubriek 15. In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding op basis van de polis Zvw (kostencode 720) en naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid (kostencode 721).

Vanaf schadejaar 2022 worden ook kostencode 721 (kosten via het verbindingsorgaan, rubriek Grensoverschrijdende zorg) en Opbrengsten verhaal (kostencode 890.1) op transactiebasis verantwoord. Alleen de buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald (kostencode 721) en de baten die in 2021 of eerder zijn verhaald (kostencode 890.1), worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

U ontvangt informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw verzekeren zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen van het CAK.

720 Kosten via verzekeraar

Vergoeding op basis van polis Zvw: vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten vindt in dit geval plaats op basis van het in Nederland geldende (basis)pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle landen van de wereld. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten vindt plaats op basis van de nota's die de zorgverzekeraar van zijn verzekerden ontvangt (en die voor vergoeding in aanmerking komen). Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde geen gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier/ EHIC of vergelijkbaar, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde tarifieringen). Dit kan alleen bij landen waarmee een tarifieringovereenkomst is afgesloten. In dit geval vindt de verantwoording plaats op basis van de bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten.

Let op: Zorg die wordt geleverd door buitenlandse zorgaanbieders die actief zijn op de Nederlandse zorgmarkt wordt gewoon verantwoord op kostenrubriek 1 t/m 13 of 16.

Meerkosten die door buitenlandse zorgverleners worden gedeclareerd als extra kosten i.v.m. COVID-19 maatregelen, kunnen verantwoord worden onder kostencode 720. Voor de rubriek Grensoverschrijdende Zorg is ervoor gekozen om geen kostencode voor de meerkosten op te nemen, omdat het in de meeste gevallen niet te achterhalen is welk deel van de kosten in Nederland onder de noemer "meerkosten" valt.

721 Kosten via verbindingsorgaan

- Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid: dit betreft kosten gemaakt in het buitenland op basis van afspraken tussen Nederland en het betreffende land, die zijn vastgelegd in verordeningen of verdragen. Vergoeding vindt in dat geval plaats op basis van het in het betreffende land geldende pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle EU/EER landen en de overige verdragslanden waar Nederland een verdrag mee heeft. Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de grensoverschrijdende zorg via het verbindingsorgaan, kostencode 721, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

Alle buitenlandkosten die in 2021 of eerder zijn betaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over het kasjaar 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten met ingang van schadejaar 2022 het volgende;

- De kosten voor 2021 en eerder die in de brieven c.q. schadelastrapporten van het CAK (t/m 4e kwartaalafrekening, februari 2022) worden meegenomen, worden verantwoord onder het jaar 2021. De kosten voor 2021 en eerder die niet in de brieven c.q. schadelastrapporten van het CAK (t/m 4e kwartaalafrekening, februari 2022) worden meegenomen, moeten onder 2022 worden verantwoord;
- Alle kosten die gedurende 2022 binnenkomen en betrekking hebben op eerdere schadejaren zullen worden geboekt op het schadejaar 2022;
- Alle kosten die in 2022 binnenkomen en betrekking hebben op schadejaar 2022 worden verantwoord onder het jaar 2022;
- Er wordt een raming gemaakt van de kosten die betrekking hebben op schadejaar 2022 en eerdere jaren maar die gedurende 2023 of 2024 binnen zullen komen, ook deze kosten worden verantwoord onder het jaar 2022.

Ook in de jaren 2023 en verder zullen de kosten per schadejaar worden verantwoord. Hierbij dient steeds een raming te worden opgenomen van de kosten die in latere jaren nog worden

verwacht. Dit is natuurlijk gelijk aan de werkwijze bij andere kostencodes. De kosten voor definitieve jaren zullen worden verantwoord in het jaar dat als eerste afgesloten zal worden.

Vanaf het moment dat op transactiebasis wordt overgegaan, houden we als uitgangspunt voor de definitieve kosten in een schadejaar de door de zorgverzekeraar beoordeelde en goedgekeurde borderellen aan.

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

De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden:

- 1) Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 22, EG verordening nr. 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling. De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier/ S2.
- 2) Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier/ EHIC of vergelijkbaar,
- 3) Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland.

16 Kwaliteitsgelden

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

730 Kwaliteitsgelden

Hier verantwoordt u de volgende kosten:

- Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg';
- De additionele zorgkosten van het ZE&GG programma CLEAR-CAD worden onder kostencode 730 verantwoord.

Omdat een gedeelte van de kosten van ondersteuning van de eerstelijnszorg kan worden ingezet voor coördinatie in de GGZ-consultatie en dit bedrag vooraf niet gelabeld wordt, is het mogelijk dat er achteraf een correctie zal plaatsvinden op de door de zorgverzekeraars verantwoorde kosten.

Baten Zvw

890.1 Opbrengsten verhaal

Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de Opbrengsten verhaal procedures, kostencode 890.1, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

Om het schadejaar te bepalen waarin de baten vallen, moet gekeken worden naar de datum van het ongeval/de gebeurtenis. Er is voor dit moment gekozen, omdat deze voor alle zorgverzekeraars hetzelfde is. Alle baten die in 2021 of eerder zijn verhaald, worden op kasbasis verantwoord. De verantwoording over de kasjaren 2020 en 2021 wijzigt dus niet meer.

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

- Alle baten die gedurende 2022 binnenkomen en betrekking hebben op eerdere schadejaren zullen worden geboekt op het schadejaar 2022;
- Alle baten die in 2022 binnenkomen en betrekking hebben op schadejaar 2022 worden verantwoord onder het jaar 2022;
- Er wordt een raming gemaakt van de baten die betrekking hebben op schadejaar 2022 en eerdere jaren maar die gedurende 2023 of 2024 binnen zullen komen, ook deze baten worden verantwoord onder het jaar 2022.

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

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

Kostencode 890.1								
Baten	Schadejaar ≤< 2019	Schadejaar ≤< 2020	Schadejaar ≤< 2021	Schadejaar 2022	Schadejaar 2023	Schadejaar 2024	Schadejaar 2025	Schadejaar 2026
Boekjaar 2019	2019 (=kas)	x	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2020	2020 (=kas)	2020 (=kas)	x	x	x	x	x	x
Boekjaar 2021	2021 (=kas)	2021 (=kas)	2021 (=kas)	x	x	x	x	x
Boekjaar 2022	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022 (=overgangsjaar)	2022	x	x	x	x
Boekjaar 2023	2022	2022	2022	2022	2023	x	x	x
Boekjaar 2024	2022	2022	2022	2022	2023	2024	x	x
Boekjaar 2025	2023	2023	2023	2023	2023	2024	2025	x
Boekjaar 2026	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2025	2026

910 Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden

Het betreft de kosten die ten laste komen van het vrijwillig eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het Zorginstituut maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziekttekostenverzekeraars van DNB.

915 Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden

Het betreft de kosten die ten laste komen van het verplicht eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het Zorginstituut maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziekttekostenverzekeraars van DNB. Zorgkosten die op grond van Art. 2.17 Besluit zorgverzekering buiten het verplicht eigen risico vallen neemt u hier niet op. Als een zorgverzekeraar in bepaalde gevallen het verplicht eigen risico van een verzekerde voor zijn eigen rekening neemt, dan moet de zorgverzekeraar de kosten hier wel verantwoorden.

Waar het in de jaarstaat en de kwartaalstaten gaat over het schadejaar 2021 vragen wij geen COVID-zorg op. Ook bij de opgave van het eigen risico geeft u niet het eigen risico als gevolg van COVID-zorg op.

940 Netto premieopbrengsten

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