

Regeling van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 11 maart 2025, referentie 2024021690, houdende regels met betrekking tot de structurele aanlevering van gegevens Zorgverzekeringswet 2025 en gegevens Wet langdurige zorg 2025 (Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2025)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

gelet op artikel 90 van de Zorgverzekeringswet en artikel 9.1.4 van de Wet langdurige zorg;

Na overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit;

Besluit:

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

aanleverkalender Wlz:	overzicht van de verplichtingen van Wlz-uitvoerders en zorgkantoren om gegevens aan te leveren aan het Zorginstituut op de genoemde data;
aanleverkalender Zvw:	overzicht van de verplichtingen van zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders om gegevens aan te leveren aan het Zorginstituut op de genoemde data;
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, het accountantsprotocol Gegevensvraag Wlz-gegevens, vanaf oplevering 2025 en het protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
add-on:	een door de NZa beschreven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een DBC-zorgproduct;
BRP:	basisregistratie Personen
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-19-kosten:	kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de coronapandemie;
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;
declaratieprotocol Wlz;	document met richtlijnen voor het declareren van zorg ten laste van de Wlz;
DNB:	De Nederlandsche Bank;
formats:	schematische ordening van de aan te leveren gegevens;
formats jaar-, kwartaalstaat:	formats jaar- en kwartaalstaten als bedoeld in artikel 3, 3a, 4 en 5 en gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl ;
gegevens:	feitelijke informatie over de aantallen en kosten van de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten en/of (aanvullende) informatie over de betreffende verzekerden;
Gegevensuitvraag:	Gegevensuitvraag 2025 is een door het Zorginstituut opgestelde instructie behorende bij deze regeling, die informatie geeft over en een toelichting op de door de zorgverzekeraar aan te leveren gegevens, gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl . De gegevensuitvraag heette in eerdere jaren 'Handboek informatie Zorgverzekeringswet';
Handboek Wlz:	Handboek Informatie Wet langdurige zorg 2025 is een door het Zorginstituut opgesteld document dat informatie geeft over en een toelichting op de door de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren aan te leveren gegevens, gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl ;
het Zorginstituut:	Zorginstituut Nederland genoemd in artikel 58, eerste lid van de Zvw;
iWlz:	iWlz is de iStandaard om cliënten in alle fasen van de Wlz-keten te volgen: van de indicatie via zorgtoewijzing en -levering tot de vaststelling van de eigen bijdrage en declaratie. Elke ketenpartij geeft via iWlz de informatie door die belangrijk is voor de volgende partij. Het informatieverkeer verloopt via elektronische berichten, en op basis van landelijk gemaakte afspraken en vastgestelde regels;
IZA:	Integraal Zorgakkoord;
MDZ:	multidisciplinaire zorg;
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 is ingeschreven in de Basisregistratie Personen. Dit wordt geoperationaliseerd via het BRP-adres op een peilmoment. Het peilmoment waarop het adres wordt vastgesteld is voor het PER-bestand 1 mei en voor het VPPER-bestand 31 december, tenzij de verzekerde op dat moment niet meer is ingeschreven bij de zorgverzekeraar. In dat laatste geval is het peilmoment het laatste moment van uitschrijving van de verzekerde bij de zorgverzekeraar;
NZa:	de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd in artikel 3, eerste lid, van de Wmg;

overloopkosten:	kosten gemaakt t.b.v. schadejaar t waarvan de declaraties zijn ontvangen na 31-12 t+2;
PGB:	persoonsgebonden budget, als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
prestatie meerkosten:	kosten die voldoen aan de voorwaarden, voorschriften en beperkingen voor de meerkosten als gesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa;
record lay-out:	schematische voorstelling van de kosten en/of kenmerken per verzekerde Zvw en Wlz;
schadejaar:	het jaar waar de kosten betrekking op hebben, overeenkomstig artikel 23, eerste lid, van de Zvw;
transformatiemiddelen:	middelen beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS om impactvolle transformaties in de zin van het Integraal Zorgakkoord 2022 mogelijk te maken;
verzekerdenstanden:	bestand met het aantal verzekerden per leeftijds- en geslachtklasse en het aantal verzekerden met en zonder nominale premieplichtigheid op de 1e van de maand voor de maanden januari tot en met december.
volmacht:	de bevoegdheid die een persoon verleent aan een ander om in zijn naam rechtshandelingen te verrichten;
VWS:	Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
Wlz:	Wet langdurige zorg;
Wlz-uitvoerder:	Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
Wmg:	Wet marktordening gezondheidszorg;
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:	Zorgprestatie model;
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland;
Zvw:	Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Algemeen

1. De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor dienen de gevraagde gegevens tijdig, juist en volledig in bij het Zorginstituut.
2. De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor leveren alle gegevens in een elektronisch bestand aan, met gebruikmaking van de formats voor de jaar- en kwartaalstaten en de record lay-outs uit de bijlagen bij de regeling, zoals gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.
3. De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor gebruiken bij de aanlevering van de gegevens de invulinstructie uit de toelichting bij de regeling.
4. De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor leveren persoonsidentificerende gegevens uitsluitend gepseudonimiseerd aan.
5. De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor treffen technische en organisatorische voorzieningen op een passend niveau ter waarborging van de veiligheid en betrouwbaarheid van het informatieverkeer en ter bescherming van de persoonsgegevens die zij onder zich hebben.

Artikel 3 Aanlevering gegevens en bestanden door zorgverzekeraars voor uitvoering Zvw

1. De zorgverzekeraar levert de gegevens en bestanden uit de aanleverkalender Zvw (zie Tabel 1) op de genoemde datum aan inclusief de verlangde bestuursverklaringen en accountantsproducten, met uitzondering van de gegevens die betrekking hebben op de Wlz (zie artikel 3a).
2. De zorgverzekeraar dient één opgave/bestand in, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften zoals in de formats en record lay-outs opgenomen.
3. De zorgverzekeraar levert via Vektis declaratiegegevens aan over de zorg die is verleend binnen de Huisartsenzorg en MDZ, Verpleging en Verzorging, Mondzorg, Verloskundige zorg, Medisch-specialistische zorg, Paramedische zorg, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, Geriatrische Revalidatiezorg- Eerstelijnsverblijf-Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen, Ziekenvervoer en Kraamzorg.

Artikel 3a Aanlevering gegevens en bestanden voor uitvoering Zvw

De Wlz-uitvoerder levert de Wlz-gegevens 2024 uit de aanleverkalender Zvw (zie Tabel 1) tegelijk met het verlangde rapport van feitelijke bevindingen én bestuursverklaring op 1 juni 2025 aan.

Tabel 1 Aanleverkalender Zvw (Artikel 3 lid 1 en Artikel 3a)

Wat	Afkorting ¹	Verslagperiode	Aanleverdatum	Aanleveren met
Verzekerdenstanden	VZSTD	januari, februari en maart 2025	7 maart 2025	Bestuursverklaring
Kwartaalstaat 1e kwartaal	KS1	1e kwartaal 2025 en eerder	28 april 2025	n.v.t.
Jaarstaat Zvw: kostenverzamelstaat en gewaarmerkte specifieke informatie A	JS	2024, 2023, 2022, en eerder	1 mei 2025	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw: informatie C	JS	2024, 2023, 2022, en eerder	1 mei 2025	n.v.t.

Wat	Afkorting¹	Verslagperiode	Aanleverdatum	Aanleveren met
Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	VPPER	2024	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	OBSN	2024	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Persoonskenmerken	PER	2025, peildatum 1 mei	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2022	1 mei 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2023	1 mei 2025	Bestuursverklaring
Farmaciegegevens	FAR	2024	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Add-on geneesmiddelen	ADDON	2023	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
DBC's somatisch	DBC	2023	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
GGZ-gegevens	GGZ	2023	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	FOT	2024	1 juni 2025	Assurancerapport en bestuursverklaring
Wlz-gegevens	WLZ	2024	1 juni 2025	Rapport van feitelijke bevindingen en bestuursverklaring
Kwartaalstaat 2e kwartaal	KS2	1e tot en met 2e kwartaal 2025 en eerder	28 juli 2025	n.v.t.
Kwartaalstaat 3e kwartaal	KS3	1e tot en met 3e kwartaal 2025 en eerder	28 oktober 2025	n.v.t.
Kwartaalstaat 4e kwartaal	KS4	1e tot en met 4e kwartaal 2025 en eerder	28 januari 2026	n.v.t.

¹ De afkorting wordt gebruikt als onderdeel van de bestandsnaam waaronder de gegevens worden aangeleverd.

Artikel 4 COVID-19-kosten

1. De zorgverzekeraar levert de COVID-19-kosten conform de formats, zoals beschikbaar op de website www.zorginstituutnederland.nl, en de toelichting bij de regeling.
2. In overeenstemming met artikel 6.6.5, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering bestaat de aanlevering van COVID-19-kosten voor de Zvw uit:

- a. de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie;
- b. de indirecte meerkosten op grond van de prestatie meerkosten indien aan de volgende vereisten is voldaan:
 - de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hebben voor die kosten een schriftelijke afspraak gemaakt, de kosten hebben alleen betrekking op de basisverzekering en de zorgverzekeraar heeft de kosten werkelijk betaald overeenkomstig die schriftelijke afspraak; en
 - de NZa heeft een bestuurlijk oordeel over de opgave afgegeven.

Artikel 5 Aanlevering gegevens en bestanden door WLZ uitvoerders en zorgkantoren voor uitvoering Wlz

1. De Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor leveren de in de aanleverkalender Wlz (zie Tabel 2) genoemde gegevens, inclusief de verlangde bestuursverklaringen, op de genoemde datum aan.
2. Het zorgkantoor vervangt de in de aanleverkalender Wlz bedoelde aanlevering van de specificaties van kosten en productie van Wlz-zorg via de kwartaalstaten door aanlevering van de declaratiegegevens als bedoeld in de aanleverkalender Wlz, via Vektis.
3. De Wlz-uitvoerder met één of meer zorgkantoren levert de in de aanleverkalender Wlz bedoelde gegevens met de verlangde bestuursverklaring op 14 augustus 2025 aan.
4. De Wlz-uitvoerder met één of meer zorgkantoren levert maandelijks (na de 7e dag van de maand) met behulp van het iWlz-bericht AW317 uitvoeringsgegevens uit de iWlz aan het Zorginstituut. De AW317 is een xml-bericht en maakt integraal deel uit van het iWlz berichtenverkeer en het onderliggende informatiemodel.
5. Indien een zorgkantoor van één of meerdere zorgaanbieders, met een jaarmzet groter dan € 1 miljoen (per zorgaanbieder) geen declaraties heeft ontvangen, informeert het zorgkantoor het Zorginstituut over die tekortkoming en levert een Excel-bestand met een zo goed mogelijke schatting van de ontbrekende informatie van declaratiegegevens op prestatieniveau.

Tabel 2 Aanleverkalender Wlz

Wat	Wie	Aanleverdatum	Aanleveren met
De declaratiegegevens 1e, 2e, 3e en 4e kwartaal 2025 betreffende alle Wlz-prestaties die door de Wlz-zorgaanbieders worden gedeclareerd bij de zorgkantoren door middel van de EI-standaard AW319, conform de geldende Wlz-regelgeving en het Declaratieprotocol Wlz.	Zorgkantoor	Respectievelijk 23 mei 2025, 22 augustus 2025, 24 november 2025 en 23 februari 2026	
Kwartaalstaat Wlz 2e kwartaal aantal PGB-houders met huisbezoeken in 2024	Zorgkantoor	14 augustus 2025	-
Kwartaalstaat Wlz 4e kwartaal aantal PGB-houders met bewuste-keuze gesprekken	Zorgkantoor	12 februari 2026	-
Kwartaalstaat Wlz Beheerskosten	Zorgkantoor	Respectievelijk 13 mei 2025, 14 augustus 2025, 13 november 2025 en 12 februari 2026	-
Kwartaalstaat Wlz 2e kwartaal verzekerdenstanden 2025	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	14 augustus 2025	Bestuursverklaring

Wat	Wie	Aanleverdatum	Aanleveren met
Uitvoeringsgegevens uit de iWlz, met behulp van het iWlz-bericht AW317	Wlz-uitvoerder met een of meer zorgkantoren	Maandelijks, na dag 7	-

Artikel 6 Verstrekken gegevens aan derden

1. Het Zorginstituut verstrekt de gegevens bedoeld in artikel 3, 3a, 4 en 5 op verzoek aan de NZa, voor zover de NZa onderbouwt dat die gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw of de Wlz door de NZa.
2. Het Zorginstituut verstrekt de kwartaal- en jaarstaten als bedoeld in artikel 3, 3a en artikel 4, alsmede de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar, op verzoek aan het CAK, CBS, het CPB, DNB en VWS voor zover de betreffende verzoeker onderbouwt dat die informatie noodzakelijk is voor de wettelijke taak van die verzoeker.

Artikel 7 Inwerkingtreding

1. Deze regeling heeft betrekking op de gegevensaanlevering in de periode van 1 maart 2025 tot 1 maart 2026 en vervalt met ingang van 1 maart 2026 met dien verstande dat deze regeling van toepassing blijft voor de periode waarvoor zij gelding had.
2. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van publicatie van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 maart 2025.

Artikel 8 Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2025.

Deze regeling wordt in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1a tot en met 5. Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

Hoogachtend,

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen bij de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2025

Bij deze regeling zijn bijlagen opgenomen die de verplichtingen over de gegevensaanlevering in de artikelen concretiseren. Deze bijlagen, gepubliceerd op www.zorginstituutnederland.nl, zijn een integraal onderdeel van deze regeling. Elke bijlage bestaat uit een format voor de gegevens die de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor moet aanleveren. De toelichting op de afzonderlijke bijlagen is opgenomen in de Algemene toelichting.

- Bijlage 1a. Formats kwartaalstaat Zvw 2025 KW 1, specifieke informatie A en C, schadejaren 2025, 2024, en 2023, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 1b. Formats kwartaalstaat Zvw 2025 KW 2, specifieke informatie A en C, schadejaren 2025, 2024, en 2023, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 1c. Formats kwartaalstaat Zvw 2025 KW 3, specifieke informatie A en C, schadejaren 2025, 2024, en 2023, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 1d. Formats kwartaalstaat Zvw 2025 KW 4, specifieke informatie A en C, schadejaren 2025, 2024, en 2023, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 1e. Formats jaarstaat Zvw 2024, specifieke informatie A en C, schadejaren 2024, 2023 en 2022, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 2. Record lay-outs uitvraag 2025 risicoverevening, behorend bij artikel 3, 3a en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 3. Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2024, behorend bij artikel 3 en artikel 4 in regeling 2025;
- Bijlage 4. Format kwartaalstaat Wlz 2025 behorend bij artikel 5 in regeling 2025;
- Bijlage 5. Format kwartaalstaat Wlz 2025, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden behorend bij artikel 5 in regeling 2025.

TOELICHTING

I. Algemeen

I.1 Algemene toelichting

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) ontleent zijn bevoegdheid tot het vaststellen van deze regeling aan artikel 90, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en artikel 9.1.4, eerste lid, van de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierin staat dat het Zorginstituut, na overleg met de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) bij regeling kan bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder moeten worden verstrekt. De regels kunnen omvatten het tijdstip en de wijze waarop de gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt, alsmede dat een accountant de juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen bevestigt (artikel 90, tweede lid, van de Zvw en artikel 9.1.4, tweede lid, van de Wlz). Deze regeling is tot stand gekomen na onderling overleg tussen de NZa en het Zorginstituut en door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut vastgesteld.

Voor de uitvoering van de Zvw, en dan met name voor de risicovereeniging, heeft het Zorginstituut ook gegevens van Wlz-uitvoerders nodig. Voor de uitvoering van de Wlz en het signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het gebied van kosten van zorg en van de vraag naar en het aanbod van zorg heeft het Zorginstituut eveneens gegevens nodig van Wlz-uitvoerders. Daarom is een geïntegreerde regeling voor de Zvw en de Wlz vastgesteld. In deze regeling is een onderscheid gemaakt tussen de gegevens die het Zorginstituut nodig heeft voor de Zvw (artikel 3, 3a en artikel 4) en gegevens die het Zorginstituut nodig heeft voor de Wlz (artikel 5).

Deze regeling beschrijft de structureel door de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder (en het zorgkantoor) aan het Zorginstituut te leveren gegevens ten behoeve van de uitvoering van de Zvw en de Wlz. Het doel van de regeling is om systematisch aan te geven welke gegevens de zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder dienen te verstrekken, en op welke wijze en wanneer.

I.2 Wettelijk kader

In deze regeling zijn voorschriften opgenomen die de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor in acht moeten nemen bij de aanlevering van gegevens. Daarnaast dienen de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder de relevante wet- en regelgeving in acht te nemen en kennis te nemen van de relevante beleidsregels zoals:

- Zorgverzekeringswet;
- Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Wet langdurige zorg;
- Besluit langdurige zorg;
- Regeling langdurige zorg;
- Regeling risicovereeniging;
- Algemene verordening gegevensbescherming;
- Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021;
- Beleidsregels risicovereeniging 2024 en 2025;
- Wet marktordening gezondheidszorg;
- NZa beleidsregels, circulaire, nadere regels en regelingen etc., waaronder de nadere regels 'Regeling administratie en controle zorgverzekeraars', 'Regeling controle en administratie Wlz-uitvoerders' en de 'Regeling continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus - NR/REG-2031';
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020';
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID 19-kosten';

- Protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
- Accountantsprotocol 'Gegevensvraag Wlz-gegevens vanaf oplevering 2025', hierin geeft de NZa voorschriften voor de accountants van de Wlz-uitvoerders.

Daarnaast dienen de Gegevensuitvraag en het Handboek Wlz in acht te worden genomen.

I.3 Verantwoordelijkheid gegevensleveranciers

Op grond van artikel 88 van de Zvw is eenieder verplicht om alle inlichtingen en gegevens, waaronder persoonsgegevens als bedoeld in de Algemene verordening gegevensbescherming, aan het Zorginstituut te verstrekken indien die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of de Zvw. Op basis van de artikelen 88 en 89 uit het eerste lid van de Zvw vraagt het Zorginstituut gegevens uit bij alle zorgverzekeraars. Het Zorginstituut specificeert welke gegevens, in welke vorm, op welk moment moeten worden aangeleverd.

De zorgverzekeraar is als leverancier ten alle tijden verantwoordelijk en het aanspreekpunt voor de aangeleverde gegevens, ook als deze zijn uitgevoerd door een bewerker. Dat geldt ook als voor de uitvoering derden gemachtigd (volmachten) zijn: de zorgverzekeraar zorgt dat de opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften. Per vergunninghoudende zorgverzekeraar levert de zorgverzekeraar één bestand aan, waarin de gegevens van de volmachten zijn geïntegreerd.

Tijdig, juist en volledig

Voor de uitvoering van de Zvw en de Wlz is het van belang dat de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor de gevraagde gegevens tijdig, juist en volledig aanleveren, desgevraagd voorzien van een bestuursverklaring of een accountantsproduct.

Gelet op de verplichting tot tijdige, juiste en volledige gegevensaanlevering, laat het wettelijk kader in beginsel geen ruimte voor heraanleveringen na de daarvoor in de Regeling aanlevering gegevens gestelde datum. Omdat de heraanlevering van invloed is op overige zorgverzekeraars en zorgt voor instabiliteit in de bijdragen van overige zorgverzekeraars is een heraanlevering alleen in specifieke gevallen mogelijk. De gevallen waarin het Zorginstituut en de NZa besluiten tot heraanlevering zijn in de volgende categorieën in te delen.

1. Het Zorginstituut voert direct na ontvangst van de aangeleverde gegevens zorgvuldigheidshalve een plausibiliteitstoets uit. Het Zorginstituut controleert met deze snelle toets of de ontvangen bestanden compleet zijn, en of deze geen evidente fouten bevatten die onmiddellijk in het oog springen en direct hersteld kunnen worden. Na overleg met de NZa kan dan, mede afhankelijk van de omvang van de fout, tot een heraanlevering worden besloten. Deze categorie is enigszins te vergelijken met het bieden van herstelmogelijkheden bij kennelijke fouten. Dit komt herhaaldelijk voor.
2. De NZa kan in het kader van het toezicht besluiten dat een heraanlevering noodzakelijk is. Deze categorie past bij de wettelijke rol van de NZa. Het komt geregeld voor dat de NZa om heraanlevering vraagt.
3. Het Zorginstituut, de NZa of het ministerie van VWS kunnen in de regelgeving of de uitvoering van de risicoverevening een fout van enige omvang gemaakt hebben die van invloed is op het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. Deze categorie is opgenomen met het oog op de beginselen van behoorlijk bestuur.
4. Tot slot is er nog een restcategorie waarbij de specifieke omstandigheden van het geval een belangrijke rol spelen, alsook de aanzienlijke gevolgen die een onjuiste aanlevering heeft voor de uitvoering van de risicoverevening als geheel. Deze categorie is opgenomen met het oog op het bewaren van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars.

I.4 Verantwoordelijkheid Zorginstituut

Het Zorginstituut voert voor de Zvw en Wlz verschillende taken uit waarvoor de zorgverzekeraar op regelmatige basis gegevens moet verstrekken. Het gaat met name om de

uitvoering van de risicoverevening, het fondsbeheer, de advisering over het verzekerde pakket, de bevordering en het transparant maken van kwaliteit van zorg. De gegevens worden ook gebruikt voor het, gevraagd en ongevraagd, signaleren van ontwikkelingen in de zorgkosten. Ook de Wlz-uitvoerder moet gegevens ten behoeve van de risicoverevening aanleveren. Het Zorginstituut dient ter uitvoering van zijn taken de kwaliteit, toegankelijkheid en de kosten van de zorg te bewaken. De wettelijke taken van het Zorginstituut met betrekking tot de vereveningsbijdrage zijn neergelegd in de artikelen 32, 33 en 34 van de Zvw. Op grond daarvan heeft het Zorginstituut tot taak het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage en het vaststellen van beleidsregels waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de bij ministeriële regeling vastgestelde regels (artikel 32, vijfde lid, van de Zvw).

Op grond van artikel 40 van de Zvw is het Zorginstituut fondsbeheerder van het Zorgverzekeringsfonds. In die hoedanigheid dient het Zorginstituut te beschikken over een betrouwbaar overzicht van de kosten van de zorg die in het kader van de Zvw zijn gemaakt. In de rapportages die het Zorginstituut als fondsbeheerder ieder kwartaal aan het ministerie van VWS verstrekt, dient het Zorginstituut verklarende informatie te geven bij opvallende ontwikkelingen in de zorguitgaven. Op grond van de artikelen 64 tot en met 66 van de Zvw adviseert het Zorginstituut over de inhoud van het verzekerde pakket en op grond van de artikelen 11a tot en met 11j van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg voert het Zorginstituut taken uit ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut heeft als doel het bevorderen van goede verzekerde zorg voor iedereen in Nederland, nu en in de toekomst. Een van de manieren om dit te doen is de systematische analyse van zorg die uit het verzekerde pakket wordt vergoed en het bevorderen van passende zorg. Hiervoor is het van belang om gegevens over de geleverde zorgprestaties vanuit het uitgavenperspectief te kunnen beoordelen in relatie tot gegevens over de geleverde kwaliteit en de uitkomsten van de zorgprestaties.

Het Zorginstituut heeft met het CAK afgesproken dat het Zorginstituut voor de Regeling Betalingsachterstand Zorgpremie (voorheen wanbetalersregeling) de gegevensvraag bij de zorgverzekeraar in de kwartaalstaten blijft continueren.

De kosten buitenland die via het verbindingsorgaan worden gedeclareerd lopen via het CAK. De zorgverzekeraar moet derhalve in de opgave de informatie van het CAK over kosten buitenland verwerken.

1.5 Verantwoordelijkheid Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa heeft brede taken als toezichthouder in de zorg. De wettelijke taken van de NZa zijn neergelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wmg is de NZa belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraar van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Ook is de NZa belast met toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor, van hetgeen bij of krachtens de Wet langdurige zorg en de artikelen 91, tweede lid, tweede volzin, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld. In het algemeen deel van de Memorie van Toelichting op de Wmg (hoofdstuk 8.2) is over de risicoverevening opgemerkt dat de NZa toezicht houdt op aantallen en kenmerken van verzekerden met het oog op een adequate uitvoering van de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Het is noodzakelijk dat het Zorginstituut kan uitgaan van de juistheid van de aan te leveren gegevens. De NZa heeft in vier accountantsprotocollen bepaald wanneer de gegevens van een oordeel van een accountant en/of het bestuur van de zorgverzekeraar voorzien moeten zijn. In deze protocollen geeft de NZa richtlijnen voor het door de accountant van de zorgverzekeraar, 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. Dit zijn:

- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020'
- Accountantsprotocol 'Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID 19-kosten';
- Protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders;
- Accountantsprotocol 'Gegevensvraag Wlz-gegevens, vanaf oplevering 2025'.

Bij gegevensaanleveringen die met accountantsproduct worden aangeleverd stuurt de zorgverzekeraar zowel de gegevens als de bestuursverklaringen en de accountantsproducten aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut zorgt voor de doorlevering aan de NZa. Bij deze gegevensaanleveringen toetst de NZa op tijdigheid, juistheid en volledigheid. Bij gegevensaanleveringen met alleen een bestuursverklaring wordt het gegevensbestand met de bestuursverklaring ook aan het Zorginstituut geleverd. Deze gegevensaanleveringen worden in eerste instantie alleen door het Zorginstituut getoetst. Het Zorginstituut kan in deze gevallen op grond van artikel 26 van de Wmg aan de NZa, als toezichthouder, vragen om nader onderzoek naar deze opgaven te doen. In overleg met de NZa is deze werkwijze vastgesteld als de minst belastende voor de zorgverzekeraar.

Wanneer de zorgverzekeraar de gegevens onjuist of onvolledig aanlevert, dan wel die gegevens niet tijdig aanlevert, kan de NZa op grond van de Wmg de haar ter beschikking staande handhavinginstrumenten inzetten. Op grond van artikel 87 van de Wmg kan de NZa aan de zorgverzekeraar voor een afzonderlijke overtreding een bestuurlijke boete van € 10.000.000 opleggen wanneer deze onjuiste of onvolledige informatie verschaft met betrekking tot het aantal verzekerden, hun verzekerdenkenmerken of zijn zorgkosten, noodzakelijk voor de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage. Wanneer een zorgverzekeraar niet voldoet aan de voorschriften uit de onderhavige regeling kan de NZa per overtreding een bestuurlijke boete van € 100.000 opleggen. Op grond van artikel 78 van de Wmg kan de NZa een aanwijzing geven aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wlz.

II. Wijzigingen 2025

Voor de uitvoering van de Zvw komen de aan te leveren gegevens in grote mate overeen met de regeling van het voorgaande jaar. Op onderstaande punten is de regeling gewijzigd.

Overloopkosten in de jaarstaat

De zorgverzekeraar levert de lasten van jaren ouder dan t-2 in jaarstaat t en kwartaalstaat t (kostenverzamelstaat en specifieke informatie A) aan in een aparte kolom. De uitvraag van de jaar- en kwartaalstaten is hiervoor uitgebreid met een kolom voor de lasten uit eerdere jaren. Dit betreffen de in jaar t ontvangen en geaccepteerde declaraties met betrekking tot t-3 en ouder (maar niet ouder dan 2006). De oudere jaren worden niet meer meegenomen in de kolom ontvangen en geaccepteerde lasten van jaar t-2.

Overloopkosten COVID-19 en continuïteitsbijdrage

Er worden geen COVID-19-kosten die vallen onder de verantwoording van de Catastroferegeling meer uitgevraagd. De definitieve aanlevering van de COVID-19-kosten voor de definitieve vaststelling van de Catastrofebijdrage heeft plaatsgevonden in september 2024. Hiermee vervalt de uitvraag van Specifieke informatie B, kostenverzamelstaat Catastrofebijdrage, uit de jaarstaat.

De zorgverzekeraar verantwoordt de COVID-19-overloopkosten en overloopkosten van de continuïteitsbijdrage uit 2020 en 2021 waarvan de declaraties zijn ontvangen na 31-12-2023

in jaarstaat 2024 onder COVID-19-overloopkosten en overloopkosten van de continuïteitsbijdrage.

In deze regeling zijn Artikel 4 COVID-19-kosten en de toelichting van artikel 4 hierop aangepast.

Nieuwe definitie niet-ingezetene

Vanaf vereveningsjaar 2026 geldt een nieuwe definitie voor niet-ingezetenen. Het Zorginstituut heeft de definitie van het onderzoek 'niet-ingezetenen in de risicoverevening' uitgevoerd door onderzoeksbureau seo overgenomen. In de nieuwe definitie wordt een verzekerde gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet als ingezetene is ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP). De definitie dient te worden geoperationaliseerd via het BRP-adres. Een adres in Nederland betekent dat iemand wordt aangemerkt als ingezetene. Indien geen Nederlands adres bekend is, is iemand niet-ingezetene. Er wordt uitsluitend gebruikgemaakt van BRP-gegevens. Het peilmoment waarop het adres wordt vastgesteld is voor het PER-bestand 1 mei en voor het VPPER-bestand 31 december, tenzij de verzekerde op dat moment niet meer is ingeschreven bij de zorgverzekeraar. In dat laatste geval is het peilmoment het laatste moment van uitschrijving van de verzekerde bij de zorgverzekeraar.

Omdat het PER-bestand 2025 en het VPPER-bestand 2024 zowel voor vereveningsjaar 2025 als vereveningsjaar 2026 worden gebruikt, vraagt het Zorginstituut deze met de oude definitie - conform de uitvraag volgens de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg 2023 (en eerder) - én de nieuwe definitie niet-ingezetenen op. Vanaf gegevensjaar 2026 volstaat de uitvraag volgens de nieuwe definitie. Om aanlevering met twee definities voor niet-ingezetenen mogelijk te maken zijn er in de record lay-outs extra kolommen toegevoegd voor BRP-adresgegevens behorend bij de nieuwe definitie van niet-ingezetenen, en identificatie buitenland op basis van de nieuwe definitie.

Aanlevering PGB-gegevens

Vanaf het schadejaar 2024 levert de zorgverzekeraar naast de Wlz-declaraties ook het toegekende Persoonsgebonden Budget per verzekerde aan.

Overige wijzigingen

In artikel 1 zijn begripsbepalingen gewijzigd.

De definitie van BRP is toegevoegd vanwege het gebruik hiervan bij niet-ingezetenen.

De begrippen Covidpatiënten, COVID-zorg, modelovereenkomst en verrekening in verband met inhaalzorg zijn verwijderd, omdat deze niet meer relevant zijn.

De begripsbepaling van de overloopkosten, niet-ingezetenen (nieuwe definitie) en schadejaar is verduidelijkt.

Verzekerdenstanden is gedefinieerd als bestand met het aantal verzekerden per leeftijds- en geslachtklasse en het aantal verzekerden met en zonder nominale premieplichtigheid op de 1e van de maand voor de maanden januari tot en met december.

Volmacht is gedefinieerd als de bevoegdheid die een persoon verleent aan een ander om in zijn naam rechtshandelingen te verrichten.

In Artikel 3, derde lid is verduidelijkt welke gegevens door verzekeraars via Vektis aangeleverd worden.

Artikel 2, zevende lid, is geschrapt, omdat de MSZ-gerelateerde contractinformatie niet langer naar type instelling hoeft te worden uitgesplitst.

Naar aanleiding van vragen van verzekeraars en inzichten over data-analyse is de uitvraag van de GGZ-gegevens aangescherpt voor de variabele prestatiecode, zorgtrajectnummer en startdatum zorgtraject. Hierdoor wijzigt de uitvraag en de record lay-out van de GGZ-gegevens. Daarnaast zijn de variabelen type zorg en bron codering diagnose geschrapt.

De uitvraag op modelovereenkomstniveau in het kader van de bandbreedteregeling voor de variabele zorgkosten voor vereveningsjaar 2023 is geschrapt. Er worden geen variabele zorgkosten per modelovereenkomst gespecificeerd in de jaarstaat. Ook levert de zorgverzekeraar geen gegevens over de modelovereenkomst meer aan in het VPPER- en het OBSN-bestand.

De zorgverzekeraar levert vanaf kalenderjaar 2025 naast de verloskundekosten binnen de eerste lijn ook de verloskundekosten binnen de Medisch Specialistische Zorg aan in het bestand 'Kosten per verzekerde'.

Vanwege het verval van het hulpmiddelenkostenkenmerk in het kader van de landelijke problematiek bij de registratie van de hulpmiddelen worden er geen Hulpmiddelengegevens 2024 uitgevraagd (Zie Concept - Regeling risicoverevening 2025, Toelichting 2.1 Belangrijkste wijzigingen).

In de Jaarstaat 2024 is een verduidelijking opgenomen over de verrekeningen voor het definitieve jaar in de jaarstaat, t-2. De zorgverzekeraar is verplicht om correcties die binnenkomen na 31-12-t op de kosten van geaccepteerde declaraties die tot en met 31-12-t zijn ontvangen te verwerken in de jaarstaat t, schadejaar t-2. Het gaat hierbij om een correctie op totaal niveau en niet op individuele declaraties. Een zorgverzekeraar betreft in ieder geval alle tot 1 maart t ontvangen en geaccepteerde correcties over het schadejaar t-2.

De verdere wijzigingen in de onderhavige regeling vloeien voort uit wijzigingen in het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening. Daarnaast zijn er wijzigingen op basis van input van afnemers van informatie alsmede van gebruikers van de Gegevensuitvraag. Al deze informatie is verwerkt in de formats en de record lay-outs, in de bijlagen van deze regeling. Meer informatie over alle wijzigingen is te vinden in de Gegevensuitvraag, gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Voor de uitvoering van de Wlz is de uitvraag van de PGB-aantallen in het tweede kwartaal geschrapt. Deze gegevens gaat het Zorginstituut uit een andere bron betrekken.

III. Artikelsgewijze toelichting

III.1 Toelichting bij Artikel 2: Algemeen

III.1.1 Formats en record lay-outs Zvw

De formats en record lay-outs behorende bij de uitgevraagde gegevens zijn beschikbaar als bijlagen bij de regeling.

III.1.1.1 Formats kwartaal- en jaarstaten Zvw

De formats voor de kwartaal- en jaarstaten in bijlagen 1a t/m 1e zoals gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl zijn onderverdeeld in specifieke informatie A en specifieke informatie C. Hierbij staat specifieke informatie A voor de gegevens die het Zorginstituut nodig heeft ten behoeve van haar taken voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De uitvraag in de specifieke informatie C dient als beleidsinformatie ten behoeve van het Zorginstituut en het ministerie van VWS. De gegevens van de specifieke

informatie A in de jaarstaat moeten door de zorgverzekeraar met een accountantsproduct worden aangeleverd.

III.1.2 Formats kwartaalstaat Wlz

De formats voor de kwartaalstaat Wlz in bijlagen 4 en 5, zoals gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl bestaan uit specificaties voor aanlevering voor Wlz-uitvoerders en zorgkantoren, en specificaties persoonsgebonden budget (PGB), beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden.

III.1.3 Verwerking persoonsgegevens

Persoonsgegevens in de zin van de Algemene verordening gegevensbescherming en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming moeten worden gepseudonimiseerd. Dit geschiedt in twee stappen. De eerste stap in de pseudonimisering vindt plaats aan de bron, bij de zorgverzekeraar. De tweede stap vindt plaats bij de Stichting ZorgTTP, die daartoe is aangewezen door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Zorginstituut ontvangt de gepseudonimiseerde bestanden van ZorgTTP. Op de in artikel 3, 3a en 4 genoemde data moet het gepseudonimiseerde bestand zijn ontvangen door ZorgTTP. Als een zorgverzekeraar ervoor kiest om een verwerkersovereenkomst te sluiten met een derde partij met behulp van wie de aanlevering van de gegevens plaatsvindt, dan blijft de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor de tijdige, juiste en volledige aanlevering aan ZorgTTP en het Zorginstituut. Het Zorginstituut treedt altijd direct in contact met de zorgverzekeraar (en niet met de door de zorgverzekeraar ingeschakelde verwerker) 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 verwerker 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 van de NZa kan uitvoeren.

Wat in het onderdeel Verwerking persoonsgegevens over de zorgverzekeraar wordt opgemerkt geldt mutatis mutandis ook voor de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor.

III.2 Toelichting bij Artikel 3 en 3a: Aanlevering gegevens voor uitvoering Zvw

III.2.1 Gegevensuitvraag

In de Gegevensuitvraag heeft het Zorginstituut gedetailleerd opgenomen welke gegevens de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder moeten aanleveren. In de Gegevensuitvraag staan geen aanvullende regels met betrekking tot de aanlevering van gegevens en de verantwoording van kosten. De Gegevensuitvraag is te zien als een uitgebreide en gedetailleerde toelichting op de onderhavige regeling. Het Zorginstituut stelt de Gegevensuitvraag jaarlijks aan iedere zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder beschikbaar. De Gegevensuitvraag is tevens te raadplegen op de website www.zorginstituutnederland.nl.

III.2.2 Te verantwoorden kosten jaarstaat en kwartaalstaten

Ten behoeve van de uitvoering van de taken van het Zorginstituut dient de zorgverzekeraar de zorgkosten op te geven die vallen onder de verzekerde zorg. De opgave van de kosten is immers een opgave op grond van de Zvw. De zorgverzekeraar verantwoordt dan ook uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zvw vergoed kunnen worden. Dit brengt als vanzelf met zich mee dat coulancebetalingen, extra verstrekkingen die niet onder de verzekerde zorg vallen via collectiviteiten en kosten na de datum van administratieve verwerking van de uitschrijving in verband met beëindiging van de verzekeringsplicht niet verantwoord mogen worden.

Uit de Regeling risicoverevening vloeit voort dat betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico wel als zorgkosten verantwoord worden. Dit geldt niet voor de overige zorgkosten die verzekerden zelf moeten betalen, bijvoorbeeld bij overschrijding van een maximum aantal behandelingen of bij overschrijding van een maximum vergoeding in de aanspraak Zvw. Het spreekt voor zich dat de zorgverzekeraar bijbetalingen van verzekerden voor niet gecontracteerde zorg en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen niet verantwoordt.

(Inkoop) bonussen en kortingen en andere crediteringen op kosten Zvw moeten ten gunste van de betreffende kosten Zvw worden gebracht (dus in mindering op de kosten van prestaties).

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, bestaat uit de geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen en een balanspost uitgaande van het kansgewogen gemiddelde van toekomstige kasstromen.

Per kostencode dient de balanspost de beste schatting te weerspiegelen. Dit geldt ook voor de geraamde baten en de geraamde lasten in de afzonderlijke specificaties. Bij het berekenen van de beste schatting wordt uitgegaan van geactualiseerde en betrouwbare informatie en realistische aannames. De zorgverzekeraar houdt hierbij rekening met eventuele financiële consequenties van de met zorgaanbieders afgesloten contracten.

Zorgverzekeraars maken in toenemende mate inkoopafspraken met zorgaanbieders, waarin gewerkt wordt met contractafspraken zoals bijvoorbeeld lumpsum- of plafondafspraken. Dit houdt in dat zorgaanbieders, ongeacht de gedeclareerde prestaties, uiteindelijk alleen het afgesproken bedrag van de zorgverzekeraar ontvangen. De verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de overeengekomen contractafspraken leiden na sluiting van het boekjaar tot verrekeningen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders. De zorgverzekeraar registreert deze verrekeningen op een zodanige wijze dat alleen die kosten worden verantwoord die daadwerkelijk door de zorgverzekeraar zijn gemaakt. De verrekeningen over jaar t-2 moeten uiterlijk in de jaarstaat t verwerkt zijn, ook in de verdeling naar codenummers en in de gevraagde specificaties. De zorgverzekeraar is verplicht om correcties die binnenkomen na 31-12-t op de kosten van geaccepteerde declaraties die tot en met 31-12-t zijn ontvangen te verwerken in de jaarstaat t, schadejaar t-2. De zorgverzekeraar betreft in ieder geval alle tot 1 maart t ontvangen en geaccepteerde correcties over het schadejaar t-2. Het gaat hierbij om een correctie op totaal niveau en niet op individuele declaraties. De kosten, na verrekening, moeten op een juiste wijze aan de individuele verzekerden worden toegerekend. In verband met de verantwoordingen op verzekerdeniveau voor de risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdeniveau, ongeacht de vorm en inhoud van de gemaakte inkoopafspraken. De verrekening tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders dient in het definitieve bestand 'Kosten per verzekerde' op een zodanige wijze plaats te vinden dat alle verzekerden bij een zorgverzekeraar met een gelijk DBC-zorgproduct of overig zorgproduct ook een gelijke schadelast per zorgaanbieder hebben. Wanneer de verschillen niet op het gevraagde niveau codenummers, specificaties, verzekerden bekend zijn, rekent de zorgverzekeraar deze via een logische verdeelsleutel en op kenbare wijze toe aan codes, individuele verzekerden en de deelbedragen. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd. In het protocol van de NZa wordt uiteengezet op welke wijze de lumpsumfinanciering onderwerp van controle is. Ook als de zorgverzekeraar prestaties volgens het representatiemodel inkoopt dan moeten de kostentoe rekeningen aan de verzekerden volgens een logische verdeling plaatsvinden en worden verantwoord in de kwartaal- en jaarstaten bij de betreffende codenummers en in de specificaties. Hetzelfde geldt voor het bestand 'Kosten per verzekerde'. Wat in het onderdeel Kosten Zvw over de zorgverzekeraar wordt opgemerkt geldt voor zover van toepassing mutatis mutandis ook voor de Wlz-uitvoerder.

III.2.2.1 Rubrieken en codes kwartaal- en jaarstaten

Het Zorginstituut clustert alle kosten van prestaties Zvw op een logische en samenhangende wijze en deelt de kosten toe naar verschillende rubrieken en codes op basis van het Besluit zorgverzekering en de beleidsregels en prestatiebeschrijving- en tariefbeschikkingen van de NZa, voor zover het prestaties Zvw betreft (de beschikkingen van de NZa kunnen ook niet Zvw prestaties bevatten).

Het doel van de rubrieken en codes is dat iedere zorgverzekeraar de kosten op dezelfde, eenduidige wijze verantwoordt. De rubrieken 01 tot en met 12 zijn aparte rubrieken per prestatie Zvw (zoals farmaceutische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) met een nadere onderverdeling naar codes.

De geneeskundige zorg valt uiteen in een rubriek met kosten huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en een rubriek met medisch specialistische zorg. Rubriek 13, diverse overige kosten, betreft onder meer enkele Zvw-prestaties die op grond van de Wmg zijn uitgesloten van prestatiebeschrijving- en tariefbeschikkingen van de NZa. Rubriek 15 betreft enerzijds kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland en worden vergoed op grond van de zorgverzekeringsspolis. Anderzijds betreft deze rubriek kosten die zijn gemaakt in het buitenland op basis van de Europese verordening betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels (zoals bijvoorbeeld kosten in het buitenland bij tijdelijk verblijf als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart/EHIC) of een verdrag inzake sociale zekerheid tussen Nederland en het betreffende land. Bij rubriek 16 verantwoordt de zorgverzekeraar de kwaliteitsgelden. Dit zijn gelden die op grond van verschillende regels en afspraken beschikbaar worden gesteld voor kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

De nadere specificatie van de kosten per code vindt onder meer plaats op basis van de Regeling risicoverevening, de informatiebehoefte vanuit de wettelijke taken fondsbeheer en pakketbeheer van het Zorginstituut en de informatiebehoefte van het ministerie van VWS in het kader van de begrotingscyclus.

Een nadere omschrijving van de codes en de specificaties is opgenomen in de Gegevensuitvraag.

III.3 Toelichting bij Artikel 4: COVID-19-kosten

III.3.1 COVID-19-pandemie

Op 11 maart 2020 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verklaard dat er sprake is van een pandemie als gevolg van de verspreiding van het SARS-CoV-2 virus. Vanaf dat moment is er sprake geweest van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw. Als gevolg heeft de zorgverzekeraar over de jaren 2020 en 2021 niet alleen de gewone Zvw-kosten verantwoord, maar ook de extra kosten in verband met COVID-19. Op grond van artikel 33, tweede lid, van de Zvw kent het Zorginstituut in kalenderjaar 2025 aan de zorgverzekeraar op verzoek een extra bijdrage toe, de catastrofebijdrage, naast de al toegekende risicovereveningsbijdrage voor dat kalenderjaar. De catastrofebijdrage betreft de COVID-19-kosten gemaakt in 2020 en 2021. De COVID-19-kosten die voor de catastrofebijdrage in aanmerking komen zijn reeds verantwoord. De COVID-19-kosten vanaf schadejaar 2022 tellen mee in de reguliere risicoverevening.

III.3.2 Te verantwoorden kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie

Op dit moment kent de Gegevensuitvraag 2025 nog indirecte meerkosten 2022, toeslagen 2022 en 2023. De NZa heeft hiervoor aanvullende regels opgesteld:

- De Beleidsregel generieke prestatie meerkosten 2022 in verband met het coronavirus (BR/REG-22160)

- De Prestatiebeschrijvingbeschikking - facultatieve prestaties msz 2022 voor patiëntgebonden meerkosten in verband met Covidzorg (TB/REG-22650-01)
- De Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties 2023 toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag (TB-REG-23644-01)

Deze algemene, aanvullende regels zien op de meerkosten die zorgaanbieders moeten maken in verband met de coronapandemie. Met deze aanvullende regels kunnen zorgaanbieders rechtmatig een tarief in rekening brengen voor de meerkosten in verband met de coronapandemie. Hierdoor kan de zorgverzekeraar de meerkosten als zorgkosten verantwoorden. De verantwoordingen van de zorgverzekeraar van de COVID-19-kosten vallen onder het reguliere toezicht van de NZa.

De zorgverzekeraar verantwoordt deze kosten volgens de formats van de jaar- en kwartaalstaten. In de formats worden de indirecte meerkosten en toeslagen omschreven als 'meerkosten COVID-19, indirect' en 'meerkosten COVID-19, toeslagen'. Met deze verschillende benamingen is geen inhoudelijk verschil beoogd ten opzichte van definitie prestatie meerkosten.

Speciale aandacht gaat uit naar de onderbouwing van de hoogte van de indirecte meerkosten (artikel 4, tweede lid, onder b). Een van de vereisten waaraan moet worden voldaan is dat de hoogte van de bijdrage voor de indirecte meerkosten plausibel is. Voor een vergoeding van de indirecte meerkosten is aan de plausibiliteitstoets is voldaan als:

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor een sector afspraken heeft gemaakt over de vergoeding van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken); en
- de NZa deze afspraken plausibel heeft gevonden.

Voor de vergoeding van de (aanvullende) specifieke vergoedingen van de indirecte meerkosten die achteraf vastgesteld worden (onder andere hardheidsclausule afspraken en afspraken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is aan de plausibiliteitstoets voldaan als:

- de NZa het door ZN uitgewerkte uniforme proces voor toekenning van deze vergoedingen adequaat vindt, én
- de zorgverzekeraar kan aantonen, dat het vooraf door de NZa adequaat bevonden proces, bij de toekenning van de vergoedingen ook daadwerkelijk is gevolgd, én
- de NZa achteraf een bestuurlijk oordeel over de opgave heeft gegeven.

III.4. Toelichting bij Artikel 5 Aanlevering gegevens voor uitvoering Wlz

III.4.1 Aanleveren gegevens Wlz

Het Zorginstituut voert ter uitvoering van de Wlz verschillende taken uit waarvoor de Wlz-uitvoerders (doorgaans in hun functie van zorgkantoor) op regelmatige basis gegevens moeten verstrekken. Het gaat met name om de uitvoering van het fondsbeheer, de advisering over het pakket, de bevordering en het transparant maken van kwaliteit en het signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar en het aanbod van zorg. Het Zorginstituut dient ter uitvoering van zijn taken de kwaliteit, toegankelijkheid en de kosten van de zorg te bewaken. Op grond van artikel 89 van Wet financiering sociale verzekeringen is het Zorginstituut beheerder van het Fonds langdurige zorg. In die hoedanigheid dient het Zorginstituut te beschikken over een betrouwbaar en actueel overzicht van de kosten van de zorg die in het kader van de Wlz zijn gemaakt. In de rapportages die het Zorginstituut als fondsbeheerder ieder kwartaal aan het ministerie van VWS verstrekt, dient het Zorginstituut opvallende ontwikkelingen in de zorguitgaven te verklaren.

III.4.2 Handboek Wlz

In het Handboek Wlz heeft het Zorginstituut gedetailleerd opgenomen welke gegevens de Wlz-uitvoerders moeten aanleveren. In het Handboek Wlz staan geen aanvullende regels met betrekking tot de aanlevering van gegevens en de verantwoording van kosten. Het Handboek

Wlz is te zien als een uitgebreide en gedetailleerde toelichting op de onderhavige regeling. Het Zorginstituut stelt het Handboek Wlz jaarlijks aan iedere Wlz-uitvoerder en zorgkantoor beschikbaar. Het Handboek Wlz is tevens te raadplegen op de website www.zorginstituutnederland.nl.

III.5 Toelichting bij Artikel 6

De gegevens die de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor aan het Zorginstituut aanleveren, worden door het Zorginstituut beschikbaar gesteld voor controle door de accountant van het Zorginstituut, onder meer in verband met het bepaalde in artikel 73, 73a, en 74, van de Zvw.

In de regeling is expliciet opgenomen dat het Zorginstituut de gegevens verstrekt aan de NZa en enkele andere bestuursorganen, mits die daar een wettelijke grondslag voor hebben. Dit vermindert de administratieve lastendruk voor de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor.

III.6 Toelichting bij artikel 7

Deze regeling heeft betrekking op de periode van 1 maart 2025 tot 1 maart 2026. Daarom wordt aan deze regeling terugwerkende kracht verleend tot en met 1 maart 2025.

IV. Toelichting bij de bijlagen

IV.1 Toelichting bij bijlage 1a tot en met 1e, formats jaarstaat en kwartaalstaten, behorend bij artikel 3 en 4

Instructie opgave kostenverzamelstaat, specifieke informatie A

Op de website van het Zorginstituut zijn de invulformats voor de kostenverzamelstaat specifieke informatie A beschikbaar. Lege formats van de jaar- en kwartaalstaten zijn bijlage van deze regeling en geven een beeld van de toepasselijke kostencodes en de gevraagde informatie in de jaar- en kwartaalstaat.

Bij de opgave van de kostenverzamelstaat en specifieke informatie A wordt gebruik gemaakt van de nadere omschrijving van de kostencodes in de Gegevensuitvraag. De verantwoording van kosten verschilt per schadejaar. Dit wordt gespecificeerd in de Gegevensuitvraag.

De zorgverzekeraar houdt bij de opgave rekening met het volgende:

- Bij de lasten over een schadejaar wordt het totaal van de tot en met 31 december van het schadejaar ontvangen declaraties opgenomen van de aan verzekerden verleende zorg en geopende DBC's;
- In de balanspost worden de declaraties opgenomen over het schadejaar die na 31 december van het schadejaar zijn ontvangen en betrekking hebben op de verleende zorg en geopende DBC's, en de meest actuele raming van de na 31 december van het schadejaar nog te ontvangen declaraties. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondatafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord;
- Het verschil tussen de kolom met lasten inclusief balanspost en de kolom met ontvangen en geaccepteerde declaraties is gelijk aan de balanspost. Voor de kwartaalstaten wordt de balanspost over het hele jaar elk kwartaal geactualiseerd;
- Het is niet toegestaan dat de zorgverzekeraar bij de lasten inclusief balanspost in de jaarstaat aansluit op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat en de ramingen in de jaarstaat niet meer actueel zijn.
- Bij de definitieve aanlevering van een schadejaar verwerkt de zorgverzekeraar de verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten (bijvoorbeeld door plafondatafspraken of aanneemsommen) in specifieke informatie A.

Opbouw format kwartaalstaat 2025, schadejaren 2022 en ouder, 2023, 2024, 2025.

	Specifieke informatie A (reguliere risicoverevening)
Kolom 1	Lasten 2025 inclusief balanspost
Kolom 2	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal 2025
Kolom 3	Lasten 2024 inclusief balanspost
Kolom 4	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2024
Kolom 5	Lasten 2023 inclusief balanspost
Kolom 6	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2023
Kolom 7	In 2025 ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2022 en ouder ¹

¹ maar niet ouder dan 2006

Opbouw format jaarstaat 2024, schadejaren 2021 en ouder, 2022, 2023, 2024.

	Specifieke informatie A (reguliere risicoverevening)
Kolom 1	Lasten 2024 inclusief balanspost
Kolom 2	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2024
Kolom 3	Lasten 2023 inclusief balanspost
Kolom 4	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2023
Kolom 5	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2022
Kolom 6	In 2024 ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2021 en ouder ¹

¹ maar niet ouder dan 2006

Overloopkosten in de jaarstaat

De zorgverzekeraar verantwoordt de in 2024 ontvangen en geaccepteerde declaraties met betrekking tot kosten jaren ouder dan t-2 (maar niet ouder dan 2006) in specifieke informatie A in kolom 6 van de jaarstaat en kolom 7 van de kwartaalstaat.

De zorgverzekeraar verantwoordt de COVID-19-kosten en de kosten van de continuïteitsbijdrage uit 2020 en 2021 in de jaarstaat niet in kolom 6 (of één van de overige kolommen). Deze kosten worden apart verantwoord.

Het Zorginstituut hanteert voor deze kosten de volgende manier van verantwoording:

- De overloopkosten van de continuïteitsbijdrage van schadejaar 2020 en 2021 worden zonder balanspost uitgevraagd in jaarstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen variabel en GGZ.
- De overloopkosten van COVID-19-kosten van schadejaar 2020 en 2021 worden zonder balanspost uitgevraagd in jaarstaat 2024, specifieke informatie A. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar schadejaar en somatische kosten en GGZ kosten.

De specificaties van COVID-19-kosten uit 2020 en 2021 staan in de beleidsregels Catastrofebijdrage 2020 en 2021.

Instructie opgave contractinformatie

Bij de opgave contractinformatie per rubriek en bij de opgave contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling, hanteert het Zorginstituut zowel in de kwartaal- als in de jaarstaat de volgende definities van de verschillende contractvormen:

- Aanneemsommen: (deel)contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert;
- Plafondcontracten: contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen;
- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Onder deze categorie neemt de zorgverzekeraar 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;
- Openeindecontracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen. Vergelijkbare contractvormen, waaronder staffelafspraken, neemt de zorgverzekeraar hier ook op.

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

Totaal afgesproken maximumomzet plafondcontracten: de zorgverzekeraar geeft hier de som van alle plafonds op die zijn afgesproken. Bij de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' geeft de zorgverzekeraar aan welke schadelast Zvw hij daadwerkelijk verwacht bij de zorgaanbieders waarmee hij 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 het aandeel van de zorgverzekeraar in de afgesproken maximumomzet plafondcontracten niet bekend is, dan geeft de zorgverzekeraar hier nogmaals de verwachte schadelast 'gecontracteerde zorg: plafond' op. De verwachte schadelast 'plafond' is dan dus gelijk aan de maximumomzet 'plafond'.

- Lopende onderhandelingen: De zorgverzekeraar neemt hier de meest waarschijnlijke uitkomst van de nog in onderhandeling zijnde contracten op.
- 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 de zorgverzekeraar de verwachte lasten van deze zorgaanbieder mee in de raming van de niet-gecontracteerde zorg.

IV.2 Toelichting bij bijlage 2, record lay-outs uitvraag 2025 risicoverevening, behorend bij artikel 3 en artikel 4;

Bestanden risicoverevening

De bestanden voor de risicoverevening worden aangeleverd volgens de record lay-outs.

Afsluitdatum bestanden

In de bestanden Kosten per verzekerde 2022 en 2023, Farmaciegegevens 2024, Add-on geneesmiddelen 2023, DBC's somatisch 2023, GGZ-gegevens 2023, Fysiotherapie- en

oefentherapiegegevens 2024 en Wlz-gegevens 2024 moeten ten minste alle declaraties die voor 1 maart 2025 zijn ontvangen worden opgenomen.

Instructie Kosten per verzekerde:

In de bestanden 'Kosten per verzekerde' neemt de zorgverzekeraar de kosten per verzekerde per deelbedrag op met uitzondering van de kosten van het deelbedrag vaste kosten omdat die voor 100% worden nagecalculeerd. Uit de Regeling risicoverevening is af te leiden welke kosten, en voor welk gedeelte, aan welk deelbedrag toegerekend worden. In de Gegevensuitvraag is gedetailleerd beschreven welke kosten het per deelbedrag betreft. Ook is opgenomen op welke wijze de zorgverzekeraar de opbrengstverrekeningen verwerkt in het bestand 'Kosten per verzekerde'.

In het definitieve bestand 'Kosten per verzekerde' 2022 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2024 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de in 2022 verleende hulp en de in 2022 geopende DBC's. Verrekeningen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder als gevolg van overeengekomen lumpsumfinanciering dan wel het overeengekomen plafondbedrag worden in deze definitieve opgave verwerkt. Voor de verrekening van prijsarrangementen van extramurale en intramurale geneesmiddelen volgt de zorgverzekeraar de gezamenlijk gemaakte afspraken.

Kosten die niet op verzekerdenniveau bekend zijn dienen via een logische verdeelsleutel toegerekend te worden aan individuele verzekerden en de deelbijdragen. In het bestand 'Kosten per verzekerde' 2022 neemt de zorgverzekeraar de volgende kosten niet mee: vaste zorgkosten en kosten van kwaliteitsgelden zoals verantwoord bij rubriek 16 in de jaarstaat. Als kosten buitenland via Zorginstituut Nederland neemt de zorgverzekeraar mee de door hem goedgekeurde declaraties van kosten met transactiejaar 2022.

De zorgverzekeraar neemt geen raming op van nog te ontvangen declaraties.

IV.3 Toelichting bij bijlage 3, Format Opgave verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2024, behorend bij artikel 3 en artikel 4

De zorgverzekeraar wordt geacht zich in te spannen om zo spoedig mogelijk het BSN nummer van de verzekerde vast te leggen, behoudens de in de toelichting opgenomen uitzonderingen waarvoor dit niet mogelijk is. Van deze verzekerden moet de zorgverzekeraar enige gegevens aanleveren.

Instructie verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

De zorgverzekeraar ontvangt in beginsel uitsluitend een vereveningsbijdrage voor verzekerden met een geverifieerd BSN die zijn opgenomen in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken- deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN' over het vereveningsjaar t, aanleverdatum 1 juni t+1. De zorgverzekeraar moet zich inspannen om het BSN van een verzekerde tijdig te verkrijgen en te verifiëren zodat verzekerden volledig in de risicoverevening kunnen worden betrokken. In theorie kunnen zich twee 'problemen' voordoen waardoor de zorgverzekeraar geen bijdrage ontvangt voor een verzekerde, namelijk als er bij aanlevering van het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN' voor de betreffende verzekerde, die in jaar t verzekerd was

- geen geverifieerd BSN is,
- of geen BSN is.

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN wél te accepteren. Als er een uitzonderingssituatie is en is voldaan aan de voorwaarden, dan neemt de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde op in het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN' over het

vereveningsjaar t, aanleverdatum 1 juni t+1. Die verzekerden betreft het Zorginstituut alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend gebaseerd is op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio (indien woonachtig in Nederland).

Voorwaarden voor opname in het deelbestand

Opname in het bestand is uitsluitend mogelijk nadat de verzekeringsplicht voor de betreffende verzekerde is vastgesteld. Aangezien er geen (geverifieerd) BSN is, vraagt dit extra inspanning van de zorgverzekeraar. Ook de actualiteit van de verzekeringsplicht is van belang. Bijvoorbeeld: een verzekerde die in Nederland werkt en/of woont en gedurende een jaar ingeschreven staat, maar nog steeds geen (geverifieerd) BSN heeft; is er nog wel recht op inschrijving en zo ja, waarom is er nog steeds geen geverifieerd BSN?

Daarnaast moet de zorgverzekeraar zich extra inspannen om ervoor te zorgen dat de juiste en bij die persoon horende gegevens worden verzameld, geregistreerd en actueel zijn. Dit is ook van belang bij de verificatie, als er wel een BSN is. Uit informatie van de Belastingdienst is gebleken dat de verificatie veelvuldig mislukt, omdat de door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens niet volledig en/of niet juist zijn. Als de verificatie mislukt, dient de zorgverzekeraar tijdig na te gaan of de aangeleverde gegevens juist en volledig waren. Van de verzekerden die de zorgverzekeraar in het bestand opneemt moeten alle gevraagde gegevens zijn vermeld en moet de motivatie voldoende zijn.

De zorgverzekeraar doet 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. De periode na afloop van het verzekeringsjaar tot de aanleverdatum van het bestand over dat jaar is ruim genoeg.

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zal er in vrijwel alle gevallen sprake zijn van 'buitenlandssituaties' of van een bijzondere omstandigheid bij Nederlands ingezetenen. Grofweg (niet limitatief) zijn er de volgende categorieën te onderscheiden waarin er sprake is van verzekeringsplicht en *mogelijk* geen BSN:

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

Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

Tijdelijke 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 de zorgverzekeraar 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.

IV.4 Toelichting bij bijlage 5, Format kwartaalstaat Wlz 2025, specificaties PGB, beheerskosten en aantal Wlz-verzekerden, behorend bij artikel 5.

Instructie aantal PGB-houders met huisbezoek(en)

Een huisbezoek aan een budgethouder is een fysiek (dan wel digitaal, waar fysiek niet mogelijk is) uitgevoerd huisbezoek (niet in combinatie met een bewuste-keuze gesprek) waarvan de uitkomsten voor 1 januari 2025 intern geadministreerd zijn.

Instructie aantal PGB-aanvragers met bewuste-keuze gesprek(ken)

Het zorgkantoor telt alle PGB-aanvragers met bewuste-keuze gesprek(ken), ongeacht of de aanvraag dan wel het bewuste-keuze gesprek tot toekenning van een PGB heeft geleid.

Instructie beheerskosten

De kosten van intern personeel betreffen salarissen, sociale lasten, pensioenen en personeelsvoorzieningen, zoals opleidingen. Kosten extern personeel zijn personeelslasten van werkzaamheden die het zorgkantoor aan externen heeft uitbesteed. Overige beheerskosten zijn beheerskosten die niet direct zijn toe te rekenen aan personeelslasten van intern of extern personeel, zoals doorbelaste kosten vanuit het concern.

Hoogachtend,

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur