Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023

2023, versie 2

Inhoud

Correcties in Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023, versie 2 5
1 Algemeen 6
1.1 Aan te leveren gegevens 6
1.2 Wijzigingen gegevensuitvraag risicoverevening 9
1.3 Wijzigingen Specifieke informatie C 11
1.4 Gebruik van gegevens 13
1.5 Procedure gegevenslevering 15
1.6 Leeswijzer 17
2 Definities kosten en producties 18
2.1 Kostenbegrip 18
2.2 Kolommen kostenverzamelstaat 20
2.2.1 Kolommen kwartaalstaten 20
2.2.2 Kolommen Jaarstaat 22
2.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers 23
3 Specifieke informatie A 41
3.1 Aandachtspunten 41
3.1.1 Aandachtspunten 2023 omtrent COVID-19 41
3.1.2 Algemene aandachtspunten 43
3.2 Kostenverzamelstaat 43
3.3 Kosten naar deelbijdrage 44
3.4 Specificaties risicoverevening in de Jaarstaat 44
3.4.1 Specificaties van kostenrubriek 06 medisch specialistische zorg. 44
3.4.2 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg 45
3.4.3 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg 45
3.4.4 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden 46
3.5 Verzekerdenstanden 46
4 Specifieke informatie B 48
4.1 Aandachtspunten 48
4.2 Opbouw kostenverzamelstaat catastrofeschadelast 48
5 Specifieke informatie C 50
5.1 Specificaties van kosten en productie 52
5.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ) 52
5.1.2 02 Farmaceutische zorg 52
5.1.3 03 Verpleging en Verzorging 52
5.1.4 04 Mondzorg 53
5.1.5 05 Verloskundige zorg 53
5.1.6 06 Medisch specialistische zorg 53
5.1.7 09 Ziekenvervoer 55

5.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg 55
5.1.9 11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) 55
5.1.10 12 Kraamzorg 56
5.1.11 13 Diverse Overige kosten 56
5.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg 57
5.2 Contractinformatie 58
5.3 Regeling wanbetalers 62
6 Aanvullende informatie risicoverevening 64
6.1 Belangrijke informatie vooraf 64
6.1.1 COVID-19 zorg 64
6.1.2 Bestuursverklaringen, Assurancerapporten en rapport van feitelijke bevindingen 64
6.2 Gebruik gegevens in risicoverevening 64
6.3 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 67
6.3.1 Gebruik van de gegevens 67
6.3.2 Op te leveren gegevens 67
6.3.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 70
6.4 Persoonskenmerken 2023 70
6.4.1 Gebruik van de gegevens 70
6.4.2 Op te leveren gegevens 70
6.4.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 71
6.5 Kosten per verzekerde 71
6.5.1 Gebruik van de gegevens 71
6.5.2 Op te leveren gegevens 71
6.5.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 75
6.6 Farmaciegegevens 76
6.6.1 Gebruik van de gegevens 76
6.6.2 Op te leveren gegevens 76
6.6.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 77
6.7 Add-on geneesmiddelen 2021 77
6.7.1 Gebruik van de gegevens 77
6.7.2 Op te leveren gegevens 77
6.7.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 78
6.8 Gegevensvraag DBC-gegevens somatisch 2020 en 2021 78
6.8.1 Gebruik van de gegevens 78
6.8.2 Op te leveren gegevens 78
6.8.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 79
6.9 Gegevens GGZ 2021 79
6.9.1 Gebruik van de gegevens 79

6.9.2 Op te leveren gegevens 80
6.9.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 81
6.10 Hulpmiddelengegevens 2022 81
6.10.1 Gebruik van de gegevens 81
6.10.2 Op te leveren gegevens 81
6.10.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 82
6.11 Fysiotherapie en oefentherapiegegevens 2022 82
6.11.1 Gebruik van de gegevens 82
6.11.2 Op te leveren gegevens 82
6.11.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 83
6.12 Wlz-gegevens 2022 83
6.12.1 Gebruik van de gegevens 83
6.12.2 Op te leveren gegevens 83
6.12.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar 84
Bijlage 1 Bestuursverklaringen 85
Bijlage 2 Format 112
Bijlage 3 Record lay-outs 113

Correcties in Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023, versie 2

Pagina	Onderwerp	Correctie
6	Aanleverkalender	Specifieke informatie C is aan de aanleverkalender toegevoegd.
7	Accountantsprotocol NZa i.v.m. COVID 19-kosten	Recent heeft de NZa een nieuw accountantsprotocol gepubliceerd: 'Het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID-19-kosten'. Dit accountantsprotocol was ten tijde van de publicatie van het handboek nog niet vastgesteld. Inmiddels is dat wel gebeurd. Dit accountantsprotocol is een aanvulling op het reeds bestaande accountantsprotocol uit 2018. In het handboek is dit protocol nu toegevoegd.
9, 71	Definitie niet-ingezetenen	Het onderzoek naar de niet-ingezetenen dat op het moment van schrijven van het handboek nog werd uitgevoerd, is inmiddels afgerond. De gegevensuitvraag 2023 wijzigt niet.
13, 37	Transformatiemiddelen IZA	Op het moment van het schrijven van het handboek was nog niet duidelijk hoe de invulling van de transformatiemiddelen, waaronder de specificaties, nader vorm wordt gegeven. Dit is inmiddels vastgelegd, de data voor de monitoring van de specificaties van de transformatiemiddelen zal verlopen via Zorgverzekeraars Nederland.
30	SKION en NTS	In de tekst stond abusievelijk geschreven dat de overgebleven uitgaven aan NTS moeten worden verantwoord onder code **610.2**, dit moet zijn code **610.1.**
42	Meerkostencodes COVID-19 voor schadejaar 2023	Vanwege een recente prestatiebeschrijvingbeschikking[1] van de NZa blijven de meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06) voor schadejaar 2023 behouden. In 2023 vervallen alle meerkosten COVID-19, indirect.
42	Verantwoording continuïteitsbijdrage huisartsenzorg	In de passage onder 'Verantwoording continuïteitsbijdrage huisartsenzorg' stond onterecht omschreven dat in 2020 2,25 als meerkosten COVID-19, indirect, opgenomen wordt onder code **801.1**: dit moet zijn als meerkosten COVID-19, toeslagen, onder code **801.2**.
47, 85	Bestuursverklaring verzekerdenstanden 7 maart 2023	De bestuursverklaring verzekerdenstanden 7 maart 2023 is aan het handboek toegevoegd.
10, 75	KPV 2021 – Kosten NTS voor het schadebedrag 'Variabele kosten'	Bij kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06) tellen de kosten NTS (deel code 610) voor 100% mee voor het schadebedrag 'Variabele kosten'.
122	Record lay-out DBC-gegevens somatisch 2021	In de record lay-out van het DBC-gegevens somatisch 2021 bestand stond onterecht de variabelenaam 'evens' waar 'Schadebedrag in centen' hoort te staan.

[1] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_730231_22/1/

1 Algemeen

Het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet beschrijft de informatie die zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Zorginstituut vraagt voor het uitvoeren van haar wettelijke taken gegevens uit bij de zorgverzekeraars. Die gegevensuitvraag bestaat uit meerdere documenten en bevat veel informatie. Wij streven ernaar de gegevensuitvraag de komende tijd meer te bundelen in één document en beknopter te maken. In de brief hebben we hier dit jaar al een eerste stap in gezet. Ook in dit handboek hebben we al enkele eerste wijzigingen doorgevoerd, zoals een andere volgorde van de hoofdstukken (zie Leeswijzer), het verplaatsen van de bestuursverklaringen en record lay-outs naar bijlagen en het verwijderen van de formats voor de kwartaal- en jaarstaten. Deze formats kunt u – in Excel-vorm – in de loop van januari op onze website vinden.

1.1 Aan te leveren gegevens

Het Zorginstituut ontvangt de volgende informatie van verzekeraars:

- specifieke informatie in de kwartaal- en jaarstaten;
- aanvullende gegevens voor de risicoverevening.

Tabel 1 geeft weer welke informatie in 2023 over 2020, 2021, 2022 en 2023 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

Tabel 1 Aanleverkalender

Wat	**Peildatum/ verslagperiode**	**Wie[1)]**	**Aanleverdatum**
Kwartaalstaat 4e kwartaal[2)]	1e tot en met 4e kwartaal 2022 en oude jaren	Alle zorgverzekeraars 2022	27 januari 2023
Kwartaalstaat verzekerdenstanden	verzekerdenstanden januari, februari en maart 2023	Alle zorgverzekeraars 2023	7 maart 2023
Kwartaalstaat 1e kwartaal	1e kwartaal 2023 en oude jaren	Alle zorgverzekeraars 2023	28 april 2023
Jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie A en C[2)]	Verslagjaren 2022, 2021 en 2020	Alle zorgverzekeraars 2020, 2021 en/of 2022	1 mei 2023
Jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie B[2)]	Verslagjaar 2020 en 2021	Alle zorgverzekeraars 2020 en/of 2021	1 mei 2023
Verzekerde periode en Persoonskenmerken 2022 - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	Verslagjaar 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2023
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	Verslagjaar 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2023
Persoonskenmerken 2023	Peildatum 1 mei 2023	Alle zorgverzekeraars 2023	1 juni 2023
Kosten per verzekerde 2020	Verslagjaar 2020	Alle zorgverzekeraars 2020	1 mei 2023
Kosten per verzekerde 2021	Verslagjaar 2021	Alle zorgverzekeraars 2021	1 mei 2023

Farmaciegegevens 2022	Declaraties 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2023
Add-on geneesmiddelen 2021	Declaraties add-on geneesmiddelen 2021	Alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2023
DBC-gegevens somatisch 2020	Declaraties van DBC's geopend in 2020	Alle zorgverzekeraars 2020	1 juni 2023
DBC-gegevens somatisch 2021	Declaraties van DBC's geopend in 2021	Alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2023
Gegevens GGZ 2021	Declaraties GGZ 2021	Alle zorgverzekeraars 2021	1 juni 2023
Hulpmiddelengegevens 2022	Declaraties 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2023
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022	Declaraties 2022	Alle zorgverzekeraars 2022	1 juni 2023
Gegevens Wlz	Declaraties 2022	Alle Wlz-uitvoerders 2022	1 juni 2023
Kwartaalstaat 2e kwartaal[2)]	1e tot en met 2e kwartaal 2023 en oude jaren	Alle zorgverzekeraars 2023	28 juli 2023
Kwartaalstaat 3e kwartaal	1e tot en met 3e kwartaal 2023 en oude jaren	Alle zorgverzekeraars 2023	27 oktober 2023
Contractinformatie medisch specialistische zorg	Verslagjaar 2021 en 2022	Alle zorgverzekeraars 2021 en 2022	30 november 2023

1) De risicodragende zorgverzekeraar moet één opgave/bestand indienen, waarin de opgaven van eventuele volmachten zijn opgenomen. De risicodragende zorgverzekeraar moet er zorg voor dragen dat de opgenomen opgaven van de volmachten voldoen aan de voorschriften.

2) Bij de 2e en 4e kwartaalstaat en de jaarstaat levert u ook contractinformatie medische specialistische zorg per instelling aan (zie paragraaf 5.2)

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). Recent heeft de NZa een nieuw accountantsprotocol gepubliceerd: 'Het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020 i.v.m. COVID-19-kosten'.[2] Dit accountantsprotocol is een aanvulling op het reeds bestaande accountantsprotocol uit 2018 in verband met COVID-19.[3]

Aanlevering van declaratiegegevens

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

[2] https://www.nba.nl/themas/controleprotocollen/uitkomst-copro-beoordelingen/protocollen-andere-organisaties/nza/

[3] Accountantsprotocol verantwoordingen Zvw met oplevering in 2018 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

03 Verpleging en Verzorging
04 Mondzorg
05 Verloskundige zorg
06 Medisch specialistische zorg
07 Paramedische zorg
09 Ziekenvervoer
10 GGZ
11 Geriatrische rev., 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.

Voor een aantal rubrieken is de aanlevering van specifieke informatie C vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens. Voor meer informatie hierover zie hoofdstuk 5.

Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw

- Jaarstaat Zvw, specifieke informatie A, specifieke informatie B en specifieke informatie C.
  De wettelijke termijn voor het indienen van de jaarverantwoording door zorgverzekeraars is uiterlijk 1 juli t+1. De inzenddatum van de jaarstaat is 1 mei t+1.
  De inzending van de jaarstaat omvat aan Zorginstituut Nederland:
  - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
  - een ASCII bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling;
  - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring;
  - bestuursverklaring bij de specifieke informatie A
  - gewaarmerkte specifieke informatie B met controleverklaring;
  - bestuursverklaring bij de specifieke informatie B

  In november leveren de zorgverzekeraars nog 2x een ASCII-bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

- Kwartaalstaten Zvw.
  Alle zorgverzekeraars zorgen ervoor dat het Zorginstituut de volledige kwartaalstaat uiterlijk **vier** weken na afloop van het betreffende kwartaal heeft ontvangen. De verzekerdenstanden over het eerste kwartaal moeten uiterlijk op 7 maart door het Zorginstituut zijn ontvangen.
  De inzending van de kwartaalstaat omvat aan Zorginstituut Nederland:
  - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
  - een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdenstand van de maand maart;
  - een ASCII-bestand met contractinformatie medisch specialistische zorg per instelling.

Aanlevering van aanvullende gegevens risicoverevening in 2023

De inzending van de gegevens verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 (deelbestand met geverifieerd BSN), persoonskenmerken 2023, kosten per verzekerde 2020, farmaciegegevens 2022, add-on geneesmiddelen 2021, DBC-gegevens somatisch 2020, DBC-gegevens somatisch 2021, gegevens GGZ 2021, hulpmiddelengegevens 2022, fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022 en Wlz-gegevens 2022 omvat aan het Zorginstituut:

- gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand;
- assurancerapport/rapport van feitelijke bevindingen bij de bestuursverklaring.

Het deelbestand verzekerde periode en persoonskenmerken zonder (geverifieerd) BSN is een Excel-format en wordt niet gepseudonimiseerd. U geeft een bestuursverklaring en een assurancerapport af bij beide deelbestanden samen.

De inzending van de gegevens kosten per verzekerde 2021 omvat aan het Zorginstituut:

- gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand.

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 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 Wijzigingen gegevensuitvraag risicoverevening

Tabel 2 geeft een overzicht van de wijzigingen in de gegevensuitvraag voor de risicoverevening.[4] Per bestand wordt aangegeven of er wijzigingen zijn ten opzichte van het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2022.

Tabel 2 Overzicht van wijzigingen in gegevensuitvraag risicoverevening

Gegevenslevering	**Wijzigingen t.o.v. Handboek 2022**
Jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie A	• Met ingang van de jaarstaat 2022 vervalt de specificatie van de kwaliteitsgelden naar de verschillende posten van rubriek 16 Kwaliteitsgelden. • Met ingang van de jaarstaat 2022, jaarlaag 2022 vervalt in de specificatie Medisch specialistische zorg de specificatie van de kosten SKION. • De verantwoording van de continuïteitsbijdrage voor de huisartsenzorg (Code 821) daalt voor jaarlaag 2020 met 2,99 euro per verzekerde. Voor jaarlaag 2021 verrekent u dit door 2,87 euro per verzekerde op te nemen als indirecte meerkosten (Code 801.1). 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. • Ten opzichte van de jaarstaat Zvw 2021 worden de jaarlagen in de reguliere kostenverzamelstaat weer naast elkaar weergeven. De kostenverzamelstaat catastrofeschadelast is nu ondergebracht onder specifieke informatie B en betreft zowel jaarlagen 2020 als 2021 met een balanspost.
Jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie B	
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	Geen.
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	Geen.
Persoonskenmerken 2023	Geen.
Kosten per verzekerde 2020	• De definitieve opgave moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Volgens de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie omvatten 'Farmaciekosten', 'GGZ' en 'Langdurige GGZ' geen COVID-kosten. • De schadebedragen 'GGZ Directe COVID-zorg' en 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' zijn op verzoek van de zorgverzekeraars opgenomen ook al blijven deze kolommen leeg. Daarnaast is naar aanleiding van de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage de naamgeving in de record lay-out

[4] Wijzigingen in eerdere jaren kunt u vinden op de website van het Zorginstituut: Informatie wijzigingen oude jaren bij Handboek Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland

	aangepast en vervallen de toevoegingen over 'inclusief/exclusief COVID-zorg' • Bulkboekingen van kosten gemaakt door allergologen voor het vaccineren van mensen met een mogelijke allergische reactie neemt u – net als andere indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen – niet op in het kosten per verzekerde-bestand. • Indirecte meerkosten en continuïteitsbijdragen neemt u niet mee in het kosten per verzekerde-bestand. De verantwoording van de continuïteitsbijdrage in 2020 voor de huisartsenzorg en de verrekening van de indirecte meerkosten van 2021 neemt u dus niet op.
Kosten per verzekerde 2021	• Er is een extra kolom toegevoegd voor het schadebedrag 'Kraamzorg'. Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie: - Kosten van 'Kraamzorg' (rubriek 12); - Kosten van 'Integrale geboortezorg' (rubriek 05) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties: a. 1008 – 'Kraamzorg postnataal per uur'; en b. 1011 – 'Kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)'. • De opgave moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Volgens de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie omvatten 'Farmaciekosten', 'Kraamzorg', 'GGZ' en 'Langdurige GGZ' geen COVID-kosten. • De facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag), die per 2021 zijn ingevoerd, moeten onder het schadebedrag 'Toeslagen COVID' opgegeven worden. • Bulkboekingen van kosten gemaakt door allergologen voor het vaccineren van mensen met een mogelijke allergische reactie neemt u – net als andere indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen – niet op in het kosten per verzekerde-bestand. • Indirecte meerkosten en continuïteitsbijdragen neemt u niet mee in het kosten per verzekerde-bestand. De verantwoording van de continuïteitsbijdrage in 2020 voor de huisartsenzorg en de verrekening van de indirecte meerkosten van 2021 neemt u dus niet op. • Bij kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06) tellen de kosten NTS voor 100% mee voor het schadebedrag 'Variabele kosten'. • Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
Farmaciegegevens 2022	• In de farmacie gegevens levert u ook apotheekbereidingen aan. Het gaat hierbij om magistrale receptuur, doorgeleverde bereidingen en magistrale bereidingen. Waar mogelijk levert u deze records (losse bestanddelen en/of totaal) aan met het bijbehorende ZI-artikelnummer. Indien u losse bestanddelen aanlevert, neemt u elk bestanddeel in een aparte regel op. Mocht een bestanddeel geen ZI-artikelnummer kennen en bij de opgave van de totale schade, voorziet u het record van het dummy ZI-artikelnummer '000000000009'. • Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
Add-on geneesmiddelen 2021	Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
DBC-gegevens somatisch 2020	• De gegevensopgave en het aantal declaraties in dit bestand dienen gelijk te zijn aan de aanlevering in 2022 en alleen de COVID-marker wordt herzien: de COVID-marker moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Het gehele bestand wordt nu geleverd met assurancerapport waarbij de assurance ook betrekking heeft op de COVID-marker. • Aangezien u in 2022 ook al een bestand DBC-gegevens 2020 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2023 van het bestand DBC-gegevens 2020 in de bestandsnaam een hoger volgnummer hanteren.
DBC-gegevens somatisch 2021	• DBC-gegevens somatisch 2021 worden met COVID-marker aangeleverd. De COVID-marker moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. • Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

Gegevens GGZ 2021	Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
Hulpmiddelengegevens 2022	Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022	Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.
Gegevens Wlz 2022	Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

Naast de wijzigingen in de aanvullende informatie voor de uitvoering van de risicoverevening zijn er de volgende wijzigingen in de gegevensuitvraag 2023.

COVID-19-kosten
Als gevolg van de uitbraak van de COVID-19-pandemie zijn er extra kosten gedeclareerd. Dit heeft invloed op de verantwoording van de kwartaal- en jaarstaten & gegevens risicoverevening.
De verantwoording van de COVID-19-kosten voor de jaren 2020 en 2021 wijzigt niet ten opzichte van het Handboek 2022. In de kostenverzamelstaat catastrofeschadelast zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregel catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.
Ook de verantwoording van de COVID-19-kosten voor 2022 wijzigt niet ten opzichte van het Handboek 2022, oftewel in 2022 worden alle kosten onder de reguliere kostenverzamelstaat verantwoord.
Vanaf 2023 verwachten wij geen meerkostenregelingen meer, en zijn derhalve deze kostencodes gesloten.
Vooruitlopend op jaarstaat 2023 vragen we vanaf kwartaalstaat 2023 Q2 in de reguliere kostenverzamelstaat COVID-19-overloopkosten van 2020 apart uit. Deze uitvraag betreft de continuïteitsbijdrage.
Let op: Er heeft een tweede – en laatste – herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 (d.d. 27 september 2022)[5] plaatsgevonden. Hierin zijn de reguliere directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-patiënten (bijlage 1 beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021) en de toeslagen op reguliere tarieven (bijlage 2 beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021) verder aangevuld. Deze beleidsregels moeten gehanteerd worden bij het bepalen van de COVID-19-kosten.

1.3 Wijzigingen Specifieke informatie C

Met ingang van de jaarstaat 2022 komt de uitvraag van Specifieke informatie C te vervallen voor de volgende rubrieken (zie hoofdstuk 5):

- Rubriek 02 Farmaceutische zorg. De specifieke informatie C over kostencode 520, die wordt uitgevraagd bij de jaarstaat komt te vervallen.
- Rubriek 09 Ziekenvervoer. De specifieke informatie C over kostencodes 650 en 651, die wordt uitgevraagd bij de jaarstaat komt te vervallen.
- Rubriek 13 Overige kosten, kostencode 700. De specifieke informatie C over kostencode 700 is momenteel gelijk aan de informatie in de kostenverzamelstaat en komt daardoor te vervallen.

De volgende categorieën van Specifieke informatie C komen hiernaast te vervallen:

- Rubriek 01 Huisartsenzorg. De specifieke informatie C over rubriek 01, die wordt uitgevraagd bij Q4 komt te vervallen, hiermee is alle specifieke informatie C over deze rubriek vervallen.

[5] https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/besluit/2022/09/27/wijziging-beleidsregels-catastrofebijdrage-coronapandemie-2020-en-2021-2e-en-laatste-herijking

- Rubriek 13 Overige kosten, kostencode 701. Per verslagjaar 2023 is ADZ-Parkinsonzorg toegelaten tot de Zvw. Deze zal worden verantwoord onder kostencode 701. De specifieke informatie C betreffende kostencode 701 wordt aangevuld met een categorie ADZ waar momenteel enkel Parkinsonzorg onder valt. Wanneer er nieuwe ADZ prestaties aan de Zvw worden toegevoegd die niet rechtstreeks corresponderen met een enkele rubriek zullen deze hier ook aan worden toegevoegd.
- Rubriek 13, Overige kosten, kostencode 701. De categorie huidtherapie komt te vervallen, deze kosten zijn overgeheveld naar kostencode 620 fysiotherapie.

Rubriek 06 Medisch specialistische zorg
Kostencode 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg
De uitbetaling van de overgebleven reserves van SKION zullen in het jaar 2021 worden verantwoord.

Kostencode 619 extramuraal werkend medisch specialisten
Met ingang van verslagjaar 2023 hebben we de definitie van kostencode 619 aangepast om deze te verduidelijken. Hierbij geldt dat niet enkel kostencode 611 als bron kan dienen voor de extramuraal werkend medisch specialisten (EMS), maar alle kosten van de als EMS aangemerkte zorgaanbieders. Ook is een methode toegevoegd voor het identificeren van de juiste AGB-codes.
Deze is als volgt:

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 (code 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)"

Kostencode 610
Deze kostencode wordt vanaf handboek 2023 in de kostenverzamelstaat opgedeeld in twee nieuwe kostencodes:
610.1 SKION en NTS
610.2 Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten

Deze uitsplitsing wordt door de verzekeraars al gemaakt voor de specifieke informatie C MSZ.

Rubriek 07 Paramedische zorg
Kostencode 620 Fysiotherapie
Huidtherapie wordt momenteel voor het overgrote gedeelte verantwoord onder de fysiotherapie (kostencode 620). Een klein gedeelte wordt echter verantwoord onder kostencode 701 (overige geneeskundige zorg), het gaat hier om ‘epilatie bij transgenders’. Vanaf verslagjaar 2023 zal deze zorg worden overgeheveld naar kostencode 620 zodat alle huidtherapie onder dezelfde post valt.
Hiermee komt ook de categorie ‘huidtherapie’ in de specifieke informatie C van de overige kosten (kostencode 701) te vervallen.

Rubriek 10 Geneeskundige GGZ
Kostencode 662 Specialistische GGZ zonder verblijf
Kostencode 666 Kosten consulten GGZ
Ten opzichte van de vorige versie van het handboek willen we graag nadere uitleg verschaffen over de verantwoording van Spravato in de GGZ.
De korting die wordt ontvangen vanuit de prijsarrangementen bestaat uit een deel

extramurale geneesmiddelen (kostencode 520) en een deel GGZ (tot en met 2021 kostencode 662 en vanaf 2022 kostencode 666) 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 ontvangene korting bestemd voor GGZ.

Ambulante methadonverstrekking
In 2022 was de prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking" een toeslag bij een consult, en werd verantwoord onder kostencode 666. Vanaf 2023 zal "Ambulante methadonverstrekking" een overige prestatie zijn en onder kostencode 668 vallen.

Rubriek 11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
Kostencode 672 Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
De nieuwe prestaties omtrent de Wet zorg en dwang vanuit de beleidsregel 'overige geneeskundige zorg' van de NZa worden alle verantwoord onder kostencode 672. Dit betreft de medische verklaringen, beoordelingen tot in bewaringstellingen, verschijnen ter zitting (en de reistoeslag hiervan) en het verblijf bij inbewaringstelling.

Rubriek 13 Overige kosten
Kostencode 701 Overige geneeskundige zorg
Per verslagjaar 2023 is ADZ-Parkinsonzorg toegelaten tot de Zvw. De kosten van deze zorg zullen 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.

Baten Zvw
Kostencode 890.1 Opbrengsten verhaal
Welk moment moet gekozen worden als startdatum van het schadejaar?
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.

Nieuw: Transformatiemiddelen IZA
Kostencode 703 Transformatiemiddelen
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 data voor de monitoring van de specificaties van de transformatiemiddelen zal verlopen via Zorgverzekeraars Nederland.

1.4 Gebruik van gegevens

Zorgverzekeraars rapporteren via kwartaal- en jaarstaten Zvw 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. In deze paragraaf geven wij per afnemer

aan voor welke doelen de leveringen van het Zorginstituut worden gebruikt.

1. De afdeling Zorg van het Zorginstituut gebruikt verschillende onderdelen van de kwartaal- en jaarstaten voor het monitoren van de ontwikkeling van de zorglasten en pakketbeheer. Verder ontvangt het Zorginstituut zo nu en dan Wob-verzoeken met betrekking tot de ontvangsten en uitgaven in de zorg. Ook beantwoordt het Zorginstituut vragen van studenten en leerlingen uit het voortgezet onderwijs.

2. Het Ministerie van VWS gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen van het Zorginstituut voor zijn beleids- en begrotingscyclus. Het gaat om de volgende activiteiten en/of producten:

- Het monitoren en analyseren van beleid en zorguitgaven.
- Het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rekenpremie (een raming van de nominale premie die zorgverzekeraars gemiddeld in rekening brengen om kostendekkend te zijn).
- De leveringen van het Zorginstituut dienen als basis voor besluiten over de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) door de minister van VWS.
- Het opstellen en monitoren van de zogenaamde 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 Tweede Suppletoire begrotingswet.
  - De levering op basis van de 3e kwartaalstaten t gebruikt het ministerie als indicatie voor de voorjaarsbesluitvorming t+1.
  - 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** betrekt 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 3 geeft een overzicht welke partijen gebruik maken van de jaarstaat en de kwartaalstaten.

Tabel 3 Gebruik van de uitvraag conform het Handboek 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.

1.5 Procedure gegevenslevering

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. In verband hiermee zijn alle bestandsnamen van de aan te leveren bestanden voor de risicoverevening aangepast.

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

Voor vragen kunt u terecht bij verschillende mailboxen:

Voor vragen over het Handboek kunt u terecht bij: Verslagdocumenten@zinl.nl

Voor inhoudelijke vragen met betrekking tot de gegevensleveringen kwartaal- en jaarstaten kunt u terecht bij: FCinformatie@zinl.nl

Voor vragen over de risicoverevening: Risicoverevening@zinl.nl

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat informatie over diverse definities van begrippen zoals die in de kwartaal- en jaarstaten van toepassing zijn. Hoofdstuk 3 betreft informatie die in de jaarstaat met accountantsverklaring moet worden aangeleverd. Het gaat hier om detailinformatie voor de risicoverevening inclusief de kostenverzamelstaat. Hoofdstuk 4 is nieuw geïntroduceerd en bevat de informatie over de catastrofeschadelast 2020 en 2021. Hoofdstuk 5 betreft beleidsinformatie. Het gaat hier om 'specificaties van kosten en productie' van een aantal kostenrubrieken/kostencodenummers, een specificatie van soorten contracten en een specificatie regeling wanbetalers. Hoofdstuk 6 gaat in op de aanvullende informatie risicoverevening en de aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren.

Om de informatie die u zoekt makkelijk te kunnen lokaliseren, is er in Tabel 4 opgenomen met welk hoofdstuk de uit de voorgaande handboeken, de nieuwe hoofdstukken corresponderen.

Tabel 4 Indeling hoofdstukken in Handboek 2023 en voorheen

Handboek 2023	**Informatie stond voorheen in:**
H.1 Algemeen	H.1 Algemeen
H.2 Definities Kosten en Productie	H.4. Definities Kosten en Producties
H.3 Specifieke Informatie A	H.2. Specifieke Informatie A
H.4 Specifieke Informatie B	Was een onderdeel van H.2 Specifieke Informatie A: de Catastrofeverzamelstaat
H.5 Specifieke Informatie C	H.3 Specifieke Informatie C
H.6 Aanvullende informatie risicoverevening	H.5 Aanvullende informatie risicoverevening
Bijlage 1 Bestuursverklaringen	H.5 Aanvullende informatie risicoverevening
Bijlage 2 Format	Was een onderdeel van H.5 Aanvullende informatie Risicoverevening
Bijlage 3 Record lay-outs	H.5 Aanvullende informatie risicoverevening

2 Definities kosten en producties

2.1 Kostenbegrip

De te verantwoorden kosten
De zorgverzekeraar verantwoordt uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden. Dit zijn de totale lasten zoals opgenomen in de kostenverzamelstaat met de naam 'TOTAAL LASTEN' (bruto schade, definitie Zorginstituut Nederland). Deze totale lasten vallen binnen de risicoverevening. Dit brengt als vanzelf met zich mee dat coulancebetalingen, extra verstrekkingen die niet onder de verzekerde zorg vallen via collectiviteiten en kosten na uitschrijving in verband met einde verzekeringsplicht niet verantwoord mogen worden. (Inkoop)bonussen en kortingen en andere crediteringen op kosten Zvw moeten ten gunste van de betreffende kosten Zvw worden gebracht (dus in mindering op de kosten van prestaties).

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 maximumvergoeding in de aanspraak Zvw. Vanzelfsprekend betekent dit ook dat zorgverzekeraars bijbetalingen van verzekerden voor niet-gecontracteerde zorg en bijbetalingen voor tarieven boven een marktconform bedrag niet verantwoorden.

Hieronder vindt u een cijfervoorbeeld van de verantwoording van de schade:
Nota van zorgverlener: € 1.000,-
Eigen risico verzekerde: € 100,-
Bijbetalingen verzekerde: € 50,-
In de verantwoording bij TOTAAL LASTEN, bruto schaden, definitie Zorginstituut Nederland wordt een bedrag van € 950,- (€ 1.000,- -/- €50,-) opgenomen.
De (op te leggen) bijbetalingen van de verzekerde worden niet in de Zorginstituut staten verantwoord.

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, zoals hierna beschreven in paragraaf 2.2, bestaat uit de geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen en een balanspost. De verantwoording is op transactiebasis. 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.

Per kostencode dient de balanspost de beste schatting (best estimate) te weerspiegelen. Dit geldt ook voor de geraamde baten en de geraamde lasten in de afzonderlijke specificaties van onderdeel Specifieke informatie C. Bij het berekenen van de beste schatting wordt uitgegaan van geactualiseerde en betrouwbare informatie en realistische aannames. De balanspost per kostencode dient de meest actuele raming te weergeven op het op het moment van afsluiten van de betreffende kwartaal- of jaarstaat gegeven de aanleverdatum. Het is niet toegestaan dat in de jaarstaat bij de lasten inclusief balanspost wordt aangesloten op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat en de balanspost in de jaarrekening niet meer actueel is.

Contractafspraken en verrekeningen
Bij het berekenen van de best estimate houdt u rekening met de financiële consequenties van eventuele met zorgaanbieders afgesloten contracten. Hierbij hanteert u de *bottom up*-methodiek. Dit betekent dat contractafspraken en bijbehorende deelcontracten de grondslag vormen van de best estimate. Hierbij houdt u rekening met de invloed van

verzekerdenmutaties op de contractafspraken.

Zorgverzekeraars maken inkoopafspraken met zorgaanbieders waarin gewerkt wordt met contractafspraken zoals lumpsum- of plafondafspraken. Dit houdt in dat zorgaanbieders uiteindelijk alleen of maximaal 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 zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgverzekeraars dienen verrekeningen op een zodanige wijze te registreren dat alleen die kosten worden verantwoord die daadwerkelijk door de zorgverzekeraars zijn gemaakt. De verrekeningen over jaar T moeten uiterlijk in de jaarstaat T+2 verwerkt zijn, ook in de verdeling naar kostencodes en in de gevraagde specificaties. De kosten, na verrekening, moeten op een juiste wijze aan de individuele verzekerden worden toegerekend.

In verband met de verantwoordingen op verzekerdenniveau voor de Risicoverevening registreert de zorgverzekeraar de kosten van geleverde prestaties op verzekerdenniveau, ongeacht de vorm en inhoud van de gemaakte inkoopafspraken. De verrekening tussen zorgverzekeraars 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 (kostencodes, usb codes in de specificaties, individuele verzekerden en de deelbedragen) bekend zijn, rekent de zorgverzekeraar deze via een logische verdeelsleutel -waarbij de kosten zoveel mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden waarvoor de kosten gemaakt worden, waarbij de groep verzekerden zo klein mogelijk wordt gehouden- en op herleidbare kenbare wijze daar aan toe. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Ook als zorgverzekeraars prestaties volgens het representatiemodel inkopen dan moeten de kostentoerekeningen 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’.

Verdere aandachtspunten met betrekking tot contractafspraken zijn:

1) De zorgverzekeraar registreert, in verband met verantwoordingen op verzekerdenniveau (bijvoorbeeld opgave kosten per verzekerde), de kosten van geleverde prestaties Zvw op verzekerdenniveau.
2) Voor de declaraties worden de door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven gehanteerd, waarbij de tarieven op de declaraties de door de NZa vastgestelde maximumtarieven niet mogen overschrijden.
3) Kosten van prestaties worden in de verantwoordingen opgenomen inclusief de verrekening (via aanpassing van de tarieven) uit hoofde van de lumpsumfinanciering (zowel onder- als overschrijdingen), plafondafspraken (alleen bij overschrijdingen) of andere vormen van contractafspraken. De verrekening in de verantwoording sluit aan op de verrekening op verzekerdenniveau.
4) De wijze waarop de verrekeningen van lumpsum- en plafondafspraken moet worden verwerkt, geldt ook voor alle andere verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/inkoop volgens representatiemodel/ prijsarrangementen/bonus-malus regelingen).

Signalering opvallende balanspost in het format
Als in een jaar- of kwartaalstaat de verantwoording resulteert in een balanspost kleiner dan -10%, dan verschijnt er automatisch de opdracht om de opgave te controleren op plausibiliteit. Indien een waarde kleiner dan -10% de best estimate is, dan licht u dit toe bij de opmerkingen, zo niet dan dient de raming te worden aangescherpt. Deze voorwaarde geldt

voor alle balansposten in de KVS met uitzondering van kostencode 650.1 Opbrengstenverrekening regionale ambulancevervoer. Bij deze kostencode zijn grote negatieve balansposten immers aannemelijk. Deze voorwaarden gelden tevens voor MSZ-specificaties van onderdeel Specifieke informatie C. Bij de baten vraagt het Zorginstituut aanvullend om een negatieve opgave toe te lichten bij de opmerkingen.

Specifieke informatie C – best practices
In samenwerking met zorgverzekeraars heeft het Zorginstituut best practices bepaald. In het kader van specifieke informatie C toetst u hierbij de toepasbaarheid van de verdeelsleutel voor de verantwoording op codeniveau op basis van back testing. U kan hierbij onder meer toetsen hoe exact de gehanteerde verdeelsleutel was in het vorige kwartaal (Q-1) en vorig jaar (T-1). De vastgestelde leereffecten neemt u mee naar de toekomst.

2.2 Kolommen kostenverzamelstaat

2.2.1 Kolommen kwartaalstaten

Kolom 1 ks: Lasten jaar T inclusief balanspost
In de eerste kolom geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar weer. In de eerste kolom 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u:

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's.
- de **balanspost over het hele jaar**: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's **en** de meest actuele raming van de over het hele jaar nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC-zorgproducten/DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Kolom 2 ks: Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal t jaar T
In de tweede kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal jaar T' verantwoordt u:

- het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC-zorgproducten/DBC's.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost over het hele jaar.

Kolom 3 ks: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost
De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste van jaar T-1 komt.
In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Kolom 4 ks: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1
In de vierde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar T-1.

Kolom 5 ks: Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost
De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste van jaar T-2 komt. In de vijfde kolom 'Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's en de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006).
- de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Kolom 6 ks: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder
In de zesde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-2 geopende DBC's en de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006).

Het verschil tussen kolom 5 en kolom 6 betreft dus de balanspost jaar T-2 en ouder.

Cijfervoorbeeld 2e kwartaalstaat 2023

Schadejaar 2023	
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2023 m.b.t 2023	170
Balanspost	
In juli 2023 ontvangen declaraties m.b.t het eerste halfjaar 2022	20
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t het hele jaar 2023	250

Schadejaar 2022	
Ontvangen declaraties in 2022 m.b.t 2022	400
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2023 m.b.t 2022	70
Balanspost	
In juli 2023 ontvangen declaraties m.b.t 2022	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2022	25

Schadejaar 2021 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2021	350
Ontvangen declaraties in 2022 m.b.t 2021	100
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2023 m.b.t 2021	25
Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2023 m.b.t 2006 t/m 2019	3
Balanspost	
In juli 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2019	5
In juli 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2018	1
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2019	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2006 t/m 2018	2

Verantwoording in de 2e kwartaalstaat 2023

Kolom 1	440 (170+20+250)
Kolom 2	170
Kolom 3	500 (400+70+5+25)

Kolom 4	470 (400+70)
Kolom 5	491 (350+100+25+3+5+1+5+2)
Kolom 6	478 (350+100+25+3)

2.2.2 Kolommen Jaarstaat

Kolom 1 js: Lasten jaar T inclusief Balanspost
De eerste kolom geeft de totale schade jaar T weer die ten laste komt van jaar T.
In de eerste kolom 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele raming van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Kolom 2 js : Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T
In de tweede kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's.

Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.

Kolom 3 js: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost
De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste komt van jaar T-1.
In de derde kolom 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's.
- de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's **en** de meest actuele schatting van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's. Indien de zorgverzekeraar lumpsum- of plafondafspraken heeft gemaakt worden deze bedragen en de verwachte bijstelling hiervan verantwoord.

Kolom 4 js: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1
In de vierde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's.

Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost.

Kolom 5 js: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t jaar T-2 en ouder
De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste komt van jaar T-2.
In de vijfde kolom 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u:

- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1 en de in jaar T-2) ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's. Alle verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/ plafondafspraken/budgetafspraken/prijsarrangementen) moeten worden verwerkt in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties'.
- en tevens de in jaar T ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006; inclusief creditnota's).

Kolom 5 bevat geen balanspost.

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2022

Schadejaar 2022	
Ontvangen declaraties in 2022 m.b.t 2022	360
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2022	60
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2022	80

Schadejaar 2021	
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2021	400
Ontvangen declaraties in 2022 m.b.t 2021	90
Balanspost	
In het eerste kwartaal 2022 ontvangen declaraties m.b.t 2021	5
Raming nog te ontvangen declaraties m.b.t 2021	15

Schadejaar 2020 en ouder (maar niet ouder dan 2006)	
Ontvangen declaraties in 2020 m.b.t 2020	300
Ontvangen declaraties in 2021 m.b.t 2020	100
Ontvangen declaraties in 2022 m.b.t 2020	40
Ontvangen declaraties in 2022 over oude jaren (2006 t/m 2018)	10

Verantwoording in de jaarstaat 2022

Kolom 1	500 (360+60+80)
Kolom 2	360
Kolom 3	510 (400+90+5+15)
Kolom 4	490 (400+90)
Kolom 5	450 (300+100+40+10)

2.3 Kostenrubrieken en kostencodenummers

Kostenrubriek/ Kostencodenummer	**Omschrijving**	**Vervallen/ nieuw**
01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg		
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	
02 Farmaceutische zorg		
520	Kosten van farmaceutische zorg	
03 Verpleging en Verzorging		
530	Kosten van verpleging en verzorging	
04 Mondzorg		
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden	
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden	
561	Kosten van gebitsprothesen	

05 Verloskundige zorg		
580	Kosten verloskundige zorg door verloskundigen	
582	Kosten Integrale geboortezorg	nieuw in 2020
06 Medisch specialistische zorg		
545	Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie	
610	Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	vervallen in 2023
610.1	SKION en NTS	nieuw in 2023
610.2	Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten	nieuw in 2023
611	Overige zorgproducten	
612.1	Kosten Add-on - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren	nieuw in 2021
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	
07 Paramedische zorg		
620	Kosten van fysiotherapie	
621	Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar	
623	Kosten van logopedie	
624	Kosten van ergotherapie	
625	Kosten van dieetadvisering	
626	Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie	nieuw in 2020
08 Hulpmiddelenzorg		
640	Kosten van hulpmiddelenzorg	
09 Ziekenvervoer		
650	Kosten van vervoer per ambulance/helikopter	
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen	
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	
10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg		
661	Kosten van specialistische GGZ met verblijf (1 jr)	vervalt per 2022
661.1	Kosten langdurige GGZ (jaar 2 en 3 van verblijf)	vervalt per 2022
662	Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf	vervalt per 2022
665	Kosten generalistische basis GGZ	vervalt per 2022
666	Kosten consulten GGZ	nieuw in 2022
667	Kosten intramuraal verblijf GGZ	nieuw in 2022
668	Kosten overige prestaties GGZ	nieuw in 2022
11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen		
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg	
671	Kosten Eerstelijnsverblijf	
672	Kosten Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen	nieuw in 2020
12 Kraamzorg		
680	Kosten van kraamzorg	
13 Diverse Overige kosten		

700	Overige kosten	
701	Kosten van overige geneeskundige zorg	
702	Kosten van zorg Zintuiglijk gehandicapten	
703	Transformatiemiddelen IZA	nieuw in 2023

15 Grensoverschrijdende zorg

720	Kosten van grensoverschrijdende zorg - via verzekeraar
721	Kosten Grensoverschrijdende zorg - Kosten via verbindingsorgaan

16 Kwaliteitsgelden

730	Kosten van kwaliteitsgelden Baten Zvw
890.1	Opbrengsten verhaal
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

M.i.v. 2020

Bij (bijna) alle rubrieken is een code opgenomen voor de opgave van de Netto Continuïteitsbijdrage Corona: Toeslag waarmee een vergoeding kan worden gegeven voor de onderdekking van doorlopende kosten, die een direct gevolg van de virusuitbraak is, waardoor de continuïteit van de zorg kan worden geborgd. Doorlopende kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten, kosten voor vastgoed en gebouw gebonden kosten en overige vaste lasten. U verantwoordt alleen kosten welke onder de Basisverzekering Zvw vallen.

821	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
822	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Farmaceutische zorg
823	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Verpleging en verzorging
824	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Mondzorg
825	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Verloskundige zorg
826	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Medisch specialistische zorg
827	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Paramedische zorg
828	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Hulpmiddelenzorg
829	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Ziekenvervoer
830	Netto continuïteitsbijdrage Corona (m.i.v. 2019)	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
831.1	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Geriatrische revalidatiezorg
831.2	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Eerstelijnsverblijf
831.3	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Geneeskundige zorg specifieke pat.groepen
832	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Kraamzorg
833	Netto continuïteitsbijdrage Corona	Diverse overige kosten

Bij (bijna) alle rubrieken is een code opgenomen voor de opgave van de Meerkosten Corona. Er is een code voor de Meerkosten Corona, indirect en toeslagen en er zijn codes voor de Meerkosten Corona gesplitst in een code voor de Meerkosten Corona indirect en een code voor de Meerkosten toeslagen.

801	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
801.1	Meerkosten Corona, indirect	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
801.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
802	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Farmaceutische zorg
802.1	Meerkosten Corona, indirect	Farmaceutische zorg
802.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Farmaceutische zorg
803	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Verpleging en Verzorging
803.1	Meerkosten Corona, indirect	Verpleging en Verzorging
803.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Verpleging en Verzorging
804	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Mondzorg

804.1	Meerkosten Corona, indirect	Mondzorg
804.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Mondzorg
805	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Verloskundige zorg
805.1	Meerkosten Corona, indirect	Verloskundige zorg
805.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Verloskundige zorg
806	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Medisch specialistische zorg
806.1	Meerkosten Corona, indirect	Medisch specialistische zorg
806.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Medisch specialistische zorg
807	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Paramedische zorg
807.1	Meerkosten Corona, indirect	Paramedische zorg
807.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Paramedische zorg
807	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Hulpmiddelenzorg
808.1	Meerkosten Corona, indirect	Hulpmiddelenzorg
808.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Hulpmiddelenzorg
809	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Ziekenvervoer
809.1	Meerkosten Corona, indirect	Ziekenvervoer
809.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Ziekenvervoer
810	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	GGZ
810.1	Meerkosten Corona, indirect	GGZ
810.2	Meerkosten Corona, toeslagen	GGZ
811.1	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Geriatrische revalidatiezorg
811.1.1	Meerkosten Corona, indirect	Geriatrische revalidatiezorg
811.1.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Geriatrische revalidatiezorg
811.2	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Eerstelijnsverblijf
811.2.1	Meerkosten Corona, indirect	Eerstelijnsverblijf
811.2.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Eerstelijnsverblijf
811.3	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Geneesk. zorg specifieke pat.groepen
811.3.1	Meerkosten Corona, indirect	Geneesk. zorg specifieke pat.groepen
811.3.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Geneesk. zorg specifieke pat.groepen
812	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Kraamzorg
812.1	Meerkosten Corona, indirect	Kraamzorg
812.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Kraamzorg
813	Meerkosten Corona, indirect en toeslagen	Diverse overige kosten
813.1	Meerkosten Corona, indirect	Diverse overige kosten
813.2	Meerkosten Corona, toeslagen	Diverse overige kosten

01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg
Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 2.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestaties huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking, een aantal 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.

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.

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 2.1 beschreven kostenbegrip.

520 Kosten van farmaceutische zorg
- kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering.
- afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel.
- kosten van 'niet verstrekking 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, code 640 Hulpmiddelenzorg. De zogenoemde 'dure en weesgeneesmiddelen' verantwoordt u bij rubriek 06, medisch specialistische zorg, code 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

530 Kosten van Verpleging en Verzorging
- De kosten van de volgende prestaties: Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, Advies-instructie-voorlichting (AIV), Beloning op maat, Experiment bekostiging V&V (t/m 2021), Experiment regelarme instelling, 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 code 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 code 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

560.1 Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden
Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden door tandartsen volgens het Besluit zorgverzekering.
- Op röntgendiagnostiek door een algemeen practicus bestaat uitsluitend aanspraak ten behoeve van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg, artikel 2.7, lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering).
- De aanspraak op implantaten in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) geldt met ingang van 2018 alleen voor de kosten van de honoraria van het plaatsen implantaat + de afzonderlijke in rekening gebrachte kosten van het implantaat.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde (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 code 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 implantaat gedragen prothesen, inclusief mesostructuren en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten. En inclusief reparatie en rebasing.

05 Verloskundige zorg
Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 2.1 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 code 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

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

610.1 SKION en NTS
Betalingen aan de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatie Stichting.
De uitbetaling van de overgebleven reserves van SKION zullen in het jaar 2021 worden verantwoord.
Met ingang van 2021 wijzigt de bekostiging van de NTS. Een deel gaat via de VWS-begroting lopen. Een deel gaat via declaraties volgens de DBC systematiek (verantwoording bij DBC-zorgproducten). Het resterende deel gaat de NTS declareren en deze kosten verantwoordt u bij code 610.1.

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, 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 code 612.1 en 612.2. De prestatie Add-on overig verantwoordt u wel bij code 611;
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u miv 2021 bij code 612.1

'add-ons dure en weesgeneesmiddelen'.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, verantwoordt u bij code 623.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij code 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij code 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij code 510;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor optometrie en orthoptie, verantwoordt u bij code 701;
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, kosten van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij code 545;
- OZP's die door huisartsenlaboratoria gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 610. OZP's die door productiesamenwerkingsverbanden gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 611;
- 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. Behandelingen op de IC en dure en weesgeneesmiddelen. De add-ons worden door de grouper bepaald.
Code 612 is gesplitst in 612.1 'Kosten Add-on – Dure geneesmiddelen' en 612.2 'Kosten Add-on – IC'. Met ingang van 2021 worden de stollingsmiddelen toegevoegd aan 612.2 'Add-on – Dure geneesmiddelen'.

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 (code 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

620 Kosten van fysiotherapie
- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.
- 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 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, categoraal 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 code 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 Zvw én conform het in paragraaf 2.1 beschreven kostenbegrip.

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

09 Ziekenvervoer
Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 2.1 beschreven kostenbegrip.

650 Kosten van vervoer per ambulance/helikopter
- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

De kosten van helikoptervluchten via traumacentra verantwoordt u niet hier, maar bij rubriek 06 Medisch specialistische zorg.
De medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, code 612.
Bij code 650 verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.
De kosten van regionale ambulancevoorzieningen zijn 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 maximaal € 75,- per nacht en zal jaarlijks worden 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 2.1 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 code 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 ontvangene korting bestemd voor GGZ.

667 Kosten intramuraal verblijf GGZ
Nieuwe code 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.

668 Kosten Overige prestaties GGZ
Nieuwe code 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 prestatie, transitieprestatie, consult acute GGZ binnen budget en verblijfsdag D t/m H acute GGZ binnen budget.
- Vanaf 2023 valt "Ambulante methadonverstrekking" onder kostencode 668.

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 code 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 verantwoord u bij code 661. Echter, als de DBC na 365 dagen wordt afgesloten, maar de cliënt wordt nog ambulant doorbehandeld en er wordt een nieuwe DBC (zonder deelprestatie verblijf) geopend, dan verantwoordt u de kosten van die nieuwe DBC (zonder verblijf) bij code 662.
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 code 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

670 Kosten van geriatrische revalidatiezorg
- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

671 Eerstelijnsverblijf
- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

U verantwoordt hier 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 2.1 beschreven kostenbegrip.

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

13 Diverse Overige kosten

Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 2.1 beschreven kostenbegrip.
De prestaties binnen projecten in het kader van de hierna genoemde beleidsregels moeten overeenstemmen met de prestaties waarop de Zvw recht geeft.

700 Kosten van Overige kosten

- Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties/'Innovatie voor kleinschalige experimenten'. Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving.
- Kosten van het programma Stoppen met roken op basis van de beleidsregel Stoppen met Roken van de NZa. worden verantwoord bij rubriek 01, code 510.
- Kosten van de prestaties Integrale geboortezorg, m.i.v. 2017. Gaat miv 2020 naar rubriek 05, met een nieuwe code 582.
- Kosten van de prestaties Eerstelijnsverblijf worden verantwoord bij rubriek 11, met een nieuwe code 671.
- Kosten van de prestaties Gecombineerde Leefstijl Interventie, gaat miv 2020 naar rubriek 07, met een nieuwe code 626.

701 Kosten van overige geneeskundige zorg

- Bij deze code verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa, met uitzondering van de prestatie medische verklaring wet zorg en dwang.
- U verantwoordt hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610. De overige prestaties eerstelijnsdiagnostiek worden verantwoord bij code 611.
- Hier verantwoordt u ook de kosten van de hierna genoemde Zvw zorg, voor zover die is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Deze zorg is uitgesloten van prestatie- en tariefregulering, tenzij de zorg wordt geleverd door of vanwege een instelling (in de zin van de Wet toelating zorginstellingen) en/of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Het betreft: 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 vallen 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.

702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten

- Zorg i.v.m. visuele beperking.
- Zorg i.v.m. auditieve beperking.
- Zorg i.v.m. taalontwikkelingsstoornis.

Met ingang van 2020 worden de twee laatste samengevoegd tot 1 groep 'Auditief/communicatief'.

703 Transformatiemiddelen Integraal Zorgakkoord 2023 tot en met 2026
Vanaf 2022 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 data voor de monitoring van de specificaties van de transformatiemiddelen zal verlopen via Zorgverzekeraars Nederland.

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 verzekerden verantwoordt u bij de rubrieken 01 tot en met 13 en 16 en niet bij rubriek 15. In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding op basis van de polis Zvw (code 720) en naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid (code 721).
U ontvangt informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen van het CAK.

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, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde tariferingen). Dit kan alleen bij landen waarmee een tariferingovereenkomst is afgesloten. In dit geval vindt de verantwoording plaats op basis van de bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten.

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 verbindingskantoor, 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 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;

- De kosten voor 2021 en eerder die in de brieven 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 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.
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,
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 2.1 beschreven kostenbegrip.

730 Kwaliteitsgelden
Hier verantwoordt u de volgende kosten:

- Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'Regionale ondersteuning en eerstelijnszorg';
- Projectgelden GGZ. Met ingang van 2017 wijzigt de naam in “Kosten Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ”, vervalt miv 2020;
- Kosten SKMS, vervalt miv 2020;
- Kosten Patiëntenparticipatie NPCF (ook inning via ZN). Met ingang van 2017 wijzigt de

naam in "Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten", vervalt miv 2020;
- Kosten 'Projectgelden kwaliteitsbeleid eerstelijnszorg', vervalt miv 2021;
- Met ingang van 2018 kunnen hier de kosten 'stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging' verantwoord worden, Vervalt miv 2021.

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 Ziektekostenverzekeraars van DNB.

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

Zorgkosten die op grond van Art. 2.17 Besluit zorgverzekering buiten het verplicht eigen risico vallen neemt u hier niet op. Als een zorgverzekeraar in bepaalde gevallen het verplicht eigen risico van een verzekerde voor zijn eigen rekening neemt, dan moet de zorgverzekeraar de kosten hier wel verantwoorden.

In de jaarstaat 2021 en de kwartaalstaten 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.

920 Schade afhandelingskosten
Dit betreft de beheerskosten die zijn gemaakt bij de afhandeling van de schade. Bij DNB zijn de kosten van schadeafhandeling begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de balanspost Zorginstituut Nederland zijn alleen de zorgkosten opgenomen.
Deze code vervalt m.i.v. 2019

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.

3 Specifieke informatie A

3.1 Aandachtspunten

3.1.1 Aandachtspunten 2023 omtrent COVID-19

- Voor de verantwoording van de COVID-19-kosten moet de tweede en laatste herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2021 en 2021 gebruikt worden (d.d. 27 september 2022).[6]
- Afgelopen jaar waren de COVID-19-kosten in de kwartaalstaten opgenomen onder specifieke informatie A in de 'kostenverzamelstaat catastroferegeling', en in de jaarstaat als aparte kolom naast de reguliere kosten. Vanaf nu zijn de kosten ondergebracht onder specifieke informatie B (Hoofdstuk 4) en spreken we van de 'kostenverzamelstaat catastrofeschadelast'. Dit betreft de schadejaren 2020 en 2021 met een balanspost. Dit betekent dat, in tegenstelling tot de jaarstaat 2021, de reguliere kostenverzamelstaat en de COVID-19-kosten niet meer in kolommen naast elkaar weergegeven worden in de jaarstaat 2022. De verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door plafondafspraken of aanneemsommen) moeten zowel in specifieke informatie A als B verwerkt worden.
- Waar in het vorige handboek werd gesproken over corona, wordt in het handboek 2023 alleen nog gesproken van COVID-19.
- Afgelopen jaar is er afgezien van accountantsproducten op de kostenverzamelstaat en specifieke informatie A door onzekerheden omtrent COVID-19: dit jaar worden de bestanden wel weer met accountantsproduct aangeleverd.

De verantwoording van de COVID-19-kosten verschilt per schadejaar
Er zijn drie typen COVID-19-kosten, die per schadejaar verschillend landen in de jaar- en kwartaalstaten:

- 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 onder de reguliere risicoverevening.

De kosten vanwege COVID-19 worden niet alleen in de specifieke informatie B verantwoord, maar afhankelijk van het schadejaar ook onder specifieke informatie A. Tabel 5 licht uit of specifieke informatie A inclusief of exclusief COVID-19-kosten is en of de meerkosten of continuïteitsbijdrage uitgevraagd wordt.

[6] https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/besluit/2022/09/27/wijziging-beleidsregels-catastrofebijdrage-coronapandemie-2020-en-2021-2e-en-laatste-herijking

Tabel 5 COVID-19-kosten in specifieke informatie A

Schadejaar 2020
Specifieke informatie A
Reguliere kosten inclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten Meerkosten COVID-19, indirect Meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 01 en rubriek 04) Continuïteitsbijdrage

Schadejaar 2021
Specifieke informatie A
Reguliere kosten exclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten en exclusief indirecte meerkosten COVID-19 en toeslagen Continuïteitsbijdrage

Schadejaar 2022
Specifieke informatie A
Reguliere kosten inclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten Meerkosten COVID-19, indirect Meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06)

Schadejaar 2023
Specifieke informatie A
Reguliere kosten inclusief direct patiëntgebonden COVID-19-kosten Meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06)

Let op: dit betekent dat in verantwoording RVE van schadejaar 2021 het niet toegestaan is om COVID-19-kosten op te nemen, dus ook geen overloopkosten uit 2020: deze vallen allemaal in specifieke informatie B (Hoofdstuk 4).
Vanaf schadejaar 2022 worden de continuïteitsbijdragen niet meer uitgevraagd.
Vanaf schadejaar 2023 worden er geen meerkosten COVID-19, indirect meer uitgevraagd, de meerkosten COVID-19, toeslagen (rubriek 06) blijven bestaan.
De kostenrubrieken die dat schadejaar niet uitgevraagd worden, zijn dichtgezet in het format.

Toeslagen
Alleen bij de kostenrubrieken waar de toeslagen van toepassing zijn, zijn deze open gezet. Na de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 zijn er alleen nog toeslagen mogelijk bij:

- rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ (in 2020 en 2021) code 801.2;
- rubriek 04 Mondzorg (in 2020) code 804.2; en
- rubriek 06 Medisch specialistische zorg (in 2021 en 2022) code 806.2.

(Let op: voor 2021 worden de toeslagen alleen in specifieke informatie B meegenomen. Voor 2022 worden de toeslagen van rubriek 6 alleen meegenomen in specifieke informatie A, omdat specifieke informatie B niet langer van toepassing is).

Verantwoording continuïteitsbijdrage huisartsenzorg
De verantwoording van de continuïteitsbijdrage van de huisartsenzorg (het 'huisartsentientje') wordt als volgt gedaan. Voor jaarlaag 2020 daalt de continuïteitsbijdrage van de huisartsenzorg (Code 821 – specifieke informatie A) met 2,99 en neemt u 4,88 op. U neemt 2,25 als meerkosten, toeslagen (Code 801.2 – specifieke informatie A en B) op in 2020. Voor jaarlaag 2021 verrekent u dit door 2,87 euro per verzekerde op te nemen als indirecte meerkosten (Code 801.1 – specifieke informatie B).
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.

Overloopkosten 2020 in kwartaalstaat 2023
Vanaf de 2e kwartaalstaat 2023, die niet langer schadejaar 2020 bevat, worden de overloopkosten van de continuïteitsbijdrage uit 2020 zowel meegenomen in jaarlaag 2021 als apart uitgevraagd. De aparte uitvraag is op totaalniveau waarbij er onderscheid wordt

gemaakt tussen variabel en GGZ.

3.1.2 Algemene aandachtspunten
Beschrijvingen van kostenbegrippen en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer, zijn opgenomen in Hoofdstuk 2. Hier staat ook aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten
Als de waarde onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. U neemt alle bedragen op in hele euro's. Daarbij hanteert u de volgende afrondingsregel: kleiner dan 0,5 naar beneden afronden en 0,5 of groter naar boven. In de gearceerde velden kunnen geen bedragen voorkomen.

In de specifieke informatie A zijn onderverdelingen van de totale kosten Zvw opgenomen die ten laste van de risicoverevening komen, te weten de kostenverzamelstaten en de kosten per deelbijdrage. Om de splitsing te kunnen maken naar de deelbijdragen, is detailinformatie nodig over een aantal kostenrubrieken en over gegevens per instelling: dit wordt alleen in de jaarstaat uitgevraagd. Er worden specificaties gevraagd van rubriek 6 (Medisch specialistische zorg), rubriek 10 (Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg) en rubriek 15 (Grensoverschrijdende zorg).

Met ingang van de jaarstaat 2022 vervalt de specificatie van de kwaliteitsgelden naar de verschillende posten van rubriek 16 Kwaliteitsgelden.
Met ingang van de jaarstaat 2022, jaarlaag 2022 vervalt in de specificatie Medisch specialistische zorg de specificatie van de kosten SKION.

3.2 Kostenverzamelstaat
De kostenrubrieken die gebruikt worden in 2020 tot en met 2022 zijn opgenomen in paragraaf 2.3.

In de kostenverzamelstaat zijn de lasten Zvw, volgens de definitie van Zorginstituut Nederland, onderverdeeld naar kostenrubrieken en per kostenrubriek nader gespecificeerd naar kostencodenummers. Daarnaast is er een onderverdeling naar kolommen.
De kwartaalstaten bestaan uit zes kolommen. De jaarstaat bestaat uit vijf kolommen.
In de kwartaal- en jaarstaten hebben de eerste en de tweede kolom betrekking op de cumulatieve schade met betrekking tot de verslagperiode/het verslagjaar. De kolommen 3 t/m 6 hebben betrekking op lasten over (het) voorgaande schadeja(a)r(en).

In de jaarstaat verantwoordt u bij de 'totale schade jaar T-2 en ouder' de schade die ten laste komt van jaar T-2. Het betreft het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg. Alle verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door opbrengstverrekeningen/ plafondafspraken/budgetafspraken/prijsarrangementen) moeten worden verwerkt in de 'ontvangen en geaccepteerde declaraties'.

In de kwartaalstaten vragen wij in de eerste kolom naar 'Lasten jaar T inclusief balanspost'. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Uiteraard is het de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

In het jaar dat een codenummer komt te vervallen, zijn de eerste en de tweede kolom in zowel de kwartaalstaten als de jaarstaat gearceerd. In de kolommen 3 en verder kunt u nagekomen declaraties over oude schadejaren bij het betreffende codenummer

verantwoorden.

Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal extra regels opgenomen, Baten Zvw. De posten 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' en 'Opbrengsten verhaal' gebruiken Zorginstituut Nederland en VWS als beleidsinformatie.

3.3 Kosten naar deelbijdrage

In de jaar- en kwartaalstaten worden kosten naar deelbijdrage variabel, vast en GGZ gespecificeerd. De verdeling naar de deelbijdragen vindt plaats op basis van de ministeriële Regeling risicoverevening en de Beleidsregels risicoverevening van Zorginstituut Nederland zoals die voor het betreffende bijdragejaar van toepassing zijn.

In de tabel kosten naar deelbijdrage verdeelt u de totale lasten Zvw, zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar de verschillende deelbijdragen.
In de specificatie in de kwartaalstaat 'Lasten jaar T inclusief balanspost' geeft u de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar op.
In de jaarstaat specificeert u tevens het bedrag dat is opgenomen in de vijfde kolom.
De som van de gespecificeerde bedragen moet aansluiten op de totale lasten in de eerste kolom (kwartaal- en jaarstaten) en de vijfde kolom (jaarstaat) van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A.

Met betrekking tot de continuïteitsbijdrage en de COVID-19 indirecte meerkosten: deze verantwoordt u als variabele zorgkosten, met uitzondering van de continuïteitsbijdrage en meerkosten voor de GGZ. Deze kosten verantwoordt u als kosten van GGZ.

3.4 Specificaties risicoverevening in de Jaarstaat

In de jaarstaat 2022 worden specificaties gevraagd van de kostenrubrieken 06 (medisch specialistische zorg), 10 (Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg) en 15 (grensoverschrijdende zorg) ten behoeve van de risicoverevening. Deze specificaties worden gebaseerd op de Regeling risicoverevening. Meer informatie over de kostenrubrieken, en kostencodenummers staat in paragraaf 2.3. Specificaties worden gevraagd over kolom 1 en 5 (het meest recente en minste recente schadejaar uit de jaarstaat).

3.4.1 Specificaties van kostenrubriek 06 medisch specialistische zorg.
Uit rubriek 06 (medisch specialistische zorg) moeten de kosten van een aantal instellingen, codes en/of zorgproducten gespecificeerd worden.

- Voor het jaar 2020 specificeert u de volgende kosten:
  - Kosten SKION en NTS (deel van code 610 'Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg');
  - Kosten van ozp-stollingsfactoren (deel van code 611 'Overige zorgproducten') volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening. Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de twee daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).
  - Kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening (code 612.1 'Kosten add-ons dure geneesmiddelen).
    Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de twee daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).

  M.i.v. 2022 worden de kosten van SKION in het geheel toegedeeld aan het cluster 'variabele zorgkosten', deze kosten worden vanaf 2022 hier niet meer gespecificeerd
- Voor het jaar 2021 specificeert u nog wel de kosten de volgende kosten:

– De kosten van add-ons dure intramurale geneesmiddelen en de kosten van ozp-stollingsfactoren volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen in artikel 1 van de Regeling risicoverevening (code 612.1 'Kosten add-ons dure geneesmiddelen).
Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 16 lid 2).

Bij de specificatie van de dure geneesmiddelen moet de zorgverzekeraar de wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum).

3.4.2 Specificaties rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
Als gevolg van de Regeling risicoverevening specificeert u vanaf schadejaar 2021 een deel van code 662 ('Kosten van specialistische GGZ zonder verblijf') gespecificeerd. Het gaat hierbij om geneesmiddelen GGZ die uit de sluis dure geneesmiddelen komen. U specificeert hier de kosten van de geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1 van de Regeling risicoverevening).
Voor 2021 geldt: Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de drie daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3).

Vanaf 2022 vervalt code 662 en specificeert u hier een deel van de nieuw geïntroduceerde code 666 ('Kosten consulten GGZ'). U specificeert hier tevens de kosten van de geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1 van de Regeling risicoverevening).
Voor 2022 geldt: Vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden de kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 16 lid 2).

De zorgverzekeraar moet de wijzigingen van artikel 2.1. van de Regeling zorgverzekering in de gaten houden om te weten of er meer middelen uit de sluis in het pakket worden opgenomen (en voor welke behandelingen en met ingang van welke datum).
De specificatie is identiek aan de specificatie van de add-ons dure intramurale geneesmiddelen in bij kostenrubriek 06 (paragraaf 3.4.1).

3.4.3 Specificaties rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg
Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats via verzekeraar (code 720) of via verbindingsorgaan (code 721). In de specifieke informatie A wordt een uitsplitsing beide codes gevraagd. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie paragraaf 2.3. **Let hierbij op dat de grensoverschrijdende zorg vanaf 2022 per transactiejaar worden vergoed.**

U specificeert de bedragen die zijn opgenomen in de eerste kolom en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 15 die nodig zijn voor de toedeling van de kosten naar de deelbijdragen in het kader van de risicoverevening.

- 720 Kosten grensoverschrijdende zorg, via verzekeraar (inclusief tariferingen)

Dit betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw of de kosten van de tariferingen: dit zijn kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar.
U specificeert het totaal van de kosten naar
  - Variabele zorgkosten
  - Kosten van geneeskundige GGZ

- 721 Kosten grensoverschrijdende zorg via verbindingsorgaan

De kosten die lopen via het CAK betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. U specificeert de kosten naar:

- Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 20, 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.
- 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.

Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland.
U bent verplicht om de in het buitenland gemaakte kosten in de drie bovenstaande genoemde situaties te specificeren op basis van de declaraties die het CAK gedurende het jaar aan u voorlegt. De brief die u ieder kwartaal van het CAK hierover ontvangt is hierin niet leidend.
U verantwoordt uitsluitend de daadwerkelijk door u goedgekeurde declaraties, zie verder paragraaf 2.3.

3.4.4 Berekende nominale rekenpremies gedetineerden

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een gedetineerde tijdens de detentieperiode verzekerd en ingeschreven blijft, maar dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort. Dit geldt uiteraard alleen als de verzekeraar over de detentie is geïnformeerd. Omdat de verzekerde verzekerd en ingeschreven blijft, en dus ook opgenomen blijft in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken en in het persoonskenmerkenbestand, ontvangt de zorgverzekeraar voor de gedetineerde een vereveningsbijdrage (terwijl de zorgverzekeraar geen kosten heeft, want die vallen gedurende de detentieperiode onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie). Bij de bepaling van de opbrengst nominale rekenpremie (op basis van de verzekerden in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken) trekt Zorginstituut Nederland ook voor de gedetineerden de opbrengst nominale rekenpremie af van de bijdrage, terwijl de zorgverzekeraar gedurende de detentieperiode geen premie ontvangt. In de beleidsregels van het Zorginstituut is opgenomen dat het Zorginstituut de totale opbrengst nominale rekenpremie moet verminderen met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt als gederfde inkomsten voor verzekerden (gedetineerden) van 18 jaar en ouder voor wie de zorgverzekeraar geen nominale premies ontvangt. Om die reden vraagt het Zorginstituut in de jaarstaat, specifieke informatie A, het totale bedrag op van de berekende nominale rekenpremies gedurende de detentieperiodes in het betreffende jaar. De nominale rekenpremie die u voor de berekening nodig heeft is voor 2022 €1499 per jaar.

3.5 Verzekerdenstanden

In de specifieke informatie A in de kwartaalstaten zijn twee specificaties van het totale aantal verzekerden opgenomen. Een specificatie naar risicoklassen (geslacht en 20 leeftijdsklassen) en een specificatie naar wel en niet nominale premieplichtig.
De peildata voor de verzekerdenspecificaties zijn de data van premieprolongatie voor de maanden januari tot en met december. Dit betreft de stand op de datum waarop u de premie prolongeert voor die maanden. U hanteert dezelfde peildatum voor verzekerden voor wie u geen nominale premie prolongeert. In- en uitschrijvingen met terugwerkende kracht zijn hierin niet verwerkt. Bij de voorlopige en definitieve afrekening in het kader van de risicoverevening wordt wel rekening gehouden met de precieze inschrijfduur van verzekerden (dit gebeurt namelijk op basis van het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken). Bij de herrekening van de vereveningsbijdrage in het voorjaar maakt Zorginstituut Nederland gebruik van de verzekerdenstand over de maand maart zoals die is aangeleverd in de kwartaalstaat.
In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op het moment van premieprolongatie bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-

verzekeringsplichtig zijn (inclusief gedetineerden en wanbetalers). Ondanks het feit dat er geen *rechtstreeks formeel* verband is tussen het hebben van een BSN en het verzekeringsplichtig zijn, kan het in de praktijk slechts bij zeer hoge uitzondering voorkomen dat er sprake is van verzekeringsplichtigheid (ontstaat immers door ingezetenschap of verrichten van arbeid in Nederland; in beide gevallen leidt dit tot uitgifte van een BSN), en er toch geen BSN is. Wat wel zou kunnen voorkomen is dat de verzekerde al (terecht) bij u is ingeschreven maar nog niet beschikt over een BSN (bijvoorbeeld bij pasgeborenen).
De peildatum voor de leeftijdbepaling is gelijk aan de peildatum voor de desbetreffende verzekerdenstand.
In de tweede specificatie neemt u de gedetineerden en de wanbetalers op in de regel 'verzekerden met nominale premie'.

In verband met de herberekening van de ex-ante bijdrage in april worden de verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht en naar wel/niet nominale premie over de maanden januari tot en met maart niet opgevraagd in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal per 28 april, maar in een afzonderlijke kwartaalstaat verzekerden op 7 maart. De maartstand vraagt het Zorginstituut op met een bestuursverklaring, te vinden in Bijlage 1 Bestuursverklaringen.

De standen per maand zijn als volgt opgenomen in de kwartaalstaten 2023:

- KW 1: maanden januari, februari en maart (aanleverdatum 7 maart)
- KW 1: maand april (aanleverdatum 28 april)
- KW 2: maanden mei, juni en juli (aanleverdatum 28 juli)
- KW 3: maanden augustus, september en oktober (aanleverdatum 28 oktober)
- KW 4: maand november en december (aanleverdatum 28 januari)

4 Specifieke informatie B

4.1 Aandachtspunten

- Voor de verantwoording van de COVID-19-kosten moet de tweede en laatste herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021, d.d. 27 september 2022, gebruikt worden.[7]
- Net als specifieke informatie A, wordt specifieke informatie B met accountantsproduct aangeleverd. Dit wijkt af van vorig jaar, omdat toen geen accountantsproduct op de kostenverzamelstaat en specifieke informatie A is uitgevraagd door onzekerheden omtrent COVID-19.
- De verschillen tussen de gedeclareerde prestaties en de werkelijke zorgkosten voor een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld door plafondafspraken of aanneemsommen) moeten naast specifieke informatie A ook in specifieke informatie B verwerkt worden.

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.

In Hoofdstuk 3 wordt nader uitgelegd welke COVID-19-kosten we onderscheiden. Dit wordt in Tabel 6 nader uitgelicht voor specifieke informatie B.

Tabel 6 COVID-19-kosten in specifieke informatie B

Schadejaar 2020
Specifieke informatie B
Direct patiëntgebonden COVID-19-kosten
Meerkosten COVID-19, indirect Meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en 04)

Schadejaar 2021
Specifieke informatie B
Direct patiëntgebonden COVID-19-kosten
Meerkosten COVID-19, indirect Meerkosten COVID-19, toeslagen (voor rubriek 01 en 06)

Toeslagen
Net als in specifieke informatie A zijn alleen de kostenrubrieken waar de toeslagen van toepassing zijn, open gezet. Dit betreft in 2020 rubriek 01 (Huisartsenzorg en MDZ): code 801.2, rubriek 04 (Mondzorg): code 804.2 en in 2021 rubriek 01 en rubriek 06 (Medisch specialistische zorg): code 806.2.

De facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag), die per 2021 zijn ingevoerd, moeten onder de kostenrubriek 'Meerkosten COVID-19, toeslagen opgegeven worden (rubriek 06). Zie bijlage 2 van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

Verpleging en verzorging
Op basis van de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 is code 530 (Kosten van verpleging en verzorging) open gezet.

4.2 Opbouw kostenverzamelstaat catastrofeschadelast

Net als in specifieke informatie A is er een onderverdeling naar kolommen.
De kwartaalstaten en jaarstaten bestaan beide uit zes kolommen.
Kolom 1 en 2 gaan over schadejaar 2021, waarvan kolom 1 inclusief de balanspost is. Kolom 3 en 4 betreffen schadejaar 2020, waarvan kolom 3 inclusief balanspost is. Kolom 5 en 6 gaan over de totalen van 2020 en 2021, waarvan kolom 5 inclusief balanspost is.

[7] https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/besluit/2022/09/27/wijziging-beleidsregels-catastrofebijdrage-coronapandemie-2020-en-2021-2e-en-laatste-herijking

In de kwartaalstaten vragen wij in de eerste kolom naar ‘Lasten jaar T inclusief balanspost’. Dit betreft de ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m Xe kwartaal en de balanspost over het hele jaar. Uiteraard is het de bedoeling dat u de balanspost over het hele jaar elk kwartaal actualiseert.

In de kostenverzamelstaat catastrofeschadelast zijn de kostencodes opengesteld die hiervoor aangewezen zijn in de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 op basis van artikel 33 van de Zvw. Bepaalde kostencodes worden in de kostenverzamelstaat catastrofeschadelast niet uitgevraagd en zijn uit het format weggelaten.

Aan het eind van de kostenverzamelstaat catastrofeschadelast worden de totale directe kosten voor COVID-zorg en COVID-patiënten en de meerkosten COVID-19, direct en toeslagen opgeteld totale lasten.

Onderaan 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 catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.

5 Specifieke informatie C

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten
Als de waarde onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. U neemt alle bedragen op in **hele euro's**. Daarbij hanteert u de volgende afrondingsregel: kleiner dan 0,5 naar beneden afronden en 0,5 of groter naar boven. In de gearceerde velden kunnen geen bedragen voorkomen.

Specifieke Informatie C
In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die Zorginstituut Nederland gebruikt voor zijn andere wettelijke taken, te weten fondsbeheer en pakketbeheer. De producten die het Zorginstituut in dit kader uitbrengt zijn het Financieel Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds, Zorgcijfersdatabank, het pakketadvies en kwartaalrapportages aan VWS, CBS en CPB. Daarnaast worden de gegevens gebruikt als referentiemateriaal voor het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project).
De beleidsinformatie is van groot belang voor het (monitoren van) beleid en de bepaling van het Uitgaven Plafond Zorg (voorheen Budgettair Kader Zorg) en het Macroprestatiebedrag door VWS. Het is daarom belangrijk dat de informatie op detailniveau juist is en aansluit op de informatie in de specifieke informatie A. Uiteraard geldt dit door de opgave Continuïteitsbijdrage in de specifieke informatie A, niet meer op rubrieksniveau.

Onderdeel 5.1 heeft betrekking op specificaties van de kosten en aantallen van de prestaties Zvw. De totale kosten in de specificatie moeten aansluiten op de kosten per rubriek en codenummer in de kostenverzamelstaat, die is opgenomen in de specifieke informatie A (zie opmerking hierboven). De meeste specificaties zijn uitsluitend opgenomen in de jaarstaat. Enkele specificaties worden zowel in de kwartaalstaten als in de jaarstaat opgevraagd. In het handboek is dit boven de toelichting bij elke specificatie aangegeven.
De definities van het kostenbegrip, van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer zijn opgenomen in het hoofdstuk 2. Definities Kosten en productie. In paragraaf 2.1 is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

Onderdeel 5.2 gaat over de uitvraag Contractinformatie. De contractinformatie medisch specialistische zorg wordt ook per instelling opgevraagd. In onderdeel 5.3 wordt in het kader van regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

Voor een aantal rubrieken vervangt u vanaf het schadejaar 2020 de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
Het betreft de volgende rubrieken:
- 03 Verpleging en verzorging
- 04 Mondzorg
- 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Met ingang van schadejaar 2021 geldt dit ook voor:
- 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (alleen jaarstaat)
- 05 Verloskundige zorg
- 11 Geriatrische Revalidatie, Eerstelijnsverblijf en GZSP
- 12 Kraamzorg

Met ingang van Handboek 2023 geldt dit ook voor:
- 01 Huisartsenzorg specifieke informatie C bij de vierde kwartaalstaat. De tweede kwartaalstaat en jaarstaat waren reeds vervangen.
- 02 Farmaceutische zorg. De specifieke informatie C over kostencode 520, die wordt

uitgevraagd bij de jaarstaat, komt te vervallen.
06 Medisch Specialistische Zorg vanaf jaarstaat 2021, voor zover het betreft:
- kostencode 611 Overige zorgproducten
- kostencode 545 Kosten specialisten mondziekten en kaakschirurgie

(let op: dit geldt niet voor de overige delen specifieke informatie C van de MSZ).
09 Ziekenvervoer. De specifieke informatie C over kostencodes 650 en 651, die wordt uitgevraagd bij de jaarstaat, komt te vervallen.
13 Overige kosten, kostencode 700. De specifieke informatie C over kostencode 700 is momenteel gelijk aan de informatie in de kostenverzamelstaat en komt daardoor te vervallen.

U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:

Jaarstaat (rubriek 01, 03, 04, 05, 10, 11 en 12):	19 april 2023
2e kw (rubriek 01,03, 04 en 10):	25 augustus 2023
3e kw (rubriek 10):	3 november 2023
4e kw (rubriek 01, 03, 04 en 10):	26 januari 2024

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

Aanleverschema specifieke informatie C

	KW 1	KW 2	KW 3	KW 4	Jaarstaat
Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ		X		X	X
Rubriek 02 Farmaceutische zorg					X
Rubriek 03 Verpleging en Verzorging		X		X	X
Rubriek 04 Mondzorg		X		X	X
Rubriek 05 Verloskundige zorg					X
Rubriek 06 Medisch specialistische zorg		X	X	X	X
Rubriek 09 Ziekenvervoer					X
Rubriek 10 GGZ		X	X	X	X
Rubriek 11 Geriatrische rev, ELV en GZSP					X
Rubriek 12 Kraamzorg					X
Rubriek 13 Diverse overige kosten		X		X	X
Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg					X
Contractinformatie		X		X	X

5.1 Specificaties van kosten en productie

In de specificaties van kosten en productie specificeert u de kosten zoals die zijn opgenomen in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en de bij die kosten horende productieaantallen, zoals toegelicht bij de diverse specificaties. Alle gevraagde specificaties zijn verplicht.
In paragraaf 2.1. is aangegeven hoe u met (opbrengst)verrekeningen en vereffeningen moet omgaan in de kwartaal- en jaarstaten. Voor zover van toepassing moet u deze via een logische verdeelsleutel ook verwerken per codenummer en in de specificaties. De onderbouwing van de verdeelsleutel wordt adequaat vastgelegd.

De Continuïteitsbijdrage valt buiten de gevraagde specificaties.

5.1.1 01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg (MDZ)

Aanleverschema

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

Vanaf 2023: Voor Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023
2de kw: 25 augustus 2023
4e kw: 26 januari 2024

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.2 02 Farmaceutische zorg

Vanaf 2023: Voor Farmaceutische Zorg vervalt de aanlevering van specifieke informatie C voor de jaarstaat. U levert, net zoals in de voorgaande jaren, declaratiedata aan het GIP.

5.1.3 03 Verpleging en Verzorging

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Verpleging en Verzorging vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023
2e kw: 25 augustus 2023
4e kw: 26 januari 2024

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in

voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.4 04 Mondzorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Mondzorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023
2e kw: 25 augustus 2023
4e kw: 26 januari 2024

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.5 05 Verloskundige zorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Verloskundige zorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.6 06 Medisch specialistische zorg

Aanleverschema

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

545 Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen

Vanaf jaarstaat 2021: Voor kostencode 545 vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

Aanleverschema

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

610.2 Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten
U specificeert 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.

611 Overige zorgproducten
Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC zorgproducten en overige zorgproducten' van de NZa) verantwoordt u bij code 611. Zie hoofdstuk 20 definities 611.
In de eerste specificatie specificeert u de kosten van overige zorgproducten van code 611 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen), zelfstandige 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 AWBZ/Wlz-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zzp-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.

Voor de tweede specificatie vanaf 2022: u vervangt de specificatie door de aanlevering van uw declaratiegegevens. Dit waren deze specificaties die enkel in de jaarstaat gegeven werden over kosten van poliklinische bevalling zonder medische indicatie, poliklinische bevalling op medische indicatie, verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie, gezonde moeder, gezonde zuigeling MSVT en stollingsfactoren.

U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

612 Kosten van Add-ons
In deze tabel specificeert u de kosten van de add-ons dure en weesgeneesmiddelen + de bloedstollingsmiddelen en de kosten van IC naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.
Deze code vervalt miv 2019 en wordt vervangen door
code 612.1 'Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen'
code 612.2 'Kosten Add-ons – IC'.

613.1 t/m 615.1 Kosten DBC-zorgproducten naar categorie instelling
In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 613.1 en 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige zorgaanbieders. Voor meer informatie over de instellingen zie de toelichting bij 611.

5.1.7 09 Ziekenvervoer

Aanleverschema

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

Vanaf 2023: Voor de ziekenvervoer vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.8 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2020: Voor Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023
2e kw: 25 augustus 2023
3e kw: 3 november 2023
4e kw: 26 januari 2024

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.9 11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP)

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.

U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.10 12 Kraamzorg

Aanleverschema

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

Vanaf 2021: Voor de Kraamzorg vervangt u de aanlevering van specifieke informatie C door de aanlevering van uw declaratiegegevens.
U kunt deze aanlevering alleen vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens als u met Vektis de volgende uiterste data afspreekt voor de aanlevering door Vektis van uw declaratiegegevens aan ZorgTTP:
Jaarstaat: 19 april 2023

Ondanks de gemaakte afspraken tussen het Zorginstituut en Vektis, berust de leveringsplicht van de declaratiegegevens en de kwaliteit daarvan bij de zorgverzekeraars. Wanneer in voorkomend geval de declaratiegegevens niet tijdig, volledig of juist via Vektis beschikbaar komen, levert u in overleg met het Zorginstituut deze gegevens op geaggregeerd niveau aan.

5.1.11 13 Diverse Overige kosten

Aanleverschema

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

700 overige kosten
In de eerste specificatie van code 700 specificeert u de kosten naar de volgende onderdelen:
- kosten i.v.m. de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- kosten Integrale geboortezorg, miv 2017, miv 2020 naar rubriek 05;
- Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie, miv 2020 naar rubriek 07, code 626.

Deze specificatie vervalt in de kwartaalstaat, voor in de jaarstaat alleen nog de jaarstaat 2021, daarna kan deze ook vervallen.

701 Overige geneeskundige zorg
U specificeert code 701 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende onderdelen:
- kosten geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en
  kosten orthoptie
- kosten optometrie
- kosten voetzorg bij Diabetes Mellitus
- kosten koemelkallergietest (niet horend bij MDZ)
- kosten regiefunctie complexe wondzorg
- Kosten ADZ

702 Zintuiglijk gehandicapten
U specificeert code 702 (ontvangen en geaccepteerde declaraties) naar de volgende

onderdelen:
- kosten Zorg i.v.m. visuele beperking;
- kosten Zorg i.v.m. auditieve beperking;
- kosten Zorg i.v.m. taalontwikkelingsstoornis.

Met ingang van 2020 worden de kosten Zorg i.v.m. auditieve beperking en de kosten Zorg i.v.m. taalontwikkelingsstoornis samengevoegd tot Zorg i.v.m. auditieve/communicatieve beperking.

5.1.12 15 Grensoverschrijdende zorg

Aanleverschema

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

Hier vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats.
Met ingang van 2019 is de verantwoording van de kosten Grensoverschrijdende zorg' gesplitst in code 720 'kosten via verzekeraar' en code 721 'kosten via verbindingskantoor'.
De kosten die lopen via de verzekeraar betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw of de kosten van tariferingen: dit betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar. De kosten die lopen via het CAK betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid.
Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 4.3.

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 tariferingen.
    Tariferingen: bij dit onderdeel verantwoordt u ook de kosten en het aantal verzekerden als er sprake is van toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Het betreft uitsluitend de gevallen waarin de verzekerde geen gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, maar toch vergoeding plaatsvindt op grond van verordening of verdrag en volgens het in het betreffende land geldende pakket. De afhandeling van de nota vindt in dit geval door de zorgverzekeraar plaats.
- 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.

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.

5.2 Contractinformatie

Aanleverschema

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

Wijziging 2021
Bij de opgave contractinformatie geeft u de Meerkosten en de Continuïteitsbijdrage als volgt op:

Meerkosten (toeslagen en lumpsum), gecontracteerd en niet gecontracteerd
Netto Continuïteitsbijdrage Corona, gecontracteerd en niet gecontracteerd

Omdat u in de Kostenverzamelstaten de Meerkosten niet opgeeft vervalt de aansluiting tussen de opgegeven kosten in de KVS en de corresponderende kosten in de opgave contractinformatie.
Let op: Dit geldt ook voor de kwartalen 2022

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, code 702 Zintuiglijk gehandicapten.

De uitvraag van de contractinformatie is zoveel mogelijk gestandaardiseerd. De verschillen in het format tussen de Q2, Q4 en de jaarstaat weggenomen.

Frequentie van aanlevering
- In de Jaarstaat 2022 levert u een update van de jaren 2022, 2021 en 2020 op.
- In de 2e kwartaalstaat 2023 levert u een update van contractinformatie jaar 2022 op.
- In de 4e kwartaalstaat 2023 levert u contractinformatie jaar 2024 op.

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 staffelafspraak zonder maximum wordt gerapporteerd als twee deelcontracten met de plafondafspraak als deelcontract onder 'Plafondcontracten' en de staffelafspraak als deelcontract onder 'Gecontracteerd open einde'.

U heeft keuze uit de volgende contractvormen:
- Aanneemsommen: 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 aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen' die in de aanneemsomcontracten 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 verminderd. 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 specificeert u de verwachte kosten PGB apart. U geeft hier de som van de persoon gebonden budgetten op.

Contractinformatie Medisch specialistische zorg, gegevens per instelling

De wettelijke taken van de NZa en het Zorginstituut vereisen dat zij een globaal beeld krijgen van de verschillende type deelcontracten die gehanteerd worden tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Het gaat om een specificatie per AGB-instelling van de contractinformatie MSZ die het Zorginstituut opvraagt bij de zorgverzekeraars in de kwartaal- en jaarstaten. Het Zorginstituut levert deze gegevens door aan de NZa.

Deze gegevens levert u aan in een ASCII bestand.

Frequentie van aanlevering:

- In de Jaarstaat 2022 levert u een update van het jaar 2022 op.
- In de 2e kwartaalstaat 2023 levert u een update van contractinformatie jaar 2023 op.
- In de 4e kwartaalstaat 2023 levert u contractinformatie jaar 2024 op.

- 30 november 2023 levert u contractinformatie van de jaren 2022 en 2021 op.

De record lay-out volgt in deze paragraaf.

Ter toelichting het volgende:

1. UZOVI nummer
Als u de contractafspraken met zorgaanbieders op concernniveau of voor meerdere risicodragers heeft gemaakt is het mogelijk om één opgave te doen. In dat geval vermeldt u het UZOVI nummer van één van de risicodragers. Wij vragen u om in dat geval in een begeleidende e-mail te melden op welke andere UZOVI nummers de opgave ook betrekking heeft.
Ter attentie: In de kwartaal- en jaarstaten levert u de informatie wel per UZOVI nummer aan.

2. AGB code zorgaanbieder
U geeft de AGB code van de zorgaanbieder die medisch specialistische zorg op basis van de Zvw levert. Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes, dan neemt u per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens over het contract. Er kan sprake zijn van meerdere AGB codes bij één zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook van een geallieerde ZBC die ook onder het contract van een ziekenhuis valt.
De opgave heeft betrekking op alle zorgaanbieders die medisch specialistische zorg op basis van de Zvw leveren. Het betreft de zorgaanbieders van wie u de kosten verantwoordt bij rubriek 06 in de kwartaal- en jaarstaten en dus niet de zorgaanbieders van wie u de kosten elders verantwoordt, zoals de instellingen voor geriatrische revalidatie.
Ter attentie: Als een contract betrekking heeft op meerdere AGB codes en u neemt per AGB code een apart detailrecord op met dezelfde gegevens, zoals hierboven aangegeven, dan sluiten de totaalbedragen niet meer aan op de opgave in de kwartaal-/jaarstaat.

3. Contractnummer
Hier neemt u een door u zelf gedefinieerd contractnummer op, waarbij ieder contract een uniek nummer heeft. In de detailrecords van AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, neemt u hetzelfde contractnummer op. Deelcontracten (bijvoorbeeld combinaties van plafonds en openeind contracten) krijgen geen eigen nummer maar het nummer van het volledige contract.

4. De verwachte schade en afgesproken maximumomzet plafondcontracten
Evenals in de kwartaal- en jaarstaten geeft u per deelcontract uw verwachting aan. Hierbij gelden de bovenstaande definities van de kwartaal- en jaarstaten met uitzondering van lopende onderhandelingen. In plaats van de lopende onderhandelingen geeft u de schade per instelling bij de meest waarschijnlijke contractvorm op zoals u die verwacht op basis van de lopende afspraken en aanvullende inzichten. Bij de afgesproken maximumomzet plafondcontracten geeft u de maximumomzet (behorend bij het plafond) op die voor het betreffende jaar is afgesproken met de betreffende instelling.
Omdat onder deelcontracttype nacalculatie bonusmalus-regelingen vallen is een extra positie toegevoegd om debet en credit aan te geven.

5. Sluitrecord
De totaalbedragen moeten in principe aansluiten op de opgave in de kwartaalstaat, dan wel de kwartaalstaten van meerdere UZOVI's tezamen (in de kwartaalstaat vindt de opgave per UZOVI plaats). Hetzelfde geldt voor de jaarstaten. Als er verschillen zijn, dan verzoeken wij u om die toe te lichten in een begeleidende e-mail.

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND CONTRACTINFORMATIE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG PER INSTELLING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ Het betreft de verzekeraar zoals die in het betreffende jaar actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Indien de afspraken op concernniveau zijn gemaakt dan één van de UZOVI's invullen
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201503	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	AGB code zorgaanbieder	2	9	8	N		Identificerende code van de zorgaanbieder
	3	Contractnummer	10	16	7	N		De detailrecords met AGB codes die onder hetzelfde contract vallen, hebben hetzelfde contractnummer. Bovendien heeft elk contract een uniek nummer
	4	Verwachte schade aanneemsom	17	26	10	N		In hele euro's
	5	Verwachte schade plafond	27	36	10	N		In hele euro's
	6	Verwachte schade nacalculatie bij aanneemsom en plafond	37	46	10	N		In hele euro's
	7	Indicatie debet credit schade bij nacalculatie	47	47	1	AN	D	Debet
							C	Credit
	8	Verwachte schade open einde contract	48	57	10	N		In hele euro's
	9	Afgesproken maximum bedrag plafondcontract	58	67	10	N		In hele euro's
	10	Ongecontracteerde zorg	68	77	10	N		In hele euro's
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Totaal verwachte schade MSZ	15	25	11	N		De som van de bedragen in rubriek 4, 5, 6 en 8 en 10 van de detailrecords
	5	Totaal afgesproken maximum bedrag plafondcontract	26	36	11	N		De som van de bedragen in rubriek 9 van de detailrecords

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

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

3. Data presentatie:
   standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned)
   carriage return/line feed, waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat.

4. Bestandsnaam ZINL_VSD_UZOVI_MSZ_JJJJ_LL_IIII_V.txt.
   UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
   JJJJ: Schadejaar waar de lasten betrekking op hebben
   LL: De levering (Q2, Q4, de jaarstaat (JS) of novemberlevering (NO))
   IIII: Jaartal van het peilmoment van de levering
   V: Volgnummer; de eerste levering heeft versienummer 01. Elke volgende levering heeft een hoger versienummer.

5.3 Regeling wanbetalers

Aanleverschema

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

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

Aan te leveren gegevens
Ieder kwartaal levert u gegevens aan over de drie afgelopen maanden.
U levert gegevens aan over het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand, het aantal verstuurde twee/viermaandsbrieven, aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling en het aantal bij het CAK aangemelde wanbetalers.

Toelichting op de uitvraag

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

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

- met een interne betalingsregeling
- met een externe betalingsregeling.

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling:

- Indien een verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener en aantoont 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).

6 Aanvullende informatie risicoverevening

Hoofdstuk 6 gaat over de aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. De gegevens kunnen op verzoek van VWS ook gebruikt worden voor onderzoek ter verbetering van het risicovereveningsmodel. De gegevensaanlevering 'verzekerde periode en persoonskenmerken' (UZOVI-code, pseudo-BSN en tijdvak) kan het Zorginstituut ook gebruiken voor andere producten die voortvloeien uit de wettelijke taken van het Zorginstituut, voor zover de betreffende verzoeker van het Zorginstituut onderbouwt dat die informatie noodzakelijk is voor die andere wettelijke taak.

In Bijlage 3 Record lay-outs zijn de record lay-outs van de aan te leveren bestanden opgenomen.

6.1 Belangrijke informatie vooraf

6.1.1 COVID-19 zorg
U levert alle bestanden aan inclusief declaraties voor COVID-zorg. In de DBC-gegevens somatisch 2020 en 2021 neemt u een COVID-marker op die aangeeft of een declaratie COVID-zorg betreft. In de kosten per verzekerde-bestanden 2020 en 2021 zijn aparte variabelen voor de COVID-kosten per schadebedrag opgenomen.

6.1.2 Bestuursverklaringen, Assurancerapporten en rapport van feitelijke bevindingen
Voor het verwerken van de bestuursverklaringen is het noodzakelijk dat deze door alle zorgverzekeraars exact volgens het aangeboden format worden opgesteld.

Wij verzoeken u vriendelijk om de volgende items te vullen zoals aangegeven:

- UZOVI-nummer: XXXX
- Alle schadebedragen
  € XXX.XXX.XXX,XX
- (aantal) detailrecords : XXX.XXX
- (aantal) unieke BSN's : XXX.XXX

Vervolgens verzoeken wij u om de originele PDF naar ZIN te sturen, dus niet scannen of kopiëren.
Indien dit niet mogelijk is, verzoeken wij u de originele pdf zonder handtekening mee te sturen.

De naamgevingsconventies die u hierbij hanteert zijn:

- Voor de bestuursverklaringen:
  ZINL_NZA_RVE_<UZOVI>_<PRODUCT>_<EEJJ>_<MND>_<NR>_BV.pdf
- Voor de assurancerapporten en het rapport van feitelijke bevindingen:
  ZINL_NZA_RVE_<UZOVI>_<PRODUCT>_<EEJJ>_<MND>_<NR>_AR.pdf
- Voor de controleverklaring:
  ZINL_NZA_RVE_<UZOVI>_<PRODUCT>_<EEJJ>_<MND>_<NR>_CV.pdf

6.2 Gebruik gegevens in risicoverevening

De uitvoering van de risicoverevening kent vijf formele producten. Twee ex-ante toekenningen en drie ex-post vaststellingen. In de ex-ante producten wordt een raming gemaakt aan de hand van historische gegevens; in de ex-post producten wordt gebruik gemaakt van gerealiseerde verzekerdenaantallen. De gebruikte gegevens betreffen Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden en hun (kosten uit) zorggebruik. De gebruikte

gegevens in de ex post vaststelling worden met elke stap meer definitief. In onderstaand overzicht zijn de producten in een volgorde gepresenteerd zoals die geldt voor de vereveningscyclus voor één vereveningsjaar (t):

- De verzekerdenraming en de toekenning van de ex-ante (XA) vereveningsbijdrage over jaar t (vindt plaats voor 15 oktober jaar t-1).[8] De vastgestelde ex-ante bijdragen zijn beschikkingen in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Voorafgaand aan de vaststelling van de ex-ante bijdragen verstrekt het Zorginstituut zo snel mogelijk na Prinsjesdag de verzekerdenraming en de beleidsregels ter voorinformatie aan de zorgverzekeraars.
- De herziening van de toekenning van de ex-ante vereveningsbijdrage over jaar t (vindt plaats voor 1 april jaar t).[9] Dit wordt ook wel de lenteherberekening (LH) genoemd. Hierin worden geen nieuwe brongegevens gebruikt, maar wordt rekening gehouden met het overstapgedrag van verzekerden. De herziening van de ex-ante bijdragen is een beschikking.
- De eerste voorlopige vaststelling (VV1) van de vereveningsbijdrage over jaar t (vindt plaats voor 1 oktober jaar t+1).[10] Dit is een beschikking.
- De tweede voorlopige vaststelling (VV2) van de vereveningsbijdrage over jaar t (vindt plaats voor 1 oktober jaar t+3).[11] Dit is een beschikking.
- De definitieve vaststelling (DV) van de vereveningsbijdrage over jaar t (vindt plaats voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking.[12]

Voor deze vijf producten heeft het Zorginstituut gegevens nodig van zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, de Belastingdienst, DUO, UWV en Vektis. Welke gegevensjaren en bestandsversies het Zorginstituut voor elk van deze producten gebruikt, is voor het vereveningsjaar 2023 vastgelegd in de Beleidsregels risicoverevening 2023, d.d. 12-10-2022 (Staatscourant Nr. 27912).[13]

In Tabel 7 is voor kalenderjaar 2023 weergegeven in welke producten de geleverde bestanden worden verwerkt. Op de verticale as staan de gegevensleveringen van 2023, op de horizontale as staan de vijf wettelijke producten.

[8] Hoofdstuk 2, Beleidsregels risicoverevening Zvw 2023

[9] Artikel 3.2, Beleidsregels risicoverevening Zvw 2023

[10] Hoofdstuk 4, Beleidsregels risicoverevening Zvw 2023

[11] Hoofdstuk 5, Beleidsregels risicoverevening Zvw, 2023

[12] Hoofdstuk 6, Beleidsregels risicoverevening Zvw 2023

[13] Beleidsregels risicoverevening Zvw 2022 | Publicatie | Zorginstituut Nederland

Tabel 7 De bestandslevering van 2023 en de risicovereveningsproducten waarin verwerkt ze gebruikt worden.

	Zorgverzekeraars								UWV, BD, DUO	BD / Zorgkantoren
Bestanden 2023 / **Producten 2023**	*Verzekerde periode en persoons-kenmerken*	*Persoons-kenmerken*	*Farmacie/ Hulpmiddelen/ Fysiotherapie*	*DBC somatisch / add-on's*	*GGZ-gegevens*	*Kosten per verzekerde*	*Kosten jaarstaat*	*Verzekerden-standen 1e kwartaal*	*Gegevens aard van inkomen*	*Inkomens / Adressen / Wlz-gegevens*
Herziening XA 2023 (LH)	n.v.t.							Q1 2023	n.v.t.	n.v.t.
DV 2019	n.v.t.							n.v.t.	n.v.t.	Inkomens: 2019 en 2020
VV2 2020	n.v.t.						2020 (def) in JS 2022	n.v.t.	Peildatum 30-jun-20	Inkomens: 2019 en 2020
VV1 2022	2022	n.v.t.	n.v.t.	2021	2021	2020 (def) 2021 (vrl)	2022 (vrl) in JS 2022	n.v.t.	Peildatum 30-jun-22	Adressen: 2021 en 2022 Inkomens: 2021 en eerder
XA 2024	n.v.t.	2023	2022	2021	2021	2020 (def) 2021 (vrl)	n.v.t.	n.v.t.	Peildatum 30-jun-22	Adressen: 2021 en 2022 Inkomens: 2021 en eerder

6.3 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022

Deze gegevensvraag bestaat uit twee deelbestanden:

- Een deelbestand met alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden met een geverifieerd BSN
- Een deelbestand met alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN.

6.3.1 Gebruik van de gegevens

Bij de eerste en tweede voorlopige en de definitieve vaststelling 2022 baseert het Zorginstituut zich voor de bepaling van het aantal Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden en de verzekerde periode op de gegevens in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022 dat op 1 juni 2023 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, de vier cijfers van de postcode, adrespseudoniem en buitenlandindicatie) van de verzekerden 2022 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich in eerste instantie op het bestand Persoonskenmerken 2022 op de peildatum van 1 mei 2022 en vervolgens op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022. Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022.

6.3.2 Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2022 bij u verzekerd waren. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden. De opgave bestaat uit twee deelbestanden.

Eerste deelbestand: verzekerden Zvw met een geverifieerd BSN

In het eerste deelbestand geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden mét geverifieerd BSN, per verzekerde, de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 Postcode woonadres in het jaar 2022, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
3 Huisnummer woonadres in het jaar 2022, indien Nederlands ingezetene;
4 Huisnummertoevoeging woonadres in het jaar 2022, indien Nederlands ingezetene;
5 Geboortejaar en -maand;
6 Geslacht;
7 Identificatie buitenland in het jaar 2022;
8 Begindatum verzekering;
9 Einddatum verzekering;
10 Fractie verzekerde periode in 2022;
11 Reden uitstroom Zvw in het jaar 2022.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. Bij voorkeur is dit het adres uit de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.
In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst is het van groot belang dat u alle items met betrekking tot het woonadres (postcode, huisnummer en huisnummertoevoeging) correct invult. Daarnaast is het van belang dat u de adresgegevens van verzekerden die op hetzelfde adres wonen op exact dezelfde wijze opneemt.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)
Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items 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.

Tweede deelbestand: Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder geverifieerd BSN
In het tweede deelbestand geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN, per verzekerde, de volgende gegevens op:
1 Uniek volgnummer;
2 Postcode woonadres (uitsluitend 4 cijfers) in het jaar 2022, indien Nederlands ingezetene;
3 Geboortejaar en -maand;
4 Geslacht;
5 Begindatum verzekering;
6 Einddatum verzekering;
7 Fractie verzekerde periode in 2022;
8 Reden uitstroom Zvw in het jaar 2022;
9 Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juni 2023 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in 2022 ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Voor het eerste deelbestand vindt u een record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs en: voor het tweede deelbestand een Excel-format in Bijlage 2 Format. De toelichting van de gegevens postcode woonadres, geboortejaar en –maand, geslacht, begindatum verzekering, einddatum verzekering, fractie verzekerde periode en reden uitstroom is opgenomen in de record lay-out van het eerste deelbestand gelden ook voor het tweede deelbestand.

Toelichting
Toelichting op de gegevensopgaven Postcode woonadres, Fractie verzekerde periode en Reden uitstroom. Dit geldt voor beide deelbestanden:
- Het meest recente adres in het betreffende schadejaar dient te worden aangeleverd.
- Bij de bepaling van de fractie moet rekening worden gehouden met schrikkeljaren, zodat fracties optellen tot 1.
- Er mogen meerdere uitstroomredenen worden geregistreerd. Per verzekerde periode kan de bijbehorende uitstroomreden worden meegegeven.

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

De verzekeraars moet zich zo goed mogelijk inspannen om de verzekeringsplicht vast te stellen om het aantal verzekerden zonder BSN te minimaliseren. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN wél te accepteren. Als er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan moet u de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN over het vereveningsjaar t, aanleverdatum 1 juni t+1.

Die verzekerden betrekt het Zorginstituut alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend gebaseerd is op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio (indien woonachtig in Nederland).

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

Opname in het bestand is uitsluitend mogelijk nadat de verzekeringsplicht voor de betreffende verzekerde is vastgesteld. Aangezien er geen (geverifieerd) BSN is, vraagt dit extra inspanning van de zorgverzekeraar. Ook de actualiteit van de verzekeringsplicht is van belang. Bijvoorbeeld: een verzekerde die in Nederland werkt en/of woont en gedurende een jaar ingeschreven staat, maar nog steeds geen (geverifieerd) BSN heeft; is er nog wel recht op inschrijving en zo ja, waarom is er nog steeds geen geverifieerd BSN?
Daarnaast moeten de zorgverzekeraars zich extra inspannen om ervoor te zorgen dat de juiste en bij die persoon horende gegevens worden verzameld en geregistreerd en actueel zijn. Dit is ook van belang bij de verificatie, als er wel een BSN is. Uit informatie van de Belastingdienst is gebleken dat de verificatie veelvuldig mislukt omdat de door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens niet volledig en/of niet juist zijn. Als de verificatie mislukt, dient u tijdig na te gaan of de aangeleverde gegevens juist en volledig waren.
Van de verzekerden die u in het bestand opneemt moeten alle gevraagde gegevens zijn vermeld en moet de motivatie voldoende zijn.
De zorgverzekeraars doen er goed aan om

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

Het is niet toegestaan om in dit bestand pasgeborenen in Nederland op te nemen. De periode na afloop van het verzekeringsjaar tot de aanleverdatum van het bestand over dat jaar is ruim genoeg.

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zal er in vrijwel alle gevallen sprake zijn van 'buitenlandsituaties' 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 die genoemd worden bij SVB[14];
  - 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.

[14] Overzicht verdragslanden | Internationale Detachering | SVB

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

Een model van de bestuursverklaring bij beide deelbestanden tezamen is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen.

6.3.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Geen.

6.4 Persoonskenmerken 2023

6.4.1 Gebruik van de gegevens
Het Zorginstituut gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2023 onder andere voor de verzekerdenraming 2024. Voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, de vier cijfers van de postcode, adrespseudoniem en de identificatie buitenland van de verzekerden 2023 mét een BSN baseert het Zorginstituut zich op het persoonskenmerkenbestand op peildatum 1 mei 2023. Indien een Zvw-verzekerde in 2023 ontbreekt in het PER, dan worden voornoemde kenmerken gebaseerd op het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023 dat op 1 juni 2024 moet worden aangeleverd. Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het Zorginstituut zich uitsluitend op het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, zoals gegeven als onderdeel van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2023 dat op 1 juni 2024 moet worden aangeleverd.

Het Zorginstituut gebruikt in eerste instantie de adrespseudoniemen over het betreffende jaar uit de bestanden van de Belastingdienst (gebaseerd op de volledige postcode, huisnummer en de huisnummertoevoeging). Als het adrespseudoniem van een verzekerde in het bestand van de Belastingdienst ontbreekt, wijkt het Zorginstituut uit naar het persoonskenmerkenbestand (PER) over het betreffende jaar en als ook daarin dit gegeven ontbreekt naar het bestand verzekerde periode en persoonskenmerken (VPPER) over het betreffende jaar.

6.4.2 Op te leveren gegevens
In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die op de peildatum 1 mei 2023 bij u zijn ingeschreven. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden. In dit bestand kunnen uitsluitend verzekerden mét een geverifieerd BSN worden opgenomen.

Voor alle genoemde verzekerden geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 Postcode woonadres op peildatum 1 mei 2023, indien Nederlands ingezetene (volledig, cijfers en 2 letters);
3 Huisnummer woonadres op peildatum 1 mei 2023, indien Nederlands ingezetene;
4 Huisnummertoevoeging woonadres op peildatum 1 mei 2023, indien Nederlands ingezetene;
5 Geboortejaar en -maand;
6 Geslacht;
7 Identificatie buitenland op peildatum 1 mei 2023.

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de

record lay-out in Bijlage 2 Format.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)
U geeft het meest recente adres op van Nederlands ingezetenen. Bij voorkeur is dit het adres in de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.
In verband met de vorming van de adressleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst, is het van groot belang dat u alle items met betrekking tot het woonadres (postcode, huisnummer en huisnummertoevoeging correct invult. Daarnaast is het van belang dat u de adresgegevens van verzekerden die op hetzelfde adres wonen op exact dezelfde wijze opneemt.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)
Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2), dan neemt u bij de items 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

6.4.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Geen.

6.5 Kosten per verzekerde

6.5.1 Gebruik van de gegevens
Voor diverse vereveningscriteria vraagt het Zorginstituut bestanden op met kosten per verzekerde. In 2023 vraagt het Zorginstituut het definitieve bestand over 2020 en het voorlopige bestand over 2021 met op zijn minst alle declaraties die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen. Dit laatste bestand levert u aan met alleen een bestuursverklaring.

6.5.2 Op te leveren gegevens
De uitvraag van kosten per verzekerde heeft betrekking op de kosten per verzekerde toegedeeld naar de verschillende deelbijdragen. Voor de kostendefinities per deelbijdrage 2020 en 2021, zie het nacalculatieschema 2020/2021 op onze website.[15][16]

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden, voor wie een of meer declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:
1 Geverifieerd BSN;
2 Schadebedrag 'Variabele kosten' (exclusief COVID-zorg);
3 Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ en COVID-zorg);
4 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging' (exclusief COVID-zorg);
5 Schadebedrag 'Langdurige GGZ' (exclusief COVID-zorg);
6 Schadebedrag 'Farmaciekosten';
7 Schadebedrag 'Kraamzorg'[17];
8 Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg';
9 Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg';
10 Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg';
11 Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg';
12 Schadebedrag 'Toeslagen COVID'.

[15] Nacalculatieschema 2020 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland
[16] Nacalculatieschema 2021 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland
[17] Alleen voor kosten per verzekerde-bestand 2021 van toepassing

Schadedefinities
Hieronder worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw 2020 en 2021.

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 en de kosten NTS wordt toegedeeld aan de variabele kosten. *Vanaf 2021 tellen de kosten NTS voor 100% mee als variabele kosten* (deel code 610). De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
6 Kosten van 'paramedische zorg' (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
7 Kosten van 'hulpmiddelen' (rubriek 08);
8 Kosten van 'ziekenvervoer' (rubriek 09);
9 Kosten van 'geriatrische 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 code 720);
13 100% van 'kosten buitenland via het CAK' (rubriek 15, code 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 code 720).

Voor het schadebedrag 'Verpleging en verzorging' geldt de volgende definitie:
1 Kosten van 'verpleging en verzorging' (rubriek 03), exclusief de kosten van experimenten regelarme instelling;
2 100% van kosten van 'verpleging en verzorging', gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15, deel code 720).

Voor het schadebedrag 'Langdurige GGZ' geldt de volgende definitie:
1 Kosten van 'langdurige GGZ' (rubriek 10, code 661.1)

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

Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie:
1 *Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12, code 680);*
2 *Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel code 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:*
- *a 1008 – 'kraamzorg postnataal per uur'; en*
- *b 1011 – 'kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)'.*[18]

Omgang kosten omtrent COVID-19
De hierboven genoemde kosten betreffen de reguliere kosten, exclusief kosten gerelateerd aan COVID-zorg. Voor elk schadebedrag, met uitzondering van de schadebedragen

[18] Alleen voor kosten per verzekerde-bestand 2021 van toepassing

'Farmaciekosten' en '*Kraamzorg'*[19], wordt 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:

- Directe patiëntgebonden COVID-kosten

Dit zijn directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten. Deze kosten zijn bepaald met de declaratiecodes en de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage 1 in de beleidsregels van de catastroferegeling. 27 september 2022 heeft de tweede en laatste herijking plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot de finale beleidsregels die moeten worden toegepast.[20] Voor elk deelbedrag is een extra COVID-kolom toegevoegd. Voor het deelbedrag variabele kosten wordt bijvoorbeeld naast de standaard kolom 'Variabele kosten' – welke de variabele kosten zonder COVID-kosten representeert - een extra kolom 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' toegevoegd.
Na de herijking is bekend geworden dat binnen de 'GGZ' en de 'langdurige GGZ' geen COVID-gerelateerde kosten voor kunnen 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 1).

- Toeslagen

Dit zijn toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-pandemie. Dit betreft de volgende rubrieken, rubriek 01: code 801 en rubriek 04, code 804 en *rubriek 06, code 806*[21]. Deze kosten worden berekend met de declaratiecodes voor toeslagen die zijn opgenomen in bijlage 2 in de beleidsregels van de catastroferegeling. 27 september 2022 heeft de tweede en laatste herijking plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot de finale beleidsregels die moeten worden toegepast. Grootste aanpassing hierbij is dat de facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag COVID-19 IC-dag en toeslag COVID-19 verpleegdag), die per 2021 zijn ingevoerd, onder de toeslagen opgegeven moeten worden.

Opname van toeslagen in het kosten per verzekerde-bestand vanaf 2020 en het voorlopige kosten per verzekerde-bestand vanaf 2021 is als volgt: er is één extra kolom toegevoegd met 'Toeslagen COVID' (zie optisch voorbeeld in Tabel 8).

Tabel 8 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	€12
2	€10.000	€1.000	€5.000	€0	€2.000	€1.000	€0	€500	€0	€12
3	€500	€0	€0	€0	€100	€0	€0	€0	€0	€25

- Indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen

Indirecte meerkosten COVID zijn kosten die een zorgaanbieder maakt en die niet toe te rekenen zijn aan individuele patiënten. De indirecte meerkosten COVID vallen onder de beleidsregels van de catastrofebijdrage. Het gaat om kosten zoals het werken met extra beschermingsmateriaal, het inzetten van extra personeel waarvan de kosten niet in het integrale tarief van de prestatie zijn opgenomen en kosten gemaakt door allergologen voor het

[19] Alleen voor kosten per verzekerde-bestand 2021 van toepassing

[20] 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.

[21] Alleen voor kosten per verzekerde-bestand 2021 van toepassing

vaccineren van mensen met een mogelijke allergische reactie.
Continuïteitsbijdragen betreffen bulkbetalingen die voortkomen uit onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor niet-geleverde zorg. De continuïteitsbijdragen Zvw vallen onder de reguliere risicoverevening.

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 2020 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 worden 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 met transactiejaar 2020/2021. 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.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het kosten per verzekerde-bestand worden opgenomen.

Kosten per verzekerde 2020
In de opgave over 2020 betrekt u uitsluitend de tot en met 31 december 2022 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de in 2020 verleende hulp en de in 2020 geopende DBC's. Kosten die niet op verzekerdenniveau 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 plafondafspraken) 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" consistent toegepast te worden en de correctie op verzekerdenniveau moet aansluiten op de verantwoording in de Jaarstaat.[22]

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 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.

In Bijlage 3 Record lay-outs is een record lay-out met een toelichting van dit bestand opgenomen.

[22] Accountantsprotocol verantwoordingen Zvw met oplevering in 2018 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl); https://www.nba.nl/themas/controleprotocollen/uitkomst-copro-beoordelingen/protocollen-andere-organisaties/nza/

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen.

Wijzigingen opgave 2020 ten opzichte van vorig jaar
- Aangezien u in 2022 ook al een bestand kosten per verzekerde over 2020 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2023 van het bestand kosten per verzekerde over 2020 in de bestandsnaam een hoger volgnummer hanteren.
- In de definitieve opgave 2020 moet u de verschillen verwerken tussen de gedeclareerde prestaties en de correcties van bulkbetalingen of bulkontvangsten via een logische verdeelsleutel. Dit geldt niet voor de indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen. De correcties moeten verwerkt worden in de reguliere kosten, directe COVID-kosten en toeslagen COVID.
- De definitieve opgave moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Volgens de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie omvatten 'Farmaciekosten', 'GGZ' en 'Langdurige GGZ' geen COVID-kosten.
- De schadebedragen 'GGZ Directe COVID-zorg' en 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' zijn op verzoek van de zorgverzekeraars opgenomen ook al blijven deze kolommen leeg. Daarnaast is naar aanleiding van de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage de naamgeving in de record lay-out aangepast en vervallen de toevoegingen over 'inclusief/exclusief COVID-zorg'
- Bulkboekingen van kosten gemaakt door allergologen voor het vaccineren van mensen met een mogelijke allergische reactie neemt u – net als andere indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen – niet op in het kosten per verzekerde-bestand.
- Indirecte meerkosten en continuïteitsbijdragen neemt u niet mee in het kosten per verzekerde-bestand. De verantwoording van de continuïteitsbijdrage in 2020 voor de huisartsenzorg en de verrekening van de indirecte meerkosten van 2021 neemt u dus niet op.

Kosten per verzekerde 2021
In de opgave over 2021 betrekt u op zijn minst alle die tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de in 2021 verleende hulp en de in 2021 geopende DBC's.
U neemt in dit voorlopige bestand nog geen verrekeningen op vanwege afspraken over lumpsum, plafond, et cetera.

In Bijlage 3 Record lay-outs is een record lay-out met een toelichting van dit bestand opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen.

6.5.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
- Er is een extra kolom toegevoegd voor het schadebedrag 'Kraamzorg'. Deze wordt gevuld met kosten kraamzorg en kosten integrale geboortezorg (die samenhangen met kraamzorg).
- De opgave moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022.
- De facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag), die per 2021 zijn ingevoerd, moeten onder de toeslagen opgegeven worden.
- Bulkboekingen van kosten gemaakt door allergologen voor het vaccineren van mensen met een mogelijke allergische reactie neemt u – net als andere indirecte meerkosten COVID en continuïteitsbijdragen – niet op in het kosten per verzekerde-bestand.
- Indirecte meerkosten en continuïteitsbijdragen neemt u niet mee in het kosten per verzekerde-bestand. De verantwoording van de continuïteitsbijdrage in 2020 voor de huisartsenzorg en de verrekening van de indirecte meerkosten van 2021 neemt u dus niet op.
- De kosten NTS worden voor 100% toegedeeld aan het schadebedrag 'Variabele kosten'.
- Minimale afsluitdatum: u neemt op zijn minst alle declaraties die tot 1 maart 2023 binnen

zijn gekomen mee in de opgeleverde declaratiebestanden.

6.6 Farmaciegegevens

6.6.1 Gebruik van de gegevens
Binnen het risicovereveningsmodel zijn de farmaciekostengroepen (FKG_C) en psychische FKG's (FKG_G) twee van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het Zorginstituut voor elke zorgverzekeraar de verzekerdenjaren per klasse.
Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde farmaciedeclaraties gekoppeld aan de FKG uitvoeringsbestanden. Het uitvoeringsbestand bevat alle ZI-artikelnummers – en bijbehorende DDD-factor – die tot indeling leiden in een specifiek product. Op basis van deze uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciedeclaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen.

De FKG uitvoeringsbestanden komen tot stand met behulp van de door Z-Index maandelijks uitgebrachte G-Standaard. Het auteursrecht voor het gebruik van de G-Standaard berust bij Z-Index. De uitvoeringsbestanden mogen daarom alleen worden gebruikt als de zorgverzekeraar beschikt over een licentieovereenkomst met Z-Index voor het gebruik van de G-Standaard. In het algemeen zal dat het geval zijn in verband met de geautomatiseerde afhandeling van declaraties van apotheekhoudenden. Het is **niet** toegestaan de FKG uitvoeringsbestanden door te leveren aan derden.

6.6.2 Op te leveren gegevens
In de farmaciegegevens 2022 betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van geneesmiddelen die zijn afgeleverd in 2022 in het kader van de Zvw Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.
Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden (aan wie in 2022 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 Geboortejaar en -maand;
3 Geslacht;
4 Datum van aflevering;
5 Prestatiecode (ZI-artikelnummer)[23];
6 Afleveringseenheid;
7 Hoeveelheid afgeleverd middel;
8 Indicatie debet/credit;
9 Schadebedrag in centen

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.
In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

[23] 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 (losse bestanddelen en/of totaal) aan met het bijbehorende ZI-artikelnummer. Indien u losse bestanddelen aanlevert, neemt u elk bestanddeel in een aparte regel op. Mocht een bestanddeel geen ZI-artikelnummer kennen en bij de opgave van de totale schade, voorziet u het record van het dummy ZI-artikelnummer '000000000009'

Er kunnen uitsluitend farmaciegegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

6.6.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

- 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 (losse bestanddelen en/of totaal) aan met het bijbehorende ZI-artikelnummer. Indien u losse bestanddelen aanlevert, neemt u elk bestanddeel in een aparte regel op. Mocht een bestanddeel geen ZI-artikelnummer kennen en bij de opgave van de totale schade, voorziet u het record van het dummy ZI-artikelnummer '000000000009'.
- Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.7 Add-on geneesmiddelen 2021

6.7.1 Gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereveningsmodel zijn de farmaciekostengroepen (FKG's) één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het Zorginstituut voor elke zorgverzekeraar per FKG de verzekerdenjaren.
Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG wordt gerekend, worden de aangeleverde add-on declaraties gekoppeld aan zogenoemde FKG DDD-uitvoeringsbestanden. Een uitvoeringsbestand bevat alle ZI-artikelnummers – en bijbehorende DDD-factor – die tot indeling leiden in een specifiek product. Op basis van deze DDD-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de add-on declaraties en het aantal verzekerden per FKG bij benadering berekenen.
De FKG DDD-uitvoeringsbestanden komen tot stand met behulp van de door Z-Index maandelijks uitgebrachte G-Standaard. Het auteursrecht voor het gebruik van de G-Standaard berust bij Z-Index. De DDD-uitvoeringsbestanden mogen daarom alleen worden gebruikt als de zorgverzekeraar beschikt over een licentieovereenkomst met Z-Index voor het gebruik van de G-Standaard. In het algemeen zal dat het geval zijn in verband met de geautomatiseerde afhandeling van declaraties van apotheekhoudenden. Het is niet toegestaan de FKG DDD-uitvoeringsbestanden door te leveren aan derden.

6.7.2 Op te leveren gegevens

In het bestand betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van 'Overige zorgproducten – add-on geneesmiddelen' die zijn afgeleverd in 2021 in het kader van de Zvw. Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor nog te ontvangen declaraties.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden aan wie in 2021 een 'Overig zorgproducten – add-on geneesmiddelen' is afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u per add-on geneesmiddel de volgende gegevens op:

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

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.

In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

6.7.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.8 Gegevensvraag DBC-gegevens somatisch 2020 en 2021

6.8.1 Gebruik van de gegevens
Binnen het risicovereveningsmodel vormen de diagnosekostengroepen (DKG_C's) één van de verdeelcriteria. De DBC-declaraties voor medische specialistische zorg vormen de basis voor de vaststelling van deze DKG_C's. Met behulp van deze informatie en het DKG_C referentiebestand bepaalt het Zorginstituut de indeling van verzekerden naar DKG-klassen. Op basis van de DKG-uitvoeringsbestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de DBC-declaraties en het aantal verzekerden per DKG_C bij benadering berekenen.

6.8.2 Op te leveren gegevens
In kalenderjaar 2023 levert u de DBC-gegevens somatisch 2020 en DBC-gegevens somatisch 2021 aan. De DBC-gegevens somatisch 2020 heeft u in kalenderjaar 2022 ook al aangeleverd.

DBC-gegevens somatisch 2020
In 2023 levert u het DBC-gegevens somatisch over 2020 opnieuw aan, ditmaal voorzien van assurance, waarbij de assurance ook betrekking heeft op de COVID-marker. De gegevensopgave en het aantal declaraties in dit bestand dienen gelijk te zijn aan de aanlevering in 2022 en alleen de COVID-marker wordt herzien. De COVID-marker wordt bepaald op basis van de rekenregels van de direct patiëntgebonden COVID-kosten zoals opgenomen in de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 (d.d. 27 september 2022). De COVID-marker staat in een aparte kolom en wordt gecodeerd als 0= geen COVID en 1= COVID.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden voor wie in 2020 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen en geaccepteerd geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:
1 Geverifieerd BSN;
2 (Poort) Specialismecode;
3 Zorgproductcode;
4 Declaratiecode DBC;
5 Diagnosecode;
6 Maand van opening subtraject;
7 AGB code instelling;
8 Indicatie debet/credit;
9 Schadebedrag in centen;
10 COVID-marker.

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.
In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

Er kunnen uitsluitend DBC-gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

DBC-gegevens somatisch 2021
In de DBC-gegevens somatisch 2021 neemt u – net als voor gegevensjaar 2020 – en COVID-marker op. Deze uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2021 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief GGZ, inclusief GRZ) conform de Zvw 2021. De declaraties van overige zorgproducten neemt u in de opgave niet mee. Uitsluitend het moment van opening van het subtraject is bepalend voor de opgave. In het bestand betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties die zijn afgeleverd in 2021 in het kader van de Zvw. Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties. Let bij het bepalen van de COVID-marker op de herijking van de beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 (d.d. 27 september 2022). De COVID-marker staat in een aparte kolom en wordt gecodeerd als 0 = geen COVID en 1 = COVID.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden voor wie in 2021 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 (Poort) Specialismecode;
3 Zorgproductcode;
4 Declaratiecode DBC;
5 Diagnosecode;
6 Maand van opening subtraject;
7 AGB code instelling;
8 Indicatie debet/credit;
9 Schadebedrag in centen;
10 COVID-marker.

6.8.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
DBC-gegevens somatisch 2020:
- De gegevensopgave en het aantal declaraties in dit bestand dienen gelijk te zijn aan de aanlevering in 2022 en alleen de COVID-marker wordt herzien: de COVID-marker moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Het gehele bestand wordt nu geleverd met assurancerapport waarbij de assurance ook betrekking heeft op de COVID-marker.
- Aangezien u in 2022 ook al een bestand DBC-gegevens 2020 heeft aangeleverd, moet u bij de aanlevering in 2023 van het bestand DBC-gegevens 2020 in de bestandsnaam een hoger volgnummer hanteren.

DBC-gegevens somatisch 2021
- DBC-gegevens somatisch 2021 worden met COVID-marker aangeleverd. De COVID-marker moet gebaseerd zijn op de definitieve beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 die zijn vastgesteld op 27 september 2022. Dit gehele bestand wordt aangeleverd met een assurancerapport.
- Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.9 Gegevens GGZ 2021

6.9.1 Gebruik van de gegevens
Binnen het risicovereveningsmodel vormen de diagnosekostengroepen GGZ (DKG_G één van de verdeelcriteria. De GGZ-declaraties vormen de basis voor de vaststelling van deze DKG_G. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenjaren per DKG_G-klasse, op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van de declaraties van DBC's GGZ, ZZP's en generalistische basis

GGZ.

6.9.2 Op te leveren gegevens
De gegevens GGZ 2021 heeft betrekking op:
- alle declaraties van DBC's GGZ die in 2021 zijn geopend,
- gedeclareerde deelprestaties van 24-uursverblijf,
- ZZP-declaraties en
- declaraties generalistische basis GGZ.

In het bestand betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties die zijn afgeleverd in 2021 in het kader van de Zvw. Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden, voor wie in 2021 een declaratie is ontvangen en geaccepteerd en die valt onder de definitie van dit bestand, neemt u per declaratie de volgende gegevens op – voor zover van toepassing (zie hierna):
1 Geverifieerd BSN;
2 Prestatiecode DBC;
3 Declaratiecode;
4 Maand van opening van de DBC;
5 Begindatum prestatie;
6 Einddatum prestatie;
7 Indicatie debet credit;
8 Schadebedrag in centen;

In de onderstaande toelichting en in de record lay-out wordt gespecificeerd hoe u deze gegevens invult.

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.
In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

Er kunnen uitsluitend gegevens GGZ van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

Toelichting
Het bestand GGZ-gegevens betreft uitsluitend declaraties die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2021. Declaraties van overige prestaties GGZ zoals door de NZa gedefinieerd in de 'beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' neemt u niet op.

DBC's behandeling
Per declaratie DBC-behandeling neemt u een detailrecord op. De velden 'begin prestatie' en 'einddatum prestatie' laat u leeg (d.w.z. worden volgens de technische specificaties van de record lay-out gevuld met nullen).

Deelprestaties 24-uurs verblijf
In de DBC-prestatiecode is geen aanduiding voor verblijf opgenomen. Daarom neemt u afzonderlijke detailrecords op als er bij de DBC-behandeling ook (een of meer) deelprestaties voor 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd; één detailrecord per deelprestatie. De deelprestaties 24-uursverblijf zijn de deelprestaties verblijf GGZ A t/m H én verblijf met

rechtvaardigingsgrond in de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/REG-21620-01) voor het jaar 2021 van de NZa. De deelprestaties verblijf GGZ met beveiligingsniveau 2 en 3 die per 2019 toegevoegd zijn levert u niet aan (declaratiecode 25B069 t/m 25B082)

U neemt in het detailrecord voor een deelprestatie voor 24-uurs verblijf bij de velden 'begindatum prestatie', 'einddatum prestatie' de begin- respectievelijk de einddatum op van de deelprestatie 24-uurs verblijf. De overige velden hebben dezelfde inhoud als de velden van het detailrecord voor de DBC-behandeling waar de deelprestatie bij hoort.

ZZP's
U neemt afzonderlijke detailrecords op voor de declaraties van ZZP's. Het betreft de ZZP-declaraties 3 t/m 7 GGZ-B , zowel inclusief als exclusief dagbehandeling, conform de tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (TB/REG-21620-01) voor het jaar 2021 van de NZa. Dit zijn de volgende ZZP's: 3 GGZ-B, 4 GGZ-B, 5 GGZ-B, 6 GGZ-B, 7 GGZ-B, GGZ-B verblijf met rechtvaardigingsgrond en klinische intensieve behandeling. De declaraties van ZZP toeslagen (niet strafrechtelijke forensische psychiatrie, vervoer dagbesteding en toeslag Woonzorg jongvolwassenen GGZ) neemt u niet op in het bestand. In de afzonderlijke detailrecords hebben de velden 'declaratiecode', 'begindatum prestatie', 'einddatum prestatie', 'indicatie debet credit' en 'schadebedrag in centen' betrekking op de ZZP's. De velden 'prestatiecode DBC' en 'maand van opening DBC' laat u in deze detailrecords leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out wordt het alfanumerieke veld 'prestatiecode DBC' gevuld met spaties en het numerieke veld 'maand van opening DBC' gevuld met nullen).

Generalistische Basis GGZ
U neemt afzonderlijke detailrecords op voor de declaraties generalistische Basis GGZ (GBG). Het betreft declaraties met de GBG-codes 180001 tot en met 180005, conform de tariefbeschikking generalistische basis GGZ (TB/REG-21622-01) voor het jaar 2021 van de NZa. In de afzonderlijke detailrecords hebben alleen de velden 'declaratiecode', 'maand van opening DBC', 'indicatie debet credit' en 'schadebedrag in centen' betrekking op de GBG. De velden 'prestatiecode DBC', 'begindatum prestatie' en 'einddatum prestatie' laat u in deze detailrecords leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out wordt het alfanumerieke veld 'prestatiecode DBC' gevuld met spaties en de numerieke velden 'begindatum prestatie' en 'einddatum prestatie' gevuld met nullen).

6.9.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.10 Hulpmiddelengegevens 2022

6.10.1 Gebruik van de gegevens
Zorginstituut Nederland classificeert verzekerden in hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde bestanden met hulpmiddelendeclaraties en bijbehorende GPH-codes.

6.10.2 Op te leveren gegevens
In het bestand betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van hulpmiddelen, die zijn afgeleverd in 2022 in het kader van de Zvw. Het betreft ook de declaraties van in bruikleen verstrekte hulpmiddelen en van reparaties van hulpmiddelen. Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden aan wie in 2022 hulpmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd geeft u, per hulpmiddel,

de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 Datum aflevering;
3 GPH-code;
4 Indicatie debet/credit;
5 Schadebedrag in centen.

Alle hulpmiddelen moeten met een GPH-code aangeleverd worden. Deze codes, inclusief de conversie van ZI-nummers, moeten gebaseerd zijn op de uniforme codering van Vektis. Let u daarbij op dat u de meest recente tabel van het betreffende jaar gebruikt. Als er geen uniforme GPH-code is conform de tabellen van Vektis, kan het hulpmiddel niet in de opgave meegenomen worden. Bij papieren declaraties moet de juiste toewijzing van de GPH-code geborgd zijn.

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.
In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

6.10.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.11 Fysiotherapie en oefentherapiegegevens 2022

6.11.1 Gebruik van de gegevens
Binnen het risicovereveningsmodel zijn de fysiotherapiediagnosegroepen (FDG's) één van de verdeelcriteria. De vereveningsbijdrage voor de FDG's over 2023 wordt gebaseerd op de fysiotherapie- en oefentherapiegegevens over 2022. Voor de afleiding van de FDG's wordt gebruik gemaakt van de diagnosecodes uit het Diagnose Classificatiesysteem Paramedische Hulp (DCSPH-code) en Code soort indicatie (CSI) paramedische hulp. De positieve FDG-klassen zijn gebaseerd op de clustering van diagnoses op de chronische lijst bij artikel 2.6.2. van het Besluit Zorgverzekering, en op artikel 2.6.6. van het Besluit Zorgverzekering.

6.11.2 Op te leveren gegevens
In het bestand betrekt u in ieder geval alle tot 1 maart 2023 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck en Cesar, die zijn afgeleverd in 2022 in het kader van de Zvw. Het betreft in dit bestand uitsluitend de declaraties van prestaties fysiotherapie en oefentherapie Zvw, zoals u die verantwoordt bij rubriek 07 code 620 ('Kosten Fysiotherapie') en code 621 ('Kosten Mensendieck/Cesar'), inclusief de declaraties die ten laste van het eigen risico komen. Het is niet toegestaan dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

In dit bestand neemt u de declaraties van de Overige zorgproducten fysiotherapie en oefentherapie, zoals die zijn opgenomen in de Tarieventabel DBC zorgproducten medisch specialistische zorg van de NZa, niet mee. Deze declaraties verantwoordt u in de kwartaal- en jaarstaten bij rubriek 06.
Ook neemt u declaraties die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering niet op

in het bestand.

Voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden, voor wie over 2022 een of meerdere declaraties fysiotherapie en/of oefentherapie Zvw zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u per declaratie, de volgende gegevens op:

1 Geverifieerd BSN;
2 DCSPH-code;
3 CSI-code;
4 Indicatie debet/credit;
5 Schadebedrag in centen;
6 Begindatum behandeling;
7 Einddatum behandeling.

Toelichting 'begindatum behandeling' en 'Einddatum behandeling'
Het gaat bij de opgave alleen over declaraties Zvw, dus declaraties aanvullende verzekering neemt u niet op en telt u ook niet mee voor de startdatum van de 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.

Het is ook mogelijk om in plaats een enkelvoudige behandeling een behandeltraject in de opgave op te nemen.
- Een behandeltraject is een unieke combinatie van de DCSPH en een CSI code.
- Bij een behandeltraject is de begindatum de prestatiedatum van de eerste behandeling in het kalenderjaar en de einddatum de prestatiedatum van de laatste behandeling in hetzelfde kalenderjaar.

Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven er zorg voor te dragen dat alle zorgverzekeraars een uniforme registratie van de DCSPH-code en de CSI-code hanteren.

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring.
In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen.

6.11.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

6.12 Wlz-gegevens 2022

6.12.1 Gebruik van de gegevens
Voor de kenmerkindeling in Personen per Adres-klassen wordt onder andere gebruik gemaakt van declaraties van Wlz-instellingen, aangeleverd door de zorgkantoren/Wlz-uitvoerders.

6.12.2 Op te leveren gegevens
Voor alle Wlz-verzekerden voor wie over 2022 een of meerdere declaraties ten laste van de Wlz zijn ontvangen en geaccepteerd, geeft u per declaratie, de volgende gegevens op:

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

De NZa Beleidsregels die voor 2022 relevant zijn voor de opgave van de Zorgzwaartepakketten voor cliënten met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening (ZZP-vv), psychische stoornis (ZZP-ggz-b) of handicap (ZZP-vg, ZZP-lg, ZZP-lvg, zzp-zg) die verblijven in een Wlz-instelling zijn gegeven in:
- Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 (BR/REG-22125c)
- Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021 (BR/REG-22124d) en
- Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz (BR/REG-22122a)

In het sluitrecord moet de som worden opgenomen die bestaat uit de optelling van de absolute schadebedragen in het bestand (dus zonder debet/credit denominatie). Dit getal dient ter identificatie van het bestand en staat ook in de bestuursverklaring. In de bestuursverklaring wordt tevens het saldo van alle schadebedragen in het bestand gevraagd (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

De bestuursverklaring voor dit bestand is opgenomen in Bijlage 1 Bestuursverklaringen en de record lay-out in Bijlage 3 Record lay-outs.

6.12.3 Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
Minimale afsluitdatum: op zijn minst alle declaraties meenemen die tot 1 maart 2023 binnen zijn gekomen.

Bijlage 1 Bestuursverklaringen

Bestuursverklaring bij de gegevens in de kwartaalstaat Zvw 2023 (verzenden in maart)

De verzekerdenstanden in de 1e kwartaalstaat Zvw 2023 voor de premieprolongatie voor de maand maart 2023 zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de specificaties zoals die door Zorginstituut Nederland zijn opgenomen in het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023. In het elektronische format dat aan Zorginstituut Nederland is gezonden, zijn …… Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen bij de maand maart 2023.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is opgenomen:

- hoe de verzekerdenstand voor de maand maart 2023 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen getroffen zijn om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Handtekening: .....

Naam & functie ondertekenaar: .....

Datum: ……

Deze verklaring volledig ingevuld en ondertekend toezenden in pdf aan verslagdocumenten@zinl.nl
De gegevens van de maand Maart 2023 kunnen pas door Zorginstituut Nederland verwerkt worden na aanlevering van de bestuursverklaring

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2022, 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 2022, specifieke informatie A' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de 'jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie A' zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.
De specifieke informatie A in de 'jaarstaat Zvw 2022, 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.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 2022, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd;
- Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: ..... Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2022, 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 2022, specifieke informatie B' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de 'jaarstaat Zvw 2022, specifieke informatie B' zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.
De specifieke informatie B in de 'jaarstaat Zvw 2022, 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 2022, specifieke informatie B' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd;
- Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: ..... Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met onjuistheden en onzekerheden

Bestuursverklaring bij de bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken (VPPER) 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 deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2022' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam .....
heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op ..... (datum) het deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2022' *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 2022 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2022) met UZOVI-nummer ..... (in 2022).

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 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 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 de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2022' tot stand gekomen zijn;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: ..... Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

Aanvullende informatie verzekerde periode en persoonskenmerken 2022:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken (PER) 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 'persoonskenmerken 2023' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2023 verzekerd zijn bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer ..... (in 2023) 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 2023' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 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 'persoonskenmerken 2023' 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 2023:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

Bestuursverklaring bij het bestand kosten per verzekerde 2020

*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 2020' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'langdurige GGZ', 'farmaciekosten', '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 2020 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer ..... (in 2020).

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 'Langdurige GGZ';
..... (som) schadebedragen 'Farmaciekosten';
..... (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 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.
De aangeleverde gegevens in het bestand 'kosten per verzekerde 2020' 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, 1e 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, 1e 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 2020' 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 kosten per verzekerde 2020:

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, 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 verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'langdurige GGZ', 'farmaciekosten', 'kraamzorg', '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';
..... (som) schadebedragen 'GGZ';
..... (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging';
..... (som) schadebedragen 'Langdurige GGZ';
..... (som) schadebedragen 'Farmaciekosten';
..... (som) schadebedragen 'Kraamzorg';
..... (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 aan het Zorginstituut is gestuurd.

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, 1e 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, 1e 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 de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: ..... Plaats:.....

Handtekening: .....

Aanvullende informatie kosten per verzekerde 2021:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 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 'farmaciegegevens 2022' 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 schadebedrag[24] 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 'farmaciegegevens 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 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 'farmaciegegevens 2022' 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.

[24] 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 2022:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand add-on geneesmiddelen 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 'add-on geneesmiddelen 2021' 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 schadebedrag[25] van € ..... (in euro's) 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) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

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

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 2021' 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 2021' 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.

[25] 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 2021:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 2020

*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-gegevens somatisch 2020' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

Het bestuur verklaart dat dit bestand, uitgezonderd de toegevoegde COVID-marker, exact hetzelfde is als het in 2022 aangeleverde bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020'.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van DBC-subtrajecten, geopend in 2020, met een totaal schadebedrag[26] van €..... (in euro's) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2020 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2020) met UZOVI-nummer ..... (in 2020).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:
..... (aantal) detailrecords;
..... (aantal) unieke BSN's;
..... (som) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd. In het assurancerapport zijn de COVID-marker en de exacte aansluiting met het eerder aangeleverde bestand beoordeeld.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(Hieronder licht u de fouten en onzekerheden toe, gerelateerd aan de COVID-marker)

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2020' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.
Voor bepaling van de COVID-marker 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, 1e lid, onder a 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.

[26] 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 'DBC-gegevens somatisch 2020' 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, gerelateerd aan de COVID-marker

Aanvullende informatie DBC-gegevens somatisch 2020:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

Datum afsluiting declaratieverwerking t.b.v. de aanlevering: .....
(*Let op*: dit hoort dezelfde datum te zijn als bij de aanlevering in 2022)

Bestuursverklaring bij het bestand DBC-gegevens somatisch 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 'DBC-gegevens somatisch 2021' 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 2021, met een totaal schadebedrag[27] van €..... (in euro's) 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) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2021' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.
De COVID-marker in het bestand valt ook onder het assurancerapport.

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2021' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.
Voor bepaling van de COVID-marker 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, 1e lid, onder a van de Zorginstituut beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021.[28]

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.

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

[28] https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/besluit/2022/09/27/wijziging-beleidsregels-catastrofebijdrage-coronapandemie-2020-en-2021-2e-en-laatste-herijking

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:
- hoe het bestand 'DBC-gegevens somatisch 2021' 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 DBC-gegevens somatisch 2021:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens GGZ 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 'gegevens GGZ 2021' 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 schadebedrag[29] van €.....
(in euro's) 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) absolute schadebedragen zonder debet/credit denominatie.

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

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'gegevens GGZ 2021' 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 'gegevens GGZ 2021' 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.

[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 gegevens GGZ 2021:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: ....

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

Bestuursverklaring bij het bestand hulpmiddelengegevens 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 'hulpmiddelengegevens 2022' 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 schadebedrag[30] 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 'hulpmiddelengegevens 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

<u>Toelichting fouten en onzekerheden</u>
(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 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 'hulpmiddelengegevens 2022' 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.

[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 hulpmiddelengegevens 2022:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022' 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 schadebedrag[31] 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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022' aan het Zorginstituut (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 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 'fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022' 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.

[31] 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 2022:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bestuursverklaring bij het bestand Wlz-gegevens 2022

*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 2022' 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 schadebedrag[32] van € ..... (in euro's) van alle Wlz-verzekerden die in 2022 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgkantoor 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 'Wlz-gegevens 2022' 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 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 Wlz-uitvoerder heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:
- hoe het bestand 'Wlz-gegevens 2022' 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: .....

[32] 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 Wlz-gegevens 2022:

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

Bijlage 2 Format

Verzekerde periode en persoonskenmerken 2022, 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 (EEJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw, 3=onbepaald)	Begindatum verzekering (EEJJMMDD)	Einddatum verzekering (EEJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2022	Reden uitstroom Zvw	Motivatie
Verzekerde 1									
Verzekerde 2									
Verzekerde 3									
Verzekerde 4									
Verzekerde 5									
Verzekerde 6									
Verzekerde 7									
Verzekerde 8									
Verzekerde 9									
Verzekerde 10									
Verzekerde 11									
Verzekerde 12									
Verzekerde 13									
Verzekerde 14									
Verzekerde 15									
Verzekerde 16									
Verzekerde 17									
Verzekerde 18									
Verzekerde 19									
Verzekerde 20									

Bijlage 3 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.

- Structuur gegevensvraag Verzekerde periode en persoonskenmerken met BSN 2022
- Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2023
- Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2022
- Structuur gegevensvraag DBC-gegevens somatisch 2020
- Structuur gegevensvraag DBC-gegevens somatisch 2021
- Structuur gegevensvraag Gegevens GGZ 2021
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2020
- Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2021
- Structuur gegevensvraag Hulpmiddelengegevens 2022
- Structuur gegevensvraag Add-on geneesmiddelen 2021
- Structuur gegevensvraag Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2022
- Structuur gegevensvraag Wlz-gegevens 2022

Structuur gegevensvraag Verzekerde perioden en persoonskenmerken (VPPER) verzekerden 2022 met BSN

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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 is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201202	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 2022, 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 2022, indien Nederlands ingezetene;
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1	Man
							2	Vrouw
							3	geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1	Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene
							2	Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJJMMDD	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	EEJJMMDD	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 -/- begindatum) +1)/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekapt (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van het betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
	12	Reden uitstroom Zw	65	66	2	N	1	niet uitgestroomd
							2	overleden
							3	uitstroom overig
							99	wel AV, geen Zw (Nota bene: niet relevant voor ZIN, maar sluit aan bij de aanleverspecificatie BASIC versie 0106)
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). (Uitsluitend) het meest recente adres in het betreffende schadejaar opnemen. Bij voorkeur adres Basisregistratie Personen, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, alle gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

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

Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken (PER) 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201201	versienummer deze record-layout
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode woonadres op peildatum 1 mei 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		
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1	Man
							2	Vrouw
							3	geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland **)	41	41	1	N	1	Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene
							2	Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien.

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

**) Afhankelijk van het onderzoek naar niet-ingezetenen is het mogelijk dat er een wijziging gaat komen.

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

Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	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	Geboortejaar en -maand	11	16	6	N	EEJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde.
	4	Geslacht	17	17	1	N	1	Man
							2	Vrouw
							3	geslacht onbepaald
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMMDD	Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	6	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	26	37	12	N		Conform G-standaard.
	7	Afleveringseenheid	38	39	2	AN		Conform G-standaard.
	8	Hoeveelheid afgeleverd middel	40	48	9	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	9	Indicatie debet/credit	49	49	1	AN	D	Debet
							C	Credit
	10	Schadebedrag in centen	50	57	8	N		Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zvw. Het bedrag is conform de EI-standaard in centen, zonder decimaal scheidingsteken, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het verplicht 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 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

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

Structuur gegevensvraag DBC’s somatisch geopend in 2020

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 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201204	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.
	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	Debet
							C	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.
	11	COVID-marker	53	53	1	N	0	Geen COVID
							1	Wel COVID
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

Vervolg DBC's somatisch 2020

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

Structuur gegevensvraag DBC's somatisch geopend in 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201204	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.
	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	Debet
							C	Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zw. 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	COVID-marker	53	53	1	N	0	Geen COVID
							1	Wel COVID
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

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

Structuur gegevensvraag GGZ 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC: 2021.
	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	Prestatiecode DBC	11	22	12	AN		Inclusief eventueel gemaskeerde diagnoscode. Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling) en deelprestaties 24-uurs verblijf én VMR.
	4	Declaratiecode	23	28	6	AN		Declaratiecode van DBC GGZ (behandeling), dan wel declaratiecode van deelprestatie 24-uurs verblijf én VMR, dan wel declaratiecode van ZZP én kib, dan wel declaratiecode Generalistische Basis GGZ. Als bij DBC ook een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanleveren met declaratiecode van betreffende deelprestatie.
	5	Maand van opening van DBC	29	30	2	N	MM	Uitsluitend DBC's GGZ (behandeling), deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, en Generalistische Basis GGZ.
	6	Begindatum prestatie	31	38	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib.
	7	Einddatum prestatie	39	46	8	N	EEJJMMDD	Uitsluitend deelprestaties 24-uurs verblijf en VMR, ZZP's en kib.
	8	Indicatie debet/credit	47	47	1	AN	D	Debet
							C	Credit
	9	Schadebedrag in centen	48	55	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC GGZ (behandeling), gedeclareerde kosten voor deelprestaties 24-uurs verblijf én VMR, gedeclareerde kosten voor ZZP GGZ-B én kib, gedeclareerde kosten voor Generalistische Basis GGZ, in het kader van de basisverzekering Zw. Als bij de DBC een of meer deelprestaties 24-uurs verblijf zijn gedeclareerd, dan een of meer afzonderlijke detailrecords aanleveren met gedeclareerde kosten van betreffende deelprestatie. 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 GGZ 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_GGZ_EEJJ_MND_NR.txt	UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2020

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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 2020 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2020.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2020. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2020.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201210	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 2020.
	4	Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ)	20	28	9	N		De kosten voor 'Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	5	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	29	37	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	6	Schadebedrag 'Langdurige GGZ'	38	46	9	N		De kosten voor 'Langdurige GGZ' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	7	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	47	55	9	N		De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	8	Schadebedrag 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	56	64	9	N		De kosten voor 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	9	Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	65	73	9	N		De kosten voor 'GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	10	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	74	82	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	11	Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	83	91	9	N		De kosten voor 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
	12	Schadebedrag 'Toeslagen COVID'	92	100	9	N		De kosten voor 'Toeslagen COVID' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2020.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'Variabel'	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'V&V'	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag '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 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	93	106	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.
	11	Totaal schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	107	120	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
	12	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	121	134	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.
	13	Totaal schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	135	148	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 11 van de detailrecords.
	14	Totaal schadebedrag 'Toeslagen COVID'	149	162	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords.

Vervolg Kosten per verzekerde 2020

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

Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2021

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG ZORGINSTITUUT NEDERLAND KOSTEN PER VERZEKERDE 2021 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie 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	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021. Voor DBC's (somatisch en GGZ) betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201211	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 2021.
	4	Schadebedrag 'GGZ' (exclusief kosten langdurige GGZ)	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'	29	37	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	6	Schadebedrag 'Langdurige GGZ'	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 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	65	73	9	N		De kosten voor 'Variabele kosten Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	10	Schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	74	82	9	N		De kosten voor 'GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	11	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	83	91	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	12	Schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	92	100	9	N		De kosten voor 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2021.
	13	Schadebedrag 'Toeslagen COVID'	101	109	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 'V&V'	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 'Variabele kosten Directe COVID-zorg'	107	120	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
	12	Totaal schadebedrag 'GGZ Directe COVID-zorg'	121	134	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.
	13	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging Directe COVID-zorg'	135	148	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 11 van de detailrecords.
	14	Totaal schadebedrag 'Langdurige GGZ Directe COVID-zorg'	149	162	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords.
	15	Totaal schadebedrag 'Toeslagen COVID'	163	176	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 13 van de detailrecords.

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

Structuur gegevensvraag Hulpmiddelen 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201401	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	Datum van aflevering	11	18	8	N	EEJJMMDD	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 Zw. 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	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 Hulpmiddelengegevens 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_HMD_EEJJ_MND_NR.txt	UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Structuur gegevensvraag Add-on geneesmiddelen 2021

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie 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 2021 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2021.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201504	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	ZI-artikelnummer (conform G-Standaard)	11	22	12	N		ZI-artikelnummer (bestand 131 G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'.
	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	EEJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel'.
	6	leveringseenheid (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	Debet
							C	Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	59	8	N		Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddel' in het kader van de basisverzekering Zw. 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 Add-on geneesmiddelen 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_ADDON_EEJJ_MND_NR.tx	UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Structuur gegevensvraag Fysiotherapie en oefentherapie 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	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	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 Zw.
	4	CSI-code	15	17	3	AN		Code soort indicatie. Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zw. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet/credit	18	18	1	AN	D	Debet
							C	Credit
	6	Schadebedrag in centen	19	26	8	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zw. 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	EEJJMMDD	Datum van de start van de behandeling.
	8	Einddatum behandeling	35	42	8	N	EEJJMMDD	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 Fysiotherapie en oefentherapiegegevens 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_FOT_EEJJ_MND_NR.txt	UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

Structuur gegevensvraag WLZ-gegevens 2022

Type record	#	Rubriek	Positie van	Positie t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgkantoornummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer Zorgkantoor, zie https://www.vektis.nl/uzovi-register. Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2022 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2022.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201801	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		BSN. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	15	5	AN		Prestatiecode van Wlz-declaratie.
	4	Behandelmaand/opnamemaand	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft.
	5	AGB-code instelling	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie.
	6	Indicatie debet/credit	26	26	1	AN	D	Debet
							C	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 Wlz-gegevens 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_WLZ_EEJJ_MND_NR.txt	UZOVI: het uzovi-nummer van het Zorgkantoor in bestand opgeven. EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar EEJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.