

# Gegevensuitvraag 2026

## Begrippenlijst

aanleverkalender:	overzicht van de verplichtingen van zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders om gegevens aan te moeten leveren aan het Zorginstituut;
accountantsprotocollen NZa:	het accountantsprotocol Verantwoordingen Zvw met accountantsproduct vanaf oplevering 2020, het accountantsprotocol Gegevensvraag Wlz-gegevens, vanaf oplevering 2025 en het protocol accountantsonderzoek Wlz-uitvoerders. Deze documenten van de NZa geven richtlijnen voor het door de accountant van de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor uit te voeren onderzoek naar de juistheid van de gegevens in de verantwoordingen Zvw en Wlz die met accountantsproduct moeten worden aangeleverd. Tevens geven deze protocollen aanwijzingen voor het rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag Zvw;
add-on:	een door de NZa beschreven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een DBC-zorgproduct;
BRP:	basisregistratie Personen
CAK:	Centraal Administratiekantoor;
CBS:	Centraal Bureau voor de Statistiek;
COVID-19:	de ziekte die door het virus SARS-CoV-2 veroorzaakt wordt;
COVID-19-kosten:	kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de COVID-19-pandemie;
COVID-19-pandemie	pandemie ten gevolge van het SARS-CoV-2 virus die een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw;
CPB:	Centraal Planbureau;
DBC:	diagnose behandeling combinatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Regeling zorgverzekering;
declaratiegegevens:	alle declaraties die de zorgverzekeraar van verzekerden of zorgaanbieders heeft ontvangen;
deelbedrag:	een deelbedrag als bedoeld in artikel 1, onderdeel n, van het Besluit zorgverzekering;
DNB:	De Nederlandsche Bank;
format:	schematische ordening van de aan te leveren gegevens;
formats jaar-, kwartaalstaat:	formats jaar- en kwartaalstaten als gepubliceerd op de website <a href="http://www.zorginstituutnederland.nl">www.zorginstituutnederland.nl</a> ;
gegevens:	feitelijke informatie over de aantallen en kosten van declaraties voor de Zvw en Wlz, en/of (aanvullende) informatie over de betreffende verzekerden;
het Zorginstituut:	Zorginstituut Nederland genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zvw;
IZA:	Integraal Zorgakkoord;
MDZ:	Multidisciplinaire zorg;
modelovereenkomst:	modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1 van de Zvw;
niet-ingezetene (oude definitie):	een verzekerde die conform de uitvraag via de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg 2023 (en eerder) een niet-ingezetene is;
niet-ingezetene (nieuwe definitie):	een verzekerde die niet als ingezetene ingeschreven is in de Basisregistratie Personen;
NZa:	de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd in artikel 3, eerste lid van de Wet marktordening gezondheidszorg;
overloopkosten:	kosten gemaakt t.b.v. schadejaar t waarvan de declaraties zijn

PGB:	ontvangen na 31-12 t+2;
record lay-out:	Persoonsgebonden budget, als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz; schematische voorstelling van de kosten en/of kenmerken per verzekerde Zvw en Wlz;
RVE:	risicoverevening;
schadejaar:	het jaar waarin de schade is gemaakt;
transformatiemiddelen:	middelen beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS om impactvolle transformaties in de zin van het Integraal Zorgakkoord 2022 mogelijk te maken;
verzekerdenstanden:	bestand met het aantal verzekerden per leeftijds- en geslachtklasse en het aantal verzekerden met en zonder nominale premieplichtigheid op de 1e van de maand voor de maanden januari tot en met december;
volmacht:	de bevoegdheid die een persoon verleent aan een ander om in zijn naam rechtshandelingen te verrichten;
VWS:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
Wlz:	Wet langdurige zorg;
Wlz-uitvoerder:	Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
zorgkantoor:	zorgkantoor als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
zorgverzekeraar:	zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zvw;
Vektis:	uitvoeringsorganisatie van zorgverzekeraars die onder andere informatie levert over gedeclareerde zorg;
ZPM:	Zorgprestatie model;
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland;
Zvw:	Zorgverzekeringswet.

## Inhoud

Begrippenlijst	2
Inhoud	4
Correcties in Gegevensuitvraag 2026, versie 3	5
Correcties in Gegevensuitvraag 2026, versie 2	5
1 Aan te leveren gegevens	6
1.1 Aanleverkalender	6
1.2 Leeswijzer	7
2 Bijzonderheden in de gegevensleveringen	8
3 Jaarstaat en kwartaalstaten	10
3.1 Schadejaren	11
3.2 Balansposten	13
3.3 Te verantwoorden kosten	13
3.4 Kostendefinities	15
3.5 COVID-19-kosten	22
3.6 Specifieke informatie C	22
3.7 Aanvullende enquête	25
4 Gegevens per verzekerde	26
4.1 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2025	26
4.2 Persoonskenmerken 2026	28
4.3 Kosten per verzekerde	29
4.3.1 Kosten per verzekerde 2023	29
4.3.2 Kosten per verzekerde 2024	32
4.4 Farmaciegegevens 2025	34
4.5 Add-on geneesmiddelen 2024	35
4.6 DBC's somatisch 2024	35
4.7 GGZ-gegevens 2024	35
4.8 Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025	36
4.9 Wlz-gegevens 2025	37
5 Procedure gegevenslevering	39
6 Verwerking van gegevens door het Zorginstituut	42
Bijlage A Bestuursverklaringen bestanden risicoverevening 2026	45
Bijlage B Record lay-outs bestanden risicoverevening 2026	67
Bijlage C Format Verzekerde periode en persoonskenmerken	81
Bijlage D Modelovereenkomsten	82
Bijlage E Uitvraag specifieke informatie A: detailinformatie RVE	84
Bijlage F Toelichting op de kostendefinities	86
Bijlage G Toelichting op de definities specifieke informatie C	100

### Correcties in Gegevensuitvraag 2026, versie 3

Pagina	Onderwerp	Correctie
85	Totaal berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	Er stond een onjuist bedrag genoemd als nominale rekenpremie. Het bedrag is aangepast naar de juiste nominale rekenpremie voor 2025 (€ 1.802 per jaar).

### Correcties in Gegevensuitvraag 2026, versie 2

Pagina	Onderwerp	Correctie
13	Te verantwoorden kosten	<p>De tekst met betrekking tot het uitsluitend inbrengen van kosten waarvoor de NZa een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld is verwijderd.</p> <p>De bedoeling van deze passage was toe te lichten dat alleen kosten waarvan de NZa vanuit haar toezichtrol heeft beoordeeld dat die juist/rechtmatig zijn, meegenomen dienen te worden in de risicoverevening. Daarmee sluiten wij aan bij beoordelingen van de NZa. Omdat deze passage mogelijk vragen oproept is deze verwijderd.</p>
15	Creditering zorgkosten gedetineerden	Er is verduidelijkt dat crediteringen wegens ten onrechte vergoede zorgkosten van gedetineerden verwerkt dienen te worden in de jaar- en kwartaalstaten.
51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65	Bestuursverklaringen	In de bestuursverklaringen zijn de op te geven bedragen aangepast van euro's naar centen, zodat zij beter aansluiten bij de record lay-outs.
97, 98	Geneesmiddel Spravato onder nieuwe kostencode	Spravato valt vanaf schadejaar 2026 niet langer onder kostencode 666 Kosten consulten GGZ, maar onder 668 Kosten Overige prestaties GGZ.

## 1 Aan te leveren gegevens

Voor de uitvoering van haar wettelijke taak vraagt het Zorginstituut gegevens uit bij zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere instanties. Welke gegevens het Zorginstituut wil ontvangen, het moment en de wijze waarop wordt jaarlijks vastgelegd in de Gegevensuitvraag. Hierin worden alle aan te leveren gegevens in de periode 1 februari 2026 tot en met 1 februari 2027 beschreven.

### 1.1 Aanleverkalender

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

Tabel 1 Aan te leveren gegevens

Wat	Afkorting <sup>1</sup>	Verslagperiode	Aanleverdatum	Aanleveren met <sup>2</sup>
Verzekerdenstanden	VZSTD	januari, februari en maart 2026	7 maart 2026	Bestuursverklaring
Kwartaalstaat Q1	KS1	1 <sup>e</sup> kwartaal 2026 en eerder	28 april 2026	n.v.t.
Kwartaalstaat Q2	KS2	1 <sup>e</sup> tot en met 2 <sup>e</sup> kwartaal 2026 en eerder	28 juli 2026	n.v.t.
Kwartaalstaat Q3	KS3	1 <sup>e</sup> tot en met 3 <sup>e</sup> kwartaal 2026 en eerder	28 oktober 2026	n.v.t.
Kwartaalstaat Q4	KS4	1 <sup>e</sup> tot en met 4 <sup>e</sup> kwartaal 2026 en eerder	28 januari 2027	n.v.t.
Jaarstaat Zvw, specifieke informatie A	JS	2023 en eerder, 2024 en 2025	1 mei 2026	Controleverklaring en bestuursverklaring
Jaarstaat Zvw, specifieke informatie C	JS	2023 en eerder, 2024 en 2025	1 mei 2026	n.v.t.
Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	VPPER	2025	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Verzekerde periode en persoonskenmerken - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	OBSN	2025	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Persoonskenmerken	PER	2026, peildatum 1 mei	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2023	1 mei 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Kosten per verzekerde	KPV	2024	1 mei 2026	Bestuursverklaring
Farmaciegegevens	FAR	2025	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Add-on geneesmiddelen	ADDON	2024	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
DBC's somatisch	DBC	2024	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
GGZ-gegevens	GGZ	2024	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring

<sup>1</sup> De afkorting gebruikt u als onderdeel van de bestandsnaam waaronder u de gegevens aanlevert.

<sup>2</sup> De bestuursverklaringen voor alle bestanden zijn opgenomen in Bijlage A Bestuursverklaringen, de record lay-outs in Bijlage B Record lay-outs en het format voor het OBSN-bestand in Bijlage C Format Verzekerde periode en persoonskenmerken.

<b>Wat</b>	<b>Afkorting<sup>1</sup></b>	<b>Verslagperiode</b>	<b>Aanleverdatum</b>	<b>Aanleveren met<sup>2</sup></b>
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens	FOT	2025	1 juni 2026	Assurancerapport en bestuursverklaring
Wlz-gegevens	WLZ	2025	1 juni 2026	Rapport van feitelijke bevindingen en bestuursverklaring

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

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

## **1.2 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van alle wijzigingen in de aan te leveren gegevens, ten opzichte van de gegevens zoals ze in de Gegevensuitvraag 2025 zijn uitgevraagd. De daaropvolgende hoofdstukken beschrijven de details per aan te leveren gegevensstroom. In hoofdstuk 3 zijn de jaar- en kwartaalstaten beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft de declaratie- en verzekerdenbestanden die aangeleverd moeten worden. In hoofdstuk 5 staat de procedure van de gegevenslevering toegelicht. Hoofdstuk 6 geeft aan waar het Zorginstituut de aangeleverde gegevens voor kan gebruiken.

## 2 Bijzonderheden in de gegevensleveringen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van bijzonderheden per gegevenslevering. Het gaat om afwijkingen ten opzichte van de gegevensuitvraag 2025. Tabel 2 geeft een overzicht.

Tabel 2 Bijzonderheden in de gegevensuitvraag per gegevenslevering

Gegevenslevering	Wijzigingen t.o.v. gegevensuitvraag 2025
Verzekerdenstanden	Geen.
Kwartaalstaat Q1 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T-3 en ouder: In de kwartaalstaten worden de lasten uit de jaren t-3 en ouder (2023 en ouder) niet langer apart uitgevraagd, deze (geraamde) lasten worden in de geraamde en geaccepteerde lasten onder t-2 (2024) meegenomen. (NB. Dit is conform de methodiek in de gegevensuitvraag 2024).</li> <li>• Aanvullende enquête: Voor aanvang van de tweede en vierde kwartaalstaat zal er een aanvullende enquête worden toegestuurd. Dit is dezelfde enquête die al langer wordt gebruikt, maar deze wordt hiermee nu ook onderdeel van de gegevensuitvraag.</li> <li>• Specificatie MSZ naar categorie zorginstelling: De specificatie van kosten van kostencodes 610.2, 611, 612.1, 612.2, 613.1, 615.1 naar categorie van de zorginstelling komt te vervallen. Dit geldt alleen voor de kwartaalstaten, in de jaarstaat wordt deze specificatie nog wel uitgevraagd.</li> </ul>
Kwartaalstaat Q2 2026	
Kwartaalstaat Q3 2026	
Kwartaalstaat Q4 2026	
Jaarstaat Zw 2025, specifieke informatie A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T-3 en ouder: In de jaarstaat worden de lasten uit de jaren t-3 en ouder (2022 en ouder) niet langer apart uitgevraagd, deze lasten worden in de geaccepteerde lasten onder t-2 (2023) meegenomen. (NB. Dit is conform de methodiek in de gegevensuitvraag 2024).</li> <li>• EMS: Met ingang van schadejaar 2025 is het niet langer noodzakelijk om de kosten van extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk afzonderlijk te verantwoorden. Hiermee zal kostencode 619 komen te vervallen en worden de kosten van deze instellingen vanaf 2025 op dezelfde manier als die van andere MSZ-instellingen verantwoord. Voor schadejaren 2024 en 2023 wordt 619 nog wel uitgevraagd.</li> <li>• Kostencode 610- overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg is vanaf verslagjaar 2025 uit de formats komen te vervallen.</li> <li>• In Jaarstaat 2025 worden voor schadejaar 2023 de definitieve kosten op modelovereenkomstniveau uitgevraagd<sup>3</sup>. U levert de lasten per modelovereenkomst (zie bijlage D) voor de volgende kostenrubrieken en -codes op: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Totale variabele kosten</li> <li>○ Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ</li> <li>○ Rubriek 02 Farmaceutische zorg</li> <li>○ <i>Kostencode 520 – Kosten van bepaalde dure extramurale geneesmiddelen</i></li> <li>○ Rubriek 03 Verpleging en verzorging</li> <li>○ Rubriek 04 Mondzorg</li> <li>○ Rubriek 05 Verloskundige zorg</li> <li>○ Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</li> <li>○ <i>Kostencode 612.1 - Kosten van Add-ons - bepaalde dure intramurale geneesmiddelen, inclusief stollingsmiddelen</i></li> <li>○ Rubriek 07 Paramedische zorg</li> <li>○ Rubriek 08 Hulpmiddelenzorgzorg</li> <li>○ Rubriek 09 Ziekenvervoer</li> <li>○ Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen</li> <li>○ Rubriek 12 Kraamzorg</li> <li>○ Rubriek 13 Diverse overige kosten</li> <li>○ <i>Kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA</i></li> <li>○ Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg</li> <li>○ <i>Kostencode 720 - Kosten via Verzekeraar - Geneeskundige GGZ</i></li> <li>○ Rubriek 16 Kwaliteitsgelden</li> <li>○ Totale berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder</li> </ul> </li> <li>• Overloopkosten COVID-19 en continuïteitsbijdrage worden niet meer apart uitgevraagd</li> <li>• De Meerkosten COVID-19, indirect vervallen uit het format.</li> </ul>

<sup>3</sup> Voor de kosten op modelovereenkomst wordt een verdeelsleutel gehanteerd zoals opgenomen in hoofdstuk 3

Gegevenslevering	Wijzigingen t.o.v. gegevensuitvraag 2025
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verduidelijking opgenomen voor verrekeningen in de jaarstaat</li> </ul>
Jaarstaat Zvw 2025, specifieke informatie C	De specificatie van kostencode 701 - overige geneeskunde zorg en kostencode 702 - kosten van zorg zintuigelijk gehandicapten is komen te vervallen.
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2025 - deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN	Geen.
Verzekerde periode en persoonskenmerken 2025 - deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN	Geen.
Persoonskenmerken 2026	De uitvraag van de oude definitie niet-ingezetenen komt te vervallen.
Kosten per verzekerde 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een extra kolom toegevoegd voor het schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten'. Voor het schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten' geldt de volgende definitie: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Kosten van 'hulpmiddelenzorg' (rubriek 08, kostencode 640).</li> </ul> </li> <li>• De definitie van het schadebedrag 'Verloskunde MSZ' bevat vanaf schadejaar 2023 niet meer de OZP-prestatie '190034 - Afwezigheidsdagen'. Deze is komen te vervallen.</li> <li>• Verduidelijking opgenomen voor verrekeningen in het definitieve KPV bestand</li> <li>• Kosten met betrekking tot Transformatiemiddelen en ADZ Parkinsonnet worden niet in het KPV opgenomen.</li> </ul>
Kosten per verzekerde 2024	In het voorlopige kosten per verzekerde bestand worden geen bulkboekingen en lumpsumbedragen verrekend.
Farmaciegegevens 2025	Geen.
Add-on geneesmiddelen 2024	Geen.
DBC's somatisch 2024	Geen.
GGZ-gegevens 2024	Geen.
Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is niet toegestaan om dichte DCSPH-codes uit de DCSPH-codelijst<sup>4</sup> op te nemen in de gegevenslevering van fysiotherapie- en oefentherapieprestaties.</li> <li>• De CSI (Code Soort Indicatie) is vervangen door een nieuwe naam: aanspraakcode.</li> </ul>
Wlz-gegevens 2025	Geen.

<sup>4</sup> te downloaden van <https://www.vektis.nl/standaardisatie/standaarden/GDS801-2.0>

### 3 Jaarstaat en kwartaalstaten

De jaar- en kwartaalstaten kennen vier onderdelen:

- Specifieke informatie A: kostenverzamelstaat;
- Specifieke informatie A: detailinformatie RVE;
- Specifieke informatie A: verzekerenstanden;
- Specifieke informatie C: specificaties van kosten en productie.

Tussen de verschillende jaar- en kwartaalstaten is variatie in welke onderdelen u aanlevert.

Tabel 3 geeft een overzicht.

*Tabel 3 Informatie-onderdelen per gegevenslevering in de jaar- en kwartaalstaten*

<b>Wat</b>	<b>Specifieke informatie A - kostenverzamelstaat</b>	<b>Specifieke informatie A - detailinformatie RVE</b>	<b>Specifieke informatie A - verzekerenstanden</b>	<b>Specifieke informatie C</b>
Verzekerenstanden	Nee	Nee	Ja, januari t/m maart	Nee
Kwartaalstaat Q1	Ja	Ja, beperkt	Ja, april	Nee, wel wanbetalers
Kwartaalstaat Q2	Ja	Ja, beperkt	Ja, mei t/m juli	Alleen contract-informatie & wanbetalers
Kwartaalstaat Q3	Ja	Ja, beperkt	Ja, augustus t/m oktober	Nee, wel wanbetalers
Kwartaalstaat Q4	Ja	Ja, beperkt	Ja, november en december	Alleen contractinformatie & wanbetalers
Jaarstaat	Ja	Ja, uitgebreid	Nee	Ja

#### *Specifieke informatie A: kostenverzamelstaat*

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

#### *Specifieke informatie A: detailinformatie RVE*

In de detailinformatie RVE van specifieke informatie A verantwoordt u de kosten naar de deelbijdragen variabele zorgkosten, vaste zorgkosten en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De verdeling naar deelbijdragen voor schadejaar t vindt plaats op basis van de Regeling risicoverevening t en de Beleidsregels risicoverevening t. Het totaal van de deelbijdragen in een schadejaar dient overeen te komen met de totale lasten die u verantwoordt in de kostenverzamelstaat. In de jaarstaat verantwoordt u in de detailinformatie RVE van specifieke informatie A tevens van een aantal kostencodes subonderdelen. Welke uitsplitsingen dit betreft, varieert per schadejaar en is afhankelijk van de vormgeving van het risicovereveningsmodel. Tabel 12 in Bijlage E Uitvraag specifieke informatie A: detailinformatie RVE geeft een overzicht. De uitvraag detailinformatie RVE betreft uitsluitend schadejaar 2025 en schadejaar 2023 en ouder.

#### Modelovereenkomst

Als gevolg van de bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau in model 2023 moeten de variabele kosten per modelovereenkomst gespecificeerd worden in specifieke informatie A (zie ook Bijlage D Modelovereenkomsten). Daarom levert u voor schadejaar 2023 en ouder de volgende extra variabelen per modelovereenkomst op:

- Totale variabele kosten
- Rubriek 01 Huisartsenzorg en MDZ
- Rubriek 02 Farmaceutische zorg
- *Kostencode 520 – kosten van bepaalde dure extramurale geneesmiddelen*
- Rubriek 03 Verpleging en verzorging
- Rubriek 04 Mondzorg
- Rubriek 05 Verloskundige zorg

- Rubriek 06 Medisch specialistische zorg
- *Kostencode 612.1 - Kosten van Add-ons - bepaalde dure intramurale geneesmiddelen, inclusief stollingsmiddelen*
- Rubriek 07 Paramedische zorg
- Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg
- Rubriek 09 Ziekenvervoer
- Rubriek 11 Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
- Rubriek 12 Kraamzorg
- Rubriek 13 Diverse overige kosten
- *Kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA*
- Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg
- *Kostencode 720 - Kosten via Verzekeraar - Geneeskundige GGZ*
- Rubriek 16 Kwaliteitsgelden
- Totale berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder

Meer informatie over het verantwoorden van kosten op modelovereenkomstniveau vindt u onder 3.3.

#### *Specifieke informatie A: verzekerdenstanden*

U verantwoordt het aantal verzekerden per leeftijds- en geslachtklasse en het aantal verzekerden met en zonder nominale premieplichtigheid. U hanteert als peildata voor bepaling van de verzekerdenstand en de leeftijd de 1e van de maand voor de maanden januari tot en met december. U hanteert dezelfde peildatum voor verzekerden voor wie u geen nominale premie prolongeert. In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op de peildatum bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-verzekeringplichtig zijn (inclusief gedetineerden en wanbetalers).<sup>5</sup> Gedetineerden en de wanbetalers neemt u op bij de verzekerden met nominale premieplicht.

#### *Specifieke informatie C*

Zie paragraaf 3.6 en Bijlage G Toelichting op de definities specifieke informatie C voor toelichting op de uitvraag specifieke informatie C.

### **3.1 Schadejaren**

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

Tabel 4 geeft aan welke declaraties u meeneemt in de verantwoording van de lasten voor een bepaald schadejaar in de jaarstaat, wanneer u balansposten opgeeft en wanneer u verrekeningen toepast. Tabel 5 laat hetzelfde zien voor de kwartaalstaten.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ondanks het feit dat er geen rechtstreeks formeel verband is tussen het hebben van een BSN en het verzekeringplichtig zijn, kan het in de praktijk slechts bij zeer hoge uitzondering voorkomen dat er sprake is van verzekeringplichtigheid (ontstaat immers door ingezetenschap of verrichten van arbeid in Nederland; in beide gevallen leidt dit tot uitgifte van een BSN), en er toch geen BSN is. Wat wel zou kunnen voorkomen is dat de verzekerde al (terecht) bij u is ingeschreven maar nog niet beschikt over een BSN (bijvoorbeeld bij pasgeborenen).

<sup>6</sup> Als de waarde in de jaarstaat of kwartaalstaat onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. U 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.

Tabel 4 Verantwoording in jaarstaat t

Schadejaar	Declaraties over het schadejaar binnengekomen tot en met	Betreffende zorg verleend in of DBC's geopend in	Balanspost	Verrekeningen
t	31 december t	t	Ja	In balanspost
t-1	31 december t	t-1	Ja	In balanspost
t-2 en ouder	31 december t	t-2 en ouder <sup>7</sup>	Nee	Ja, definitief <sup>8</sup>

Tabel 5 Verantwoording in kwartaalstaat t, kwartaal K

Schadejaar	Declaraties over het schadejaar binnengekomen tot en met	Betreffende zorg verleend in of DBC's geopend in	Balanspost	Verrekeningen
t	Kwartaal K, jaar t	t	Ja, over het hele jaar t	In balanspost
t-1	Kwartaal K, jaar t	t-1	Ja	In balanspost
t-2	Kwartaal K, jaar t	t-2 en ouder <sup>7</sup>	Ja	Ja, definitief

Box 1 bevat een cijfervoorbeeld.

Box 1 Cijfervoorbeeld jaarstaat t

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

<sup>7</sup> In het jaar t ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. schadejaren t-2 en ouder (maar niet ouder dan 2006). Dit geldt ook voor creditnota's

<sup>8</sup> Het is verplicht om correcties die binnenkomen na 31-12-t op de kosten van geaccepteerde declaraties die tot en met 31-12-t zijn ontvangen te verwerken in de jaarstaat t schadejaar t-2. Het gaat hierbij om een correctie op totaal niveau en niet op individuele declaraties. U betreft in ieder geval alle tot 1 maart 2026 ontvangen en geaccepteerde correcties over het schadejaar t-2.

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

### **3.2 Balansposten**

Voor de schadejaren die nog niet definitief worden verantwoord in de jaar- of kwartaalstaat, neemt u een balanspost op. U doet dit per kostencode. De balanspost moet de best mogelijke en de, op het moment van aanleveren van de gegevens, meest actuele inschatting geven van de lasten en baten. Deze schatting volgt de principes van Solvency II en neemt het kansgewogen gemiddelde van toekomstige geldstromen mee. U gebruikt hiervoor de declaraties die op het moment van rapporteren reeds zijn ontvangen én u maakt daarbij een meest actuele inschatting van de nog te ontvangen declaraties die betrekking hebben op de in het schadejaar geleverde zorg of geopende DBC's. Bij het bepalen van de balanspost houdt u rekening met eventuele financiële consequenties van inkoopafspraken met zorgaanbieders en verzekerdenmutaties. Het is niet toegestaan dat in de jaarstaat bij de lasten inclusief balanspost wordt aangesloten op de jaarrekening, als de afsluitdatum van de jaarrekening eerder is dan die van de jaarstaat en de balanspost in de jaarrekening niet meer actueel is.

### **3.3 Te verantwoorden kosten**

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

- betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico wel als kosten worden verantwoord op grond van de Regeling risicoverevening;
- overige kosten die verzekerden zelf moeten betalen, anders dan op grond van verplicht of vrijwillig eigen risico, bijvoorbeeld bij overschrijding van een maximum aantal behandelingen, bij overschrijding van een maximumvergoeding, bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg of bij tarieven boven een marktconform bedrag, niet worden verantwoord;
- kosten na de datum van administratieve verwerking van de uitschrijving in verband met beëindiging van de verzekeringsplicht worden niet verantwoord;
- kosten op basis van de door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarieven voor declaraties worden verantwoord. De door de NZa vastgestelde maximumtarieven mogen hierbij niet worden overschreden;
- er verrekeningen worden gedaan in verband met inkoopafspraken (zie onderstaand). Kosten van prestaties worden inclusief verrekeningen verantwoord. Uitsluitend de daadwerkelijk door de zorgverzekeraar gemaakte kosten mogen worden verantwoord. Verrekeningen zijn bijvoorbeeld nodig bij lumpsumafspraken, plafondatafspraken, opbrengstverrekeningen, inkoop volgens representatiemodel, budgetafspraken, prijsarrangementen en bonus-malusregelingen. De verrekeningen op verzekerdeniveau en in de jaarstaat moeten op elkaar aansluiten. Verrekeningen worden in alle onderdelen van de jaar- en kwartaalstaat verwerkt;
- (inkoop)bonussen en kortingen en andere crediteringen worden in mindering gebracht op de kosten van de betreffende prestatie(s);
- de te verantwoorden kosten op modelovereenkomstniveau worden op dezelfde manier behandeld. Dit houdt in dat de kosten op modelovereenkomst bij elkaar opgeteld overeen moeten komen met de totale variabele kosten opgegeven in de kostenverzamelstaat schadejaar 2023. Tevens worden correcties die na de afsluitdatum (31 december 2025) en in ieder geval tot 1 maart 2026 binnenkomen op de kosten van geaccepteerde declaraties, ook verwerkt.

### Verrekeningen inkoopafspraken

Verrekeningen in verband met inkoopafspraken en andere boekingen waarvan declaraties niet op verzekerdenniveau zijn, verwerkt u volgens de volgende verdeelsleutel. Deze verrekeningen worden per zorgaanbieder (AGB), per kostencode waar de afspraak betrekking op heeft, door middel van een correctiefactor toegerekend aan individuele verzekerden die kosten hebben gemaakt op de kostencode waarop de afspraak betrekking heeft. De correctiefactor wordt als volgt berekend:

Per AGB, per kostencode waar de afspraak betrekking op heeft:

(te verrekenen bedrag / totale schade kostencode) \*100 = correctiefactor. De geboekte schade per verzekerde op de betreffende kostencode wordt verrekend met de correctiefactor.

Indien geen AGB bekend is, is de kostencode waarop de afspraak betrekking heeft leidend.

### Kosten op modelovereenkomst

Voor de lasten op modelovereenkomst gebruikt u de volgende logische verdeelsleutel: de lasten worden per modelovereenkomst verdeeld volgens de geboekte zorgkosten t/m 31 december 2025.

Verrekeningen van inkoopafspraken en andere boekingen waarvan declaraties niet op verzekerdenniveau zijn worden ook per modelovereenkomst verwerkt door middel van de verdeelsleutel onder 'Verrekeningen inkoopafspraken'. Om tot de definitieve kosten per modelovereenkomst te komen telt u vervolgens de kosten van verzekerden voor elke modelovereenkomst bij elkaar op. In Tabel 6 wordt een cijfervoorbeeld van een te corrigeren bedrag vanuit opbrengstverrekeningen (obv) voor kostencode 503 uitgewerkt op modelovereenkomstniveau:

Tabel 6: Cijfervoorbeeld logische verdeelsleutel lasten per modelovereenkomst

Totale schade kostencode 503	AGB	Geboekte schade kostencode 503	Te corrigeren bedrag uit obv	Correctiefactor	Verzekerden	Modelovereenkomst	Geboekte schade per verzekerden	Verrekende schade per verzekerde ((schade per verzekerde + (schade per verzekerde * correctiefactor))
<b>€ 3.700</b>	A	€ 1.200	- € 200	-16,7%	1	X	€ 400	€ 333
					2	Y	€ 200	€ 167
					3	Z	€ 600	€ 500
	B	€ 2.500	- € 50	-2,0%	4	X	€ 450	€ 441
					5	X	€ 400	€ 392
					6	Y	€ 650	€ 637
					7	Z	€ 1.000	€ 980

Modelovereenkomst	Te verantwoord schade kostencode 503 per modelovereenkomst (som van schade van alle verzekerden bij betreffende modelovereenkomst)
<b>X</b>	€ 1.166
<b>Y</b>	€ 804
<b>Z</b>	€ 1.480

Volgens bovenstaande instructies worden de kosten voor verslagjaar 2023 zo logisch mogelijk toegerekend naar modelovereenkomst.

Let wel: dit geldt niet voor financiële arrangementen, hierbij wordt de kosten voor verdeeld volgens de voorgeschreven verdeelsleutel onder 4.3.1.

### Kosten oudere jaren op modelovereenkomst

De kosten van oudere jaren (2022 en ouder) worden tevens verantwoord op modelovereenkomstniveau. Indien het niet mogelijk is om kosten over oude jaren op modelovereenkomstniveau te koppelen, wordt de volgende verdeelsleutel gehanteerd. Een

correctiefactor wordt berekend aan de hand van de geboekte schade op de modelovereenkomst in 2023. In wordt een cijfervoorbeeld uitgewerkt.

*Tabel 7: Cijfervoorbeeld verdeelsleutel kosten oudere jaren (2022 en ouder) naar modelovereenkomst*

<b>Model-overeenkomst</b>	<b>Geboekte schade op kostencode 530 in 2023</b>	<b>Kosten oudere jaren</b>	<b>Geboekte schade op kostencode 530 in 2023</b>	<b>Aandeel modelovereenkomst t.o.v. totale schade</b>	<b>Te verrekenen bedrag per modelovereenkomst</b>
<b>X</b>	€ 3.700	€ 350	€ 1.250	34%	34% van € 350
<b>Y</b>			€ 850	23%	23% van € 350
<b>Z</b>			€ 1.600	43%	43% van € 350

*Transformatiemiddelen op modelovereenkomst*

De kostencode 703 – Transformatiemiddelen IZA verdeelt u over modelovereenkomsten op basis van het aantal verzekerdenjaren per modelovereenkomst. Hierbij moet de volgende logische verdeeldeelsleutel gehanteerd worden: (totale lasten / totaal aantal verzekerdenjaren van de uzovi) \* verzekerdenjaren per modelovereenkomst.

*Creditering zorgkosten gedetineerden onder oudere jaren*

Crediteringen vanuit het DJI wegens ten onrechte vergoede zorgkosten van gedetineerden dienen verwerkt te worden onder de oudere jaren (t-2 en ouder) in de jaar- en kwartaalstaten.

**3.4 Kostendefinities**

In de jaar- en kwartaalstaat verantwoordt u de kosten per kostenrubriek en daarbinnen nader per kostencode. Per schadejaar zijn er verschillen in de geldende kostencodes. Tabel 8Tabel 8 geeft een overzicht van de reguliere kostencodes en eventuele bijzonderheden per schadejaar. Een inhoudelijke toelichting per kostencode is opgenomen in Bijlage F Toelichting op de kostendefinities.

Tabel 8 Geldende kostencodes per schadejaar

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
<i>01 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg</i>					
503	Bijzondere betalingen				Zorginhoudelijk advies voorafgaand aan eventuele SCEN-procedure bij complexe problematiek wordt onder kostencode 503 verantwoord.
504	Avond-, nacht- en weekenddiensten				
505	Inschrijftarieven				
506	Consulttarieven			Als gevolg van de structurele bekostiging van 'meer tijd voor de patiënt' worden MTVP kosten voor huisartsen vanaf schadejaar 2025 onder kostencode 506 verantwoord.	
507	Overige tarieven			<ul style="list-style-type: none"> <li>Huisartsenzorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 507 verantwoord.</li> <li>Valrisicobeoordelingen uitgevoerd door een huisarts worden vanaf schadejaar 2025 verantwoord onder kostencode 507.</li> </ul>	Meedenkadvis medisch specialistische zorg wordt onder kostencode 507 verantwoord.
510	Multidisciplinaire zorg			Als gevolg van de structurele bekostiging van 'meer tijd voor de patiënt' worden MTVP kosten voor multidisciplinaire zorgverlening vanaf schadejaar 2025 onder kostencode 510 verantwoord.	
515	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Huisartsen				
516	Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ		Het verkennend gesprek als onderdeel van de bekostiging mentale gezondheidsnetwerken wordt in schadejaar 2024 verantwoord onder kostencode 516, wanneer deze wordt uitgevoerd door een regionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisciplinaire zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 516 verantwoord.</li> <li>Het verkennend gesprek uitgevoerd door een regionale huisartsenorganisatie wordt vanaf</li> </ul>	

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
			huisartsenorganisatie. <sup>9</sup>	schadejaar 2025 overgeheveld naar kostencode 668 (ggz). <ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinatie &amp; organisatie en overige functies van mentale gezondheidsnetwerken uitgevoerd door regionale huisartsorganisaties worden onder kostencode 516 verantwoord.</li> </ul>	
<i>02 Farmaceutische zorg</i>					
520	Kosten van farmaceutische zorg			Farmaceutische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 520 verantwoord.	
<i>03 Verpleging en Verzorging</i>					
530	Kosten van verpleging en verzorging			<ul style="list-style-type: none"> <li>Verpleging en verzorging-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 530 verantwoord.</li> <li>Valrisicobeoordeling uitgevoerd binnen de V&amp;V wordt verantwoord onder kostencode 530.</li> </ul>	
<i>04 Mondzorg</i>					
560.1	Kosten mondzorg voor volwassen verzekerden			Mondheilkundige zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> voor volwassen verzekerden worden onder kostencode 560.1 verantwoord.	
560.2	Kosten mondzorg voor jeugdige verzekerden			Mondheilkundige zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> voor jeugdige verzekerden worden onder kostencode 560.2 verantwoord.	
561	Kosten van gebitsprothesen en implantaten				
<i>05 Verloskundige zorg</i>					
580	Kosten verloskundige zorg door			Verloskundige zorg-gerelateerde	

<sup>9</sup> <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/nieuws/praatplaten-over-bekostiging-beschikbaar/>

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
	verloskundigen			deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 580 verantwoord.	
582	Kosten Integrale geboortezorg				
<i>06 Medisch specialistische zorg</i>					
545	Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie				
610.1	NTS				
610.2	Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria en Trombosediensten				
611	Overige zorgproducten	OZP 'toeslag voor revalidatie en herstel bij morbide obesitas GRZ' is vanaf schadejaar 2023 onderdeel van kostencode 670.		Medisch-specialistische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 611 verantwoord.	Prestaties met betrekking tot stoppen met roken binnen de MSZ worden verantwoord onder kostencode 611.
612.1	Kosten Add-on - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren				
612.2	Kosten Add-ons – IC				
613.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct gereguleerde segment				
615.1	Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment overige producten				
619	Integrale kosten extramuraal werkende Specialististen	Vanaf schadejaar 2023 is de definitie van extramuraal werkende specialisten aangescherpt.		Vanaf schadejaar 2025 worden de kosten van extramuraal werkende specialisten niet langer afzonderlijk verantwoord en vervalt kostencode 619.	X
<i>07 Paramedische zorg</i>					
620	Kosten van fysiotherapie	'Epilatie bij transgenders' is vanaf 2023 onderdeel van kostencode 620.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Paramedische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 620 verantwoord.</li> </ul>	

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Valrisicobeoordelingen uitgevoerd door een fysiotherapeut worden vanaf schadejaar 2025 verantwoord onder kostencode 620.</li> </ul>	
621	Kosten van oefen therapie Mensendieck/Cesar				
623	Kosten van logopedie				
624	Kosten van ergotherapie				
625	Kosten van dieetadvisering				
626	Kosten Gecombineerde Leefstijl Interventie				
<i>08 Hulpmiddelenzorg</i>					
640	Kosten van hulpmiddelenzorg			Hulpmiddelenzorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 640 verantwoord.	
<i>09 Ziekenvervoer</i>					
650	Kosten van vervoer per ambulance/helikopter			Ziekenvervoer-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 650 verantwoord.	
650.1	Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen				
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto				
<i>10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg</i>					
666	Kosten consulten GGZ	Omvat niet langer prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking".			
667	Kosten intramuraal verblijf GGZ				
668	Kosten overige prestaties GGZ	Omvat nu ook de overige prestatie TC0013 "Ambulante methadonverstrekking".	Het verkennend gesprek als onderdeel van de bekostiging mentale gezondheidsnetwerken wordt in 2024 verantwoord onder kostencode 668, wanneer deze wordt uitgevoerd door een GGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>GGZ-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 668 verantwoord.</li> <li>Het verkennend gesprek als</li> </ul>	

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
			zorgverlener. Verkennende gesprekken uitgevoerd door een huisartsenorganisatie worden in 2024 verantwoord onder kostencode 516. <sup>9</sup>	<p>onderdeel van de bekostiging mentale gezondheidsnetwerken wordt in schadejaar 2025 verantwoord onder kostencode 668, onafhankelijk van de zorgverlener die deze prestatie uitvoert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coördinatie &amp; organisatie en overige functies van mentale gezondheidsnetwerken uitgevoerd door ggz-zorgverleners/instellingen worden onder kostencode 668 verantwoord.</li> <li>• De toeslag voor contingency management wordt verantwoord onder kostencode 668.</li> </ul>	
<b>11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen</b>					
670	Kosten van geriatrische revalidatiezorg	OZP 'toeslag voor revalidatie en herstel bij morbide obesitas GRZ' is vanaf schadejaar 2023 onderdeel van kostencode 670.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRZ/ELV/GZSP-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming worden onder kostencode 670 verantwoord.</li> <li>• Valrisicobeoordeling binnen de GRZ/ELV/GZSP worden vanaf 2025 onder kostencode 670 verantwoord.</li> </ul>	
671	Kosten Eerstelijnsverblijf				
672	Kosten Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen				
<b>12 Kraamzorg</b>					
680	Kosten van kraamzorg			Kraamzorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van <i>patiëntengroepsgebonden afstemming</i> worden onder kostencode 680 verantwoord.	
<b>13 Diverse Overige kosten</b>					
700	Overige kosten				
701	Kosten van overige geneeskundige zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Epilatie bij transgenders' wordt vanaf schadejaar 2023 overgeheveld naar</li> </ul>	Kosten van valrisicobeoordeling worden in 2024, onafhankelijk van de uitvoerende zorgverlener,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten voor valrisicobeoordeling worden vanaf schadejaar 2025 niet langer onder kostencode 701</li> </ul>	Kosten voor ADZ thuisarts.nl worden onder kostencode 701 verantwoord

Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			
		2023	2024	2025	2026
		kostencode 620. • Bevat nu ook kosten van ADZ-Parkinsonzorg <sup>10</sup> .	verantwoord onder kostencode 701.	verantwoord, maar onder de rubriek van de uitvoerende zorgverlener. • Met ingang van schadejaar 2025 komt de specifieke informatie van kostencode 701 te vervallen.	
702	Kosten van zorg Zintuiglijk gehandicapten			Met ingang van schadejaar 2025 komt de specifieke informatie van kostencode 702 te vervallen.	
703	Transformatiemiddelen IZA				
<i>15 Grensoverschrijdende zorg</i>					
720	Kosten van grensoverschrijdende zorg - via verzekeraar				
721	Kosten Grensoverschrijdende zorg - kosten via verbindingsorgaan				
<i>16 Kwaliteitsgelden</i>					
730	Kosten van kwaliteitsgelden Baten Zvw		Bevat kosten voor project Clear-CAD.		
890.1	Opbrengsten verhaal <sup>11</sup>				
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				

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> We hebben begrepen dat verzekeraars verschillende momenten kunnen aanhouden als startdatum van het schadejaar. Omdat de datum van het ongeval voor alle zorgverzekeraars hetzelfde is, dient men deze datum aan te houden als startdatum van het schadejaar.

### 3.5 COVID-19-kosten

Naast de reguliere kostencodes zijn er kostencodes voor de verantwoording van COVID-19-kosten. In de Gegevensuitvraag 2026 moet in Jaarstaat 2025, schadejaar 2023 nog rekening worden gehouden met toeslagen.

#### Toeslagen

Voor de verantwoording van de toeslagen geldt:

- In schadejaar 2023 is er nog een toeslag.
- Vanaf schadejaar 2024 zijn er geen toeslagen meer.

Toeslagen zijn toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie. Deze kosten vallen onder de kostenrubrieken voor 'meerkosten COVID-19, toeslagen'. In 2023 geldt er een toeslag voor rubriek 06 (Medisch specialistische zorg) kostencode 806.2. Dit heeft betrekking op de facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag) die per 2021 zijn ingevoerd. Dit is terug te vinden in de prestatiebeschrijvingbeschikking voor 2023 van de NZa.<sup>12</sup>

### 3.6 Specifieke informatie C

Specifieke informatie C bestaat uit drie onderdelen:

1. kosten en volume prestaties Zvw
2. contractinformatie
3. informatie over wanbetalers

Welke informatie u oplevert verschilt tussen de kwartaal- en jaarstaten, zie Tabel 9 voor een overzicht.

Onderdeel 1 heeft betrekking op specificaties van de kosten en aantallen van de prestaties binnen de Zvw. Deze specificatie wordt alleen in de jaarstaat geaggregeerd uitgevraagd voor de MSZ (exclusief kaakchirurgie) en Grensoverschrijdende zorg. Voor de specificatie van kosten en volume van Zvw-gebruik ten behoeve van kwartaalrapportages wordt gebruik gemaakt van declaratiegegevens. Wanneer welke declaratiegegevens moeten worden aangeleverd is aangegeven in Tabel 10.

Onderdeel 2 gaat over de uitvraag Contractinformatie. Ook deze informatie moet op rubrieksniveau aansluiten op de kostenverzamelstaat.

In onderdeel 3 wordt in het kader van regeling wanbetalers een specificatie gevraagd in alleen de vier kwartaalstaten.

Tabel 9 Aanlevering t specifieke informatie C

	Jaarstaat	KS1	KS2	KS3	KS4
<b>Onderdeel 1 – kosten en volume prestaties</b>					
610.2 ELD en trombosediensten	2025, 2024, 2023				
611 overige zorgproducten	2025, 2024, 2023				
612.1 add-ons dure geneesmiddelen	2025, 2024, 2023				
612.2 add-ons – IC	2025, 2024, 2023				
613.1 DBC-zorgproduct gereguleerde segment	2025, 2024, 2023				
615.1 DBC-zorgproduct vrije segment overige producten	2025, 2024, 2023				
720 Grensoverschrijdende zorg	2025, 2024				

<sup>12</sup> [Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties 2023 toeslag IC-dag en toeslag verpleegdag - TB-REG-23644-01 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

	Jaarstaat	KS1	KS2	KS3	KS4
<b>Onderdeel 2 - contractinformatie</b>					
Contractinformatie	2025, 2024, 2023		2026		2027
<b>Onderdeel 3 – informatie over wanbetalers</b>					
Wanbetalers		1 <sup>e</sup> kwartaal-standen	2 <sup>e</sup> kwartaal-standen	3 <sup>e</sup> kwartaal-standen	4 <sup>e</sup> kwartaal-standen

Tabel 10 Aanlevering van declaratiegegevens per rubriek

Dataset	Afkorting	Schadejaren	Peildatum	Uiterste aanleverdatum aan Vektis
<b>Aanleveringen in het eerste kwartaal van 2026</b>				
Dure geneesmiddelen	DG	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Farmacie	FARM	2025	31 december 2025	15 februari 2026
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	GGZ	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Huisartsenzorg	HA	2025	31 december 2025	15 januari 2026
Hulpmiddelenzorg	HM	2025	31 december 2025	15 februari 2026
Kraamzorg	KZ	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Medisch-specialistische zorg	MSZ	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Mondzorg	MZ	2024 2025	31 december 2025	15 januari 2026
Paramedische zorg	PMZ	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Verloskundige zorg	VK	2024 2025	31 december 2025	15 februari 2026
Wijkverpleging	WV	2024 2025	31 december 2025	15 januari 2026
<b>Aanleveringen in het tweede kwartaal van 2026</b>				
Dure geneesmiddelen	DG	2024 2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Farmacie	FARM	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	GGZ	2024 2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Huisartsenzorg	HA	2024 2025	31 maart 2026	1 mei 2026
Hulpmiddelenzorg	HM	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Kraamzorg	KZ	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Medisch-specialistische zorg	MSZ	2024 2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Mondzorg	MZ	2024 2025 2026	31 maart 2026	1 mei 2026
Paramedische zorg	PMZ	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026

<b>Dataset</b>	<b>Afkorting</b>	<b>Schadejaren</b>	<b>Peildatum</b>	<b>Uiterste aanleverdatum aan Vektis</b>
Ziekenvervoer	VE	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Verloskundige zorg	VK	2025 2026	31 maart 2026	15 mei 2026
Wijkverpleging	WV	2025 2026	31 maart 2026	15 april 2026
<b>Aanleveringen in het derde kwartaal van 2026</b>				
Dure geneesmiddelen	DG	2024 2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Farmacie	FARM	2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	GGZ	2024 2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Huisartsenzorg	HA	2025 2026	30 juni 2026	1 augustus 2026
Hulpmiddelenzorg	HM	2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Kraamzorg	KZ	2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Medisch-specialistische zorg	MSZ	2024 2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Mondzorg	MZ	2025 2026	30 juni 2026	1 augustus 2026
Paramedische zorg	PMZ	2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Ziekenvervoer	VE	2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Verloskundige zorg	VK	2026	30 juni 2026	15 juli 2026
Wijkverpleging	WV	2025 2026	30 juni 2026	15 juli 2026
<b>Aanleveringen in het vierde kwartaal van 2026</b>				
Dure geneesmiddelen	DG	2024 2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Farmacie	FARM	2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	GGZ	2024 2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Huisartsenzorg	HA	2025 2026	31 september 2026	1 november 2026
Hulpmiddelenzorg	HM	2025 2026	31 september 2026	1 november 2026
Kraamzorg	KZ	2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Medisch-specialistische zorg	MSZ	2024 2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Mondzorg	MZ	2025 2026	31 september 2026	1 november 2026
Paramedische zorg	PMZ	2025	31 september 2026	15 oktober 2026

<b>Dataset</b>	<b>Afkorting</b>	<b>Schadejaren</b>	<b>Peildatum</b>	<b>Uiterste aanleverdatum aan Vektis</b>
		2026		
Ziekenvervoer	VE	2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Verloskundige zorg	VK	2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026
Wijkverpleging	WV	2025 2026	31 september 2026	15 oktober 2026

### **3.7 Aanvullende enquête**

Voorafgaand aan de aanlevering van de kwartaalstaten Q2 en Q4 stuurt het Zorginstituut een aanvullende enquête toe. In afstemming via de Commissie Financiële Zaken met zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland zijn hiervoor de volgende criteria afgesproken:

- De vragen hebben betrekking hebben op de uitgevraagde onderdelen en de te verantwoorden jaren in de desbetreffende kwartaalstaat.
- De vragen zijn specifiek en van belang in het besluitvormingsproces van de begroting (Q2 voor de miljoenennota en Q4 voor de voorjaarsbegroting).
- De vragen zijn urgent en kunnen niet wachten tot na ontvangst en verwerking van de leveringen.
- De vragen zijn niet bedoeld voor diepgaande onderzoeken.

Het Zorginstituut zal de enquête uiterlijk 10 werkdagen voor de aanleverdeadline (i.e. de 28<sup>e</sup> van de maand na het kwartaal) van de kwartaalstaat toesturen. Wanneer er geen enquête plaatsvindt, dan zal dat ook worden gecommuniceerd.

## 4 Gegevens per verzekerde

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

### *Populatie*

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

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

### *Afsluitdatum voor declaratiebestanden*

In de declaratiebestanden betreft u in ieder geval alle tot 1 maart 2026 ontvangen en geaccepteerde declaraties. Het is niet toegestaan om in de declaratiebestanden een raming op te nemen voor nog te ontvangen declaraties.

### *Zvw-zorg*

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

## **4.1 Verzekerde periode en persoonskenmerken 2025**

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

### *Aan te leveren variabelen*

#### **Eerste deelbestand: Verzekerden met een geverifieerd BSN**

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

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Postcode woonadres
- Huisnummer woonadres
- Huisnummertoevoeging woonadres
- Postcode adres Basisregistratie Personen
- Huisnummer adres Basisregistratie Personen
- Huisnummertoevoeging adres Basisregistratie Personen
- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Identificatie buitenland oude definitie niet-ingezetenen
- Identificatie buitenland nieuwe definitie niet-ingezetenen
- Begindatum verzekering
- Einddatum verzekering
- Fractie verzekerde
- Reden uitstroom Zvw

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

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

- Uniek volgnummer
- Postcode adres

- Postcode adres Basisregistratie Personen
- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Begindatum verzekering
- Einddatum verzekering
- Fractie verzekerde
- Reden uitstroom Zvw
- Motivatie ontbreken (geverifieerd) BSN

#### *Toelichting*

U levert per verzekerdenperiode een record aan.

#### Woonadres

U geeft het meest recente adres in 2025 op van Nederlands ingezetenen, waarbij u uitsluitend kijkt naar adressen tot aan het moment van uitschrijving of het einde van het gegevensjaar. Voor een verzekerde die op 31 december verzekerd is, neemt u dus het adres op dat op 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat geldig was op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. Als er op de zo gedefinieerde datum geen adres bekend is, dan neemt u het meest recente adres vóór deze datum. U neemt het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.

U beschouwt alleen de adressen die gelden op de hierboven vastgestelde datum. Hiervan levert u bij voorkeur het adres uit de Basisregistratie Personen. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Indien het gaat om niet-ingezetenen met een woonadres in het buitenland (Identificatie buitenland oude definitie niet-ingezetenen 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.

#### Adres Basisregistratie Personen

Voor de nieuwe definitie niet-ingezetenen neemt u uitsluitend het adres uit de Basisregistratie Personen op de peildatum in het jaar 2025 op.

**Voorbeeld 1:** verzekerde A is van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde A het adres uit de BRP op 31 december 2025 aan.

**Voorbeeld 2:** verzekerde B is van 1 januari 2025 tot en met 1 november 2025 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde B het adres uit de BRP op 1 november 2025 aan.

**Voorbeeld 3:** verzekerde C is van 1 januari 2025 tot en met 1 mei 2025 én van 1 september 2025 tot en met 1 november 2025 ingeschreven bij verzekeraar X.

Aanlevering: de verzekeraar X levert voor verzekerde C het adres uit de BRP op 1 november 2025 aan. Dit adres wordt bij alle verzekerdenperioden voor verzekerde C opgegeven.

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

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN te accepteren. Als er sprake is van een uitzonderingssituatie en is voldaan aan de voorwaarden, dan moet de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en

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

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

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

#### Verzekerden zonder BSN

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

- In het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden verzekeringsplichtige ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers. Bij detachering geldt het volgende voor de verzekeringsplicht van gezinsleden:
  - Detachering in een EU land waarmee Nederland een ziektekostenregeling heeft: bij verblijf korter dan één jaar, waarbij het blijven wonen in Nederland aannemelijk is, zijn gezinsleden verzekeringsplichtig.
  - Detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land. Verzekeringsplicht is alleen geregeld in de verdragen met de landen die genoemd worden bij SVB<sup>13</sup>.
  - Bij detachering in Noorwegen zijn gezinsleden verzekeringsplichtig.
- Verzekeringsplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. Echter, indien langdurig woonachtig in Nederland, ligt inschrijving in de Basisregistratie Personen en een BSN in de rede.
- Baby's die kort geleefd hebben.
- Beschermd getuige: een verzekeringsplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

#### Verzekerden zonder (geverifieerd) BSN

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

#### *Bijzonderheden*

Geen.

## **4.2 Persoonskenmerken 2026**

Het persoonskenmerken-bestand bevat alle verzekerden die op peildatum 1 mei 2026 bij u zijn ingeschreven.

---

<sup>13</sup> [Verdragslanden | Internationale detachering | SVB](#)

#### *Aan te leveren variabelen*

Per verzekerde geeft u de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Postcode adres Basisregistratie Personen
- Huisnummer adres Basisregistratie Personen
- Huisnummertoevoeging adres Basisregistratie Personen
- Geboortjaar en -maand
- Geslacht
- Identificatie buitenland

#### *Toelichting*

##### Adres Basisregistratie Personen

Voor het adres neemt u uitsluitend het adres uit de Basisregistratie Personen op 1 mei 2026 op. 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 adres: in dat geval worden ook spaties opgegeven. Een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet als ingezetene ingeschreven is in de Basisregistratie Personen op het peilmoment waarop het adres wordt vastgesteld in het PER-bestand.

#### *Bijzonderheden*

De oude definitie niet-ingezetenen komt te vervallen.

### **4.3 Kosten per verzekerde**

U levert de definitieve kosten per verzekerde 2023 aan en de voorlopige kosten per verzekerde 2024.

Het kosten per verzekerde bestand bevat onder andere de kosten toegedeeld naar deelbijdragen. De definities van elk van de deelbijdragen voor 2023 en 2024 vindt u in het nacalculatieschema 2023/2024 op de website van het Zorginstituut.<sup>14,15</sup>

#### *4.3.1 Kosten per verzekerde 2023*

#### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden, voor wie declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd met betrekking tot schadejaar 2023, geeft u, per verzekerde, de volgende variabelen op:

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

#### *Toelichting*

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

##### Schadedefinities

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

---

<sup>14</sup> [Nacalculatieschema 2023 Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>15</sup> [Nacalculatieschema 2024 Zvw | Zorginstituut Nederland](#)

- 1 Kosten van 'huisartsenzorg en MDZ' (rubriek 01);
- 2 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02). De dure extramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 3 Kosten van 'mondzorg' (rubriek 04);
- 4 Kosten van 'verloskundige zorg' (rubriek 05);
- 5 Kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06). De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 6 Kosten van 'paramedische zorg' (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van 'hulpmiddelenzorg' (rubriek 08);
- 8 Kosten van 'ziekenvervoer' (rubriek 09);
- 9 Kosten van '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 kostencode 720);
- 13 100% van 'kosten buitenland via het CAK' (rubriek 15, kostencode 721).

Voor het schadebedrag 'GGZ' geldt de volgende definitie:

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

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

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

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

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

Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12, kostencode 680);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
  - a 1008 – 'Kraamzorg postnataal per uur bij de verzekerde thuis';
  - b 1011 – 'Kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)';
  - c 1012 – 'Kraamzorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis';
  - d 1013 – 'Kraamzorg postnataal digitale voorlichting en instructie per cliënt (via beeldmateriaal).

Voor het schadebedrag 'Verloskunde' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'verloskunde' (rubriek 05, deel kostencode 580);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
  - a 1001 – 'Geboortezorg prenataal';
  - b 1002 – 'Geboortezorg prenataal complex';
  - c 1003 – 'Geboortezorg nataal';
  - d 1004 – 'Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek';
  - e 1005 – 'Geboortezorg nataal complex';
  - f 1006 – 'Geboortezorg postnataal';
  - g 1007 – 'Geboortezorg postnataal complex';

- h 1009 – ‘Overgangskosten naar integrale geboortezorg’;
- i 1010 – ‘Kosten voor de organisatie van alle zorg rondom de geboorte van de baby’.

Voor het schadebedrag ‘Verloskunde MSZ’ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van ‘verloskunde binnen de medisch specialistische zorg’ (rubriek 06, deel kostencode 615.1) alleen de kosten opnemen voor de volgende selectie: alle DBC-zorgproducten behorende bij het specialisme 307 i.c.m. een diagnose beginnend met ‘B’, ‘Z’ en ‘K’.
- 2 Kosten van ‘verloskunde binnen de medisch specialistische zorg’ (rubriek 06, deel kostencode 611) alleen de kosten opnemen voor de volgende OZP-prestaties:
  - a 190032 – ‘Verblijf gezonde moeder’;
  - b 190033 – ‘Verblijf gezonde zuigeling’;
  - c 190043 – ‘Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - d 190044 – ‘Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - e 190045 – ‘Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - f 190046 – ‘Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - g 190047 – ‘Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - h 190048 – ‘Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - i 196199 – ‘Kraamzorg bij verblijf van een gezonde moeder of gezonde zuigeling in een instelling, per dag’;
  - j 199803 – ‘Toeslag lachgassedatie bij poliklinische bevalling niet door een gynaecoloog’.

Voor het schadebedrag ‘Hulpmiddelenkosten’ geldt de volgende definitie:

- 1 100% van kosten van ‘hulpmiddelenzorg’ (rubriek 08, kostencode 640).

#### Kosten buitenland via CAK

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

#### Verrekeningen

In de definitieve opgave over 2023 betreft u uitsluitend de tot en met 31 december 2025 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 2023. Kosten die niet op verzekerdenniveau bekend zijn dienen via een logische verdeelsleutel toegerekend te worden aan individuele verzekerden en de deelbijdragen. 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 Zwv met oplevering vanaf 2020’ consistent toegepast te worden en de correctie op verzekerdenniveau moet aansluiten op de verantwoording in de Jaarstaat.<sup>16</sup>

Bij de verrekening kan het voorkomen dat dezelfde kosten zowel binnen schadebedrag ‘Variabele kosten’ als binnen een van de andere schadebedragen landen (bijvoorbeeld

<sup>16</sup> [Accountantsprotocol Zwv 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/09/01/accountantsprotocol-zwv-2020-nederlandse-zorgautoriteit-overheid.nl)

schadebedrag 'Verloskunde MSZ').

#### *Inkoopafspraken*

Verrekening van inkoopafspraken (bijv. opbrengstverrekeningen of plafondaafspraken) worden gedaan voor de relevante kostencode met behulp van de onderstaande verdeelsleutel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om kostencodes die betrekking hebben op de gemaakt afspraken. Er wordt een correctiefactor bepaald per instelling (AGB), per relevante kostencode om de kosten naar rato te kunnen verrekenen met alle verzekerden met kosten op deze code. De correctiefactor wordt als volgt berekend: (te verrekenen bedrag / totaal geboekte schade)\*100.

#### *Prijsarrangementen*

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 van de betreffende geneesmiddelen. Dit correctiebedrag wordt als volgt berekend: totale retourbedrag/totale zorgkosten van de betreffende geneesmiddelen.

#### *Lumpsumbedragen*

Voor het toerekenen van lumpsumbedragen is het van belang dat 1) er een logische verdeelsleutel is die deze kosten zo goed mogelijk aan de juiste personen toerekent 2) alle verzekeraars deze logische verdeelsleutel toepassen, zodat de iedereen de kosten op dezelfde wijze toerekent.

Voor zowel de transformatiemiddelen als ADZ Parkinsonnet is er geen logische verdeelsleutel voorhanden. Deze kosten worden daarom uitgesloten van het definitieve kosten per verzekerde bestand 2023.

#### *Bijzonderheden*

- De definitie van het schadebedrag 'Verloskunde MSZ' bevat vanaf schadejaar 2023 niet meer de OZP-prestatie 190034 – 'Afwezigheidsdagen'.
- Het schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten' is nieuw toegevoegd.
- Er is een verdeelsleutel vastgesteld voor bulkbetalingen
- De kosten van Transformatiemiddelen en ADZ Parkinsonnet zijn uitgesloten

#### *4.3.2 Kosten per verzekerde 2024*

##### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden, voor wie declaraties zijn ontvangen en geaccepteerd met betrekking tot schadejaar 2024, geeft u, per verzekerde, de volgende variabelen op:

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

##### *Toelichting*

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

### Schadedefinities

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

- 1 Kosten van 'huisartsenzorg en MDZ' (rubriek 01);
- 2 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02). De dure extramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 3 Kosten van 'mondzorg' (rubriek 04);
- 4 Kosten van 'verloskundige zorg' (rubriek 05);
- 5 Kosten van 'medisch specialistische zorg' (rubriek 06). De dure intramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen;
- 6 Kosten van 'paramedische zorg' (rubriek 07) (inclusief kosten fysiotherapie);
- 7 Kosten van 'hulpmiddelenzorg' (rubriek 08);
- 8 Kosten van 'ziekenvervoer' (rubriek 09);
- 9 Kosten van '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 kostencode 720);
- 13 100% van 'kosten buitenland via het CAK' (rubriek 15, kostencode 721).

Voor het schadebedrag 'GGZ' geldt de volgende definitie:

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

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

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

Voor het schadebedrag 'Farmaciekosten' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'farmaceutische zorg' (rubriek 02, kostencode 520). Het gaat hierbij om alleen extramurale farmacie, inclusief BTW en afleververgoedingen. Extramurale geneesmiddelen die tot de vaste zorgkosten behoren worden niet meegenomen.

Voor het schadebedrag 'Kraamzorg' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'kraamzorg' (rubriek 12, kostencode 680);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
  - a 1008 – 'Kraamzorg postnataal per uur bij de verzekerde thuis';
  - b 1011 – 'Kraamzorg postnataal per uur (in opslagwijk)';
  - c 1012 – 'Kraamzorg postnataal per uur niet bij de verzekerde thuis';
  - d 1013 – 'Kraamzorg postnataal digitale voorlichting en instructie per cliënt (via beeldmateriaal);

Voor het schadebedrag 'Verloskunde' geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van 'verloskunde' (rubriek 5, deel kostencode 580);
- 2 Kosten van 'integrale geboortezorg' (rubriek 05, deel kostencode 582) alleen de kosten opnemen voor de volgende prestaties:
  - a 1001 – 'Geboortezorg prenataal';
  - b 1002 – 'Geboortezorg prenataal complex';
  - c 1003 – 'Geboortezorg nataal';
  - d 1004 – 'Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek';
  - e 1005 – 'Geboortezorg nataal complex';

- f 1006 – ‘Geboortezorg postnataal’;
- g 1007 – ‘Geboortezorg postnataal complex’;
- h 1009 – ‘Overgangskosten naar integrale geboortezorg’;
- i 1010 – ‘Kosten voor de organisatie van alle zorg rondom de geboorte van de baby’;

Voor het schadebedrag ‘Verloskunde MSZ’ geldt de volgende definitie:

- 1 Kosten van ‘verloskunde binnen de medisch specialistische zorg’ (rubriek 06, deel kostencode 615.1) alleen de kosten opnemen voor de volgende selectie: alle DBC-zorgproducten behorende bij het specialisme 307 i.c.m. een diagnose beginnend met ‘B’, ‘Z’ en ‘K’.
- 2 Kosten van ‘verloskunde binnen de medisch specialistische zorg’ (rubriek 06, deel kostencode 611) alleen de kosten opnemen voor de volgende OZP-prestaties:
  - a 190032 – ‘Verblijf gezonde moeder’;
  - b 190033 – ‘Verblijf gezonde zuigeling’;
  - c 190043 – ‘Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - d 190044 – ‘Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - e 190045 – ‘Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - f 190046 – ‘Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - g 190047 – ‘Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie’;
  - h 190048 – ‘Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie’;
  - i 196199 – ‘Kraamzorg bij verblijf van een gezonde moeder of gezonde zuigeling in een instelling, per dag’;
  - j 199803 – ‘Toeslag lachgassedatie bij poliklinische bevalling niet door een gynaecoloog’.

Voor het schadebedrag ‘Hulpmiddelenkosten’ geldt de volgende definitie:

- 1 100% van kosten van ‘hulpmiddelenzorg’ (rubriek 08, kostencode 640).

#### Minimale afsluitdatum

In de opgave over 2024 betreft u op zijn minst alle declaraties die tot 1 maart 2026 op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerd zijn.

#### *Bijzonderheden*

In het voorlopige kosten per verzekerde bestand worden geen bulkboekingen en lumpsumbetalingen verrekend.

### **4.4 Farmaciegegevens 2025**

In de farmaciegegevens neemt u alleen de declaraties van zorg geleverd in kalenderjaar 2025 mee.

#### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden aan wie in 2025 geneesmiddelen zijn afgeleverd en een declaratie is ontvangen (en geaccepteerd) geeft u, per receptregel, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Datum van aflevering
- Prestatiecode (ZI-artikelnummer)
- Afleveringseenheid
- Hoeveelheid afgeleverd middel
- Indicatie debet/credit

- Schadebedrag in centen

*Toelichting bij de aan te leveren variabelen*

In de farmaciegegevens levert u ook alle apotheekbereidingen aan. Het gaat hierbij om magistrale receptuur, doorgeleverde bereidingen en magistrale bereidingen. Waar mogelijk levert u deze records aan met het bijbehorende ZI-artikelnummer. U neemt elk bestanddeel in een aparte regel op. Indien de apotheekbereiding geen ZI-artikelnummer kent, voorziet u het record van het dummy ZI-artikelnummer '00000000009'. U geeft per los bestanddeel een zo accuraat mogelijke opgave van het bijbehorende schadebedrag op. Als het niet mogelijk is om bij magistrale bereidingen een accurate inschatting te maken van de schadebedragen van onderliggende bestandsdelen dan is het voor de gegevensaanlevering over 2025 toegestaan om voor deze bestandsdelen een schadebedrag van €0 op te geven.

*Bijzonderheden*

Geen.

#### **4.5 Add-on geneesmiddelen 2024**

*Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden aan wie in 2024 een 'Overig zorgproducten – Supplementaire producten: add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren' is afgeleverd en een declaratie is ontvangen (en geaccepteerd) geeft u per add-on geneesmiddel de volgende variabelen op:

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

*Bijzonderheden*

Geen.

#### **4.6 DBC's somatisch 2024**

*Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden, voor wie in 2024 een DBC is geopend, geeft u per DBC, de volgende variabelen op:

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

*Bijzonderheden*

Geen.

#### **4.7 GGZ-gegevens 2024**

Het betreft in dit bestand de declaraties van prestaties GGZ, zoals u die verantwoordt bij rubriek 10, kostencode 666 ('Kosten consulten GGZ'), kostencode 667 ('Kosten intramuraal

verblijf GGZ') en kostencode 668 ('Kosten overige prestaties GGZ'). Hierbij mogen uitsluitend door de NZa goedgekeurde prestaties worden opgenomen.

#### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden, voor wie in 2024 GGZ-zorg is geleverd, geeft u per declaratie, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- Prestatiecode
- Begindatum prestatie
- Type zorg
- DSM-hoofdgroep diagnose
- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen
- Zorgtrajectnummer
- Startdatum zorgtraject<sup>17</sup>
- AGB-code zorgaanbieder
- Zorgvraagtype

#### *Toelichting bij de aan te leveren variabelen*

Er zijn twee lijsten die u gebruikt om de diagnose vast te stellen. Bij DSM-hoofdgroep GGZ gebruikt u ter classificatie van een aandoening of ziekte de codering uit de codelijst van Vektis (CL0005-NZa). Indien de diagnosecode niet bekend is en de privacyverklaring actief, codeert u deze als 999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 000 (onbekende diagnose). Bij Basis GGZ hanteert u de codelijst van Vektis met GBG-profielen (CL0009-NZa).

Bij Type Zorg is er indien een GBG-profiel bekend is, sprake van Basis GGZ en codeert u deze als Basis GGZ. Indien er geen GBG-profiel bekend is, codeert u deze als specialistische GGZ. U levert alle afzonderlijke declaratieregels aan. Hier hoort geen aggregatie plaats te vinden. De losse regels worden gebruikt om het aantal behandelminuten te bepalen.

Bij het zorgtrajectnummer gaat het om een uniek nummer waarmee bepaald kan worden welke prestaties bij hetzelfde zorgtraject horen. Bij voorkeur bevat een zorgtrajectnummer 36 posities conform de specificaties van een UUID.<sup>18</sup> Lege zorgtrajectnummers dient u uit te sluiten van de levering.

#### *Bijzonderheden*

Geen.

## **4.8 Fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025**

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

Het is niet toegestaan om dichte DCSPH-codes uit de DCSPH-codelijst<sup>19</sup> op te nemen in de gegevenslevering van fysiotherapie- en oefentherapieprestaties.

#### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle verzekerden, die in 2025 declaraties fysiotherapie en/of oefentherapie hebben gebruikt, geeft u per declaratie, de volgende variabelen op:

- Uitsluitend geverifieerd BSN
- DCSPH-code
- Aanspraakcode

<sup>17</sup> Zie aanvullende communicatie van de NZa

<sup>18</sup> <https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2022/01/Factsheet-Zorgtrajectnummer-januari-2022.pdf>

<sup>19</sup> te downloaden van <https://www.vektis.nl/standaardisatie/standaarden/GDS801-2.0>

- Indicatie debet/credit
- Schadebedrag in centen
- Begindatum behandeling
- Einddatum behandeling

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

#### *Toelichting*

##### Begin- en einddatum behandeling:

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

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

#### *Bijzonderheden*

- Naar aanleiding van vragen van verzekeraars en inzichten uit data-analyse is de uitvraag van de fysiotherapie- en oefentherapiegegevens aangescherpt.
- De CSI (Code Soort Indicatie) is vervangen door een nieuwe naam: aanspraakcode.

## **4.9 Wlz-gegevens 2025**

#### *Aan te leveren variabelen*

Voor alle Wlz-verzekerden die in 2025 gebruik hebben gemaakt van Wlz-zorg in natura<sup>20</sup>, geeft u per declaratie, de volgende variabelen op:

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

Voor alle Wlz-verzekerden die in 2025 gebruik hebben gemaakt van Wlz-PGB<sup>21</sup> geeft u, per periode, de volgende variabelen op:

- BSN
- Zorgprofiel
- Begindatum PGB
- Einddatum PGB
- Toegekend budget PGB in centen

#### *Toelichting bij de aan te leveren variabelen*

U levert de gegevens voor Wlz-verzekerden die gebruik hebben gemaakt van Wlz-zorg in natura en/of Wlz-PGB aan in één bestand.

#### Wlz-zorg in natura

Per Wlz-declaratie (zorg in natura) neemt u een detailrecord op. De velden m.b.t. PGB

<sup>20</sup> De volgende beleidsregels zijn relevant voor de gegevensuitvraag van de Wlz-zorg in natura gegevens 2024:

- Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 (BR/REG-25131a)
- Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2025 (BR/REG-25130c) Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz (BR/REG-25128)

<sup>21</sup> De volgende beleidsregels zijn relevant voor de gegevensuitvraag van de Wlz PGB-gegevens 2025:

- Regeling langdurige zorg (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2025-07-01>)
- Regeling Monitoring beschikkingen persoonsgebonden budget en uitgaven individueel aangepaste Wlz-hulpmiddelen 2025(NR/REG-2519)

toekenningen laat u leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out waarbij alfanumerieke velden gevuld worden met spaties en numerieke velden met voorloopnullen).

#### PGB toekenningen

U neemt afzonderlijke detailrecords op voor PGB toekenningen. De velden m.b.t. Wlz-zorg in natura laat u leeg (d.w.z. volgens de technische specificaties van de record lay-out waarbij alfanumerieke velden gevuld worden met spaties en numerieke velden met voorloopnullen). Indien er sprake is van meerdere periodes met een PGB toekenning, bijvoorbeeld door een onderbreking of wijziging van het zorgprofiel, levert u deze toekenningen op meerdere regels aan.

#### *Bijzonderheden*

Geen.

## 5 Procedure gegevenslevering

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

### **Aanlevering van declaratiegegevens ter vervanging van specifieke informatie C**

Voor een aantal rubrieken is de aanlevering van specifieke informatie C vervangen door de aanlevering van uw declaratiegegevens. Voor meer informatie hierover zie paragraaf 3.6 en Tabel .

Het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland hebben afgesproken dat Vektis de door het Zorginstituut opgevraagde gepseudonimiseerde declaratiegegevens namens de diverse zorgverzekeraars aanlevert.

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

### **Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw**

- De inzending van de jaarstaat aan het Zorginstituut omvat:
  - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
  - gewaarmerkte specifieke informatie A met controleverklaring;
  - bestuursverklaring bij de specifieke informatie A.

De naamgevingsconventies die u hierbij hanteert zijn:

- Voor de jaarstaat:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_JS.pdf**
- Voor de bestuursverklaring:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_BV.pdf**
- Voor de assurancerapporten en het rapport van feitelijke bevindingen:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_AR.pdf**
- Voor de controleverklaring:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_CV.pdf**
- De inzending van de kwartaalstaat aan het Zorginstituut omvat:
  - verplicht elektronisch format opgesteld door het Zorginstituut;
  - een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdenstand van de maand maart.

### **Aanlevering van gegevens ten behoeve van de risicoverevening in 2026**

- De inzending van de gegevens VPPER 2025 (deelbestand met geverifieerd BSN), PER 2026, KPV 2023, FAR 2025, ADDON 2024, DBC 2024, GGZ 2024, FOT 2025 en WLZ 2025 omvat aan het Zorginstituut:
  - gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
  - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand;
  - assurancerapport/rapport van feitelijke bevindingen bij de bestuursverklaring.

De naamgevingsconventies die u hierbij hanteert zijn:

- Voor de bestuursverklaringen:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_BV.pdf**
- Voor de assurancerapporten en het rapport van feitelijke bevindingen:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_AR.pdf**

- Voor de controleverklaring:  
**ZINL\_NZA\_RVE\_<UZOVI>\_<PRODUCT>\_<JJJJ>\_<MND>\_<NR>\_CV.pdf**

Naast de getekende bestuursverklaring in pdf formaat dienen de daarin uitgevraagde aantallen en bedragen ook te worden aangeleverd in Excel. Deze formats zijn te vinden in de Aanleverkalender Zvw op de website van het Zorginstituut.

Er is een Excel format voor het voorlopige en het definitieve KPV-bestand (aanleverdatum 01-05-t) en een Excel format voor de overige bestanden met aanleverdatum 01-06-t.

- De inzending van de gegevens KPV 2024 aan het Zorginstituut omvat:
  - gepseudonimiseerd ASCII-bestand (inzending via ZorgTTP);
  - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand.

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

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

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

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

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

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

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

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

Zorginstituut Nederland  
Afdeling Fondsen en Informatiemanagement  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN  
E-mail: [verslagdocumenten@zinl.nl](mailto: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](mailto:verslagdocumenten@zinl.nl) als bestemming.

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

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

- [verslagdocumenten@zinl.nl](mailto:verslagdocumenten@zinl.nl), voor technische vragen over de bestandsaanleveringen;
- [fcinformatie@zinl.nl](mailto:fcinformatie@zinl.nl), voor inhoudelijke vragen over de kwartaal- en jaarstaat;
- [risicoverevening@zinl.nl](mailto:risicoverevening@zinl.nl), voor inhoudelijke vragen over de overige bestanden.

## 6 Verwerking van gegevens door het Zorginstituut

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

1. De **afdeling Zorg van het Zorginstituut** gebruikt verschillende onderdelen van de kwartaal- en jaarstaten voor het monitoren van de ontwikkeling van de zorglasten en pakketbeheer.
2. Het **Ministerie van VWS** gebruikt de kwartaal- en jaarleveringen en de kwartaalenquêtes van het Zorginstituut voor zijn beleids- en begrotingscyclus. Het gaat om de volgende activiteiten en/of producten:
  - Het monitoren en analyseren van beleid en zorguitgaven;
  - Het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rekenpremie;
  - De leveringen van het Zorginstituut dienen als basis voor besluiten over de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) door de minister van VWS;
  - Het opstellen en monitoren van de zogenaamde Hoofdlijnakkoorden en het integraal zorgakkoord;
  - Ten aanzien van de begrotingscyclus kan per kwartaal worden aangegeven welke activiteiten er plaatsvinden of voor welke producten deze zijn gebruikt. Dit zijn de volgende:
    - De eerste kwartaalcijfers van het lopende jaar (jaar t) gebruikt het ministerie van 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 en de enquête Q2 gebruikt het ministerie van VWS voor de begroting t+1;
    - De levering op basis van de 3e kwartaalstaten t gebruikt het ministerie als indicatie voor de tweede supplettoire begroting over jaar t;
    - De levering van het 4e kwartaalstaten t-1 en de enquête Q4 worden gebruikt voor het Jaarverslag t-1, de eerste supplettoire begrotingswet t inclusief actualisatie oudere jaren en de meerjarige doorwerking;
    - De jaarstaten t-1 zien we terug in de begroting t+1.
  - Ad hoc worden de kwartaal- en jaarlevering van het Zorginstituut gebruikt voor:
    - Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO);
    - Het beantwoorden van Kamervragen.
3. Voor het **CBS** zijn de op de kwartaal- en jaarstaten gebaseerde leveringen van het Zorginstituut een belangrijke bron voor de Nationale Rekeningen (waaronder de Kwartaalrekeningen) en Zorgstatistieken zoals de Zorgrekeningen. Via het CBS komen de cijfers tevens terecht in internationale statistieken. Het gaat om de volgende producten:
  - Input voor Excessive Deficit Procedure (EDP) - EMU-saldo en EMU-schuld. Op basis hiervan wordt door de EU geëvalueerd of Nederland aan de Europese normen voldoet voor zowel het EMU-tekort als de EMU-schuld.
  - Publicatie Nationale Rekeningen (o.a. BBP) en afgeleide NR-producten zoals beschikbaar inkomen van huishoudens, belasting- en premiedruk, investeringenbestand, goederengroep- en bedrijfstakverdelingen.
  - Statline (tabellen uitkeringen, premies, maandcijfers).
  - European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS).
  - OECD cijfers System of Health Accounts (SHA).
  - Classification of the Functions of Government (COFOG).
  - Statistiek Internationale Handel.

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

Tabel 11 geeft een overzicht welke partijen gebruik maken van de jaarstaat en de kwartaalstaten.

*Tabel 11 Gebruik van de uitvraag conform de Gegevensuitvraag van het Zorginstituut*

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

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die het Zorginstituut 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 het ministerie van 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 het ministerie van VWS.

## Bijlage A Bestuursverklaringen bestanden risicoverevening 2026

### Bestuursverklaring jaarstaat Zvw 2025, 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 voor/op<sup>22</sup> ..... (datum) het bestand 'jaarstaat 2025, specifieke informatie A' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format.

De gegevens in de 'jaarstaat Zvw 2025, specifieke informatie A' zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar.

De specifieke informatie A in de 'jaarstaat Zvw 2025, specifieke informatie A' is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de (externe) accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke fouten en onzekerheden.

#### Toelichting fouten en onzekerheden

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

#### Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- Hoe de 'jaarstaat Zvw 2025, specifieke informatie A' tot stand gekomen is;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

---

<sup>22</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 mei of uiterlijk op 1 mei.

## Bestuursverklaring bij de gegevens in de kwartaalstaat Zvw 2026 (verzekerdenstanden in maart)

Het bestuur van ..... (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het voor/op<sup>23</sup> ..... (datum) het bestand 'verzekerdenstanden in de 1<sup>e</sup> kwartaalstaat Zvw 2026' voor de premieprolongatie voor de 1<sup>e</sup> dag van de maand maart 2026 met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan Zorginstituut Nederland conform het gevraagde elektronische format. In het elektronische format zijn ..... Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen bij de maand maart 2026.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

### Conclusie

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is opgenomen:

- hoe de verzekerdenstand voor de maand maart 2026 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen getroffen zijn om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd;

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

---

<sup>23</sup> Maximaal vijf dagen voor 7 maart of uiterlijk op 7 maart.

## Bestuursverklaring bij de bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken (VPPER) 2025

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 voor/op<sup>24</sup> ..... (datum) het deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2025' met *verzekerden met geverifieerd BSN*, met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie en op ..... (datum) het deelbestand 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2025' 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 2025 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2025) met UZOVI-nummer ..... (in 2025).

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 uiterlijk 1 juni<sup>24</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2025' 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.

---

<sup>24</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de bestanden 'verzekerde periode en persoonskenmerken 2025' tot stand gekomen zijn;
- Welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie verzekerde periode en persoonskenmerken 2025:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

## Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken (PER) 2026

*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 voor/op<sup>25</sup> ..... (datum) het bestand 'persoonskenmerken 2026' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op 1 mei 2026 verzekerd zijn bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2026) met UZOVI-nummer ..... (in 2026) 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 uiterlijk 1 juni<sup>25</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2026' 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 2026' 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.

---

<sup>25</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie persoonskenmerken 2026:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

## Bestuursverklaring bij het bestand kosten per verzekerde 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 voor/op<sup>26</sup> ..... (datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2023' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'farmaciekosten', 'kraamzorg', 'verloskunde', 'verloskunde MSZ', 'hulpmiddelenkosten' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2023 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2023) met UZOVI-nummer ..... (in 2023).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- ..... (aantal) detailrecords;
- ..... (aantal) unieke BSN's;
- ..... (som) schadebedragen 'Variabele kosten' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'GGZ' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Farmaciekosten' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Kraamzorg' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verloskunde' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verloskunde MSZ' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Hulpmiddelenkosten' (in centen).

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat uiterlijk 1 mei<sup>26</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'kosten per verzekerde 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 'kosten per verzekerde 2023' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>26</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 mei of uiterlijk op 1 mei.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie kosten per verzekerde 2023:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

## Bestuursverklaring bij het bestand kosten per verzekerde 2024

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 voor/op<sup>27</sup> ..... (datum) het bestand 'kosten per verzekerde 2024' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties voor 'variabele kosten', 'GGZ', 'verpleging en verzorging', 'farmaciekosten', 'kraamzorg', 'verloskunde', 'verloskunde MSZ', 'hulpmiddelenkosten' volgens de voorgeschreven definitie, van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2024 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2024) met UZOVI-nummer ..... (in 2024).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

- ..... (aantal) detailrecords;
- ..... (aantal) unieke BSN's;
- ..... (som) schadebedragen 'Variabele kosten' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'GGZ' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verpleging en verzorging' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Farmaciekosten' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Kraamzorg' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verloskunde' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Verloskunde MSZ' (in centen);
- ..... (som) schadebedragen 'Hulpmiddelenkosten' (in centen).

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat uiterlijk 1 mei<sup>27</sup> ook de volledige bestuursverklaring aan het Zorginstituut is gestuurd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'kosten per verzekerde 2024' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>27</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 mei of uiterlijk op 1 mei.

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

***Aanvullende informatie kosten per verzekerde 2024:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2025

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 voor/op<sup>28</sup> ..... (datum) het bestand 'farmaciegegevens 2025' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag<sup>29</sup> van € ..... (in centen) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2025 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2025) met UZOVI-nummer ..... (in 2025).

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 uiterlijk 1 juni<sup>28</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2025' 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 2025' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>28</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni.

<sup>29</sup> 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 2025:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand add-on geneesmiddelen 2024

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

Het bestuur van ..... (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het voor/op<sup>30</sup> ..... (datum) het bestand 'add-on geneesmiddelen 2024' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van add-on geneesmiddelen met een totaal schadebedrag<sup>31</sup> van € ..... (in centen) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2024 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2024) met UZOVI-nummer ..... (in 2024).

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 uiterlijk 1 juni<sup>30</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'add-on geneesmiddelen 2024' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

<sup>30</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni

<sup>31</sup> 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 2024:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand DBC's somatisch 2024

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

Het bestuur van ..... (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het voor/op<sup>32</sup> ..... (datum) het bestand 'DBC's somatisch 2024' 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 2024, met een totaal schadebedrag<sup>33</sup> van €..... (in centen) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2024 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2024) met UZOVI-nummer ..... (in 2024).

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 uiterlijk 1 juni<sup>32</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC's somatisch 2024' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>32</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni

<sup>33</sup> 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 DBC's somatisch 2024:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand GGZ-gegevens 2024

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

Het bestuur van ..... (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het voor/op<sup>34</sup> ..... (datum) het bestand 'GGZ-gegevens 2024' 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<sup>35</sup> van €..... (in centen) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2024 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2024) met UZOVI-nummer ..... (in 2024).

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 uiterlijk 1 juni<sup>34</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'GGZ-gegevens 2024' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het Zorginstituut gevraagde specificaties.

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

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

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>34</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni

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

Naam: .....

Datum: .....

Plaats:.....

Handtekening: .....

Bijlage bestuursverklaring: foutentabel met fouten en onzekerheden

***Aanvullende informatie GGZ-gegevens 2024:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand fysio- en oefentherapie 2025

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 voor/op<sup>36</sup> ..... (datum) het bestand 'fysio-en oefentherapie 2025' met bestandsnaam..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdeniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties van fysiotherapie en oefentherapie met een totaal schadebedrag<sup>37</sup> van € ..... (in centen) van alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2025 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgverzekeraar in 2025) met UZOVI-nummer ..... (in 2025).

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 uiterlijk 1 juni<sup>36</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

### Toelichting fouten en onzekerheden

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'fysio- oefentherapie 2025' 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 'fysio-en oefentherapie 2025' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>36</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni

<sup>37</sup> 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 fysio- en oefentherapie 2025:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bestuursverklaring bij het bestand Wlz-gegevens 2025

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) voor/op<sup>38</sup> ..... (datum) het bestand 'Wlz-gegevens 2025' met bestandsnaam ..... heeft toegestuurd aan ZorgTTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de op verzekerdenniveau ontvangen en geaccepteerde declaraties inclusief toegekend budget PGB) met een totaal schadebedrag<sup>39</sup> van € ..... (in centen) van alle Wlz-verzekerden die in 2025 verzekerd waren bij ..... (verkorte naam zorgkantoor in 2025) met UZOVI-nummer .....(in 2025).

In het bestand zijn, conform het sluitrecord, opgenomen:

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

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat uiterlijk 1 juni<sup>38</sup> ook de volledige bestuursverklaring en het rapport van feitelijke bevindingen bij deze bestuursverklaring zijn aangeleverd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Wlz-gegevens 2025' 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 2025' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de instructies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

---

<sup>38</sup> Maximaal vijf dagen voor 1 juni of uiterlijk op 1 juni

<sup>39</sup> 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: .....

***Aanvullende informatie Wlz-gegevens 2025:***

Naam contactpersoon: .....

Telefoon contactpersoon: .....

E-mail contactpersoon: .....

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

## Bijlage B Record lay-outs bestanden risicoverevening 2026

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

- Record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2025
- Record lay-out bestand persoonskenmerken 2026
- Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2023
- Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2024
- Record lay-out bestand farmaciegegevens 2025
- Record lay-out bestand add-on geneesmiddelen 2024
- Record lay-out bestand DBC's somatisch 2024
- Record lay-out bestand GGZ-gegevens 2024
- Record lay-out bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025
- Record lay-out bestand Wlz-gegevens 2025

## Record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2025

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 <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2025 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2025.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2025.
	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	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode woonadres in het jaar 2025, 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 2025, indien Nederlands ingezetene.
	6	Postcode adres Basisregistratie Personen **)	34	39	6	AN	NNNNAA	Postcode BRP-adres in het jaar 2025, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters).
	7	Huisnummer adres Basisregistratie Personen **)	40	44	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 8 (huisnummertoevoeging BRP-adres).
	8	Huisnummertoevoeging adres Basisregistratie Personen **)	45	56	12	AN		Huisnummertoevoeging BRP-adres op in het jaar 2025, indien Nederlands ingezetene.
	9	Geboortjaar en -maand	57	62	6	N	JJJJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde.
	10	Geslacht	63	63	1	N	1	Man
			2	Vrouw				
			3	geslacht onbepaald				
	11	Identificatie buitenland volgens oude definitie niet-ingezetenen	64	64	1	N	1	Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen (i.e. definitie tot en met vereveningsjaar 2025).
			2	Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen (i.e. definitie tot en met vereveningsjaar 2025).				
	12	Identificatie buitenland volgens nieuwe definitie niet-ingezetenen	65	65	1	N	1	Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die vanaf vereveningsjaar 2026 geldt: een verzekerde wordt gezien als Nederlands ingezetene als de verzekerde ingeschreven is in de BRP.
			2	Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die vanaf vereveningsjaar 2026 geldt: een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet ingeschreven is in de BRP.				
13	Begindatum verzekering	66	73	8	N	JJJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevangen. Als de begindatum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan is het toegestaan om 01 januari van het betreffende jaar als begindatum op te nemen.	
14	Einddatum verzekering	74	81	8	N	JJJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peilperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.	
15	Fractie verzekerde	82	88	7	N		De fractie wordt als volgt berekend: $(\text{einddatum} - \text{begindatum} + 1) / 365$ . 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 13) 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 14) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.	
16	Reden uitstroom Zw	89	90	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 geboortjaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 9 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien.
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	14	N		De som van rubriek 15 van alle detailrecords.

## Vervolg record lay-out bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2025

\*) Uitsluitend vullen indien Nederlands ingezetene op basis van de oude definitie niet-ingezetenen ('Identificatie buitenland volgens oude definitie niet-ingezetenen' heeft codering 1). U geeft het meest recente adres in 2025 op van Nederlands ingezetenen, waarbij u uitsluitend kijkt naar adressen tot aan het moment van uitschrijving of het einde van het gegevensjaar. Voor een verzekerde die op 31 december verzekerd is, neemt u dus het adres op dat op 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat geldig was op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. Als er op de zo gedefinieerde datum geen adres bekend is, dan neemt u het meest recente adres vóór deze datum. U neemt het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.

\*\*) Uitsluitend vullen indien Nederlands ingezetene op basis van de nieuwe definitie niet-ingezetenen die vanaf vereveningsjaar 2026 geldt ('Identificatie buitenland volgens nieuwe definitie niet-ingezetenen' heeft codering 1). Uitsluitend het adres opnemen uit de Basisregistratie Personen. Voor een verzekerde die op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op dat op 31 december van het desbetreffende jaar geldt. Voor een verzekerde die niet op 31 december verzekerd is, neemt u het adres op het moment van de laatste uitschrijving in het betreffende jaar. U neemt het zo bepaalde adres op bij alle aangeleverde regels van deze verzekerde.

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 voorloopnullen.  
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\_YYYY\_MND\_NR.txt

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

## Record lay-out bestand persoonskenmerken 2026

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 <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2026 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum 1 mei 2026.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	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	201206	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Postcode adres Basisregistratie Personen	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode BRP-adres op peildatum 1 mei 2026, indien Nederlands ingezetene (volledig, 4 cijfers en 2 letters).
	4	Huisnummer adres Basisregistratie Personen	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 8 (huisnummertoevoeging BRP-adres).
	5	Huisnummertoevoeging adres Basisregistratie Personen	22	33	12	AN		Huisnummertoevoeging BRP-adres op peildatum 1 mei 2026, indien Nederlands ingezetene.
	6	Geboortejaar en -maand	34	39	6	N	JJJJMM	Geboortejaar en -maand van de verzekerde.
	7	Geslacht	40	40	1	N		1 Man 2 Vrouw 3 Geslacht onbepaald
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N		1 Woonachtig in Nederland, Nederlands ingezetene: een verzekerde wordt gezien als Nederlands ingezetene als de verzekerde ingeschreven is in de BRP. 2 Woonachtig in het buitenland, niet-ingezetene: een verzekerde wordt gezien als niet-ingezetene als de verzekerde niet ingeschreven is in de BRP.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortejaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 9 van alle detailrecords, waarbij geboortejaar en -maand als een getal worden gezien.

## Vervolg record lay-out bestand persoonskenmerken 2026

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

## Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2023

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2023 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023. Voor DBC's somatisch betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2023.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2023. Voor DBC's somatisch betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2023.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201215	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 2023.
	4	Schadebedrag 'GGZ'	20	28	9	N		De kosten voor 'Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	5	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	29	37	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	6	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	38	46	9	N		De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	7	Schadebedrag 'Kraamzorg'	47	55	9	N		De kosten voor 'Kraamzorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	8	Schadebedrag 'Verloskunde'	56	64	9	N		De kosten voor 'Verloskunde' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	9	Schadebedrag 'Verloskunde MSZ'	65	73	9	N		De kosten voor 'Verloskunde MSZ' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
	10	Schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten'	74	82	9	N		De kosten voor 'Hulpmiddelenkosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2023.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'Variabel'	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Kraamzorg'	79	92	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.
	10	Totaal schadebedrag 'Verloskunde'	93	106	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.
	11	Totaal schadebedrag 'Verloskunde MSZ'	107	120	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
	12	Totaal schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten'	121	134	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.

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 invullen met voorloopnullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen 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\_JJJ\_MND\_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).

JJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.

MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.

NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

## Record lay-out bestand kosten per verzekerde 2024

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2024 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024. Voor DBC's somatisch betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2024.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024. Voor DBC's somatisch betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2024.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201215	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 2024.
	4	Schadebedrag 'GGZ'	20	28	9	N		De kosten voor 'Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	5	Schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	29	37	9	N		De kosten voor 'Verpleging en verzorging' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	6	Schadebedrag 'Farmaciekosten'	38	46	9	N		De kosten voor 'Farmaciekosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	7	Schadebedrag 'Kraamzorg'	47	55	9	N		De kosten voor 'Kraamzorg' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	8	Schadebedrag 'Verloskunde'	56	64	9	N		De kosten voor 'Verloskunde' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	9	Schadebedrag 'Verloskunde MSZ'	65	73	9	N		De kosten voor 'Verloskunde MSZ' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
	10	Schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten'	74	82	9	N		De kosten voor 'Hulpmiddelenkosten' volgens de definitie voor het bestand kosten per verzekerde 2024.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag 'Variabel'	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag 'GGZ'	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag 'Verpleging en verzorging'	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.
	8	Totaal schadebedrag 'Farmaciekosten'	65	78	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords.
	9	Totaal schadebedrag 'Kraamzorg'	79	92	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 7 van de detailrecords.
	10	Totaal schadebedrag 'Verloskunde'	93	106	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords.
	11	Totaal schadebedrag 'Verloskunde MSZ'	107	120	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords.
12	Totaal schadebedrag 'Hulpmiddelenkosten'	121	134	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords.	

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 invullen met voorlooppullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen 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\_KPJV\_####\_MND\_NR.txt

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

## Record lay-out bestand farmaciegegevens 2025

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 <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2025 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	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	Datum van aflevering	11	18	8	N	JJJMMDD	Dit is de afleverdatum en/of de datum van de dienstverlening.
	4	Prestatiecode (ZI-artikelnummer)	19	30	12	N		Conform G-standaard.
	5	Afleveringseenheid	31	32	2	AN		Conform G-standaard.
	6	Hoeveelheid afgeleverd middel	33	41	9	N		De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	7	Indicatie debet/credit	42	42	1	AN	D C	Debet Credit
	8	Schadebedrag in centen	43	50	8	N		Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 6) i.h.k.v. de basisverzekering Zwv. 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 8 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

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 invullen met voorloopnullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties.

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL\_NZA\_RVE\_UZOVI\_FAR\_JJJJ\_MND\_NR.txt

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

## Record lay-out bestand add-on geneesmiddelen 2024

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2024 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201505	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode / ZI-artikelnummer (conform G-Standaard)	11	22	12	N		ZI-artikelnummer (bestand 131 G-Standaard), uitsluitend 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'.
	4	Indicatiecode (conform G-Standaard)	23	31	9	N		Code van indicatie (conform bestand 132 G-Standaard) zoals vermeld op add-on declaratie.
	5	Uitvoerdatum / Datum van aflevering	32	39	8	N	JJJJMMDD	Uitsluitend van 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'.
	6	Afleveringseenheid (conform G-Standaard)	40	41	2	AN		Eenheid waarin hoeveelheid is uitgedrukt, conform G-Standaard van Z-Index.
	7	Hoeveelheid afgeleverd middel	42	50	9	N		Gedeclareerde hoeveelheid geneesmiddel; de linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan, de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingsteken.
	8	Indicatie debet/credit	51	51	1	AN	D C	Debet Credit
	9	Schadebedrag in centen	52	60	9	N		Gedeclareerde kosten uitsluitend voor 'Overige zorgproducten - Supplementaire producten: Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren'. in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - inclusief BTW - 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).
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 invullen met voorloopnullen. AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties.						
3. Data presentatie:		Standaard ASCII, numerieke waarden zonder teken (unsigned). In verband met de pseudonimisering door ZorgTTP is het noodzakelijk dat de carriage return/line feed waarmee een record wordt afgesloten, direct na de laatste positie in het (detail)record staat. Ter controle kunt u een ASCII viewer gebruiken.						
4. Bestandsnaam		ZINL_NZA_RVE_UZOVI_ADDON_JJJJ_MND_NR.txt						UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord). JJJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft. MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen. NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

## Record lay-out bestand DBC's somatisch 2024

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2024 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2024.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2024.
	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 (Poort)	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	Zorgproductcode	15	23	9	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	5	Declaratiecode DBC	24	29	6	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	6	Diagnosecode	30	33	4	AN		Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is, indien nodig met voorlooppullen.
	7	Maand van opening subtraject	34	35	2	N	MM	Uitsluitend DBC zorgproducten somatisch.
	8	AGB-code instelling	36	43	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	9	Indicatie debet/credit	44	44	1	AN	D C	Debet Credit
	10	Schadebedrag in centen	45	52	8	N		Gedeclareerde kosten voor DBC's somatisch in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de I-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico; - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 10 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).

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 voorlooppullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en uitvullen met spaties.

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

ZINL\_NZA\_RVE\_UZOVI\_DBC\_JJJJ\_MND\_NR.txt

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

## Record lay-out bestand GGZ-gegevens 2024

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2024 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2024.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201207	Versienummer deze record-layout.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Prestatiecode	11	16	6	AN		Zie voor verdere specificatie de 'Codetabel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg' van de NZa ( <a href="https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752349_22/">https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752349_22/</a> ). In de gegevensaanlevering neemt u uitsluitend door de NZa goedgekeurde prestaties op.
	4	Begindatum prestatie	17	24	8	N	JJJJMMDD	Begindatum van prestatie
	5	Type zorg	25	27	3	N		Code die aangeeft om welk type zorg het gaat. In de generieke declaratiestandaard GDS801-GDS802 gaat het hier om het element DiagnoseCodelijstCode. Indien een GBG-profiel bekend is, is er sprake van Basis GGZ en codeert u deze als 033 (Basis GGZ). Indien geen GBG-profiel bekend is, codeert u deze als specialistische GGZ met de code 029 (GGZ).
							033 029	Basis GGZ GGZ
	6	DSM-hoofdgroep diagnose	28	32	5	AN		Diagnosecode ter classificatie van een aandoening of ziekte. Altijd 5 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is, indien nodig met voorloophulpen. Indien een GBG-profiel bekend is, hanteert u de codelijst van Vektis met GBG-profielen (CL0009-NZa). Indien een DSM-hoofdgroep GGZ diagnose bekend is gebruikt u hiervoor de codering uit de codelijst van Vektis (CL0005-NZa). Indien de diagnosecode bij u niet bekend is, dan codeert u deze als de privacyverklaring actief is als 00999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 00000 (onbekende diagnose).
	7	Indicatie debet/credit	33	33	1	AN	D C	Debet Credit
	8	Schadebedrag in centen	34	41	8	N		Gedeclareerde kosten voor GGZ. Het bedrag is in centen, conform de EI-standaard, zonder decimaal scheidingsteken, en is: - ongeacht kosten ten laste van het eigen risico; - zonder verrekeningen met zorgaanbieders van afspraken over lumpsum, plafond, etc.
	9	Zorgtrajectnummer	42	77	36	AN		Uniek nummer waarmee bepaald kan worden welke prestaties bij hetzelfde zorgtraject horen. Bij voorkeur bevat een zorgtrajectnummer 36 posities conform de specificaties van een UUID ( <a href="https://www.zorgprestatie.nl/content/uploads/2023/07/20230628-Veldafspraken-2024.pdf">https://www.zorgprestatie.nl/content/uploads/2023/07/20230628-Veldafspraken-2024.pdf</a> ). Zorgtrajectnummers met minder dan 36 posities dient u op te vullen met spaties. Lege zorgtrajectnummers dient u uit te sluiten van de levering.
	10	Startdatum zorgtraject	78	85	8	N	JJJJMMDD	Startdatum van zorgtraject. Indien de startdatum onbekend is vult u deze uit met voorloophulpen.
	11	AGB-code zorgaanbieder	86	93	8	N		De AGB-code op instellings- of praktijkniveau van de zorgaanbieder waar de zorg geleverd is.
12	Zorgvraagtype	94	97	4	AN		De typering van de zorgvraag. Hiervoor hanteert u de codering uit de regelgeving (Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – Bijlage 5 Zorgvraagtypes GGZ). Deze codering is gelijk aan de codelijst van Vektis (CL0007-NZa). Indien het zorgvraagtype bij u niet bekend is, dan codeert u deze als de privacyverklaring actief is als 9999 (dummycode privacy). In alle andere gevallen codeert u deze als 0000 (onbekend zorgvraagtype).	
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar.
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 8 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie).



## Record lay-out bestand fysiotherapie- en oefentherapiegegevens 2025

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 <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2025 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201703	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 Zvw. Dichte DCSPH-codes dient u uit te sluiten van de levering.
	4	Aanspraakcode	15	17	3	AN		Aanspraakcode paramedische hulp (voorheen CSI). Alleen van declaraties in het kader van de basisverzekering Zvw. Altijd 3 posities innemen, ook als het eerste cijfer een 0 is.
	5	Indicatie debet/credit	18	18	1	AN	D C	Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	19	26	8	N		Gedeclareerde kosten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de El-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	JJJMMDD	Datum van de start van de behandeling.
	8	Einddatum behandeling	35	42	8	N	JJJMMDD	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).

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 invullen met voorlooppullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen 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\_JJJJ\_MND\_NR.txt

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

## Record lay-out bestand Wlz-gegevens 2025

Type record	#	Rubriek	Positie van	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 <a href="https://www.vektis.nl/uzovi-register">https://www.vektis.nl/uzovi-register</a> . Het betreft het zorgkantoor zoals dat in 2025 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	JJJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	JJJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2025.
	6	Versienummer SRL	30	35	6	N	201802	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 (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura).
	4	Behandelmaand/opnamemaand *)	16	17	2	N	MM	Maand waarop declaratie betrekking heeft (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura).
	5	AGB-code instelling *)	18	25	8	N		AGB-code van de zorgaanbieder/instelling zoals vermeld op declaratie (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura).
	6	Indicatie debet/credit *)	26	26	1	AN	D C	Debet (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura). Credit (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura).
	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 (uitsluitend voor Wlz-zorg in natura).
	8	Zorgprofiel **)	35	37	3	N		Zorgprofiel van een verzekerde met een PGB (uitsluitend voor Wlz-PGB).
	9	Begindatum PGB **)	38	45	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop PGB ingegaan is. Indien begindatum eerder dan 2025 is, vult u 20250101 als begindatum (uitsluitend voor Wlz-PGB).
	10	Einddatum PGB **)	46	53	8	N	JJJJMMDD	Datum waarop PGB beëindigt is. Indien einddatum later dan 2025 is of er geen einddatum is, vult u 20251231 als einddatum (uitsluitend voor Wlz-PGB).
	11	Toegekend budget PGB in centen **)	54	61	8	N		Toegekend budget in het kader van PGB-Wlz. Het bedrag is in centen, zonder decimaal scheidingsteken en ongeacht eigen bijdragen et cetera (uitsluitend voor Wlz-PGB).
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).
	6	Totaal toegekend budget PGB	37	50	14	N		De som van toegekend budget in rubriek 11 van de detailrecords.

\*) Uitsluitend voor Wlz-declaraties (zorg in natura); PGB toekenningen dienen in aparte rijen opgenomen te worden.

\*\*) Uitsluitend voor PGB toekenningen; Wlz-declaraties (zorg in natura) dienen in aparte rijen opgenomen te worden.

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

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en invullen met voorloopnullen.  
AN=alfanumeriek, links aansluiten/uitlijnen en invullen met spaties.
- Data presentatie:
 

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

ZINL\_NZA\_RVE\_UZOVI\_WLZ\_JJJ\_MND\_NR.txt

UZOVI: het uzovi-nummer van het Zorgkantoor in bestand opgeven.  
JJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft.  
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen.  
NR: Volgnummer; de eerste levering over jaar JJJ heeft volgnummer 01. Elke volgende levering over datzelfde jaar heeft een hoger volgnummer.

## Bijlage C Format Verzekerde periode en persoonskenmerken

Verzekerde periode en persoonskenmerken 2025, tweede deelbestand: verzekerden zonder BSN of zonder geverifieerd BSN

### Format verzekerden zonder BSN

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

Verzekerde	1=geen BSN 2=niet geverifieerd BSN	Postcode (4 cijfers)	Postcode adres Basisregistratie Personen <sup>40</sup> (4 cijfers)	Geboortejaar en -maand (JJJJMM)	Geslacht (1=man, 2=vrouw, 3=onbepaald)	Begindatum verzekering (JJJJMMDD)	Einddatum verzekering (JJJJMMDD)	Fractie verzekerde periode in 2025	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										

<sup>40</sup> Volgens de nieuwe definitie niet-ingezetenen (zie 4.1).

## Bijlage D Modelovereenkomsten

<b>nummer DWH</b>	<b>Uzovi-nummer</b>	<b>Naam modelovereenkomst</b>
80	3358	De Friesland Alles Verzorgd Polis
109	3358	De Friesland Zelf Bewust Polis
104	3351	FBTO Zorgverzekering Basis Plus
105	3351	FBTO Zorgverzekering Basis Vrij
130	3351	FBTO Zorgverzekering Basis
27	3313	Interpolis ZorgActief
113	3313	Interpolis ZorgCompact
55	3311	Zilveren Kruis Basis Zeker
66	3311	Zilveren Kruis Basis Exclusief
85	3311	Zilveren Kruis Basis Budget
91	3311	Pro Life Principe Polis (natura)
114	3311	Pro Life Principe Polis Budget
108	3311	ZieZo Basis
83	403	ik kies zelf van A.S.R. Vrije Keuze combinatie
122	403	ik kies zelf van A.S.R. Goede Keuze natura
96	403	a.s.r. Eigen Keuze
121	403	a.s.r. Ruime Keuze
19	104	NN Zorgverzekering Combinatie
133	104	NN Zorgverzekering Natura (Zorg Voordelig)
33	201	OHRA Zorgverzekering Combinatie
14	7119	CZ Zorg op maatpolis (Natura)
15	7119	CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie)
73	7119	CZdirect (Natura)
97	7119	CZ Zorgbewustpolis (Natura)
123	7119	CZ Just Basic (Natura Just)
20	7029	DSW polisvoorwaarden
44	7037	Stad Holland polisvoorwaarden
42	3347	Salland Basisverzekering
110	3347	HollandZorg Basisverzekering
115	3359	Basisverzekering Natura
116	3359	Basisverzekering Restitutie

118	3359	Basisverzekering Bewust Verzekerd
126	3359	Basisverzekering Natura Select
134	3359	Basisverzekering Bewust Verzekerd Restitutie
5	3333	Anderzorg Basis
31	3332	Menzis Basis
32	3332	Menzis Basis Vrij
102	3332	Hema Basisverzekering
103	3332	Menzis Basis Voordelig
132	3332	VinkVink Basisverzekering
39	3343	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering
127	3343	Jaaah basis
74	699	IZA Eigen Keuze
98	699	IZA Ruime Keuze
128	699	IZA Basis Keuze
50	101	Univé Zorg Geregeld polis
51	101	Univé Zorg Vrij polis
65	101	Univé Gewoon ZEKUR Zorg
107	101	Univé Zorg Select Polis
136	101	Univé Zorg Basis Natura
47	736	UMC Eigen Keuze
125	736	UMC Ruime Keuze
53	7095	VGZ Ruime Keuze
54	7095	VGZ Eigen Keuze
82	7095	VGZ Bewuzt Basis
124	7095	VGZ Basis Keuze
57	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis
58	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis
84	7085	Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis
131	7085	ZEM Polis

## Bijlage E Uitvraag specifieke informatie A: detailinformatie RVE

Tabel 12 Uitvraag in specifieke informatie A: detailinformatie RVE

Kostenrubriek	Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			Toelichting
			2023	2024	2025	
02 Rubriek farmaceutische zorg	Kostencode 520	Kosten van dure extramurale geneesmiddelen <sup>41</sup>	Vanaf schadejaar 2023 zijn er extramurale geneesmiddelen aangemerkt als vaste kosten	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie extramurale geneesmiddelen die onder de vaste kosten vallen. Meer informatie in de meest recente 'Lijst dure geneesmiddelen' opgesteld door het ministerie van VWS.
06 Medisch specialistische zorg	Kostencode 612.1	Kosten add-ons dure intramurale geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren <sup>42</sup>	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening). Meer informatie in de meest recente 'Lijst dure geneesmiddelen' opgesteld door het ministerie van VWS.
10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Deel van kostencode 666	Kosten van dure intramurale geneesmiddelen <sup>43</sup>	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	U specificeert kosten van geneesmiddelen volgens de definitie van dure intramurale geneesmiddelen (artikel 1, Regeling risicoverevening).
13 Diverse overige kosten	Kostencode 703	Transformatiemiddelen IZA	X	Vanaf schadejaar 2024 zijn de transformatie-middelen aangemerkt als vaste kosten	Geen bijzonderheden	Nieuw vanaf schadejaar 2023
15 Grensoverschrijdende	Deel van kostencode 720 -	Variabele zorgkosten	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Dit betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zvw of de kosten van de

<sup>41</sup> Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 2 Rrv 2023)

<sup>42</sup> Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 15 lid 3 Rrv 2021)

<sup>43</sup> Vanaf moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van de vier daaropvolgende kalenderjaren worden kosten aangemerkt als vaste zorgkosten (artikel 16 lid 2 Rrv 2022)

Kostenrubriek	Kostencode	Omschrijving	Bijzonderheden per schadejaar			Toelichting
			2023	2024	2025	
zorg	Kosten van grensoverschrijdende zorg, via verzekeraar	Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	tarifieringen: dit zijn kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar.
	Deel van kostencode 721- Kosten van grensoverschrijdende zorg, via verbindingorgaan <sup>44</sup>	Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 20, EG verordening nr. 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier/ S2. Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar
		Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Tijdelijk verblijf tot maximaal één jaar. Als de verzekerde gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier/ EHIC of vergelijkbaar. Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar
		Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Geen bijzonderheden	Vanaf schadejaar 2022 verantwoording per transactiejaar
n.v.t.	n.v.t.	Totaal berekende nominale rekenpremies tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder	X	X		U rekent hiervoor met de nominale rekenpremie voor 2025 (€ 1.802 per jaar).

<sup>44</sup> U bent verplicht om de in het buitenland gemaakte kosten in de drie genoemde situaties te specificeren op basis van de declaraties die het CAK gedurende het jaar aan u voorlegt. De brief c.q. het schadelastrapport die u van het CAK hierover ontvangt is hierin niet leidend.

## Bijlage F Toelichting op de kostendefinities

Kosten worden gerubriceerd naar het type zorg (rubrieken) en binnen een rubriek toegewezen aan een kostencode. Per rubriek verschilt het aantal beschikbare kostencodes. Alle kosten worden ingedeeld naar exact één van de kostencodes in de rubriek.

### **01 Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg**

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

#### **503** Bijzondere betalingen

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

#### **504** Avond-, nacht- en weekenddiensten

- ANW-verrichtingen in HDS/buiten HDS.

#### **505** Inschrijftarieven

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

#### **506** Consulttarieven

- De kosten van consulten en visites door een huisarts.
- 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.
- HAZ kosten voor 'meer tijd voor de patiënt'.

#### **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. Meedenkadvies MSZ.
- 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.
- Huisartsenzorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.
- Kosten voor valrisicobeoordeling uitgevoerd binnen de huisartsenzorg.

#### **510** Multidisciplinaire zorg

- Multidisciplinaire zorg DM2/VRM.
- Multidisciplinaire zorg COPD/astma.
- Organisatie en infrastructuur.
- Alle prestaties dieetadvisering ihkv MDZ.
- Programma Stoppen met roken.
- Prestaties die vallen onder module geïntegreerde eerstelijnszorg.
- MDZ kosten voor 'meer tijd voor de patiënt'.

#### **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.
- Multidisciplinaire zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.
- Mentale Gezondheidsnetwerken: coördinatie en organisatie-activiteiten en overige functies uitgevoerd door regionale huisartsorganisaties.

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

### **02 Farmaceutische zorg**

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

#### **520** Kosten van farmaceutische zorg

- Kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering.
- Afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel.
- Kosten van 'niet verstrekking gerelateerde prestaties'.
- Farmaceutische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

De Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik, gedeclareerd door huisartsen,

verantwoordt u bij rubriek 02 farmaceutische zorg.

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

#### **Kosten geneesmiddel:**

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

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

#### **Kosten i.v.m. terhandstelling:**

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

Voor een nader toelichting op de verschillende Wmg-tarieven: zie [www.nza.nl](http://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 Zwv én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

#### **530 Kosten van Verpleging en Verzorging**

- De kosten van de volgende prestaties: persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, advies-instructie-voorlichting (AIV), beloning op maat, experiment bekostiging V&V (t/m 2021), regionale beschikbaarheidsfunctie (t/m 2021), ketenzorg dementie, organisatie en beschikbaarheid van avond-, nacht, en weekendzorg en experiment cliëntprofielen V&V. Ook intensieve kindzorg wordt via bovenstaande prestaties gedeclareerd en verantwoord bij kostencode 530. Kosten voor zittend ziekenvervoer t.b.v. intensieve kindzorg worden verantwoord bij rubriek 09.
- Zowel verpleging en verzorging als intensieve kindzorg kan via een PGB gefinancierd worden. Ook dan worden deze kosten verantwoord bij kostencode 530.
- De kosten van 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.
- Verpleging en verzorging-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

### **04 Mondzorg**

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

#### **560.1 Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden**

Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden door tandartsen volgens het Besluit

zorgverzekering.

- Op röntgendiagnostiek door een algemeen practicus bestaat uitsluitend aanspraak ten behoeve van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg, artikel 2.7, lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering).
- De aanspraak op implantaten in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) geldt met ingang van 2018 alleen voor de kosten van de honoraria van het plaatsen van het implantaat en de afzonderlijk in rekening gebrachte kosten van het implantaat.
- OZP, Overige verrichtingen, prestaties bijzondere 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 kostencode 561.
- De kosten van de verzekerde prestaties orthodontie voor volwassen verzekerden.
- De Bijzondere betalingen mondzorg. U verantwoordt deze kosten bij de betreffende tariefgroep van 560.1.
- Mondheelkundige zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming voor volwassen verzekerden.

#### **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).
- Mondheelkundige zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming voor jeugdige verzekerden

#### **561 Kosten van gebitsprothesen en implantaten**

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

### **05 Verloskundige zorg**

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

#### **580 Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen**

- Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen.
- Verloskundige zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

#### **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 Zwv én conform het in paragraaf 3.3 beschreven kostenbegrip.

#### **545** Kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie

Kosten en techniekkosten voor kaakchirurgen.

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

#### **610.1** NTS

Betalingen aan de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).

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

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

- Kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten (inclusief verrekeningen via de NZa).
- Alle kosten die huisartsenlaboratoria declareren worden verantwoord bij 610.2, ongeacht wie de aanvrager is. OZP's die door productiesamenwerkingsverbanden<sup>45</sup> gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 611.

#### **611** Overige zorgproducten

Overige zorgproducten volgens de Tarieventabel DBC-zorgproducten en overige producten van de NZa. Ook verantwoordt u hier medisch-specialistische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

Niet alle van de 'overige zorgproducten' worden verantwoord bij 611. De volgende overige zorgproducten worden **niet** bij 611 verantwoord:

- Alle prestaties 'OZP supplementair – Add-on duur of weesgeneesmiddel' en 'OZP supplementair – Add-on IC', verantwoordt u bij kostencode 612.1 en 612.2. De prestatie Add-on overig verantwoordt u wel bij kostencode 611;
- Intramuraal verstrekte bloedstollingsmiddelen verantwoordt u miv 2021 bij kostencode 612.1 'add-ons dure en weesgeneesmiddelen'.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor logopedie, verantwoordt u bij kostencode 623.
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor ergotherapie, verantwoordt u bij kostencode 624;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor dieetadvisering, verantwoordt u bij kostencode 625. Prestaties dieetadvisering in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire dienstverlening verantwoordt u bij kostencode 510;
- OZP paramedische behandeling en onderzoek, prestaties voor optometrie en orthoptie, verantwoordt u bij kostencode 701;
- OZP Overige verrichtingen, prestaties bijzondere tandheelkunde, verantwoordt u bij rubriek 04;
- OZP Overige verrichtingen, kosten van alle prestaties kaakchirurgie, verantwoordt u bij kostencode 545;
- OZP's die door huisartsenlaboratoria gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 610.2. OZP's die door productiesamenwerkingsverbanden<sup>45</sup> gedeclareerd worden, worden verantwoord bij 611;
- OZP geriatrische revalidatie, toeslag voor revalidatie en herstel bij morbide obesitas,

<sup>45</sup> Te herkennen aan de erkenning "NZa categorie Samenwerkingsverbanden (beroepsbeoefenaren)" in het AGB-register

verantwoordt u bij kostencode 670;

- De kosten van de prestatie Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT) gedeclareerd door een niet-medisch specialistische instelling worden verantwoord bij rubriek 03 V&V.

#### **612.1** Kosten Add-ons – Dure geneesmiddelen

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

#### **612.2** Kosten Add-ons – IC

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

#### **613.1** Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment.

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

#### **615.1** Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment.

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

#### **619** Kosten extramuraal werkende specialisten

Kosten van de gehele medisch specialistische zorg (MSZ) in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk (EMS) worden tot en met 2024 verantwoord onder kostencode 619. Vanaf schadepjaar 2025 worden de kosten van extramuraal werkende specialisten niet langer afzonderlijk verantwoord en vervalt kostencode 619. Kosten van deze instellingen worden dan op dezelfde manier als die van andere MSZ-instellingen verantwoord

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

### **07 Paramedische zorg**

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

#### **620** Kosten van fysiotherapie

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.
- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.
- Epilatie bij transgenders.
- Kosten voor valrisicobeoordeling en valpreventieve interventies uitgevoerd door paramedische zorgverleners worden verantwoord onder 620.
- Paramedische zorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

#### **621** Kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar

- Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefentherapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft.

- Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen alleen ten laste van de Zvw verantwoord worden vanaf de 21e behandeling.

#### **623 Kosten van logopedie**

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

#### **624 Kosten van ergotherapie**

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

#### **625 Kosten van dieetadvisering**

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

#### **626 Kosten van gecombineerde leefstijl interventie**

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

### **08 Hulpmiddelenzorg**

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

#### **640 Kosten van hulpmiddelenzorg**

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

### **09 Ziekenvervoer**

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

#### **650 Kosten van vervoer per ambulance/helikopter**

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.
- Ziekenvervoer-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

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

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

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

#### **650.1** Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen

- Hier rapporteert u uitsluitend bedragen die stroken met de opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen. De verantwoording vindt plaats in het jaar waarop de opbrengstenverrekeningen van toepassing zijn. De opbrengstenverrekening verantwoordt u op transactiebasis en voor jaar T, T-1 en T-2. Bij de ontvangen en geaccepteerde lasten vult u de door de NZa in voorlopige, aanvullend voorlopige of definitieve beschikkingen vastgestelde bedragen in. Bij de voorlopige beschikkingen gaat het hierbij uitsluitend om de reeds gepasseerde maanden. Bij de eerste kwartaalstaat levert u bijvoorbeeld alleen de maandelijkse verrekenbedragen over de eerste drie behandelmaanden op. In de totale lasten geeft u een raming op van de verwachte definitieve opbrengstenverrekeningen. Deze raming vervangt u uiteindelijk door de definitieve opbrengstenverrekeningen zoals vastgesteld door de NZa.

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

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

### **10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg**

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

Vanaf 2022 wordt er in de GGZ gewerkt met een nieuwe bekostiging: het Zorgprestatiemodel (ZPM).

#### **666** Kosten consulten GGZ

- 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 (tot 2026) 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.
- Vanaf 2024 valt de toeslag voor psychodiagnostisch onderzoek onder kostencode 666.
- Tot 2026 valt Spravato onder kostencode 666 Kosten consulten GGZ. Vanaf 2026 valt deze prestatie onder kostencode 668 Kosten overige prestaties GGZ. Zie voor verantwoording prijsarrangement op Spravato de beschrijving onder kostencode 668.

#### **667** Kosten intramuraal verblijf GGZ

- Onder kostencode 667 vallen de kosten en toeslagen van verblijfsdag A t/m G (beveiligingsniveau geen, 2, 3 of 4), verblijfsdag H (hic) en Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR). Een toeslag die bij verblijfsdag D van toepassing kan zijn, is de toeslag oorlogsgerelateerd psychotrauma.
- Vanaf 2024 worden ook verblijfsdagen E, F en G met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit onder deze kostencode verantwoord.

#### **668** Kosten Overige prestaties GGZ

- Onder kostencode 668 vallen de kosten voor overige prestaties. Overige prestaties zijn toeslag voor contingency management (2025), elektroconvulsietherapie, rTMS ten behoeve van de rTMS Technician, consultatie bij euthanasieverzoeken, intercollegiaal overleg setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II, zorgmachtiging Wvvgg, facultatieve prestaties, transitieprestatie, consult acute GGZ binnen budget en verblijfsdag D t/m H acute GGZ binnen budget.
- Vanaf 2023 valt "Ambulante methadonverstrekking" onder kostencode 668 i.p.v. onder kostencode 666.
- Vanaf 2024 valt toeslag reistijd acute ggz ter dekking van het budget onder kostencode 668. Ook kan de prestatie consultatiefunctie sociaal domein op deze kostencode verantwoord worden.
- GGZ-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.
- Het verkennend gesprek als onderdeel van de bekostiging mentale gezondheidsnetwerken wordt in 2025 verantwoord onder kostencode 668, onafhankelijk van de zorgverlener die deze prestatie uitvoert.
- Mentale Gezondheidsnetwerken: coördinatie en organisatie-activiteiten en overige functies uitgevoerd door GGZ-zorgverleners en -instellingen.
- Verantwoording prijsarrangement op Spravato. Voor Spravato geldt een prijsarrangement. De korting die hieraan gekoppeld is, moet tot 2026 verantwoord worden onder kostencode 666 en vanaf 2026 onder kostencode 668. 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 extramurale geneesmiddelen met een prijsarrangement. Op basis van die verhouding kan de ontvangen korting worden verdeeld. Dus als totale bruto-omzet € 100 is waarvan € 90 extramurale geneesmiddelen (520) en € 10 GGZ (Spravato), dan is 10% (€ 10 / € 100) van de ontvangen korting bestemd voor GGZ.

#### **11 Geriatrische revalidatie, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen**

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

#### **670** Kosten van geriatrische revalidatiezorg

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.
- GRZ/ELV/GZSP-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

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

#### **671** Eerstelijnsverblijf

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

#### **672** Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen

- Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering.

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

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

De paramedische zorg die gegevens wordt als onderdeel van de GZSP wordt verantwoord bij

rubriek 07 Paramedische zorg volgens regelgeving eerstelijns paramedische zorg.

## **12 Kraamzorg**

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

### **680 Kosten van kraamzorg**

- Kosten van kraamzorg ten huize van de verzekerde onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum en kosten van kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie.
- Kraamzorg-gerelateerde deelprestaties ten behoeve van patiëntengroepsgebonden afstemming.

## **13 Diverse Overige kosten**

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

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

### **700 Kosten van Overige kosten**

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

### **701 Kosten van overige geneeskundige zorg**

- Bij deze kostencode verantwoordt u de kosten van prestaties op basis van de beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' van de NZa, met uitzondering van de prestatie 'Wet zorg en dwang'. Deze kosten verantwoordt u bij kostencode 672.
- U verantwoordt hier geneeskundige individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten door GGD'en. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door GGD-artsen en gedeclareerd door huisartsenlaboratoria worden verantwoord bij 610.2. De overige prestaties eerstelijnsdiagnostiek worden verantwoord bij kostencode 611.
- Onder deze kostencode verantwoordt u ook de kosten voor orthoptie en optometrie. De kosten mogen uitsluitend ten laste van de Zvw worden gebracht voor zover het Zvw zorg is geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en voor zover aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden in de polis is voldaan. U verantwoordt hier ook de OZP's orthoptie en optometrie, gedeclareerd door instellingen.
- Hier verantwoordt u de prestaties Voetzorg bij Diabetes Mellitus, Koemelkallergietest (niet behorend bij MDZ) en regiefunctie complexe wondzorg.
- ADZ-Parkinsonzorg wordt 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.
- Over schadejaar 2024 verantwoordt u hier de kosten van valrisicobeoordeling als onderdeel van valpreventie. De kosten van de valpreventieve interventie uitgevoerd door een paramedische zorgverlener verantwoordt u bij fysiotherapie (kostencode 620). Vanaf 2025 worden kosten voor valrisicobeoordeling niet langer onder kostencode 701 verantwoord, maar bij de rubriek van de uitvoerende zorgverlener.

### **702 Kosten van Zintuiglijk gehandicapten**

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

### **703 Transformatiemiddelen Integraal Zorgakkoord 2023 tot en met 2026**

Vanaf 2023 worden de transformatiemiddelen verantwoord onder kostencode 703.

In het Integraal zorgakkoord (IZA) is opgenomen dat er transformatiegelden beschikbaar

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

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

### **15 Grensoverschrijdende zorg**

Bij deze rubriek verantwoordt u alleen de kosten van prestaties Zvw die zijn gemaakt in het buitenland in de hierna beschreven situaties. De in Nederland gemaakte kosten van prestaties Zvw van de hierna genoemde 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 (kostencode 720) en naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid (kostencode 721).

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

U ontvangt informatie over de kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg die voor uw 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/ EHC of vergelijkbaar, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde tarifieringen). Dit kan alleen bij landen waarmee een tarifieringovereenkomst is afgesloten. In dit geval vindt de verantwoording plaats op basis van de bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten.

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

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

#### **721 Kosten via verbindingsorgaan**

- Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid: dit betreft kosten gemaakt in het buitenland op basis van afspraken tussen Nederland en het betreffende land, die zijn vastgelegd in verordeningen of verdragen. Vergoeding vindt in dat geval plaats op

basis van het in het betreffende land geldende pakket. Dit kunnen kosten betreffen in alle EU/EER landen en de overige verdragslanden waar Nederland een verdrag mee heeft. Per schadejaar 2022 zal de verantwoording van de grensoverschrijdende zorg via het verbindingsorgaan, kostencode 721, verantwoord worden op transactiebasis in plaats van kasbasis.

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

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

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

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

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

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

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

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

De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden:

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

## 16 Kwaliteitsgelden

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

### 730 Kwaliteitsgelden

Hier verantwoordt u de volgende kosten:

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

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

### Baten Zvw

#### 890.1 Opbrengsten verhaal

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

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

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

Dit betekent voor de kwartaalstaten 2022 het volgende;

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

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

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

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

#### 910 Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden

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

#### **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.

## Bijlage G Toelichting op de definities specifieke informatie C

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

U specificeert hier de 'Kosten van eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorgaanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria' en kosten 'Trombosediensten'. De kosten van huisartsenlaboratoria en trombosediensten zijn inclusief verrekeningen via de NZa. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek door productiesamenwerkingsverbanden verantwoordt<sup>45</sup> u bij kostencode 611.

### **611 Overige zorgproducten**

In deze tabel specificeert u de kosten van overige zorgproducten 611 naar de categorie van de zorgverlenende instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Zie hieronder voor nadere toelichting. Let op: Niet alle overige zorgproducten (volgens de 'Tarieventabel DBC-zorgproducten en overige zorgproducten' van de NZa) verantwoordt u bij kostencode 611. Zie Bijlage F Toelichting op de kostendefinities voor de kostendefinitie van 611.

### **612.1 Kosten Add-ons - Dure geneesmiddelen en Stollingsfactoren**

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 612.1 naar de categorie van de zorgverlenende instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Zie hieronder voor nadere toelichting.

### **612.2 Kosten Add-ons – IC**

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 612.2 naar de categorie van de zorgverlenende instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Zie hieronder voor nadere toelichting.

### **613.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten gereguleerde segment naar instelling**

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 613.1 naar de categorie van de zorgverlenende instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Zie hieronder voor nadere toelichting.

### **615.1 Integrale kosten van DBC-zorgproducten vrije segment naar instelling**

In deze tabel specificeert u de kosten van DBC-zorgproducten 615.1 naar de categorie van de zorgverlenende instelling: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Zie hieronder voor nadere toelichting.

#### *Specificatie naar de categorie van de zorginstelling*

U specificeert de kosten van overige zorgproducten van kostencode 611, 612.1, 612.2, 613.1 en 615.1 naar categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen<sup>46</sup>, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en overige zorgaanbieders. Bij deze overige zorgaanbieders horen DBC-gefinancierde instellingen zoals centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra, maar ook productiesamenwerkingsverbanden en Wlz-instellingen die Zvw-prestaties leveren. Ook zzp-ers die MSVT leveren moeten hier worden opgenomen.

### **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:

<sup>46</sup> Inclusief de Sint Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, NKI Antoni van Leeuwenhoek, Maxima Centrum voor Kinderoncoloogie, Holland Particle Therapy Center, epilepsiecentra, revalidatie-instellingen en de long/astma-instellingen

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

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

### **Contractinformatie**

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

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

### Onderverdeling contractinformatie

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

### Gecontracteerde zorg

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

U heeft keuze uit de volgende contractvormen:

- Aanneemsummen: deelcontracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar zorg levert;
- Plafondcontracten: deelcontracten die wel een maximumomzet, maar geen minimumomzet kennen;
- Nacalculatie bij aanneemsummen en plafondcontracten: dit betreft bonus-malus regelingen' die in de aanneemsumcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Onder deze categorie neemt u alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten op. Het betreft onder andere specifieke nacalculaties die niet leiden tot een aanpassing van een breder geldend plafond, omdat dit bijvoorbeeld de prikkel voor de zorginstelling vermindert. Mogelijk wordt in plaats daarvan juist meer ruimte op

andere afspraken en/of extra middelen gehonoreerd. Deze bonusopbrengsten (of maluskortingen als een doel niet wordt gehaald) kunnen dan opgevat worden als nacalculatie. Voorbeelden zijn bonusregelingen als een zorginstelling een bepaalde voorwaarde haalt, bijvoorbeeld een (permanente) verbetering van de kwaliteit van de zorg, innovatieve kostenbesparingen 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.

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

### **Wanbetalersregeling Zorgverzekeringswet**

In opdracht van het ministerie 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-/vierdemaandsbrieven, aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling en het aantal bij het CAK aangemelde wanbetalers.

#### Toelichting op de uitvraag

Aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand:

- U geeft hier het aantal verzekeringnemers op met een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie van de basisverzekering van twee of meer volle maandpremies. Rente en incassokosten laat u buiten beschouwing. Verzekeringnemers met een

betalingsregeling en die deze volledig nakomen, telt u niet mee.

- Ieder kwartaal levert u drie maandstanden aan. De peildatum is iedere maand de laatste dag van de betreffende maand.
- Per maand telt u het aantal verzekeringnemers dat op de peildatum een achterstand in de premiebetaling heeft van respectievelijk:
  - twee of meer, maar minder dan vier volle premiemaanden
  - vier of meer, maar minder dan zes volle premiemaanden
  - zes of meer volle maandpremies.

Aantal 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'
  - Tweedemaandsbrief: deze brief wordt verstuurd uiterlijk tien dagen nadat de hoogte van de achterstand op de basisverzekering tenminste twee maandpremies bedraagt en er een herinnering en een aanmaning is verstuurd.
  - Vierdemaandsbrief: deze brief wordt verstuurd uiterlijk tien dagen nadat de hoogte van de achterstand op de basisverzekering tenminste vier maandpremies bedraagt.

Aantal debiteuren met een interne of externe betalingsregeling:

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

Aantal actieve stabilisatieovereenkomsten voor premiebetaling:

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