

| Inhoudsopgave Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet | | |
|---|---|---------------------------|
| Nummer | Omschrijving | nieuw miv handboek |
| 1. | Algemeen | |
| 1.1 | Indeling handboek | |
| 1.2. | Aanlevering van gegevens | |
| 1.3. | Wijzigingen en aandachtspunten per jaar | |
| 2. | Specifieke Informatie A | |
| 2.1. | Bestuurlijke Verklaring | |
| 2.2. | Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat | |
| 2.3. | Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | |
| 2.4. | Informatie tbv afrekeningen met het buitenland | |
| 2.5. | Opgave betalingsachterstanden nominale premie | augustus 2008 |
| 3. | Specifieke Informatie C | |
| 3.1. | Specificaties van kosten en productie | |
| 3.2. | Overige specificaties | |
| 4. | Controle overzichten | |
| 4.1 | Controle-overzichten kwartaalstaten | |
| 4.2 | Controle-overzichten jaarstaat | |
| 5. | Definities Kosten en Productie | |
| 5.1 | Kostenbegrip | |
| 5.2 | Kolommen kostenverzamelstaat | |
| 5.3 | Overloop DBC's van T naar T+1 | |
| 5.4 | Kostenrubrieken en kostencodenummers | |
| 5.5 | DBC's | |
| 5.6 | Instellingen en AGB-codes | augustus 2008 |
| 6. | Aanvullende informatie risicoverevening | |
| 6.1 | Structurele gegevensvraag ihkv uitvoeringsproces risicoverevening | |
| 6.2. | Gegevensvraag RBVZ | december 2009 |
| 6.3. | Gegevensvraag persoonskenmerken | |
| 6.4. | Gegevensvraag farmacie kosten groepen (FKG's) | |
| 6.5. | Gegevensvraag diagnose kosten groepen (DKG's) | |
| 6.6. | Gegevensvraag GGZ-gegevens | december 2009 |
| 6.7. | Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC) | |
| 7. | Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening | december 2007 |
| 7.1 | Definitieve opgave opbrengstverrekening | augustus 2008 |
| 8. | Bijlagen record lay-out informatie risicoverevening | december 2007 |

| 1. Algemeen | |
|-------------|---|
| Nummer | Omschrijving |
| 1.1. | Indeling handboek |
| 1.2. | Aanlevering van gegevens |
| 1.3. | Wijzigingen en aandachtspunten per jaar |

Algemeen

Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan het CVZ moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het betreft:

- specifieke informatie in de kwartaal- en jaarstaten
- aanvullende specifieke informatie voor de risicoverevening

In dit hoofdstuk vindt u in paragraaf 1.1. een toelichting op de indeling van het handboek. In paragraaf 1.2. vindt u welke documenten en bestanden u op welk moment aan wie moet aanleveren, adresgegevens en helpdeskgegevens en de procedure rond de pseudonimisering van persoonsgegevens.

Het handboek is jaarsonafhankelijk. In paragraaf 1.3. zijn de wijzigingen en aandachtspunten per jaar en per versie van het handboek opgenomen.

Invoer gegevens en afronding in de kwartaal- en jaarstaten, opgave opbrengstverrekening DBC's en HKC

Als de waarde onbekend is, dan neemt u niets op. Als de waarde nul is, dan vult u een nul in. Met ingang van de **aanleveringen per 1 juni 2009** neemt u 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.

1.1. Indeling Handboek

Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan het CVZ moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het betreft:

- specifieke informatie in de kwartaal- en jaarstaten
- aanvullende specifieke informatie voor de risicoverevening

De hoofdstukken 2 tot en met 5 gaan over de kwartaal- en jaarstaten en hoofdstuk 6 gaat over de aanvullende informatie risicoverevening. In hoofdstuk 7 komt de (tijdelijke) gegevensaanlevering ten behoeve van de opbrengstverrekening aan de orde. Hoofdstuk 8 geeft de record lay-out van de bestanden per verzekerde ten behoeve van de risicoverevening.

De hoofdstukken 2 tot en met 4 volgen de indeling van het elektronisch format van de kwartaal- en jaarstaten. Elke tabel in de elektronische formats van de kwartaal- en jaarstaten is in dit handboek opgenomen. Bij elke tabel treft u een inhoudelijke omschrijving aan van hetgeen in de tabel wordt uitgevraagd. Ook is aangegeven hoe vaak de tabel moet worden aangeleverd.

In hoofdstuk 5 treft u diverse definities aan van begrippen zoals die in de kwartaal- en jaarstaten van toepassing zijn.

Het handboek is, voor wat betreft de hoofdstukken die gaan over de feitelijke gegevensaanlevering, ingedeeld in de onderdelen:

2. Specifieke Informatie A (met accountantsverklaring);
3. Specifieke Informatie C (beleidsinformatie zonder accountantsverklaring);
4. Controle Overzichten;
6. Aanvullende informatie risicoverevening;
7. Gegevens opbrengstverrekening;

2. Specifieke Informatie A betreft informatie die in de jaarstaat met accountantsverklaring moet worden aangeleverd: detailinformatie voor de risicoverevening, afrekeninformatie buitenland en informatie in het kader van het 'Besluit ondermandaat zorgverzekeraars inzake oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering'. Het controleprotocol bij de specifieke informatie A ontvangt u van de NZa. Tevens moet bij de specifieke informatie A in de jaarstaat een bestuursverklaring worden aangeleverd.

In de jaarstaat 2009, specifieke informatie A, zijn tevens de gegevens over betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 opgenomen.

| | |
|---|---|
| Specifieke Informatie A (in jaarstaat met accountantsverklaring) | Bestuurlijke Verklaring |
| | Detailinformatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat |
| | Betalingsachterstanden nominale premie |
| | Afrekeninformatie Buitenland |
| | Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling |

3. Specifieke Informatie C betreft beleidsinformatie die zonder accountantsverklaring wordt aangeleverd: 'specificaties van kosten en productie' per kostenrubriek/ kostencodenummer en 'overige specificaties'. Onder 'Overige specificaties' staat de nadere specificatie van de post 'Met het zorgverzekeringsfonds te verrekenen', zoals opgenomen in de jaarrekening.

| | |
|---|---------------------------------------|
| Specifieke Informatie C (zonder accountantsverklaring) | Specificaties van kosten en productie |
| | Overige specificaties |

4. Controle-Overzichten zijn er voor de aansluiting van de informatie binnen de kwartaal- of jaarstaat. In het controleoverzicht worden de in de diverse tabellen ingevulde gegevens automatisch via koppelingen weergegeven. Eventuele verschillen moeten schriftelijk worden toegelicht.

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| Controleoverzichten | Controle-overzichten kwartaalstaten |
| | Controle-overzichten jaarstaat |

6. Aanvullende informatie risicoverevening gaat over aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. Deze bestanden moeten worden aangeleverd met een bestuursverklaring en een assurancerapport.

| | |
|--|--|
| Aanvullende informatie risicoverevening met assurancerapport | Bestand persoonskenmerken per verzekerde met bestuursverklaring |
| | Bestand farmaciegegevens per verzekerde met bestuursverklaring |
| | Bestand DBC-gegevens per verzekerde met bestuursverklaring |
| | RBVZ met bestuursverklaring |
| zonder assurancerapport | Bestand persoonskenmerken uitstroom met bestuursverklaring |
| | Bestand verzekerden met een bevestigd E-106 formulier met bestuursverklaring |
| | Bestand GGZ declaraties per BSN met bestuursverklaring |

Tot slot is in dit hoofdstuk nadere informatie opgenomen over de nacalculatie en renteberekening en een toelichting op de structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening. Om de nacalculatie te berekenen stelt het CVZ een nacalculatieschema ter beschikking. Dit schema is voor eigen gebruik en hoeft u niet aan het CVZ te sturen.

7. Gegevens opbrengstverrekening gaat over de (tijdelijke) gegevensaanlevering ten behoeve van de berekening van de marktaandelen in het kader van de opbrengstverrekening.

1.2. Aanlevering van gegevens

De aanlevering van gegevens over de Zvw door de zorgverzekeraars aan het CVZ en de NZa omvat:

- kwartaal- en jaarstaten
- aanvullende gegevens risicoverevening
- gegevens opbrengstverrekening (tijdelijk)

Hierna is per onderdeel toegelicht welke gegevens, op welk moment, door wie, aan wie moeten worden aangeleverd. Voor een nadere toelichting op de aanleveringen aan de NZa en de voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar, verwijs ik u naar de NZa (o.a. het Protocol vereveningsonderzoek Zvw dat de NZa jaarlijks uitbrengt).

Aanlevering van de kwartaal- en jaarstaten Zvw

- Jaarstaat Zvw

De wettelijke termijn voor het indienen van de jaarverantwoording door zorgverzekeraars is uiterlijk 1 juli t+1. Het CVZ heeft besloten om de inhoud van de 4e kwartaalstaat niet uit te breiden ten opzichte van de eerste drie kwartaalstaten maar de inzenddatum van de jaarstaat vast te stellen op 1 juni t+1. Dit geeft de minste extra lasten voor verzekeraars en een maand vervroeging van de jaarstaat biedt net voldoende ruimte om de taken van het CVZ uit te kunnen voeren en om het ministerie van VWS op tijd van informatie te kunnen voorzien ten behoeve van de begroting.

De inzending van de jaarstaat omvat:

Aan het CVZ: - verplicht elektronisch format opgesteld door het CVZ

Aan de NZa: - gewaarmerkte specifieke informatie A met accountantsverklaring (op papier)
- bestuursverklaring bij de specifieke informatie A (op papier)

De inzenddatum voor de documenten aan de NZa is ook 1 juni T+1. In het begeleidende schrijven geeft de zorgverzekeraar aan dat de gegevens in het elektronisch format gelijk zijn aan de op papier aangeleverde gegevens.

- Kwartaalstaten Zvw

Alle zorgverzekeraars zorgen ervoor dat het CVZ de volledige kwartaalstaat uiterlijk zes weken na afloop van het betreffende kwartaal heeft ontvangen. De verzekerdstanden over het eerste kwartaal moeten uiterlijk op 7 maart door het CVZ zijn ontvangen.

De inzending van de kwartaalstaat omvat:

Aan het CVZ: - verplicht elektronisch format opgesteld door het CVZ

- een bestuursverklaring, uitsluitend bij de verzekerdstand van de maand maart

Samengevat zijn de inzenddata voor de kwartaal- en jaarstaten Zvw:

1^e kwartaal: 7 maart (uitsluitend verzekerdstanden januari t/m maart en bestuursverklaring)

1^e kwartaal: 12 mei

2^e kwartaal: 11 augustus

3^e kwartaal: 11 november

4^e kwartaal: 11 februari T+1

jaarstaat : 1 juni T+1

1.2. Aanlevering van gegevens

Aanlevering van aanvullende gegevens risicoverevening in 2010

In het kader van de risicoverevening vraagt het CVZ, naast de kwartaal- en jaarstaten in 2010 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars:

- persoonskenmerken per verzekerde met BSN, bestaande uit drie bestanden (persoonskenmerken, persoonskenmerken uitstroom en verzekerden met bevestigd E-106 formulier)
- persoonskenmerken per verzekerde zonder BSN
- farmaciegegevens per verzekerde
- DBC-gegevens (exclusief GGZ) per verzekerde
- GGZ-gegevens per verzekerde
- RBVZ
- opgave hoge kosten compensatie (HKC)

De inzending van de farmaciegegevens, DBC-gegevens, persoonskenmerken en RBVZ omvat:

Aan het CVZ: - gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP, voor RBVZ via SAZ)
- elektronische versie van de bestuursverklaring zoals die op papier aan de NZa is gestuurd

Aan de NZa: - bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier)
- assurancerapport bij de bestuurlijke verklaring (op papier)

De inzending persoonskenmerken uitstroom, bevestigd E-106 formulier en GGZ-gegevens omvat:

Aan het CVZ: - gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP)
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier)

De inzending persoonskenmerken verzekerden zonder BSN omvat:

Aan het CVZ: - Excel bestand
- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier)

De inzending van de hoge kosten compensatie (HKC) omvat:

Aan het CVZ: - verplicht elektronisch format opgesteld door het CVZ
Aan de NZa: - opgave hoge kostencompensatie met assurancerapport (op papier)
- bestuursverklaring bij de opgave (op papier)

Aanlevering van gegevens opbrengstverrekening in 2010

In 2010 leveren de zorgverzekeraars separaat de definitieve opgave opbrengstverrekening 2008 aan.

De inzending van de definitieve opgave opbrengstverrekening omvat:

Aan het CVZ: - verplicht elektronisch format opgesteld door het CVZ
Aan de NZa: - gewaarmerkte opgave definitieve opbrengstverrekening DBC's met assurancerapport (op papier)
- bestuursverklaring bij de definitieve opgave (op papier)

| 1.2. Aanlevering van gegevens | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------|
| Aanleverkalender | | | |
| In onderstaande tabel is weergegeven welke informatie Zvw in 2010 over 2008, 2009 en 2010 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars. | | | |
| Wat | Peildatum/ verslagperiode | Wie *) | Aanleverdatum |
| Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal | 1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2009 en oude jaren | alle zorgverzekeraars 2009 | 11 februari 2010 |
| Kwartaalstaat verzekerdstanden | verzekerdstanden januari, februari en maart 2010 | alle zorgverzekeraars 2010 | 7 maart 2010 |
| Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal | 1 ^e kwartaal 2010 en oude jaren | alle zorgverzekeraars 2010 | 12 mei 2010 |
| Opbrengstverrekening | declaraties van DBC's geopend in 2008 en kosten revalidatie-instellingen 2008 | alle zorgverzekeraars 2008 | 1 juni 2010 |
| Farmaciegegevens | declaraties 2009 op transactiebasis | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 juni 2010 |
| DBC-gegevens | declaraties van DBC's geopend in 2008 | alle zorgverzekeraars 2008 | 1 juni 2010 |
| GGZ-gegevens | declaraties van DBC's GGZ geopend in 2008 en de overige declaraties GGZ 2008 | alle zorgverzekeraars 2008 | 1 juni 2010 |
| Jaarstaat | schadejaren 2009 en 2008 | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 juni 2010 |
| Persoonskenmerken | premie prolongatiedatum voor de maand juni 2010 | alle zorgverzekeraars 2010 | 1 juli 2010 |
| <i>2 aanvullende opgaven:</i> - Persoonskenmerken uitstroom | Verslagjaar 2009, opgave van verzekerden die in 2009 zijn "uitgestroomd" | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 juli 2010 |
| - Persoonskenmerken verzekerden met E-106 | Verslagjaar 2009, opgave van verzekerden met een bevestigd E-106 formulier | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 juli 2010 |
| RBVZ | Verslagjaar 2009, opgave van verzekerden die in 2009 stonden ingeschreven | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 juli 2010 |
| Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal | 1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2010 en oude schadejaren | alle zorgverzekeraars 2010 | 11 augustus 2010 |
| *) 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. | | | |

1.2. Aanlevering van gegevens**Vervolg Aanleverkalender**

| Wat | Peildatum/ verslagperiode | Wie *) | Aanleverdatum |
|---|---|-------------------------------|----------------------|
| Persoonskenmerken verzekerden zonder BSN | Nieuwe opgave verslagjaar 2008, opgave van verzekerden die in 2008 stonden ingeschreven | alle zorgverzekeraars 2008 | 1 november 2010 |
| Persoonskenmerken verzekerden zonder BSN | Verslagjaar 2009, opgave van verzekerden die in 2009 stonden ingeschreven | alle zorgverzekeraars 2009 | 1 november 2010 |
| Hoge - kostencompensatie | verslagjaar 2008, declaraties van verzekerden voor zover die onder de hoge- kostencompensatie vallen | alle zorgverzekeraars 2008 | 1 november 2010 |
| Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal | 1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2010 en oude schadejaren | alle zorgverzekeraars 2010 | 11 november 2010 |

*) 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.

1.2. Aanlevering van gegevens

Bestuursverklaring bij aanvullende gegevens risicovereeniging en gegevens opbrengstverrekening

In de bestuursverklaring verklaart de ondertekenaar dat de aangeleverde gegevens naar het oordeel van het bestuur juist zijn en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties. De ondertekening moet plaatsvinden door het bestuur dan wel een persoon die hiervoor formeel toe gemachtigd is.

Het afgeven van een bestuursverklaring betekent dat de zorgverzekeraar in ieder geval een dossier heeft ingericht waarin is aangegeven:

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

Dit dossier moet beschikbaar zijn voor een (eventuele) review door de NZa.

Voor het afgeven van de bestuursverklaring moet de zorgverzekeraar in voldoende mate interne controles hebben verricht.

Een model van elke bestuursverklaring is opgenomen bij de toelichting op het betreffende bestand in hoofdstuk 6 en 7.

Pseudonimisering en verzending aan ZorgTTP

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 Zorg TTP. Het CVZ ontvangt de gepseudonimiseerde bestanden vervolgens van Zorg TTP.

Als u ervoor kiest om een bewerkingsovereenkomst te sluiten met bijvoorbeeld Vektis, dan blijft u verantwoordelijk voor de tijdige, juiste en volledige aanlevering aan Zorg TTP, het CVZ en de NZa. Het CVZ 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 CVZ 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 Zorg TTP) aan het CVZ zijn gestuurd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat de accountant de werkzaamheden in het kader van het protocol kan uitvoeren.

De applicaties voor het uitvoeren van de eerste stap in de pseudonimisering op de bestanden 'persoonskenmerken', 'farmacie', 'DBC's', 'persoonskenmerken uitstroom' en de handleiding zijn beschikbaar via de website van Zorg TTP: www.zorgttp.nl \ downloads \ risicovereeniging. Als u vragen heeft over de applicatie en de handleiding, dan dient u contact op te nemen met ZorgTTP.

De genoemde bestanden moeten op de aangegeven uiterste aanleverdatum zijn ontvangen door Zorg TTP. U wordt verzocht om de in de bestandsspecificaties genoemde bestandsnamen (met hoofdletters) te hanteren.

Als u een bestand laat verwerken door de pseudonimisatieapplicatie (PVM), dan stuurt de applicatie kleine bestanden (ongeveer 50 MB) automatisch door naar (het portaal van) Zorg TTP. Bij grotere bestanden brandt u het gepseudonimiseerde bestand op CD-rom of DVD en stuurt het aangetekend naar Zorg TTP.

Elke gebruiker van de applicatie heeft een certificaat nodig. Deze certificaten zijn voor het eerst afgegeven in 2007 en zijn geldig voor een periode van 4 jaar. Als u een certificaat wilt aanvragen, kunt u zich wenden tot het CVZ (zie adresgegevens hierna).

1.2. Aanlevering van gegevens

Adres- en contactgegevens

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

- College voor Zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
E-mail: verslagdocumenten@cvz.nl

- Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
E-mail: vragenverantwoordingzvw@nza.nl

- ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH HOUTEN
Downloaden programmatuur: www.zorgttp.nl \ downloads \ risicoverevening
Helpdesk : 030 - 636 06 49
E-mail: info@zorgttp.nl

1.2. Aanlevering van gegevens

Beleidslijn gegevensaanlevering door zorgverzekeraars

In de brief van 19 september 2007 (kenmerk V&S/27062794) is de beleidslijn beschreven voor de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars per december 2007.

Hierna treft u (uitsluitend) de onderdelen uit die brief aan waarin de beleidslijn is beschreven:

“Het is in het belang van alle zorgverzekeraars dat het systeem van risicoverevening goed functioneert. Voor de correcte uitvoering van het systeem is de aanlevering van gegevens door de zorgverzekeraars essentieel.

Het CVZ kan de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar echter alleen juist en tijdig vaststellen als alle zorgverzekeraars de gegevens juist en tijdig aanleveren aan het CVZ. Diverse zorgverzekeraars hebben bij de gegevensaanlevering in juni 2007 niet voldaan aan de gestelde eisen. Het is in het belang van alle zorgverzekeraars dat hier verandering in komt. Daarom verscherpt het CVZ vanaf heden de beleidslijn voor de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars. Het CVZ heeft deze verscherpte beleidslijn vastgesteld in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Beleidslijn gegevensaanlevering per december 2007

Het CVZ hanteert de strengere beleidslijn vanaf de eerstvolgende aanlevering van gegevens voor de risicoverevening in december 2007. Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de juiste, volledige en tijdige aanlevering van gegevens aan het CVZ. Dit betekent dat de aanlevering uiterlijk op de gestelde aanleverdatum moet plaatsvinden en op die datum moet voldoen aan de eisen die het CVZ stelt in het *Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet* en brieven aan de zorgverzekeraars over de gegevensvraag Zwv. Uiteraard verplicht de strengere beleidslijn het CVZ om zijn informatiebehoefte tijdig bekend te maken aan de zorgverzekeraars. De beleidslijn omvat de volgende punten:

- Het CVZ verwerkt alleen gegevensaanleveringen die het voor of op de voorgeschreven aanleverdatum ontvangt. Voor de aan te leveren bestanden die gepseudonimiseerd moeten worden is de ontvangstdatum door ZorgTTP bepalend. Aanleveringen of deelaanleveringen ná de voorgeschreven aanleverdatum worden niet verwerkt.
- De aanlevering door de zorgverzekeraar van de gegevens per verzekerde (zoals persoonskenmerken, farmacie- en DBC-gegevens) over een jaar is eenmalig en definitief. Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering heeft financiële consequenties voor de ex-ante-vereveningsbijdrage en voor de voorlopige en de definitieve afrekening over de betreffende vereveningsbijdragejaren.
- Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering van de jaarstaat Zwv heeft financiële consequenties voor de voorlopige afrekening over het betreffende vereveningsbijdragejaar. In de definitieve afrekening betreft het CVZ tevens de verantwoording over oude jaren die is opgenomen in de jaarstaat Zwv over het volgende jaar.
- Onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering van de opgave hoge kostenverevening (HKV) heeft financiële consequenties voor de definitieve afrekening over het betreffende vereveningsbijdragejaar. In dat geval betaalt de betreffende zorgverzekeraar wel mee aan de HKV-pool, maar heeft hij geen HKV-inbreng.
- Om de juistheid te waarborgen moet de zorgverzekeraar de gegevens per verzekerde vanaf volgend jaar aanleveren met een accountantsverklaring. In het protocol onderzoek Zwv geeft de NZa voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant.
- Voor de gegevens in de jaarstaat Zwv die de zorgverzekeraar mét accountantsverklaring moet aanleveren aan de NZa, geldt vanaf de jaarstaat Zwv 2007 dezelfde aanleverdatum als voor de elektronische versie die de zorgverzekeraar aan het CVZ stuurt, te weten 1 juni T+1.

1.2. Aanlevering van gegevens

De rol van de NZa is als volgt:

- De NZa geeft in zijn protocol onderzoek Zvw aan streng toe te zien op de naleving van de voorgeschreven aanleverdata en indien nodig, op grond van de Wmg, handhavinginstrumenten in te zetten, zoals het opleggen van een bestuurlijke boete. De NZa kan de zorgverzekeraar bovendien een boete opleggen indien blijkt dat ten behoeve van de risicoverevening aangeleverde gegevens niet juist of onvolledig zijn.
- De NZa reviewt de werkzaamheden van de accountant. Het CVZ brengt uitsluitend correcties aan die voortvloeien uit de toezichtsactiviteiten van de NZa. De NZa stelt in zijn protocol geen correcties aan te zullen brengen met betrekking tot de onvolledigheid van gegevens, behalve indien het de gegevens in het kader de boeteregeling betreft.”

| 1.3. Wijzigingen en aandachtspunten per jaar | |
|---|---|
| Nummer | Omschrijving |
| 1.3.1 | Wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek november 2007) |
| 1.3.2 | Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek december 2007) |
| 1.3.3 | Wijzigingen en aandachtspunten 2008 (versie handboek december 2007) |
| 1.3.4. | Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2008 (versie handboek augustus 2008) |
| 1.3.5 | Wijzigingen en aandachtspunten 2009 (versie handboek januari 2009) |
| 1.3.6 | Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2009 (versie handboek april 2009) |
| 1.3.7 | Aanvullende aandachtspunten 2009 (versie handboek augustus 2009) |
| 1.3.8 | Wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek december 2009) |
| 1.3.9. | Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek januari 2010) |
| 1.3.10 | Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek april 2010) |

Wijzigingen en aandachtspunten

In het onderdeel 'Wijzigingen en aandachtspunten' treft u per verslagjaar een overzicht aan van de belangrijkste wijzigingen en aandachtspunten in het handboek. Daarin worden de vervallen, gewijzigde en nieuwe uitvraag per verslagjaar weergegeven.

1.3.1. Wijzigingen en aandachtspunten in 2007 (versie handboek november 2007)

| | |
|----------|---|
| Algemeen | <p>NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Met ingang van de jaarstaat 2007 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de jaarstaat: <ul style="list-style-type: none"> • de specifieke informatie B is komen te vervallen en is voortaan opgenomen in de specifieke informatie A (met accountantsverklaring); • de kostenverzamelstaat is verplaatst van de specifieke informatie C naar de specifieke informatie A (met accountantsverklaring); • de specificatie toelichting balans is verplaatst van de specifieke informatie A naar de specifieke informatie C. 2. Verantwoording van de kosten van prestaties: met ingang van de kwartaalstaten over 2007 zijn in de kostenverzamelstaat twee extra kolommen opgenomen met betrekking tot de verantwoording over voorgaande jaren. De definities van de kolommen 2 (en daarmee 1) en 4 zijn in de kwartaalstaten anders dan in de jaarstaat. In paragraaf 7.2. treft u een uitgebreide toelichting aan op de definities van de kolommen in de kwartaalstaten (7.2.1.) en de jaarstaat (7.2.2.) inclusief cijfervoorbeelden. 3. In de jaarstaat Zvw 2006 heeft u in de specifieke informatie A en B diverse specificaties opgenomen van de kosten 2006 inclusief balanspost. In de jaarstaat Zvw 2007 moet in alle specificaties die nodig zijn voor de uitvoering van de risicoverevening, de 'verrekening oude jaren' gespecificeerd worden, zoals die is gedefinieerd in kolom 4 van de kostenverzamelstaat in de jaarstaat Zvw 2007 (zie paragraaf 7.2.2.). De in de jaarstaat Zvw 2007 gespecificeerde 'verrekening oude jaren' worden betrokken bij de definitieve afrekening Zvw over 2006. Alle specificaties die nodig zijn voor de risicoverevening zijn in de jaarstaat Zvw 2007 opgenomen in de specifieke informatie A. 4. In de jaarstaat Zvw 2006 heeft u in de specifieke informatie C en D specificaties opgenomen van de kosten 2006 exclusief balanspost. In de jaarstaat Zvw 2007 moeten voor diezelfde specificaties de 'declaraties met betrekking tot 2006 (in 2007)' gespecificeerd worden, zoals die zijn gedefinieerd in kolom 3 van de kostenverzamelstaat in de jaarstaat Zvw 2007 (zie paragraaf 7.2.2.). Op basis van de jaarstaten 2006 en 2007 ontstaat zo een gedetailleerd beeld van de lasten over 2006, dat het CVZ gebruikt in zijn analyses van de kostenontwikkeling. 5. Aansluiting met DNB: omdat De Nederlandsche Bank (DNB) andere definities hanteert voor de schade Zvw, zijn er aan de kostenverzamelstaat een aantal aansluitingsregels toegevoegd. Daarnaast gebruikt het CVZ deze regels als beleidsinformatie. Met ingang van de kwartaalstaat over het 3^e kwartaal 2007 wordt, in de kwartaalstaten, feitelijk ook de aansluiting gemaakt tussen het schadebegrip van het CVZ en van DNB. In de jaarstaat is de aansluiting gecompliceerder en deze wordt daarom niet opgenomen. In een volgende versie van het handboek wordt wel een nadere toelichting op de aansluiting gegeven. |
|----------|---|

| 1.3.1. Wijzigingen en aandachtspunten in 2007 – vervolg | |
|--|---|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u></p> <p><i>Audiologische centra</i></p> <p>Per 1 januari 2007 declareren de audiologische centra DBC's. Met ingang van (DBC's geopend op of na) 1 januari 2007 verantwoordt u de kosten van DBC's van audiologische centra bij de codenummers 613 tot met 619. Bij code 608 zijn de kolommen 1 en 2 in de kostenverzamelstaat gearceerd. In de kolommen 3 en 4 kunt u nog nagekomen declaraties en verrekening oude jaren over 2006 verantwoorden.</p> <p>In de specificatie van code 613 in de jaarstaat, specifieke informatie A, neemt u de kosten van audiologische centra op dezelfde regel op als de kosten van andere instellingen die volgens eenzelfde percentage worden toegedeeld naar vaste en variabele kosten (ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra en radiotherapeutische centra).</p> <p>In de specificaties in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie D, van de kosten naar soort instellingen neemt u de kosten van de audiologische centra op bij de 'Overige instellingen'.</p> <p><i>Extramuraal werkende specialisten</i></p> <p>In de specificatie van code 619 in de jaarstaat, specifieke informatie A, is voor het totaal van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en van overige trajecten en verrichtingen een aparte regel opgenomen.</p> <p><i>Opbrengstverrekening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De specificatie die was opgenomen in de jaarstaat Zvw 2006, specifieke informatie B, 'Verrekening opbrengstresultaten', waarin u een eigen inschatting gaf van de opbrengstverrekening, komt in de jaarstaat Zvw 2007 te vervallen. • In een brief van 5 oktober 2007 (kenmerk BHAE/shot/CI/07/64c) heeft de NZa bekend gemaakt dat de opbrengstverrekening 2007 en 2008 zal verlopen conform de methode in 2005 en 2006 via vaste bedragen. Het CVZ is voornemens om de voorlopige uitvraag opbrengstverrekening 2007 ook op te nemen in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie A, met als uiterste aanleverdatum 1 juni 2008. Zodra de afspraken met de NZa, ZN en VWS zijn gemaakt over de planning van het traject rond de opbrengstverrekening, zal het CVZ de definitieve aanleverdatum bekend maken. De uitvraag is vergelijkbaar met de uitvraag ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening 2006, die u op 2 juli 2007 aan het CVZ heeft aangeleverd. • Bij de verantwoording (en de specificaties) van kosten van de kostencomponent DBC's A-segment (code 613) verwerkt u op geen enkele wijze correcties in verband met de opbrengstverrekening 2006 en 2007. U verantwoordt uitsluitend de ontvangen en de nog te ontvangen declaraties op basis van de geldende, en feitelijk door instellingen in rekening gebrachte tarieven (zoals die golden op het moment van opening van de DBC). Ook bij de balanspost neemt u op geen enkele wijze (inschattingen van de) opbrengstverrekening mee. |
| | <p><u>Rubriek 07 Paramedische zorg</u></p> <p>Met ingang van 2006 zijn er voor de prestatie fysiotherapie steeds meer tarieven naast het zittingentarief. In de specificatie van de kosten van code 620 in de jaarstaat, specifieke informatie C, zal voor deze tarieven een aparte regel worden opgenomen. Uiteraard kunnen hier uitsluitend tarieven worden verantwoord die ten laste van de Zorgverzekeringswet komen. In de specificatie van de aantallen zittingen neemt u uitsluitend het aantal zittingen op. Van de overige tarieven worden geen aantallen gevraagd.</p> |

| 1.3.1. Wijzigingen en aandachtspunten in 2007 – vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg</u></p> <p>Vanaf 1 januari 2007 kunnen visueel gehandicapten een patiëntgebonden budget krijgen, waarmee zij de hulpmiddelen kunnen betalen die zij nodig hebben door hun visuele beperking. De daarvoor beschikbare hulpmiddelen zijn oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden. Hoe een verzekerde een pgb kan krijgen, kan per zorgverzekeraar verschillen (raadpleeg altijd het hulpmiddelenreglement van de zorgverzekeraar). Deze pgb-regeling is een experiment. De verantwoording van deze kosten vindt plaats bij rubriek 08, hulpmiddelenzorg. Ik verzoek u om deze kosten apart te registreren. In de specificatie van de kosten van hulpmiddelenzorg in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie C, specificeert u deze kosten op een aparte regel.</p> |
| | <p><u>Rubriek 09 Ziekenvervoer</u></p> <p>In de specificatie van het aantal verzekerden bij code 651, vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto neemt u in de jaarstaat Zvw 2007 het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van openbaar vervoer, taxi of eigen auto (nadat de eigen bijdrage is voldaan). Het betreft het aantal exclusief balanspost.</p> |
| | <p><u>Rubriek 13 Overige kosten</u></p> <p><i>Definities:</i></p> <p>Met ingang van 2007 is de definitie van rubriek 13 gewijzigd. Bij rubriek 13 verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten op basis van de beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' van de NZa (geldig van 1 januari tot 1 augustus 2007); - Kosten op basis van de 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de NZa (geldig vanaf 1 augustus 2007); - Kosten op basis van de 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de NZa (geldig vanaf 1 augustus 2007); - Overige kosten: voor zover u die niet kwijt kunt bij de kostenrubrieken (en/of de codenummers en/of de specificaties) 1 tot en met 16 en voor zover de kosten niet vallen onder de hiervoor genoemde beleidsregels. Het betreft dus alleen die gevallen waarin de definities van de rubrieken, codenummers en/of de specificaties van rubriek 1 tot en met 16 en de genoemde beleidsregels geen ruimte bieden om de kosten te verantwoorden. <p>Voor de uitvoering van de risicoverevening zijn in de jaarstaat Zvw 2007, specifieke informatie A, twee specificaties opgenomen: één van de kosten lopend boekjaar zoals verantwoord bij rubriek 13 in kolom 1 van de kostenverzamelstaat en één van de kosten verrekening oude jaren zoals verantwoord bij rubriek 13 in kolom 4 van de kostenverzamelstaat (zie paragraaf 2.2.4. voor een nadere toelichting).</p> |
| | <p><u>Opbrengsten verhaal</u></p> <p>De specificatie van de opbrengsten verhaal naar opbrengsten verhaal nationaal en internationaal komt in de jaarstaat Zvw 2007 te vervallen.</p> |
| | <p><u>No-claim</u></p> <p>In de specificatie van de no-claim in de specifieke informatie A worden zowel gegevens over 2006 (teruggave op 1 april 2007 en correcties op 1 april 2008) als over 2007 (teruggave op 1 april 2008) gevraagd.</p> |

| 1.3.1. Wijzigingen en aandachtspunten in 2007 – vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <p><u>Betalingsachterstanden nominale premie</u></p> <p>De vraagstelling over de betalingsachterstanden nominale premie zal worden aangepast na afloop van de parlementaire behandeling van de desbetreffende wet. In tegenstelling tot de verwachting die is uitgesproken bij de voorlopige afrekening Zvw 2006 zal de compensatie aan de zorgverzekeraars gebaseerd worden op de nominale rekenpremie. Vooruitlopend op de definitieve vraagstelling, dienen zorgverzekeraars hun administratie zo in te richten dat zij in staat zijn om de betalingsachterstand op 31 december 2007 (over de gehele periode 1-1-2006 t/m 31-12-2007) per verzekerde te kunnen vaststellen op een nader te bepalen moment in 2008. Daarbij moet rekening worden gehouden met alle premiebetalingen die tot dat nader te bepalen moment zijn gedaan.</p> <p>Daarnaast moet per verzekerde de werkelijke nominale premie voor de basisverzekering over 2006 en over 2007 bekend zijn. Onder de werkelijke nominale premie wordt verstaan de verschuldigde premie voor de basisverzekering, inclusief de premie-opslag boven de nominale rekenpremie en eveneens inclusief de premie-afslagen bijvoorbeeld als gevolg van een collectiviteitkorting en/of een vrijwillig eigen risico.</p> <p>Onder de veronderstelling dat dan de parlementaire behandeling zal zijn afgerond, zal het CVZ de definitieve vraagstelling over de betalingsachterstanden nominale premies voor 1 januari 2008 aan de zorgverzekeraars bekend maken.</p> |
| | <p><u>Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling</u></p> <p>Met ingang van de kwartaalstaten 2007 hoeft u in de specifieke informatie C het aantal verzoeken om verzekering niet langer op te geven.</p> |
| | <p><u>Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten</u></p> <p>De verzekerdenstand naar leeftijd en geslacht die per maand in de kwartaalstaten in de specifieke informatie A wordt opgevraagd is op 1 punt uitgebreid: de klasse van 0 tot en met 4 jarigen is gesplitst in 2 aparte klassen, te weten 0 t/m 1 jaar en 2 t/m 4 jaar. Deze splitsing heeft te maken met de uitvoering van de risicovereeniging. Deze aanpassing geldt met ingang van de verzekerdenstand per de datum van nominale premieprolongatie voor de maand januari 2007. Eenzelfde splitsing geldt voor de uitvraag van de specificatie van het aantal verzekerden dat is ingeschreven bij apotheehoudende huisartsen naar leeftijd en geslacht in specifieke informatie C. De stand hiervan per 1 juli wordt gevraagd in de 2^e kwartaalstaat. De stand per 1 oktober wordt gevraagd in de 3^e kwartaalstaat.</p> |
| | <p><u>Gemiddeld aantal verzekerden in de jaarstaat</u></p> <p>In de specifieke informatie A in de jaarstaat geeft u het gemiddelde aantal verzekerden en het gemiddelde aantal premie-equivalenten op. Bij de afrekening zal het CVZ het gemiddelde aantal verzekerden baseren op informatie uit het RBVZ. De inschrijfduur bij de betreffende zorgverzekeraar wordt per verzekerde op dagbasis berekend. Als het RBVZ onverhoopt ontoereikend is, zal het CVZ terugvallen op de verzekerdenstanden in de kwartaalstaten. De gemiddelde aantallen verzekerden/premie-equivalenten die u in de specifieke informatie A opneemt, berekent u als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de opgave van het aantal verzekerden in de verzekerdenstand naar nominale premie in de kwartaalstaat per de datum van de nominale premieprolongatie voor de maand maart vermenigvuldigt u met 3; - daarbij telt u op het aantal verzekerden in de verzekerdenstand naar nominale premie in de kwartaalstaten per de datum van de nominale premieprolongatie voor de maanden april tot en met december; - de som van de twaalf standen deelt u vervolgens door twaalf. <p>De controle van de accountant is daardoor gericht op de aangeleverde verzekerdenstanden in de kwartaalstaten voor de maanden maart tot en met december.</p> |

| 1.3.2. Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2007 (versie handboek december 2007) | |
|---|--|
| Specifiek | NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. |
| | Aanvullende informatie risicoverevening |
| | In paragraaf 8.6 Toelichting nacalculatie en renteberekening vindt u een aangepast nacalculatieschema 2007 met de daarbij behorende renteberekening en toelichting. |
| | Betalingsachterstanden nominale premie en opbrengstverrekening |
| | Er is nog altijd teveel onduidelijkheid over de toepassing van de regeling in het kader van de betalingsachterstanden nominale premie en de opbrengstverrekening (planning, werkwijze, taken en verantwoordelijkheden van VWS, NZa en CVZ) om op dit moment de inhoud van de gegevensaanlevering, die was gepland op 1 juni 2008, met een toelichting aan de zorgverzekeraars te sturen. Dit betekent dat het CVZ geen specificaties over premieachterstanden nominale premie in de jaarstaat Zvw 2007 heeft opgenomen en op dit moment geen specificaties in het kader van de opbrengstverrekening 2006 en 2007 opvraagt. Nadat de gegevensuitvragen en de toelichting helder zijn, stelt het CVZ een reële planning op zowel voor de zorgverzekeraars (moment van aanleveren van de gegevens) als voor het CVZ (moment van afrekenen). |

| 1.3.3. Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 (versie handboek december 2007) | |
|--|--|
| Algemeen | <p>Met ingang van de kwartaalstaten 2008 zijn er een aantal wijzigingen in de indeling van de kwartaal- en jaarstaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De specifieke informatie D, beleidsinformatie DBC's is verplaatst naar de specifieke informatie C, beleidsinformatie; • In verband met de overheveling van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg naar de ZVW is er een nieuwe rubriek opgenomen in de kostenverzamelstaat (rubriek 10) en zijn er nieuwe specificaties in de specifieke informatie A en C.; • Met ingang van 1 januari 2008 is de term 'hulp' vervangen door de term 'zorg'. <p>Met ingang van verslagjaar 2008 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De kortdurende geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat van de AWBZ naar de ZVW; 2. De eerstelijns Psychologische Zorg gaat van de aanvullende verzekering naar de ZVW (8 zittingen); 3. De leeftijdsgrens voor mondzorg aan jeugdigen gaat van t/m 17 jaar naar t/m 21 jaar; 4. De leeftijdsgrens voor anticonceptiemiddelen komt te vervallen; 5. De academische component wordt direct vanuit het Zorgverzekeringsfonds aan academische ziekenhuizen betaald en niet langer via de zorgverzekeraars; 6. Er komt een verplicht eigen risico en de no-claim regeling komt te vervallen; 7. Epilepsiecentra gaan over op declaratie van DBC's; 8. Invoering aparte tarieven voor Praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ; 9. Er vindt een uitbreiding DBC's in het B-segment plaats . |

| 1.3.3. Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 – vervolg | |
|--|---|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 01 Huisartsenzorg</u></p> <p><i>Definities:</i> Met ingang van 2008 zijn er aparte tarieven voor de praktijkondersteuning huisartsen (POH) geestelijke gezondheidszorg. Het moduletariaf per verzekerde verantwoordt u bij code 503 en de consulttarieven bij code 506 (de kosten van telefonische/e-mail) consulten, visites en herhalingsrecepten door een huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts).</p> <p>De NZa codes van de nieuwe tarieven zijn nog niet bekend en zullen worden opgenomen in een volgende versie van het handboek.</p> <p>In de specificatie van code 503 in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie C, komt een aparte regel voor de totale kosten van de module per verzekerde voor de praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ.</p> <p>In de specificatie van code 506 in de kwartaal- en jaarstaten, specifieke informatie C, specificeert u alle consulttarieven (inclusief de consulttarieven POH GGZ) tezamen.</p> |
| | <p><u>Rubriek 04 Mondzorg</u></p> <p>Met ingang van de specificaties in de jaarstaat 2008, specifieke informatie C, komt de aparte regel voor de techniekkosten in de specificaties van mondzorg (code 560.1. en 560.2) te vervallen. In de specificaties specificeert u de diverse onderdelen, voor zover van toepassing, voortaan inclusief techniekkosten.</p> <p>De leeftijdsgrens voor mondzorg aan jeugdigen gaat van tot en met 17 naar tot en met 21 jaar. In de jaarstaat 2008, specifieke informatie C, code 560.2, vraagt het CVZ een specificatie van de totale kosten mondzorg voor jeugdigen gesplitst naar verzekerden t/m 17 jaar enerzijds en verzekerden van 18 t/m 21 jaar anderzijds.</p> |

| 1.3.3. Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 - vervolg | |
|---|---|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u></p> <p><i>Academische component</i> Code 601, kosten van de academische component, komt met ingang van 2008 te vervallen. Er vindt alleen nog verantwoording plaats over oude jaren. De academische component wordt namelijk direct vanuit het zorgverzekeringsfonds aan academische ziekenhuizen betaald en niet langer via de zorgverzekeraars</p> <p><i>Epilepsiecentra</i> Omdat epilepsiecentra met ingang van 2008 overgaan op DBC financiering zijn er de volgende wijzigingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A vindt de verantwoording van kosten van epilepsiecentra met ingang van 2008 plaats bij de codenummers 613 tot en met 618 en niet meer bij code 606 en code 610. Bij de laatstgenoemde codenummers vindt, voor wat betreft epilepsiecentra, alleen nog verantwoording over oude jaren Zvw plaats. - In de specificaties in de specifieke informatie C in de kwartaal- en jaarstaten vindt de verantwoording van de kosten en aantallen van epilepsiecentra met ingang van 2008 plaats bij de codenummers 613 tot en met 618 en niet meer bij code 606 en code 610. In de specificatie naar categorie van instellingen neemt u de kosten van epilepsiecentra op bij de "algemene instellingen" en niet bij de "overige instellingen". Dit houdt verband met de indeling die de NZa en VWS hanteren. - In de specificatie in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de totale kosten van de kostencomponent DBC's A segment van ZBC's zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra bij rubriek 06, code 613 moeten de kosten van de kostencomponent DBC's A segment van epilepsiecentra met ingang van 2008 worden toegevoegd. |

| 1.3.3. Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 - vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg</u></p> <p>Met ingang van de kwartaalstaten 2008 komt er in de kostenverzamelstaat, specifieke informatie A, een nieuwe kostenrubriek, namelijk rubriek 10, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, met 5 codenummers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - code 660, kosten van eerstelijnspsychologische zorg - code 661, kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling) - code 662, kosten van DBC's GGZ zonder verblijf - code 663, kosten van persoonsgebonden budgetten GGZ - code 664, kosten van overige producten GGZ <p>Daarnaast zijn er met ingang van 2008 de volgende nieuwe specificaties in de specifieke informatie C.</p> <p><i>Specifieke informatie C, kwartaal- en jaarstaten</i></p> <p>Bij code 662 is een specificatie opgenomen van de kosten gesplitst naar kosten van instellingen en kosten van zelfstandig gevestigden.</p> <p><i>Specifieke informatie C, jaarstaat</i></p> <p>Bij code 660 is een specificatie opgenomen van het aantal verzekerden en het totaal aantal zittingen bij minder dan 8 zittingen en het aantal verzekerden met exact 8 zittingen.</p> <p>Bij code 661 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.</p> <p>Bij code 662 is een specificatie opgenomen van het aantal DBC's.</p> <p>Bij code 663 is een specificatie opgenomen van de kosten gesplitst naar de kosten van PGB's eerstelijns psychologische zorg, PGB's specialistische GGZ op basis van overgangsregeling en PGB's specialistische GGZ vanaf 1 januari 2008. Daarnaast is bij code 663 een specificatie opgenomen van het aantal in de verslagperiode toegekende PGB's.</p> |
| | <p><u>Rubriek 13 overige kosten</u></p> <p>In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, komt bij de specificatie van rubriek 13, overige kosten, de specificatie van de kosten in het kader van de 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' een aparte regel voor de kosten die zijn aan te merken als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.</p> |
| | <p><u>Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg</u></p> <p>In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, komt bij de specificatie van rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, een aparte regel voor de kosten van geneeskundige zorg die gericht zijn op herstel van een psychiatrische aandoening en kosten van verblijf voor zover die horen bij die zorg.</p> <p>De kosten van grensoverschrijdende zorg die via het CVZ lopen (waarvan u jaarlijks in januari een opgave van het CVZ ontvangt) dient u bij de verantwoording bij rubriek 15 in alle kwartaalstaten niet mee te nemen. De kosten in de opgave van het CVZ die u in januari t+1 ontvangt, verantwoordt u uitsluitend in de jaarstaat Zvw over jaar t.</p> |

| 1.3.3. Wijzigingen en aandachtspunten in 2008 - vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <p><u>Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In verband met de herberekening van de ex-ante bijdrage in april vraagt het CVZ de verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht en naar wel/niet nominale premie over de maanden januari tot en met maart niet op in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal per 12 mei, maar in een afzonderlijke kwartaalstaat verzekerden op 7 maart. De maartstand vraagt het CVZ op met een bestuursverklaring. - Het totaal aantal verzekerden bij apotheekhoudende en niet apotheekhoudende huisartsen wordt in 2008 niet alleen opgevraagd per 1 juli en 1 oktober maar ook per 1 januari en 1 april (in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal). Daarnaast wordt de specificatie van het totaal aantal verzekerden bij apotheekhoudende huisartsen naar leeftijd- en geslachtsklassen in 2008 ook per 1 april opgevraagd. |
| | <p><u>Kosten per deelbijdrage</u></p> <p>In de specifieke informatie A (informatie risicoverevening) is de specificatie van de kosten per deelbijdrage uitgebreid met een aparte regel voor de kosten ten laste van de nieuwe deelbijdrage voor de kosten van Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg.</p> |
| | <p><u>No-claim en verplicht eigen risico</u></p> <p>In de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A komt een aparte regel (codenummer 915) voor de kosten ten laste van het verplichte eigen risico (met een kolom balanspost en een kolom verrekening oude jaren (vanaf 2009)). De regel (codenummer 910) voor de kosten ten laste van het vrijwillig eigen risico wordt gehandhaafd. Met ingang van 2008 komt hier de kolom verrekening oude jaren bij.</p> <p>In de jaarstaat 2008, specifieke informatie A, wordt nog eenmaal een specificatie opgevraagd over de no-claim regeling 2007 namelijk de teruggave op 1 april 2008 en de correcties op 1 april 2009.</p> <p><u>NB</u> In het Handboek 2009, versie April zijn de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hierboven genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6</p> |

| 1.3.4. Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2008 (versie handboek augustus 2008) | |
|--|---|
| Algemeen | <p>NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6</p> <p>In deze versie van het handboek zijn de tussen december 2007 en augustus 2008 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2007 (paragraaf 2.5.) - verduidelijking kolommen kostenverzamelstaat (paragraaf 7.2.) - aanvullingen notitie structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening (paragraaf 8.1.1.) - gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2006 en 2007 (paragraaf 8.2.2.) - gegevensvraag hoge kosten compensatie 2006 (paragraaf 8.5.) - gegevensvraag opbrengstverrekening DBC's 2006 (paragraaf 9.1.) <p>In hoofdstuk 7 is paragraaf 7.6 toegevoegd. Hierin zijn de diverse indelingen van categorieën instelling gedefinieerd en zijn van enkele categorieën instellingen de lijst met bijbehorende AGB-codes opgenomen. In een volgende versie van het Handboek wordt dit verder uitgebreid.</p> <p>Paragraaf 8.1.2., aanlevering gegevens risicoverevening in 2008, is geïntegreerd in paragraaf 1.2., aanlevering van gegevens. Er is een kopie van de brief toegevoegd over de strengere beleidslijn gegevensaanlevering zorgverzekeraars.</p> <p>Aangezien de NZa heeft besloten om over 2007 geen voorlopige opbrengstverrekening vast te stellen, hoeft de zorgverzekeraar in 2008 geen voorlopige gegevens over DBC's 2007 aan te leveren aan het CVZ. De vooraankondiging met betrekking tot de voorlopige uitvraag 2007 is daarom in deze versie komen te vervallen (hoofdstuk 9).</p> |

| 1.3.4. Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2008 - vervolg | |
|--|---|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 01 Huisartsenzorg</u></p> <p>Inmiddels heeft de NZa de code afgegeven van de module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ. Deze code is aangepast in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 01 Huisartsenzorg.</p> |
| | <p><u>Rubriek 02 Farmaceutische zorg</u></p> <p>De definitie in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 02 Farmaceutische zorg is aangepast als gevolg van de wijzigingen in de tarieven per 1 juli 2008. Dit heeft ook consequenties voor de specificaties in de jaarstaat 2008 (zie paragraaf 4.1.2.).</p> |
| | <p><u>Rubriek 04 Mondzorg</u></p> <p>In de specifieke informatie C (04 Mondzorg) wordt met ingang van de specificatie in de Jaarstaat 2008 van code 560.2, Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden, onderdeel I/R (orale implantologie / Restauratie met niet plastische materialen gewijzigd in J/R (Orale implantologie / Restauratie met niet plastische materialen). Dit is het gevolg van wijzigingen in de tariefcode per 1 januari 2008. Zie paragraaf 4.1.3.</p> |
| | <p><u>Rubriek 07 Paramedische zorg</u></p> <p>De definitie in hoofdstuk 7.4. kostenrubrieken en kostencodenummers 07 (paramedische zorg) en de toelichting in paragraaf 4.1.6. bij kostencodenummer 620, kosten van Fysiotherapie, is aangepast op de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de verwijzingen naar de prestaties zijn conform de meest recente prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa (ingangsdatum 1 juli 2008); • psychosomatische fysiotherapie is geen verzekerde prestatie; • de prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zwv. <p>Bovenstaande aanpassingen gelden ook voor kostencodenummer 621, kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar (bij de tweede wijziging betreft het psychosomatische oefentherapie).</p> |
| | <p><u>Rubriek 13 Overige kosten</u></p> <p>De naam van de beleidsregel van de NZa 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' is per 1 juli 2008 gewijzigd in 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Onder de nieuwe beleidsregel vallen ook prestaties die worden gefinancierd op grond van de AWBZ. Die prestaties kunnen uiteraard niet ten laste van de Zwv worden gebracht.</p> |
| | <p><u>Overige specificaties</u></p> <p>Met ingang van de 3^e kwartaalstaat 2008 komen de specificaties over de verzekerden bij apotheekhoudende huisartsen naar leeftijd en geslacht in de specifieke informatie C te vervallen (paragraaf 4.2.1. en 4.2.2.).</p> |

| 1.3.5. Wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek januari 2009) | |
|---|--|
| Algemeen | <p>NB Met ingang van Handboek 2009, versie April zijn twee hoofdstukken verwijderd. De hieronder genoemde nummering van paragrafen komt niet meer overeen met de huidige nummering. Ook zijn in het Handboek 2009, versie April de definities van de kolommen veranderd. Deze komen niet meer overeen met de hieronder genoemde definities. Voor meer informatie zie 1.3.6</p> <hr/> <p>In deze versie van het handboek zijn de tussen augustus 2008 en januari 2009 verzonden brieven en e-mails verwerkt. Het betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gegevensvraag persoonskenmerken 2009 (paragraaf 8.2.1) - gegevensvraag farmaciegegevens 2008 (paragraaf 8.3.) - gegevensvraag DBC gegevens 2007 (paragraaf 8.4.) - gegevensvraag opbrengstverrekening DBC's 2007 (paragraaf 9.1.) <p>Daarnaast zijn in deze versie van het handboek toegevoegd</p> <ul style="list-style-type: none"> - jaarstaat 2008 en kwartaalstaten 2009 (hoofdstuk 2, 4 en 6) - gegevensvraag verzekerden zonder BSN 2008 (paragraaf 8.2.1) - gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2008 (paragraaf 8.2.2) - gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2008 (paragraaf 2.5.) - nacalculatie en renteberekening 2008 en 2009 (paragraaf 8.6.) <p>De wijzigingen hebben ook consequenties voor de paragrafen 1.2 en 1.3. en de hoofdstukken 7 en 10. De systematiek van verantwoordten, zoals beschreven in de paragrafen 7.1. tot en met 7.3., is inhoudelijk niet gewijzigd. Wel zijn er tekstuele verduidelijkingen aangebracht.</p> <p>In december 2008 is van de hoofdstukken 2 (met uitzondering van paragraaf 2.5.), 4 en 6 een nieuwe versie gepubliceerd op de website van het CVZ. In deze versie van het handboek is paragraaf 2.5. toegevoegd en is paragraaf 4.1.5 gewijzigd voor wat betreft de toelichting bij code 545. De overige onderdelen zijn ongewijzigd.</p> <hr/> <p>Met ingang van verslagjaar 2009 zijn er de volgende algemene wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het vaste tarief voor de afleververgoeding bij Farmaceutische zorg is per 1 juli 2008 vervangen door een prestatiegericht systeem. De module apotheekhoudende huisartsen is per 1 juli 2008 vervallen. 2. Allergeenvrije hoezen, sta-op stoelen en fax vallen niet meer onder de verzekerde prestatie Hulpmiddelen. De aanspraak op oogprothesen, orthesen en gezichtshulpmiddelen is niet langer productgericht maar functioneel omschreven. 3. De kaakchirurgie gaat over op invoering van declaratie op basis van één betaaltitel (maar geen echte DBC's). 4. De revalidatie-instellingen gaan over op declaratie op basis van DBC's. 5. De overgangsregeling PGB's GGZ vervalt. 6. Er komt een afzonderlijke (verevenings)deelbijdrage voor de tot en met 2008 al bestaande B DBC's (het betreft de DBC's die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment'). 7. Daarnaast wordt met ingang van 2009 een deel van de DBC's, dat tot en met 2008 onder het A-segment viel, overgeheveld naar het B segment (nieuwe B DBC's). 8. Opname in het basispakket van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie. |

| 1.3.5. Wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek januari 2009) | |
|---|---|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 01 Huisartsenzorg</u></p> <p>De specificaties van de codes 503, 504 en 506 worden niet meer in alle kwartaalstaten + jaarstaat opgevraagd, maar alleen nog in de 2^e en 4^e kwartaalstaat + jaarstaat.</p> |
| | <p><u>Rubriek 02 Farmaceutische zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Per 1 juli 2008 is het vaste tarief voor de afleververgoeding vervangen door een prestatiegericht systeem. De module apotheekhoudende huisartsen is per 1 juli 2008 vervallen. - Met ingang van de specificaties in de jaarstaat 2009, specifieke informatie A, vervalt het onderscheid tussen WMG- en buiten WMG-artikelen. Nieuw is het onderscheid naar 'kosten geneesmiddelen' en 'kosten aflevering' per soort afleveraar. |
| | <p><u>Rubriek 04 Mondzorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De specificaties worden niet alleen in de jaarstaat maar ook in de 2^e en 4^e kwartaalstaat opgevraagd. |

| 1.3.5. Wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek januari 2009) | |
|---|--|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De specificatie naar deelbijdragen, in de jaarstaat 2009, specifieke Informatie A, wordt uitgebreid met een nieuwe regel voor de kosten ten laste van de nieuwe deelbijdrage 'B DBC's tot en met 2008'. - In de specificatie van code 619, in de jaarstaat 2009, specifieke Informatie A, worden de honoraria A en B segment op aparte regels opgevraagd. Bij de DBC's van het B segment wordt zowel bij kosten als bij honoraria een onderscheid gevraagd naar 'oude DBC's' (t/m 2008) en 'nieuwe DBC's' (vanaf 2009). - De specificatie 'Stand van voorschotten aan instellingen met DBC financiering' vervalt met ingang van de kwartaalstaten 2009. - Bij code 545 wordt een nieuwe specificatie gevraagd in de kwartaal- en jaarstaten van het totaal van de kosten in academische ziekenhuizen. - Met ingang van 2009 worden de honoraria en de ziekenhuiskosten in het kader van kaakchirurgische hulp samengevoegd tot een integraal product met één betaaltitel. In de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten wijzigt niets: de honoraria kaakchirurgie verantwoordt u bij code 545 en de kosten van het ziekenhuis en van de honoraria van de anesthesist bij kaakchirurgische verrichtingen bij code 618. - De specificatie 'Aantallen productie-indicatoren' in de jaarstaat, specifieke informatie A, vervalt. - Revalidatie-instellingen gaan over op declaratie op basis van DBC's. Als gevolg hiervan vervalt in de kostenverzamelstaat code 607 'kosten verpleging in revalidatie-instellingen'. - Ook bij code 610 verantwoordt u niet meer de kosten van revalidatie-instellingen. De kosten van revalidatie-instellingen verantwoordt u met ingang van 2009 bij de codenummers 613 t/m 618. Bij code 607 en 610 vindt nog wel verantwoording van kosten over oude jaren plaats. - In de specificatie van code 610 in de jaarstaat, specifieke informatie A, van de kosten per hoofdgroep in de Tarieflijst Instellingen vervallen alle regels, uitgezonderd de regel 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria'. - De kosten en honoraria van de DBC's die in 2009 van het A segment naar het B segment overgeheveld worden, verantwoordt u bij de codes 615 en 616 en niet meer bij de codes 613 en 614. <hr/> <p><u>Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg</u></p> <p>Een aantal hulpmiddelen valt niet meer onder de te verzekeren prestatie, van een aantal hulpmiddelen is de aanspraak niet langer productgericht maar functioneel omschreven. Als gevolg hiervan zijn de namen en inhoud van een aantal categorieën gewijzigd en een categorie is vervallen. Gewijzigd zijn de rubrieken: 1, 2, 3, 4, 6, 17, 27, 30, 36 en 37. Vervallen is rubriek 16.</p> <hr/> <p><u>Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De kosten van diagnostiek en behandeling van dyslexie verantwoordt u in de kwartaal- en jaarstaten bij code 662. - In de specificatie van code 663 in de jaarstaat, specifiek informatie C, vervalt de regel "PGB's op basis van overgangsregel". Er vindt nog wel verantwoording van kosten over oude jaren plaats. |

1.3.6. Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2009 (versie handboek april 2009)

| | |
|----------|---|
| Algemeen | <ol style="list-style-type: none"> 1. De hoofdstukken 3 (Specifieke informatie B) en 5 (Specifieke informatie D) zijn definitief verwijderd. De nummering van de resterende hoofdstukken is aangepast. Zie hiervoor de inhoudsopgave. 2. Bij brief van 10 april 2009 heeft VWS aan het CVZ en ZN bevestigd dat het schadebegrip in de kwartaal- en jaarstaten met terugwerkende kracht tot 2006 wijzigt. De schade die in de risicoverevening ten laste van (bijdrage)jaar T komt bestaat uit alle tot en met 31-12-T+2 ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T (zorg verleend in/DBC's geopend in jaar T). In T+3 ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T komen ten laste van (bijdrage)jaar T+1. Met deze wijziging van het schadebegrip wijzigen de kolommen en de definities van de kolommen in de kwartaalstaten (met ingang van 2^e kwartaalstaat 2009) en de jaarstaten (met ingang van jaarstaat 2008). Zie hiervoor verder hoofdstuk 5. Definities. In de 1^e kwartaalstaat 2009 gelden nog de oude definities van de kolommen (5.2.1.). 3. De huidige specificaties (dus zeg maar de rijen) wijzigen niet. De wijzigingen hebben uitsluitend betrekking op de kolommen. 4. Ten behoeve van de 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling van de bijdrage over 2006 en 2007 vraagt het CVZ de schade ten laste van 2006 en de schade ten laste van 2007 (gedeeltelijk nogmaals) in zijn totaliteit op. De schade over 2007 vraagt het CVZ op in de jaarstaat 2009 in kolom 5. De schade over 2006 vraagt het CVZ niet op in een vijfde kolom in de jaarstaat 2008, maar in een afzonderlijke jaarstaat. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om de gegevens over 2006 een maand later aan te leveren (zie hierna onder 5) en geeft het CVZ meer tijd om de aanpassing naar meer dan 4 kolommen door te voeren. 5. Bij de aanlevering van de jaarstaat 2008 en de extra jaarstaat 2006 (zie ook paragraaf 1.2.) hebben de zorgverzekeraars de volgende keuze: <ul style="list-style-type: none"> - Het format van de jaarstaat 2008 én het extra format voor de jaarstaat 2006 tegelijkertijd op uiterlijk 1 juni 2009 aanleveren voorzien van één accountantsverklaring. - Het format van de jaarstaat 2008 voorzien van accountantsverklaring op uiterlijk 1 juni 2009 aanleveren. Vervolgens op uiterlijk 1 juli het format 2006 aanleveren voorzien van accountantsverklaring. In de aanvulling op het protocol vereenigingsonderzoek Zvw 2008 zal de NZa opnemen dat bij gesplitste aanlevering niet méér accountantswerkzaamheden hoeven te worden verricht dan bij geïntegreerde aanlevering. 6. De extra jaarstaat 2006 betreft het CVZ bij de tweede voorlopige vaststelling 2006, die voor 1 oktober 2009 plaatsvindt. Over 2006 vinden geen nieuwe uitvragen plaats voor de FKG's, DKG's, opbrengstverrekening en HKC. De definitieve vaststelling 2006 vindt plaats in de eerste helft van 2010. Het verschil tussen de definitieve vaststelling en de 2^e voorlopige vaststelling kan uitsluitend voortkomen uit de reviewrapportages van de NZa. 7. Over latere jaren blijven de aanleverdata (en daarmee de schadedefinitie) ongewijzigd voor de opgaven FKG's, DKG's en opbrengstverrekening. Over de aanleverdatum van de HKC 2007 worden de zorgverzekeraars nog nader geïnformeerd. 8. Met ingang van de aanleveringen per 1 juni 2009 zijn alle aanleveringen in hele euro's. Dit betekent dat de opgave DBC's opbrengstverrekening 2007, de jaarstaat 2008, de extra jaarstaat 2006, de 2^e kwartaalstaat 2009 en de HKC 2007 in hele euro's zijn. De 1^e kwartaalstaat 2009 is nog in duizenden euro's. |
|----------|---|

**1.3.6. Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten in 2009
(versie handboek april 2009)**

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

| 1.3.7 Aanvullende aandachtspunten 2009 (versie handboek augustus 2009) | |
|---|--|
| Algemeen | Als gevolg van de wijziging van het schadebegrip zijn in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A in de kwartaalstaat met ingang van de 2 ^e kwartaalstaat 2009 zes kolommen opgenomen en in de jaarstaat met ingang van jaarstaat 2009 vijf kolommen. In 2009 betreft het twee kolommen 2009, twee kolommen 2008 en één (jaarstaat) of twee (kwartaalstaat) kolom(men) 2007 en ouder. In paragraaf 2.2. en 3.1. is nader toegelicht welke kolommen voor welke onderdelen in de specifieke informatie A en C nader gespecificeerd moeten worden. |
| Specifiek | <p><u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bijdrage stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten 2009. VWS heeft besloten dat dit kosten Zwv zijn. De wijze van financieren is nog niet geregeld. Zodra er duidelijkheid is laten wij u dat weten. Tot die tijd verzoeken wij u om declaraties niet in de kwartaalstaten te verantwoorden. - Met ingang van 2009 is er een nieuwe deelbijdrage 'Kosten van B-DBC's'. In de Wijziging Regeling zorgverzekering 2009 is bepaald dat dit de DBC's zijn die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment'. Dit betreft de samenstelling van het B-segment zoals dat tot en met 2008 van toepassing was ('oude' B-DBC's). De 'nieuwe' B-DBC's met ingang van 1 januari 2009 zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1068 van de NZa. Zowel de kosten van 'oude' B-DBC's als van 'nieuwe' B-DBC's worden in de kostenverzamelstaat verantwoord bij codenummer 615 (kostencomponent B-DBC's) en 616 (honorariumcomponent B DBC's); en bij codenummer 619 als het declaraties van extramuraal werkende specialisten betreft. In de specifieke informatie A zijn de specificaties van de kosten per deelbijdrage (kwartaal- en jaarstaten) en de kosten van codenummer 619 (jaarstaat) uitgebreid. Daarnaast wordt met ingang van de jaarstaat 2009 in de specifieke informatie A voor de codenummers 615 en 616 het onderscheid gevraagd naar de kosten van 'oude' B-DBC's en van 'nieuwe' B-DBC's. - De specificaties van DBC's naar sluitingsjaar worden in de specifieke informatie A in de jaarstaat 2009 niet alleen gevraagd voor DBC's geopend in 2009, maar ook voor DBC's geopend in 2007. <p><u>Rubriek 08 Hulpmiddelenzorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Omdat er in 2009 een aantal wijzigingen zijn doorgevoerd in de Regeling hulpmiddelen is het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2009 in deze versie van het handboek al toegevoegd. <p><u>Rubriek 13 Overige kosten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij rubriek 13 verantwoordt u de kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zwv betreft) op basis van de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' en 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de NZa. - Overige kosten bij rubriek 13: In de kwartaal- en jaarstaten verantwoordt u uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden (verzekerde zorg). Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving. In theorie kunnen er kosten van prestaties zijn die voldoen aan deze voorwaarden, maar die niet vallen onder de prestaties bij de kostenrubrieken 1 tot en met 12 en 16 en die ook niet vallen onder de hiervoor genoemde beleidsregels van de NZa. |

| 1.3.7 Aanvullende aandachtspunten 2009 (versie handboek augustus 2009) | |
|---|---|
| Specifiek | <u>Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling</u> - Naar aanleiding van vragen is in paragraaf 2.3. en 3.2.4. de toelichtende tekst aangevuld. |
| | <u>Gegevensvraag hogekostencompensatie</u> - De inrichtingsvoorschriften voor de opgave HKC 2007 zijn in deze versie van het handboek toegevoegd in paragraaf 6.5. U bent hierover op 23 juli 2009 al per brief (V&S/29070767) geïnformeerd. Onder de kop 'Niet in HKC-opgave 2007' is een nadere toelichting opgenomen over de toedeling door het CVZ van de kosten buitenland via CVZ. |

| 1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek december 2009) | |
|--|---|
| Algemeen | <p>Er zijn nog twee wijzigingen voor de jaarstaat 2009 te melden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie van rubriek 13 Overige kosten wordt de regel 'Niet nader te specificeren kosten' verplaatst. Deze regel wordt de vierde regel onder de beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten. - Bij de verzekerenstanden vervalt de specificatie Gemiddelde verzekerenstanden (gemiddeld aantal verzekeren-gemiddeld aantal premie-equivalenten) <p>In deze versie van het handboek is de brief van 9 december (V&S/29108476) 'Aanlevering gegevens Zwv mét accountantsproduct in 2010' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.</p> <p>In deze versie van het handboek is paragraaf 6.6 Toelichting nacalculatie en renteberekening vervallen. In 2010 ontvangt u nadere informatie over de nacalculatie.</p> <hr/> <p>Met ingang van verslagjaar 2010 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invoering prestatiebekostiging Multidisciplinaire zorgverlening voor twee chronische aandoeningen, te weten Diabetes Mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomanagement. Voor COPD geldt de invoering met ingang van 1 juli 2010, mits de zorgstandaard voor die datum geautoriseerd is. - In samenhang met de hierboven genoemde wijziging wijzigt de bekostiging van de huisartsenzorg. 2010 is een overgangsjaar en de in 2009 bestaande prestaties blijven ook in 2010 nog bestaan. Het tarief voor het herhalingsrecept komt te vervallen, in een HDS blijft de declaratie van het herhalingsrecept nog bestaan. - Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, wordt vergoed als een prestatie medisch specialistische zorg. - Twee categorieën van hulpmiddelenzorg gaan over naar een functiegerichte omschrijving. Als gevolg hiervan gaan een aantal hulpmiddelen over naar een andere categorie. - Ten behoeve van afrekeningen met het buitenland wijzigt de indeling van de leeftijdsgroepen. - De Totaal kosten GGZ moeten gesplitst worden in kosten verzekeren jonger dan 18 jaar en verzekeren van 18 jaar en ouder. - De kosten ten laste van de deelbijdrage GGZ moeten ook gesplitst worden in kosten verzekeren < 18 jaar en verzekeren > 18 jaar. - Kosten ten laste van deelbijdrage B-DBC's hebben betrekking op alle B-DBC's. - Totaal kosten en honoraria DBC's B segment hebben betrekking op alle B-DBC's. - Ten behoeve van de uitvoering risicoverevening zijn er twee nieuwe uitvragen: <ul style="list-style-type: none"> - Verzekeren met een bevestigd E-106 formulier; - GGZ declaraties per BSN. - In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening 2008 zijn de categorieën van instellingen gewijzigd. <p>Als gevolg van gewijzigde informatiebehoefte kunnen een aantal specificaties vervallen of worden opgeschoven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zwv verzekeren die wonen in Nederland. - De specificatie Grensoverschrijdende zorg naar 'kosten gemaakt in verdragslanden' en 'kosten gemaakt in niet-verdragslanden' van Zwv verzekeren die wonen in het buitenland. - De specificatie toelichting balans. <p>De opgave van verzekeren zonder BSN 2009 verschuift naar 2012.</p> |

| 1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 - vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <u>Rubriek 01 Huisartsenzorg</u> <ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie van code 506 vervalt de regel 'kosten herhalingsrecept'. De herhaalreceptvergoeding wordt overgeheveld naar het inschrijftarief, code 505. Deze code wordt niet gespecificeerd. - De invoering van de prestatiebekostiging Multidisciplinaire zorgverlening heeft consequenties voor de bekostiging van de huisartsenzorg. 2010 is een overgangsjaar, de in 2009 bestaande prestaties blijven nog bestaan (geldt niet voor het herhalingsrecept). Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren, kunnen niet ook dezelfde soort prestaties voor de chronische aandoeningen van de Module M&I declareren. |
| | <u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u> <ul style="list-style-type: none"> - De kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, worden verantwoord bij code 617. Deze kosten moeten in de specifieke informatie A, jaarstaat 2010 ook gespecificeerd worden. - Het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' B DBC's vervalt. In de jaarstaat 2010 vervallen in de specifieke informatie A de specificaties van code 615 en code 616. Bij de specificatie van code 619 vervalt het onderscheid 'oude' en 'nieuwe' B DBC's bij de kosten B segment en bij de honoraria B segment. |
| | <u>Rubriek 08 Hulpmiddelen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Omdat er in 2010 een aantal wijzigingen zijn doorgevoerd in de Regeling hulpmiddelen is het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2010 in deze versie van het handboek al toegevoegd. |
| | <u>Rubriek 10 GGZ</u> <ul style="list-style-type: none"> - In de jaarstaat specifieke informatie A komt een nieuwe specificatie van de totale kosten GGZ. Deze totale kosten GGZ worden gesplitst in kosten verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. De knip is bepaald op 30 juni van het betreffende jaar. |

| 1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 - vervolg | |
|--|--|
| Specifiek | <p><u>Rubriek 13 Overige kosten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de specificatie van rubriek 13 in de jaarstaat 2009 specifieke informatie A is de aparte regel 'Niet nader te specificeren kosten' verplaatst, deze is nu onderdeel van de kosten beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten. Ook de niet nader te specificeren kosten kunnen alleen maar kosten ivm de beleidsregel zijn. - Met ingang van 2010 vallen alle kosten ivm de beleidsregel innovatie voor de risicoverevening onder 'kosten overige prestatie', de splitsing van de kosten ivm beleidsregel innovatie kan dan vervallen. De specificatie van rubriek 13 vervalt in specifieke informatie A en gaat in zijn geheel naar de specifieke informatie C. De verantwoording over oude jaren blijft opgevraagd worden in de specifieke informatie A. - De prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomangement en na 1 juli COPD verantwoordt u bij rubriek 13. U verantwoordt zowel de kosten als de aantallen van de te onderscheiden prestaties, voor zover het verzekerde zorg Zvw betreft. - In de 2^e en 4^e kwartaalstaat en in de jaarstaat specifieke informatie C komen twee nieuwe specificaties van rubriek 13. De eerste specificatie is een splitsing naar de kosten van de twee beleidsregels en de drie verschillende prestaties multidisciplinaire zorgverlening. De tweede specificatie vraagt naar het aantal patiënten voor de prestaties multidisciplinaire zorgverlening. |
| | <p><u>Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de specificatie in de jaarstaat specifieke informatie A moeten de kosten van GGZ, gemaakt in het buitenland- via verzekeraar, worden gesplitst in kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten verzekerden 18 jaar en ouder. |
| | <p><u>Kosten naar deelbijdrage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie van deze rubriek moeten de kosten GGZ worden gesplitst in kosten ten laste van de deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar en de deelbijdrage GGZ verzekerden van 18 jaar en ouder (30 juni 18 jaar of ouder). - In de specificatie hebben de kosten ten laste van de deelbijdrage B-DBC's betrekking op alle B-DBC's en niet meer alleen de B-DBC's tot en met 2008. |
| | <p><u>Informatie tbv afrekeningen met het buitenland</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie in de jaarstaat 2010 specifieke informatie A wijzigen in de kosten per rubriek naar leeftijd in alle rubrieken de leeftijdindelingen als volgt: verzekerden jonger dan 20 jaar, verzekerden tussen 20 en 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. |

| 1.3.8 Wijzigingen en aandachtspunten 2010 - vervolg | |
|--|---|
| Specifiek | <p><u>Aanvullende informatie risicoverevening</u></p> <p>Ten behoeve van de risicoverevening worden twee nieuwe bestanden uitgevraagd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er komt een uitvraag per 1 juli 2010 naar alle verzekerden in 2009 (geverifieerd BSN) met een bevestigd E-106 formulier. Bij dit bestand moet een bestuursverklaring worden aangeleverd. - Er komt een uitvraag per 1 juli 2010 naar GGZ declaraties 2008 per BSN per declaratie. In 2010 moet dit bestand aangeleverd worden met een bestuursverklaring, vanaf 2011 met een assurancerapport. - Het RBVZ 2009 wordt in 2010 aangeleverd met een bestuursverklaring en een assurancerapport. - De opgave verzekerden zonder BSN 2009 verschuift naar 2012. Deze opgave van verzekerden zonder BSN wordt voortaan pas opgevraagd ten behoeve van de 2^e voorlopige vaststelling, zodat het aantal uitzonderingsgevallen nog verder beperkt wordt. <hr/> <p><u>Opbrengstverrekening</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de opgave ten behoeve van de opbrengstverrekening over 2008 zijn de categorieën van instellingen gewijzigd. De instellingen zijn onderverdeeld in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, overige instellingen en de revalidatie-instellingen. De revalidatie-instellingen zijn in 2008 nog niet overgegaan op DBC's, wij vragen hier de volgende drie kolommen op. <ul style="list-style-type: none"> a. Verpleegkosten. De tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A201, A202, A203, A204, A205 en A206 (codenummer 607). b. Kosten revalidatiebehandeluren (RBU's): de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A231 en A021 (codenummer 610). c. Kosten van dagbehandeling: de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A007 (codenummer 610) |

| 1.3.9 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek januari 2010) | |
|---|---|
| Specifiek | <p><u>Betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009</u></p> <p>In deze versie van het handboek is toegevoegd:</p> <ul style="list-style-type: none">- gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 (paragraaf 2.5.). <p>Per e-mail is begin februari 2010 het zogenoemde filter 2009 toegestuurd aan alle contactpersonen. Dit is een Excelsheet voor eigen gebruik door de zorgverzekeraars om de 'oude compensatie' ten behoeve van de opgave in de jaarstaat 2009 te berekenen. In paragraaf 2.5. wordt het gebruik van het filter toegelicht.</p> <hr/> <p><u>Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none">- In paragraaf 2.2.5., 5.2.1., 5.2.2. en 5.4. (rubriek 15) is de verantwoording verduidelijkt van de kosten buitenland die via het CVZ lopen. |

| 1.3.10 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek april 2010) | |
|---|---|
| Specifiek | <u>Aanleverkalender</u> De aanleverkalender 2010 in paragraaf 1.2. is aangevuld met drie aanleveringen: <ul style="list-style-type: none"> - Aanlevering GGZ gegevens per 1 juni, deze aanlevering was al bekend gemaakt. - Aanlevering bestanden Verzekerden zonder BSN 2008 en 2009 op 1 november 2010. De contactpersonen zijn hierover per e-mail van 1 april 2010 geïnformeerd (zie ook hierna). |
| | <u>Rubriek 10 GGZ</u> <ul style="list-style-type: none"> - Met ingang van 2010 is het PGB voor de curatieve GGZ vervallen. Code 663 wordt in de kwartaal- en jaarstaat 2010, zowel in de specifieke informatie A als de specifieke informatie C, niet meer uitgevraagd. Er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats. Zie ook paragraaf 2.2.1 en 3.1.9. |
| | <u>Verschil posten schade DNB</u> <ul style="list-style-type: none"> - In paragraaf 5.4 is de toelichting bij code 915 Schade tlv het verplicht eigen risico uitgebreid met een nadere toelichting voor die situaties waarin de zorgverzekeraar een verplicht eigen risico van verzekerden voor zijn eigen rekening neemt. |
| | <u>Kosten eigen instelling zorgverzekeraar</u> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgverzekeraars die een eigen instelling exploiteren (bijvoorbeeld een apotheek) verantwoorden de zorgkosten, gebaseerd op de rechtsgeldige/marktconforme tarieven. Zie ook paragraaf 5.1. |
| | <u>Aanvullende informatie risicoverevening</u> De inhoud van de e-mail van 1 april 2010 is verwerkt: <ul style="list-style-type: none"> - Het CVZ heeft aan de stichting SA-Z verzocht om op 1 juli 2010 nogmaals het RBVZ 2008 te draaien en dit bestand te leveren aan het CVZ. Het CVZ gebruikt dit bestand bij de 2e voorlopige (en de definitieve) vaststelling 2008. SA-Z zal u informeren over de uiterste datum waarop u mutaties moet hebben aangeleverd. In 2008 zit er nog geen assurancerapport bij het RBVZ. Zie ook paragraaf 6.1. - Zorgverzekeraars moeten het bestand 'Verzekerden zonder BSN 2008', voorzien van een bestuursverklaring, nogmaals aanleveren aan het CVZ per 1 november 2010 op basis van aangescherpte instructies voor de toelichting per opgegeven verzekerde. Alle bestanden die zorgverzekeraars uiterlijk op 1 juli 2009 aan het CVZ hebben aangeleverd, komen te vervallen. Zie ook paragraaf 1.2 en 6.3. - Het bestand 'Verzekerden zonder BSN' moet vanaf het bestand over 2009 op 1 november T+1 worden aangeleverd aan het CVZ. Dit betekent dat u op 1 november 2010 ook het bestand 'Verzekerden zonder BSN 2009' aanlevert. Zie ook paragraaf 1.2. en 6.3. |
| <u>Opbrengstverrekening</u> <ul style="list-style-type: none"> - In het format zijn zijn twee instellingen toegevoegd aan 'Overige instellingen', het Radiotherapeutisch Instituut Friesland en het Dr. Bernard Verbeeten Instituut. - Het model van de bestuursverklaring is aangepast. Het totale schadebedrag is gesplitst in schadebedrag DBC's en schadebedrag revalidatieinstellingen. | |

| 2. Specifieke Informatie A | |
|-----------------------------------|---|
| Nummer | Omschrijving |
| 2.1. | Bestuurlijke verklaring |
| 2.2. | Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat |
| 2.3. | Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling |
| 2.4. | Informatie tbv afrekeningen met het buitenland |
| 2.5. | Opgave betalingsachterstanden nominale premie |

Specifieke Informatie A

In de Specifieke Informatie A in de jaarstaat is informatie opgenomen waar een accountantsverklaring bij moet worden afgegeven. In een bestuurlijke verklaring (2.1.) bij de jaarstaat moet worden verklaard dat alle tijdens het onderzoek gerapporteerde feitelijke onjuistheden zijn gecorrigeerd in de Specifieke Informatie A. Voor zover van toepassing moeten de correcties ook worden aangebracht in de Specifieke Informatie C in de jaarstaat.

Een deel van de informatie voor de risicoverevening (2.2.) wordt niet alleen opgevraagd in de specifieke informatie A in de jaarstaat maar ook in de kwartaalstaten. De informatie in de kwartaalstaten omvat de minimaal vereiste gegevens die het CVZ nodig heeft voor een tussentijdse herberekening van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds en verzekerdengegevens. De detail-informatie voor de herberekening is uitsluitend opgenomen in de jaarstaat (specificaties van kosten van de prestaties Zvw). Het gemiddelde aantal verzekerden en het gemiddelde aantal premie-equivalenten, die u in de jaarstaat opneemt, zijn de objecten van onderzoek voor het juistheidsonderzoek door de accountant naar de twee verschillende onderverdelingen van de verzekerden (risicoklassen en nominale premie), die u in de kwartaalstaten per maand heeft aangeleverd.

In de specifieke informatie A in de jaarstaat is een specificatie opgenomen in het kader van het 'Besluit ondermandaat zorgverzekeraars inzake oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering' (2.3.). Ook in de kwartaalstaten, maar dan in de specifieke informatie C, is informatie opgenomen over de uitvoering van het ondermandaat (zie 3.2.).

De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland (2.4.) in de jaarstaat omvat specificaties van kosten per rubriek naar verzekerden jonger dan 20 jaar, verzekerden tussen 20 en 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. In het kader van Verordening 574/72 moet het CVZ jaarlijks gegevens aanleveren over de gemiddelde kosten van geneeskundige verzorging in Nederland. De bedragen per verzekerde worden gebruikt in de afrekening tussen de EU-lidstaten.

De opgave ten behoeve van de betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 (2.5.), omvat een specificatie van verzekerden (wanbetalers) die op 31-12-2009 zijn ingeschreven en een specificatie van verzekerden (wanbetalers) die in 2009 zijn uitgeschreven. Deze opgave is opgenomen in de jaarstaat 2009, specifieke informatie A.

2. Specifieke Informatie A

| 2.1. Bestuurlijke verklaring | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| Bestuurlijke verklaring | | | | |
| <p>Zorgverzekeraars leveren op papier de volgende documenten aan de NZa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de specifieke informatie A met juistheidsverklaring; - de Bestuurlijke Verklaring. <p>In het aan te leveren Elektronisch Format Jaarstaat aan het CVZ zijn opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de specifieke informatie A die aan moet sluiten op de papieren versie; - de specifieke informatie C; <p>In de bestuurlijke verklaring wordt verklaard dat alle door de accountant tijdens het onderzoek geconstateerde fouten in de jaarstaat zijn gecorrigeerd.</p> <p>Zorgverzekeraars leveren de Bestuurlijke Verklaring op papier aan bij de papieren versie van de specifieke informatie A. Hij is opgenomen in het Elektronisch Format zodat u de verklaring kunt printen en ondertekenen.</p> <p>Bij de aanlevering van het Elektronisch Format verklaart de zorgverzekeraar dat de gegevens in het Elektronisch Format aansluiten op de papieren versie van de jaarstaat, specifieke informatie A.</p> <p>Wijzigingen na goedkeurende accountantsverklaring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mocht u, nadat de accountant een goedkeurende verklaring heeft afgegeven, nog onjuiste kostenopgaven vinden in de jaarstaten, dan kunt u deze, voor zover ze consequenties hebben voor de specifieke informatie A, niet meer verbeteren in de jaarstaten. Als de geconstateerde fouten voldoen aan de randvoorwaarden van de NZa (zie protocol Vereveningsonderzoek Zorgverzekeringswet 2009, paragraaf 2.2.1.) en als er geen andere aanwijzigingen zijn gegeven in de reviewrapportage van de NZa over de jaarstaat, dan corrigeert u deze fouten in de eerstvolgende jaarstaat in de kolom(men) die betrekking hebben op het betreffende schadejaar. | | | | |

BESTUURLIJKE VERKLARING BIJ DE GEGEVENS IN DE JAARSTAAT Zvw 2009

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2009 zijn ontleend aan de administratie die ten grondslag ligt aan de verantwoording in het financieel verslag 2009 zoals dat in de Maatschappelijk Verantwoording 2009 is opgenomen. De volledige specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2009 is voor de vereiste juistheidscontrole voorgelegd aan de accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke onjuistheden. Alle feitelijke onjuistheden zijn in de in deze jaarstaat opgenomen specifieke informatie A gecorrigeerd en voor zover van toepassing tevens in de specifieke informatie C.

| 2.2. Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat | |
|---|---|
| Nummer | Omschrijving |
| 2.2.1. | Kostenverzamelstaat |
| 2.2.2. | Kosten per deelbijdrage |
| 2.2.3. | Specificaties Rubriek 06 Medisch specialistische zorg |
| 2.2.4. | Specificaties Rubriek 13 Overige kosten |
| 2.2.5. | Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg |
| 2.2.6. | Verzekerdenstanden |
| 2.2.7. | Berekende nominale rekenpremies gedetineerden |

Informatie risicoverevening inclusief kostenverzamelstaat

In de specifieke informatie A zijn eerst twee onderverdelingen van de totale kosten Zwv opgenomen die ten laste van de risicoverevening komen, te weten de kostenverzamelstaat (2.2.1.) en de kosten per deelbijdrage (2.2.2.). Om de splitsing te kunnen maken naar de deelbijdragen, is detailinformatie nodig over een aantal kostenrubrieken en over gegevens per instelling (paragraaf 2.2.3. tot en met 2.2.5.). Met ingang van de jaarstaat 2009 moeten in de specifieke informatie A kolom 1 en kolom 5 uit de kostenverzamelstaat gespecificeerd worden (in de specificaties in 2.2.2. tot en met 2.2.5.).

In paragraaf 2.2.6. treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u in de kwartaal- en jaarstaten moet aanleveren. Paragraaf 2.2.7. gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

De teruggaveregeling no-claim is met ingang van de jaarstaat 2009 vervallen.

| 2.2.1. Kostenverzamelstaat | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | jaarstaat |
| X | X | X | X | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>In de kostenverzamelstaat zijn de lasten Zvw, volgens de definitie van het CVZ, onderverdeeld naar kostenrubrieken en per kostenrubriek nader gespecificeerd naar kostencodenummers. Daarnaast is er een onderverdeling naar kolommen.</p> <p>De kwartaalstaten bestaan uit zes kolommen. De jaarstaat bestaat uit vijf kolommen.</p> <p>In de kwartaal- en jaarstaten hebben de eerste en de tweede kolom betrekking op de cumulatieve schade met betrekking tot de verslagperiode/het verslagjaar. De kolommen 3 t/m 6 hebben betrekking op lasten over (het) voorgaande schadeja(a)r(en). In de kwartaalstaat over het eerste kwartaal hoeft u kolom 3 en kolom 5 niet in te vullen.</p> <p>In het jaar dat een codenummer komt te vervallen, zijn de eerste en de tweede kolom in zowel de kwartaalstaten als de jaarstaat gearceerd. In de kolommen 3 en verder kunt u nagekomen declaraties over oude schadejaren bij het betreffende codenummer verantwoorden.</p> <p>Met ingang van 2010 wordt de herhaalreceptvergoeding overgeheveld naar het inschrijftarief, code 505. De kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, verantwoordt u bij code 617. De nieuwe prestaties Multidisciplinaire zorgverlening moet u verantwoorden bij rubriek 13 Overige kosten.</p> <p>Bij rubriek 10 GGZ is met ingang van 2010 het PGB curatieve zorg vervallen. Er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats.</p> <p>Aan het einde van de kostenverzamelstaat is een aantal regels opgenomen, die het verschil aangeven met het schadebegrip zoals de Nederlandse Bank dat hanteert. In de kwartaalstaten wordt hiermee voor kolom 1 de feitelijke aansluiting berekend tussen de 2 schadebegrippen. In de jaarstaat is de aansluiting gecompliceerder en wordt daarom niet berekend.</p> <p>De verschilposten 'Schade ten laste van het vrijwillig/verplicht eigen risico' en 'Opbrengsten verhaal' gebruiken het CVZ en VWS ook als beleidsinformatie.</p> <p>Bij de regel 'Prudentiemarge balanspost' neemt u extra marges op de balanspost op. Bij de balanspost volgens de definitie van het CVZ, neemt u uitsluitend een zo reëel mogelijke schatting op van de nog te ontvangen declaraties.</p> <p>In de gehele jaarstaat geldt dat u <u>geen</u> correcties/inschattingen in verband met de opbrengstverrekening verwerkt.</p> <p>Een beschrijving van het kostenbegrip en van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer, is opgenomen in hoofdstuk 5. Definities Kosten en Productie.</p> | | | | |

2. Specifieke Informatie A

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2010 T/M 1e KWARTAAL | | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 EN OUDER | |
|---|----------|--|---|----------------------------------|--|---|---|
| | | Lasten t/m 1e kwartaal 2010 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2010 | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 en ouder inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder |
| 01 HUISARTSENZORG | | | | | | | |
| Bijzondere betalingen | 503 | | | | | | |
| Avond-, nacht- en weekenddiensten | 504 | | | | | | |
| Inschrijftarieven | 505 | | | | | | |
| Consulttarieven | 506 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 01 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 02 FARMACEUTISCHE ZORG | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 02 | 520 | | | | | | |
| 04 MONDZORG | | | | | | | |
| Kosten mondzorg volwassen verzekerden | 560.1 | | | | | | |
| Kosten mondzorg jeugdige verzekerden | 560.2 | | | | | | |
| Kosten gebitsprothesen | 561 | | | | | | |
| Bijzondere betalingen mondzorg | 562 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 04 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 05 VERLOSKUNDIGE ZORG | | | | | | | |
| Kosten verloskundige zorg door verloskundigen | 580 | | | | | | |
| Kosten verloskundige zorg door huisartsen | 581 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 05 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2010 T/M 1e KWARTAAL | | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 EN OUDER | |
|---|----------|--|---|----------------------------------|--|---|---|
| | | Lasten t/m 1e kwartaal 2010 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2010 | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 en ouder inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder |
| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | | | | | | | |
| Kosten en honor. specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 545 | | | | | | |
| Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie | 546 | | | | | | |
| Kosten academische component (t/m 2007) | 601 | | | | | | |
| Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen | 606 | | | | | | |
| Kosten verpleging in revalidatie-instellingen (t/m 2008) | 607 | | | | | | |
| Kosten zelfstandige audiologische centra (t/m 2006) | 608 | | | | | | |
| Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 610 | | | | | | |
| Kosten van DBC's A segment, (t/m 2007 inclusief gedeclareerde verrekentariaf) | 613 | | | | | | |
| Honoraria DBC's A segment | 614 | | | | | | |
| Kosten DBC's B segment | 615 | | | | | | |
| Honoraria DBC's B segment | 616 | | | | | | |
| Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 617 | | | | | | |
| Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 618 | | | | | | |
| Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 619 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 06 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Uitzondering: In de kwartaalstaat over het eerste kwartaal hoeven kolom 3 en 5 niet ingevuld te worden.

2. Specifieke Informatie A

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2010 T/M 1E KWARTAAL | | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 EN OUDER | |
|---|----------|--|---|----------------------------------|--|---|---|
| | | Lasten t/m 1e kwartaal 2010 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2010 | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 en ouder inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder |
| 07 PARAMEDISCHE ZORG | | | | | | | |
| Kosten fysiotherapie | 620 | | | | | | |
| Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar | 621 | | | | | | |
| Kosten logopedie | 623 | | | | | | |
| Kosten ergotherapie | 624 | | | | | | |
| Kosten dieetadvisering | 625 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 07 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 08 HULPMIDDELENZORG | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 08 | 640 | | | | | | |
| 09 ZIEKENVERVOER | | | | | | | |
| Kosten vervoer per ambulance/helikopter | 650 | | | | | | |
| Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 651 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 09 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | | | | | | | |
| Kosten eerstelijnspsychologische zorg | 660 | | | | | | |
| Kosten DBC's GGZ met verblijf | 661 | | | | | | |
| Kosten DBC's GGZ zonder verblijf | 662 | | | | | | |
| Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ | 663 | | | | | | |
| Kosten overige producten GGZ | 664 | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 10 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2010 T/M 1E KWARTAAL | | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 EN OUDER | |
|---|----------|--|---|----------------------------------|--|---|---|
| | | Lasten t/m 1e kwartaal 2010 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2010 | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 en ouder inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder |
| 12 KRAAMZORG | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 12 | 680 | | | | | | |
| 13 OVERIGE KOSTEN | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 13 | 700 | | | | | | |
| TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 15 | 720 | | | | | | |
| 16 KOSTEN ONDERSTEUNING EERSTELIJNSZORG | | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 16 | 730 | | | | | | |
| TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie CVZ) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK | CVZ-code | Lasten t/m 1 kwartaal 2010 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2010 | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 en ouder inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder |
|---|----------|---|---|----------------------------------|--|---|---|
| AF: OPBRENGSTEN VERHAAL | 890.1 | | | | | | |
| AF: SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO | 910 | | | | | | |
| AF: SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO | 915 | | | | | | |
| BIJ: SCHADE-AFHANDELINGSKOSTEN | 920 | | | | | | |
| BIJ: PRUDENTIEMARGE BALANSPOST | 930 | | | | | | |
| SALDO (= bruto schaden uitkeringen zorgverzekeringsverplichtingen, definitie DNB) | | 0 | | | | | |

Uitzondering: In de kwartaalstaat over het eerste kwartaal hoeven kolom 3 en 5 niet ingevuld te worden.

2. Specifieke Informatie A

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2009

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 | | LASTEN 2007 EN OUDER |
|---|----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
| 01 HUISARTSENZORG | | | | | | |
| Bijzondere betalingen | 503 | | | | | |
| Avond-, nacht- en weekenddiensten | 504 | | | | | |
| Inschrijftarieven | 505 | | | | | |
| Consulttarieven | 506 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 01 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 02 FARMACEUTISCHE ZORG | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 02 | 520 | | | | | |
| 04 MONDZORG | | | | | | |
| Kosten mondzorg volwassen verzekerden | 560.1 | | | | | |
| Kosten mondzorg jeugdige verzekerden | 560.2 | | | | | |
| Kosten gebitsprothesen | 561 | | | | | |
| Bijzondere betalingen mondzorg | 562 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 04 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 05 VERLOSKUNDIGE ZORG | | | | | | |
| Kosten verloskundige zorg door verloskundigen | 580 | | | | | |
| Kosten verloskundige zorg door huisartsen | 581 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 05 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 | | LASTEN 2007 EN OUDER |
|---|----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | | | | | | |
| Kosten en honor. specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 545 | | | | | |
| Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie | 546 | | | | | |
| Kosten academische component (t/m 2007) | 601 | | | | | |
| Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen | 606 | | | | | |
| Kosten verpleging in revalidatie-instellingen (t/m 2008) | 607 | | | | | |
| Kosten zelfstandige audiologische centra (t/m 2006) | 608 | | | | | |
| Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 610 | | | | | |
| Kosten van DBC's A segment, (t/m 2007 inclusief gedeclareerde verrekentariaf) | 613 | | | | | |
| Honoraria DBC's A segment | 614 | | | | | |
| Kosten DBC's B segment | 615 | | | | | |
| Honoraria DBC's B segment | 616 | | | | | |
| Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 617 | | | | | |
| Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 618 | | | | | |
| Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 619 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 06 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

Kostenverzamelstaat in de jaarstaat 2009

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 | | LASTEN 2007 EN OUDER |
|---|----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
| 07 PARAMEDISCHE ZORG | | | | | | |
| Kosten fysiotherapie | 620 | | | | | |
| Kosten oefen therapie Mensendieck/Cesar | 621 | | | | | |
| Kosten logopedie | 623 | | | | | |
| Kosten ergotherapie | 624 | | | | | |
| Kosten dieetadvisering | 625 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 07 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 08 HULPMIDDELENZORG | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 08 | 640 | | | | | |
| 09 ZIEKENVERVOER | | | | | | |
| Kosten vervoer per ambulance/helikopter | 650 | | | | | |
| Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 651 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 09 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | | | | | | |
| Kosten eerstelijnspsychologische zorg | 660 | | | | | |
| Kosten DBC's GGZ met verblijf | 661 | | | | | |
| Kosten DBC's GGZ zonder verblijf | 662 | | | | | |
| Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ | 663 | | | | | |
| Kosten overige producten GGZ | 664 | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 10 | | 0 | 0 | 0 | 0 | |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| KOSTENRUBRIEK | CVZ-code | LASTEN 2009 | | LASTEN 2008 | | LASTEN 2007 EN OUDER |
|---|----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
| 12 KRAAMZORG | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 12 | 680 | | | | | |
| 13 OVERIGE KOSTEN | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 13 | 700 | | | | | |
| TOTAAL KOSTEN VAN PRESTATIES | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 15 | 720 | | | | | |
| 16 KOSTEN ONDERSTEUNING EERSTELIJNSZORG | | | | | | |
| TOTAAL RUBRIEK 16 | 730 | | | | | |
| TOTAAL LASTEN (bruto-schade, definitie CVZ) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

| VERSCHIL POSTEN SCHADE DE NEDERLANDSCHE BANK | CVZ-code | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 | Lasten 2008 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--|----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| OPBRENGSTEN VERHAAL | 890.1 | | | | | |
| SCHADE T.L.V. HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO | 910 | | | | | |
| SCHADE T.L.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO | 915 | | | | | |
| SCHADE-AFHANDELINGSKOSTEN | 920 | | | | | |
| PRUDENTIEMARGE BALANSPOST | 930 | | | | | |

2. Specifieke Informatie A

| 2.2.2. Kosten per deelbijdrage | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| X | X | X | X | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>In deze tabel verdeelt u de totale lasten Zvw, zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar de verschillende deelbijdragen.</p> <p>In de jaarstaat specificiert u tevens het bedrag dat is opgenomen in de vijfde kolom.</p> <p>De verdeling naar de deelbijdragen vindt plaats op basis van de ministeriele "Regeling zorgverzekering" en de "Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering (jaartal)" van het CVZ zoals die voor het betreffende bijdragejaar van toepassing zijn.</p> <p>De som van de gespecificeerde bedragen moet aansluiten op de totale lasten in de eerste kolom (kwartaal- en jaarstaten) en de vijfde kolom (jaarstaat) van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A.</p> <p>In de jaarstaat 2009 hebben de kosten ten laste van de deelbijdrage 'B DBC's' betrekking op B DBC's tot en met 2008. Hier neemt u de kosten op van de tot en met 2008 al bestaande B DBC's. In de Wijziging Regeling zorgverzekering 2009 is bepaald dat dit de DBC's zijn die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment'. In de kostenverzamelstaat heeft u zowel de oude als de nieuwe B DBC's verantwoord bij de codenummers 615, 616 en 619. De nieuwe B DBC's per 1 januari 2009 staan in beleidsregel CI-1068 van de NZa. De kosten van de nieuwe B DBC's worden verdeeld naar de deelbijdragen Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en Vaste kosten ziekenhuisverpleging. Met ingang van 2010 vervalt dit onderscheid en neemt u de kosten op van alle B DBC's.</p> <p>Met ingang van 2010 moet de u de kosten GGZ splitsen in kosten ten laste van de deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar en de deelbijdrage GGZ verzekerden van 18 jaar en ouder.</p> | | | | |

Specificatie in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

| KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE | Lasten t/m 1e kwartaal 2010 inclusief balanspost |
|---|---|
| Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp | |
| Vaste kosten ziekenhuisverpleging | |
| Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg | Kosten tlv de deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar |
| | Kosten tlv de deelbijdrage GGZ verzekerden 18 jaar en ouder |
| Kosten overige prestaties | |
| Kosten B DBC's | |
| TOTAAL lasten (bruto-schade, definitie CVZ) | 0 |

Specificatie in de jaarstaat 2009

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

| KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|---|-------------------------------------|--|
| Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp | | |
| Vaste kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp | | |
| Kosten overige prestaties | | |
| Kosten Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg | | |
| Kosten B DBC's (tot en met 2008) | | |
| TOTAAL kosten | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

| 2.2.3. Specificaties Rubriek 06 Medisch specialistische zorg | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>Voor de toedeling van de kosten van rubriek 06, Medisch specialistische zorg, naar vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging is van een aantal codenummers een nadere detaillering nodig. U specificeert de bedragen die zijn opgenomen in de eerste en vijfde kolom (dit geldt niet voor de specificaties naar oude en nieuwe B DBC's).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij codenummer 613, Kosten (component) van DBC's A segment, inclusief het gedeclareerde verrekentarium, specificeert u het totaal van de kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra, epilepsiecentra (met ingang van 2008) en revalidatiecentra (met ingang van 2009). De kosten in deze specificatie worden volgens eenzelfde percentage toegeedeeld naar vaste en variabele kosten. De kosten van alle andere instellingen die u bij code 613 verantwoordt, worden volgens een percentage per instelling verdeeld naar vast en variabele kosten. Van deze instellingen moet u de kosten per instelling apart specificeren (zie verderop in 2.2.3.). - Met ingang van de jaarstaat 2009 wordt in twee nieuwe specificaties voor de codenummers 615 (kostencomponent) en 616 (honorariumcomponent) het onderscheid gevraagd naar de kosten van oude B-DBC's (t/m 2008) en van nieuwe B-DBC's (met ingang van 2009). De oude B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage bij de beleidsregel CI-1035 van de NZa en de nieuwe B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage bij de beleidsregel CI-1068 van de NZa. In de jaarstaat 2010 vervallen deze specificaties weer. - Bij codenummer 619 geeft u in de jaarstaat 2009 een splitsing naar de kosten van de kostencomponent van DBC's in het A segment en in het B segment, de honorariumcomponent van het A segment en de honorariumcomponent van het B segment en het totaal van de ondersteunende en overige producten en de overige trajecten en verrichtingen. Zowel de kosten als de honoraria van het B segment worden weer gesplitst in 'oude' en 'nieuwe' B DBC's. Al deze bedragen worden volgens verschillende percentages toegeedeeld naar vaste en variabele kosten. Met ingang van de jaarstaat 2010 vervalt het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' B DBC's in de specificatie van code 619. | | | | |

Specificaties in jaarstaat 2009

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT, (T/M 2007 INCLUSIEF GEDECLAREERDE VERREKENTARIEF) | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--|-------------------------------------|--|
| Kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- (met ingang van 2008) en revalidatiecentra (met ingang van 2009) | | |

| CODE 615 - KOSTEN VAN DBC'S B SEGMENT | | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Kosten B segment | oude B DBC's (tot met 2008) | |
| | nieuwe B DBC's (met ingang van 2009) | |
| TOTAAL code 615 | | 0 |

| CODE 616 - HONORARIA VAN DBC'S B SEGMENT | | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Honoraria B segment | oude B DBC's (tot met 2008) | |
| | nieuwe B DBC's (met ingang van 2009) | |
| TOTAAL code 616 | | 0 |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2009 - vervolg -

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN | | Lasten 2009 inclusief balanspost |
| Kosten A segment | | |
| Kosten B segment | oude B DBC's (t/m 2008) | |
| | nieuwe B DBC's (met ingang van 2009) | |
| Honoraria A segment | | |
| Honoraria B segment | oude B DBC's (t/m 2008) | |
| | nieuwe B DBC's (met ingang van 2009) | |
| Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen | | |
| TOTAAL code 619 | | 0 |

| | | |
|---|--|--|
| CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
| Kosten A segment | | |
| Kosten B segment | | |
| Honoraria A en B segment | | |
| Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen | | |
| TOTAAL code 619 | | 0 |

2. Specifieke Informatie A

| 2.2.3. Specificaties Rubriek 06 Medisch specialistische zorg – vervolg | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| - DBC's gesplitst naar sluitingsjaar | | | | |
| <p>In deze specificatie splitst u de totale lasten inclusief balanspost, zoals opgenomen in de kostenverzamelstaat kolom 1, van de codenummers 613 t/m 616 en 619 naar kosten van DBC's die in jaar T geopend en gesloten zijn en van DBC's die in jaar T geopend zijn en in jaar T+1 gesloten worden. Bij code 619 betreft het uitsluitend de kosten van de DBC's en niet van de ondersteunende en overige producten en de overige trajecten en verrichtingen.</p> <p>Daarnaast specificeert u ook de in T-2 geopende DBC's naar sluitingsjaar (T-2 en T-1). De bedragen in deze specificatie sluiten niet exact aan op de bedragen in kolom 5 van de kostenverzamelstaat (of van de specificatie van code 619) omdat daar tevens geopende DBC's in oudere jaren verantwoord kunnen zijn.</p> | | | | |

Specificaties in jaarstaat 2009

| KOSTEN DBC'S IN 2007 GEOPEND EN IN 2007 GESLOTEN | Lasten 2007 |
|--|-------------|
| Kosten van DBC's A segment | |
| Honoraria van DBC's A segment | |
| Kosten van DBC's B segment | |
| Honoraria van DBC's B segment | |
| Kosten en honoraria DBC's A en B segment extramuraal werkende specialisten | |
| TOTAAL | 0 |

| KOSTEN DBC'S IN 2007 GEOPEND EN IN 2008 GESLOTEN | Lasten 2007 |
|--|-------------|
| Kosten van DBC's A segment | |
| Honoraria van DBC's A segment | |
| Kosten van DBC's B segment | |
| Honoraria van DBC's B segment | |
| Kosten en honoraria DBC's A en B segment extramuraal werkende specialisten | |
| TOTAAL | 0 |

| KOSTEN DBC'S IN 2009 GEOPEND EN IN 2009 GESLOTEN | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--|-------------------------------------|
| Kosten van DBC's A segment | |
| Honoraria van DBC's A segment | |
| Kosten van DBC's B segment | |
| Honoraria van DBC's B segment | |
| Kosten en honoraria DBC's A en B segment extramuraal werkende specialisten | |
| TOTAAL | 0 |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2009 – vervolg -

| KOSTEN DBC'S IN 2009 GEOPEND EN IN 2010 GESLOTEN | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--|-------------------------------------|
| Kosten van DBC's A segment | |
| Honoraria van DBC's A segment | |
| Kosten van DBC's B segment | |
| Honoraria van DBC's B segment | |
| Kosten en honoraria DBC's A en B segment extramuraal werkende specialisten | 0 |
| TOTAAL | 0 |

| 2.2.3. Specificaties Rubriek 06 Medisch specialistische zorg – vervolg | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| - Kosten per instelling | | | | |
| <p>In deze tabellen specificeert u de "kostencomponent van DBC's in het A-segment" zoals verantwoord in de kostenverzamelstaat, kolom 1 en kolom 5, bij code 613, per instelling voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen; - Categoriële ziekenhuizen (betreft uitsluitend het Oogziekenhuis Rotterdam en de St. Maartenskliniek). <p>Deze specificatie is van toepassing op alle instellingen die zijn overgegaan op DBC financiering met uitzondering van de ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra , epilepsiecentra (met ingang van 2008 overgegaan op DBC's) en revalidatiecentra (met ingang van 2009). Van die instellingen hoeft u in de specifieke informatie A uitsluitend het totaal te specificeren (zie eerste specificatie in 2.2.3.) dat u bij code 613 heeft opgenomen voor die instellingen.</p> <p>De lasten lopend boekjaar neemt u op inclusief de balanspost. De opgenomen balanspost hoeft u per instelling niet afzonderlijk te specificeren. Wel is het van belang dat u de balanspost PER instelling opstelt.</p> <p>De som van de per instelling opgenomen kosten van de kostencomponent van de DBC's A segment moet overeenkomen met het bedrag dat u voor die instellingen heeft verantwoord bij kostencodenummer 613 bij de lasten jaar T inclusief balanspost, in kolom 1 dan wel het bedrag in kolom 5.</p> <p>In de gehele jaarstaat (en dus ook in deze specificaties) geldt dat u <u>geen</u> correcties/inschattingen in verband met de opbrengstverrekening verwerkt.</p> <p>Voor de definities van de begrippen lasten lopend boekjaar en balanspost verwijst ik u naar hoofdstuk 5.2. De AGB codes zijn in de tabellen opgenomen als hulpmiddel bij het invullen. Wij garanderen niet dat de codes actueel zijn.</p> <p>Deze gegevens worden gebruikt om bij de voorlopige en definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage de totale kosten van de kostencomponent van de DBC's in het A segment te splitsen naar variabele kosten van ziekenhuisverpleging en vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Voor die splitsing kent elke instelling elk vereveningsbijdragejaar een eigen percentage.</p> | | | | |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|---------------------------------|--|------------|-------------------------------------|--|
| 020101 | Academisch ziekenhuis | Groningen | | |
| 020502 | Academisch ziekenhuis St. Radboud | Nijmegen | | |
| 020602 | Academisch ziekenhuis | Utrecht | | |
| 020701 | Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit | Amsterdam | | |
| 020702 | Academisch Medisch Centrum | Amsterdam | | |
| 020801 | Academisch ziekenhuis | Leiden | | |
| 020806 | Academisch ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 021101 | Academisch ziekenhuis Maastricht | Maastricht | | |
| TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | | | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|----------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|
| 010101 | Delfzicht Ziekenhuis | Delfzijl | | |
| 010105 | Refaja Ziekenhuis | Stadskanaal | | |
| 010106 | RK Ziekenhuis Sint Lucas | Winschoten | | |
| 010107 | Martini Ziekenhuis | Groningen | | |
| 010201 | Ziekenhuis De Sionsberg | Dokkum | | |
| 010202 | Protestants Ziekenhuis Nij Smellinghe | Drachten | | |
| 010205 | Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans | Heerenveen | | |
| 010209 | Sint Antonius Ziekenhuis | Sneek | | |
| 010210 | Medisch Centrum Leeuwarden | Leeuwarden | | |
| 010301 | Wilhelmina Ziekenhuis | Assen | | |
| 010303 | Scheper Ziekenhuis | Emmen | | |
| 010304 | Bethesda Ziekenhuis | Hoogeveen | | |
| 010305 | Diaconesseninrichting | Meppel | | |
| 010413 010414 010420 | Isala klinieken | Zwolle | | |
| 010417 | Deventer Ziekenhuizen | Deventer | | |
| 010418 | Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg | Hardenberg | | |
| 010419 | Medisch Spectrum Twente | Enschede | | |
| 010421 010408 010416 | Stichting Ziekenhuisgroep Twente | Almelo / Hengelo | | |
| 010509 | Slingeland Ziekenhuis | Doetinchem | | |
| 010518 | Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis | Nijmegen | | |
| 010520 | Ziekenhuis Rivierenland | Tiel | | |
| 010526 | Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep) | Zevenaar | | |
| 010527 010532 010536 | Gelre ziekenhuizen | Apeldoorn / Zutphen | | |
| 010530 | Streekziekenhuis Koningin Beatrix | Winterswijk | | |
| 010533 | Ziekenhuis St. Jansdal | Harderwijk | | |
| 010534 | De Gelderse Vallei | Ede | | |
| SUBTOTAAL 1 | | | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|----------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------|--|
| 010535 | Ziekenhuis Rijnstate | Arnhem | | |
| 010606 010613 010618 | Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis | Utrecht / Zeist | | |
| 010608 010609 010617 | Mesos Medisch Centrum | Utrecht | | |
| 010610 | Sint Antonius Ziekenhuis | Nieuwegein | | |
| 010619 010615 010616 | Meander Medisch Centrum | Amersfoort / Baarn | | |
| 010702 | Medisch Centrum Alkmaar | Alkmaar | | |
| 010704 | Ziekenhuis Amstelland | Amstelveen | | |
| 010713 | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis/Prinsengracht | Amsterdam | | |
| 010728 | Gemini Ziekenhuis | Den Helder | | |
| 010742 | Stichting Ziekenhuis De Heel | Zaandam | | |
| 010748 | Slotervaartziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010751 | Waterland Ziekenhuis | Purmerend | | |
| 010752 | Westfries Gasthuis | Hoorn | | |
| 010753 | BovenIJ Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010754 | Spaarne Ziekenhuis | Heemstede / Hoofddorp | | |
| 010755 | Rode Kruis Ziekenhuis | Beverwijk | | |
| 010756 | Kennemer Gasthuis | Haarlem | | |
| 010757 010705 010716 | Sint Lucas Andreas | Amsterdam | | |
| 010758 010749 010750 | Tergooiziekenhuizen | Blaricum / Hilversum | | |
| 010805 | Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis | Dirksland | | |
| 010820 010839 010858 | Medisch Centrum Haaglanden | Den Haag | | |
| 010822 | Diaconessenhuis | Leiden | | |
| SUBTOTAAL 2 | | | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
| 010827 010833 010861 | Medisch Centrum Rijnmond Zuid | Rotterdam | | |
| 010830 | Havenziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010831 | Ikazia Ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010832 | Sint Franciscus Gasthuis | Rotterdam | | |
| 010834 010837 010860 | Vlietland Ziekenhuis | Schiedam / Vlaardingen | | |
| 010841 | Hofpoort Ziekenhuis | Woerden | | |
| 010844 | Ziekenhuis Bronovo | Den Haag | | |
| 010857 | Reinier de Graaf Groep | Delft | | |
| 010848 | Beatrix Ziekenhuis | Gorinchem | | |
| 010850 | 't Lange Land Ziekenhuis | Zoetermeer | | |
| 010851 | Ruwaard van Putten Ziekenhuis | Spijkensisse | | |
| 010852 | IJsselland Ziekenhuis | Capelle a/d IJssel | | |
| 010853 | Rijnland Ziekenhuis | Leiderdorp | | |
| 010855 | Het Groene Hart Ziekenhuis | Gouda | | |
| 010859 | Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis | Dordrecht | | |
| 010862 010846 010856 | HagaZiekenhuis | Den Haag | | |
| 010901 | Oosterscheldeziekenhuizen | Goes | | |
| 010911 | Streekziekenhuis Walcheren | Vlissingen | | |
| 010913 | Ziekenhuisgroep Zeeuwsch-Vlaanderen | Terneuzen | | |
| 011001 | Ziekenhuis Lievensberg | Bergen op Zoom | | |
| 011002 | Maasziekenhuis | Boxmeer | | |
| 011005 011027 011030 011033 | Amphia Ziekenhuis | Breda / Oosterhout | | |
| 011008 011010 011035 | Maxima Medisch Centrum | Eindhoven / Veldhoven | | |
| SUBTOTAAL 3 | | | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| 011009 | Catharina Ziekenhuis | Eindhoven | | |
| 011011 | Sint Anna Ziekenhuis | Geldrop | | |
| 011021 | Sint Franciscus Ziekenhuis | Roosendaal | | |
| 011022 | Sint Elisabeth Ziekenhuis | Tilburg | | |
| 011026 | Elkerliek Ziekenhuis | Helmond | | |
| 011028 011029 011034 | Jeroen Bosch Ziekenhuis | Den Bosch | | |
| 011031 | TweeSteden Ziekenhuis | Tilburg / Waalwijk | | |
| 011032 011018 011024 | Ziekenhuis Bernhoven | Oss / Veghel | | |
| 011108 | Sint Laurentius Ziekenhuis | Roermond | | |
| 011113 | Sint Jans Gasthuis | Weert | | |
| 011114 | Maaslandziekenhuis | Sittard | | |
| 011115 | Stichting Ziekenhuizen Venlo / Venray | Venlo | | |
| 011117 | Atrium Medisch Centrum | Heerlen / Kerkrade | | |
| 011201 | IJsselmeerziekenhuizen | Emmeloord / Lelystad | | |
| 011202 | Flevoziekenhuis | Almere | | |
| 080701 | Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| SUBTOTAAL 4 | | | 0 | 0 |
| TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (subtotaal 1 t/m 4) | | | 0 | 0 |

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

SPECIFICATIES KOSTEN VAN DBC'S A-SEGMENT (code 613) PER INSTELLING: CATEGORALE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--------------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------------|--|
| 130802 | Oogziekenhuis | Rotterdam | | |
| 280501 140501 150501 | Sint Maartenskliniek | Nijmegen | | |
| TOTAAL CATEGORALE ZIEKENHUIZEN | | | 0 | 0 |

ACADEMISCHE, ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN

| | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| TOTAAL KOSTEN ALLE INSTELLINGEN | 0 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

| 2.2.4. Specificaties Rubriek 13 Overige kosten | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>Voor de uitvoering van de risicovereeniging specificeert u de eerste kolom en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 13.</p> <p>U specificeert de kosten als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De kosten die zijn gemaakt in het kader van de beleidsregels van de NZa 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' (geldig van 1 januari tot 1 augustus 2007), 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' NZa (geldig van 1 augustus 2007 tot 1 juli 2008) en 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (naam is gewijzigd vanaf 1 juli 2008). Deze kosten splitst u vervolgens naar kosten die zijn aan te merken als kosten van Ziekenhuisverpleging en specialistische zorg, kosten Overige prestaties en kosten die zijn aan te merken als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg; 'Niet nader te specificeren kosten' kunnen alleen maar kosten zijn ivm deze beleidsregel(s). Met ingang van de jaarstaat 2009 is deze regel dan ook als vierde regel bij deze beleidsregel geplaatst. - De kosten die zijn gemaakt in het kader van de 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' (geldig vanaf 1 augustus 2008); <p>Met ingang van 2010 vallen alle kosten ivm de beleidsregel innovatie voor de risicovereeniging onder 'kosten overige prestaties', de splitsing van deze kosten ivm de beleidsregel kan vervallen. De specificatie van rubriek 13 vervalt met ingang van 2010 in de specifieke informatie A en gaat in zijn geheel naar de specifieke informatie C. De verantwoording oude jaren blijft opgevraagd worden in de specifieke informatie A.</p> | | | | |

Specificatie in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREENING

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

| CODE 700 - OVERIGE KOSTEN | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|--|--|--|
| Kosten i.v.m. beleidsregel geïntegreerde 1e lijnszorg en innovatie (t/m 31-07-07) en kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten (vanaf 01-08-07) | Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg | |
| | Kosten overige prestaties | |
| | Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (vanaf 2008) | |
| | Niet nader te specificeren kosten | |
| Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten (vanaf 01-08-07) | | |
| TOTAAL code 700 | 0 | 0 |

| 2.2.5. Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via het CVZ lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het CVZ betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. De kosten die lopen via de verzekeraar betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zwv. Er is één uitzondering, namelijk de tarifieringen: dit betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 5.4.</p> <p>In de specifieke informatie A wordt het onderscheid gevraagd naar kosten via het CVZ, mét een nadere uitsplitsing, en kosten via de verzekeraar, mét een nadere uitsplitsing. In de specifieke informatie C wordt een aantal nadere specificaties gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.</p> <p>In de specifieke informatie A specificeert u de bedragen die zijn opgenomen in de eerste kolom en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, die nodig zijn voor de toedeling van de kosten naar de deelbijdragen in het kader van de risicoverevening.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CVZ (exclusief tarifieringen) <ul style="list-style-type: none"> - toestemming van de zorgverzekeraar voor een behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 22, lid 1, sub c van EEG-verordening 1408/71 of overeenkomstige verdragsbepaling. - tijdelijk verblijf in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in Nederland (exclusief de zogenoemde tarifieringen) - Zwv verzekerden die wonen in het buitenland <ul style="list-style-type: none"> U bent verplicht om de in het buitenland gemaakte kosten in de hiervoor genoemde situaties, te specificeren op basis van een opgave op kasbasis jaar T die u jaarlijks, in januari T+1, van het CVZ ontvangt. In de brief is de hiervoor genoemde driedeling van kosten opgenomen. De kostenopgave is gebaseerd op de door het CVZ uit het buitenland ontvangen 125 formulieren. Deze formulieren worden gedurende het jaar ter verificatie voorgelegd aan de zorgverzekeraar waar de betreffende verzekerde verzekerd is. In de jaarstaat 2009 specificeert u de kosten op kasbasis over 2009 op basis van de opgave januari 2010 en de kosten op kasbasis over jaar 2007 op basis van de opgave januari 2008. De kolomkoppen in de tabel zijn uitsluitend van toepassing op de kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar. - Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (inclusief tarifieringen) <ul style="list-style-type: none"> - Afhandeling van de kosten via verzekeraar: toepassing polis Zwv én tarifieringen (=toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, uitsluitend landen met tarifieringsovereenkomst) <ul style="list-style-type: none"> - U specificeert het totaal van de kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar (die voor vergoeding in aanmerking komen) naar kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg (vergelijkbaar met rubriek 06), kosten van overige prestaties en naar kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ook hier specificeert u de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat. Met ingang van de jaarstaat 2010 splitst u de kosten van GGZ in kosten verzekerden jonger dan 18 jaar en kosten verzekerden van 18 jaar en ouder. | | | | |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2009

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

| CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Toepassing verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, via CVZ | Behandeling in het buitenland met toepassing van artikel 22, lid 1, sub c, EG-verordening 1408/71 of overeenkomstige verdragsbepaling | | |
| | Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland | | |
| | Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland | | |
| Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar | | 0 | 0 |
| TOTAAL code 720 | | 0 | 0 |

| CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR | | Lasten 2009 inclusief balanspost | Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2007 en ouder |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Kosten ziekenhuisverpleging en specialistische zorg | | | |
| Kosten overige prestaties | | | |
| Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (vanaf 2008) | | | |
| TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar | | 0 | 0 |

| 2.2.6. Verzekerdenstanden | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| X | X | X | X | n.v.t. |
| Omschrijving | | | | |
| Verzekerdenstanden in de kwartaalstaten | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - In de specifieke informatie A in de kwartaalstaten zijn twee specificaties van het totale aantal verzekerden opgenomen. Een specificatie naar risicoklassen (geslacht en 20 leeftijdsklassen) en een specificatie naar wel en niet nominale premieplichtig. - De peildata voor de verzekerdenspecificaties zijn de data van premieprolongatie voor de maanden januari tot en met december. Dit betreft de stand op de datum waarop u de premie prolongeert voor die maanden. In- en uitschrijvingen met terugwerkende kracht zijn hierin niet verwerkt. Bij de voorlopige en definitieve afrekening in het kader van de risicovereeniging wordt wel rekening gehouden met de precieze inschrijfduur van verzekerden (dit gebeurt namelijk op basis van het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringwet, RBVZ). Bij de herrekening van de vereveningsbijdrage in het voorjaar maakt het CVZ gebruik van de verzekerdenstand over de maand maart zoals die is aangeleverd in de kwartaalstaat. - In de stand neemt u uitsluitend verzekerden op die op het moment van premieprolongatie bij u zijn ingeschreven voor de basisverzekering (inclusief kinderen) en die Zvw-verzekeringplichtig zijn (inclusief gedetineerden). Ondanks het feit dat er geen <i>rechtstreeks formeel</i> 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). - Met ingang van 2009 is de peildatum voor de leeftijdbevestiging gelijk aan de peildatum voor de desbetreffende verzekerdenstand. - In de tweede specificatie neemt u de gedetineerden op in de regel 'verzekerden mét nominale premie'. <p>In verband met de herberekening van de ex-ante bijdrage in april worden de verzekerdenstanden naar leeftijd en geslacht en naar wel/niet nominale premie over de maanden januari tot en met maart niet opgevraagd in de kwartaalstaat over het eerste kwartaal per 12 mei, maar in een afzonderlijke kwartaalstaat verzekerden op 7 maart. De maartstand vraagt het CVZ op met een bestuursverklaring.</p> <p>De standen per maand zijn als volgt opgenomen in de kwartaalstaten 2010:</p> <p>KW 1: maanden januari tot en met maart (aanleverdatum 7 maart)</p> <p>KW 1: maanden april en mei (aanleverdatum 12 mei)</p> <p>KW 2: maanden juni tot en met augustus</p> <p>KW 3: maanden september tot en met november</p> <p>KW 4: maand december</p> <p>In het handboek is als voorbeeld de maand mei opgenomen.</p> | | | | |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in kwartaalstaten 2010 (model is maand mei 2010)

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
voor de maand **MEI** 2010

| LEEFTIJD | AANTAL NAAR GESLACHT | | TOTAAL AANTAL |
|-----------------|----------------------|-------|------------------|
| | MAN | VROUW | |
| 1a. 0 t/m 1 | | | 0 |
| 1b. 2 t/m 4 | | | 0 |
| 2. 5 t/m 9 | | | 0 |
| 3. 10 t/m 14 | | | 0 |
| 4. 15 t/m 19 | | | 0 |
| 5. 20 t/m 24 | | | 0 |
| 6. 25 t/m 29 | | | 0 |
| 7. 30 t/m 34 | | | 0 |
| 8. 35 t/m 39 | | | 0 |
| 9. 40 t/m 44 | | | 0 |
| 10. 45 t/m 49 | | | 0 |
| 11. 50 t/m 54 | | | 0 |
| 12. 55 t/m 59 | | | 0 |
| 13. 60 t/m 64 | | | 0 |
| 14. 65 t/m 69 | | | 0 |
| 15. 70 t/m 74 | | | 0 |
| 16. 75 t/m 79 | | | 0 |
| 17. 80 t/m 84 | | | 0 |
| 18. 85 t/m 89 | | | 0 |
| 19. 90 en ouder | | | 0 |
| TOTAAL | 0 | 0 | 0 |

VERZEKERDENSTAND NAAR NOMINALE PREMIE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
voor de maand **MEI** 2010

| | AANTAL |
|---------------------------------------|--------|
| Verzekerden met nominale premie Zw | |
| Verzekerden zonder nominale premie Zw | |
| TOTAAL | 0 |

| 2.2.6. Verzekerdenstanden | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |
| Omschrijving | | | | |
| Gemiddelde aantal verzekerden in de jaarstaat | | | | |
| Deze specificatie vervalt miv de jaarstaat 2009. Deze specificatie kan vervallen omdat ten behoeve van de risicoverevening vanaf 2010 het RBVZ (in 2010 het RBVZ 2009) aangeleverd moet worden met een assurancerapport. | | | | |

2. Specifieke Informatie A

| 2.2.7. Berekende nominale rekenpremies gedetineerden | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| <p>In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een gedetineerde tijdens de detentieperiode verzekerd en ingeschreven blijft, maar dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort. Dit geldt uiteraard alleen als de verzekeraar over de detentie is geïnformeerd. Omdat de verzekerde verzekerd en ingeschreven blijft, en dus ook opgenomen blijft in het RBVZ, ontvangt de zorgverzekeraar voor de gedetineerde een vereveningsbijdrage (terwijl de zorgverzekeraar geen kosten heeft, want die vallen gedurende de detentieperiode onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie). Bij de bepaling van de opbrengst nominale rekenpremie (op basis van de verzekerden in het RBVZ) trekt het CVZ ook voor de gedetineerden de opbrengst nominale rekenpremie af van de bijdrage, terwijl de zorgverzekeraar gedurende de detentieperiode geen premie ontvangt. In de beleidregels 2007 en 2008 is opgenomen dat het CVZ de totale opbrengst nominale rekenpremie moet verminderen met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt als gedeerde inkomsten voor verzekerden (gedetineerden) van 18 jaar en ouder voor wie de zorgverzekeraar geen nominale premies ontvangt. Om die reden vraagt het CVZ in de jaarstaat, specifieke informatie A, het totale bedrag op van de berekende nominale rekenpremies gedurende de detentieperiodes in het betreffende jaar. De nominale rekenpremie die u voor de berekening nodig heeft is voor 2009 € 947 per jaar.</p> | | | | |

Specificatie in jaarstaat 2009

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

| | BEDRAG |
|---|--------|
| Totaal berekende nominale rekenpremies 2009 tijdens de detentieperiode van verzekerden van 18 jaar en ouder | |

| 2.3. Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | | | | |
| <p>Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is degene die als gevolg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht om zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. Indien een verzekeringsplichtige niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht een zorgverzekering sluit of indien een verzekeringsplichtige niet met ingang van de dag volgende op de dag waarop een zorgverzekering is geëindigd op grond van een andere zorgverzekering verzekerd is, legt op grond van artikel 96, eerste lid, van de Zvw het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de verzekerde, mits achttien jaar of ouder, een bestuurlijke boete op.</p> <p>Artikel 96, vijfde lid, van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraars de voorbereiding, waaronder de constatering van de overtreding, en de uitvoering, waaronder de invordering van de boete, namens het CVZ verrichten.</p> <p>Het CVZ heeft uit praktische overwegingen besloten om ook het opleggen van de boetes te mandateren aan de zorgverzekeraars, met uitzondering van die gevallen waarbij overtreders een beroep doen op het bedoelde in de artikelen 106, eerste lid, onder a, en 108, eerste lid, van de Zvw, en waarin de bijgevoegde beleidsregels aan de orde zijn. In deze laatste gevallen legt het CVZ de boete zelf op.</p> <p>In de specifieke informatie A in de jaarstaat neemt u een aantal financiële gegevens op over de uitvoering van het ondermandaat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De nog op te leggen boetes ultimo de verslagperiode betreffen die gevallen waarin een overtreding geconstateerd is, maar de boete nog niet is opgelegd. In voorkomende gevallen betreft het ook de nog op te leggen boetes over voorgaande verslagjaren. - De afgeboekte boetes betreffen de opgelegde boetes die wegens oninbaarheid in de verslagperiode zijn afgeboekt. De zorgverzekeraar boekt de boete af op het moment dat hij het boetegeval overdraagt aan het CVZ. - De in het kader van het ondermandaat gemaakte kosten betreffen de in de verslagperiode gemaakte werkelijke kosten. In geval van doorberekening dient u uit te gaan van integrale toerekeningmethodiek. - De met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen boetes betreffen de in de verslagperiode geïnde boetes onder aftrek van 100/130 deel van het geïnde bedrag. <p>In de kwartaalstaten specificeert u gegevens over de boeteregeling in de specifieke informatie C.</p> | | | | |

Specificatie in jaarstaat 2009

OVERIGE SPECIFICATIES

ONDERMANDAAT ZORGVERZEKERAARS BOETEREGELING

| | BEDRAG |
|--|--------|
| Nog op te leggen boetes over het verslagjaar, ultimo de verslagperiode | |
| Afgeboekte boetes in de verslagperiode | |
| De in het kader van de uitvoering van het ondermandaat in de verslagperiode gemaakte werkelijke kosten | |
| Met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen boetes | |

| 2.4. Informatie tbv afrekeningen met het buitenland | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| Informatie tbv afrekeningen met het buitenland | | | | |
| <p>In het kader van Verordening 574/72 moet het CVZ jaarlijks gegevens aanleveren over de gemiddelde kosten van geneeskundige verzorging in Nederland. De bedragen per verzekerde worden gebruikt in de afrekening tussen de EU-lidstaten.</p> <p>De informatie ten behoeve van afrekeningen met het buitenland in de jaarstaat omvat een specificatie van de kosten per kostenrubriek (de rubrieken 01, 02, 04, 05, 06, 07, 08, 09,10 en 12), zoals die zijn opgenomen in de eerste kolom van de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A, naar verzekerden van, let op miv 2010, 19 jaar en jonger, van 20 tot en met 64 jaar en van 65 jaar en ouder. De peildatum voor de leeftijd bepaling is 31 december.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De specificatie van de kostenrubrieken 05, verloskundige zorg, en 12, kraamzorg, betreft alleen de kosten van verzekerden van 64 jaar en jonger. - De te specificeren lasten hebben betrekking op een zo groot mogelijk deel van de verleende zorg die ten laste van de verslagperiode komt, rekening houdend met de door u gehanteerde afsluitdatum. - Per kostenrubriek is in de tabel de regel opgenomen: '<i>Niet gespecificeerde lasten</i>', waarin u de niet naar leeftijdsklassen gespecificeerde lasten kunt opnemen zodat de totaalstelling per rubriek overeenkomt met het totaal per rubriek in kolom 1 op de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A. | | | | |

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2009

INFORMATIE T.B.V. AFREKENINGEN MET HET BUITENLAND
KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

| RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 01 | 0 |

| RUBRIEK 02 - FARMACEUTISCHE ZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 02 | 0 |

| RUBRIEK 04 - MONDZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 04 | 0 |

| RUBRIEK 05 - VERLOSKUNDIGE ZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | 0 |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 05 | 0 |

2. Specifieke Informatie A

INFORMATIE T.B.V. AFREKENINGEN MET HET BUITENLAND

KOSTEN PER RUBRIEK NAAR LEEFTIJD

| RUBRIEK 06 - MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|---|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 06 | 0 |

| RUBRIEK 07 - PARAMEDISCHE ZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 07 | 0 |

| RUBRIEK 08 - HULPMIDDELEN ZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 08 | 0 |

| RUBRIEK 09 - ZIEKENVERVOER | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 09 | 0 |

| RUBRIEK 10 - GENEESKUNDIGE GGZ | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 10 | 0 |

| RUBRIEK 12 - KRAAMZORG | Lasten 2009 inclusief balanspost |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Verzekerden jonger dan 18 jaar | |
| Verzekerden 18-64 jaar | |
| Verzekerden 65 jaar en ouder | |
| Totaal niet gespecificeerd | 0 |
| TOTAAL rubriek 12 | 0 |

| 2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 | | | | |
| <p>1. Inleiding</p> <p>Deze toelichting gaat over de compensatie in het kader van de zogenaamde ‘oude wanbetalersregeling’ en dus niet over de (compensatie in de) ‘nieuwe wanbetalersregeling’. In de jaarstaat hoeft u nu en in de toekomst ook geen opgave te doen over de nieuwe regeling.</p> <p>Dit hoofdstuk bestaat uit vier delen.</p> <p>In paragraaf 2 zijn begrippen en definities opgenomen.</p> <p>In paragraaf 3 wordt de systematiek van de compensatie in het kader van de zogenaamde ‘oude wanbetalersregeling’ beschreven. De in de vorige jaren uitgewerkte systematiek wordt gehandhaafd. Ten behoeve van een goede afronding van de oude compensatieregeling en een naadloze overgang naar de nieuwe compensatieregeling heeft het CVZ wel veranderingen doorgevoerd in de opgave 2009, die met name tot doel hebben om de inspanningen voor de zorgverzekeraars voor deze opgave te minimaliseren.</p> <p>Om het de zorgverzekeraars zo gemakkelijk mogelijk te maken stelt het CVZ een instrument, het zogenoemde filter, ter beschikking voor eigen gebruik. U hoeft daarin slechts enkele gegevens per zorgverzekeraar en per verzekerde in te vullen en vervolgens berekent het filter de hoogte van de compensatie, als de verzekerde voldoet aan het criterium wanbetaler. Vervolgens geeft het filter de totalen weer die u moet opgeven in de jaarstaat 2009.</p> <p>In paragraaf 4 is een toelichting opgenomen op het filter en in paragraaf 5 wordt ingegaan op de opgaven die in de jaarstaat 2009 gedaan moeten worden en op de verdere afwikkeling in de jaarstaten 2010 en 2011.</p> <p>2. Begrippen en definities</p> <p>In het kader van de berekening van de compensatie voor de betalingsachterstanden nominale premie (de zogenaamde oude wanbetalersregeling) gelden de volgende begrippen en definities. Deze begrippen komen ook terug in het filter.</p> <p><u>Datum aanlevering</u></p> <p>De eerste dag van de maand nadat de zorgverzekeraar een bepaald cohort aan wanbetalers uit zijn stuwmeer aan het CVZ heeft aangeleverd. Levert de zorgverzekeraar zijn wanbetalers uit zijn stuwmeer gedurende meerdere maanden aan het CVZ aan, dan gelden er ook meerdere data aanlevering.</p> <p><u>Datum gereed</u></p> <p>De eerste dag van de maand volgend op het moment dat de zorgverzekeraars in staat was zijn wanbetalers uit het stuwmeer aan het CVZ aan te leveren, op basis van de door of namens het CVZ gedane vaststelling.</p> | | | | |

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

Datum einde

In de opgave over 2009 zijn er bij de datum einde de volgende drie mogelijkheden. Voor elke 'potentiële' wanbetaler kan slechts één van de drie mogelijkheden van toepassing zijn. Daarnaast geldt dat de datum einde altijd moet liggen op of voor de datum aanlevering. Bij het invullen van de gegevens in het filter hoeft u van tevoren niet te bepalen of iemand voldoet aan het criterium wanbetaler. Als de verzekerde niet aan het criterium wanbetaler voldoet, dan resulteert dit in het filter automatisch in een compensatie van € 0,-.

1. Wanneer de verzekeringsovereenkomst doorloopt op de datum aanlevering en er ook geen sprake is van het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst is de datum einde gelijk aan de datum aanlevering. In het filter voor de opgave 2009 geldt de defaultwaarde 1-1-2010 als de datum aanlevering in 2010 valt.
2. Wanneer de verzekeringsovereenkomst in 2009 is beëindigd (als gevolg van emigratie en overlijden) is de datum einde gelijk aan de datum waarop de verzekeringsovereenkomst is beëindigd. Voor Azivo en CZ geldt dat die datum op of vóór de datum aanlevering in 2009 moet liggen. Als de verzekeringsovereenkomst na de datum aanlevering is beëindigd dan valt de wanbetaler onder categorie 1. Voor verzekerden die op 1 januari 2010 niet meer bij u verzekerd zijn, eindigt de verzekeringsovereenkomst op 31-12-2009. In het filter kunt u de defaultwaarde in dat geval op 1-1-2010 laten staan.
NB Wanneer de verzekeringsovereenkomst vóór 1 januari 2009 is beëindigd, is de betreffende wanbetaler al verwerkt in een eerdere definitieve opgave en mag u die wanbetaler en die premieschuld uiteraard niet nogmaals opnemen. De datum einde kan in situatie 2 dus niet voor 1-1-2009 liggen.
3. Wanneer er in 2006, 2007, 2008 of 2009 een betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is aangegaan is de datum einde gelijk aan de datum waarop de desbetreffende overeenkomst is aangegaan. Voor Azivo en CZ geldt dat die datum in 2009 op of vóór de datum aanlevering moet liggen.

Premiebedrag per jaar

De door de zorgverzekeraar bij de betreffende verzekerde feitelijk in rekening gebrachte premie voor de basisverzekering op maandbasis, vermenigvuldigd met 12. Het betreft dus twaalf maal de maandpremie per polistype, waarin eventuele collectiviteitskortingen en premieverlagingen in verband met vrijwillige eigen risico's zijn verwerkt. Uitgangspunt zijn de premies die maandelijks verschuldigd zijn. Indien een verzekerde per kwartaal, halfjaar of per jaar betaalt, dan blijft een eventuele betalingskorting op de premie buiten beschouwing.

Ook voor verzekerden die pas in de loop van het jaar zijn ingeschreven (bijvoorbeeld immigranten) of die in de loop van het jaar premieplichtig zijn geworden omdat zij 18 jaar zijn geworden, hanteert u de bovenstaande berekening van de werkelijke nominale jaarpremie, ook al is de betreffende verzekerde dit bedrag niet verschuldigd. Deze verzekerden worden pas wanbetaler wanneer hun premieschuld groter is dan de helft van de werkelijke nominale jaarpremie (dus zes maanden), in het geval de verzekerde gedurende het gehele jaar premieplichtig was geweest.

Premieschuld

De omvang van de premieschuld wordt bepaald, onafhankelijk van de momenten waarop de schuld is ontstaan, en eventueel later weer is voldaan. De premieschuld in de opgave 2009 is het feitelijke bedrag aan premieachterstand van de betreffende wanbetaler in de periode 1 januari 2006 tot datum einde, gebaseerd op de premiebedragen per jaar zoals hierboven gedefinieerd. Dit bedrag is inclusief het eigen wanbetalersrisico van zes maanden voor de zorgverzekeraar. In het filter wordt het eigen wanbetalersrisico namelijk automatisch in mindering gebracht op het compensatiebedrag.

Bij de bepaling van de premieschuld dient u rekening te houden met eventuele betalingen die de zorgverzekeraar, dan wel incassobureau's en deurwaarders, vóór 1 april 2010 hebben ontvangen.

In paragraaf 3.5. is nader beschreven hoe u, in het kader van de compensatieregeling, moet omgaan met nagekomen betalingen, no-claimteruggaven, het voorgeschoten verplicht eigen risico, betalingsregelingen en enkele bijzondere groepen verzekerden in relatie tot de premieschuld.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg**2. Begrippen en definities - vervolg**Compensatiebedragen

De zorgverzekeraar krijgt een compensatie van de premieschulden gedurende de periode die de relevante zes maanden premie-achterstand overschrijdt.

Bij de berekening van de compensatie wordt uitgegaan van de volgende compensatiebedragen op jaarbasis:

| Compensatie periode valt in | Compensatiebedrag |
|--|-------------------|
| 2006 | € 970,00 |
| 2007 | € 1.051,00 |
| 2008 | € 1.079,00 |
| 2009, voor de datum gereed (compensatie laag) | € 1.060,00 |
| 2009, na de datum gereed (com- pensatie hoog =standaardpremie) | € 1.209,00 |
| 2010, voor de datum gereed (compensatie laag) | € 1.102,00 |
| 2010, na de datum gereed (com- pensatie hoog = standaardpremie) | € 1.262,00 |

In 2006 en 2007 bestaat de compensatie uit de nominale rekenpremie voor de basisverzekering, inclusief de nominale no-claimpremie.

Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claim vervangen door een verplicht eigen risico. In de Wijziging Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage is bepaald dat zorgverzekeraars in 2008 naast de rekenpremie van € 970,- ook worden gecompenseerd voor het verwachte gemiddelde verplicht eigen risico (€ 109,-). Voor 2009 geldt een rekenpremie van € 947,- en een verwacht gemiddelde verplicht eigen risico van € 113,- .

Indien het compensaties betreft na de 'datum gereed' in 2009 of 2010 wordt de compensatie vanaf dat moment gebaseerd op de hoge compensatiebedragen voor het betreffende jaar.

Omdat enerzijds verzekerden alsnog hun premieachterstanden kunnen inlopen en anderzijds zorgverzekeraars zo veel mogelijk gestimuleerd moeten worden premieachterstanden te voorkomen, c.q. deze weer weg te werken, wordt er in het kader van de compensatie van premieachterstanden geen rente berekend.

3. Beschrijving**3.1. Algemeen**

In de periode september 2009 tot en met september 2010 zullen zorgverzekeraars hun stuwmeer aan wanbetalers aan het CVZ overdragen. Na de overdracht van het stuwmeer zullen de desbetreffende zorgverzekeraars ook nieuwe wanbetalers aan het CVZ overdragen, die vervolgens overgaat tot een bestuurlijke premieheffing. Vanaf het moment van overdracht zullen zorgverzekeraars periodiek, gedurende de periode dat een verzekerde onder het regime van de bestuurlijke premieheffing door het CVZ valt, volgens de 'nieuwe' regeling gecompenseerd worden voor het uitblijven van premiebetalingen, op basis van de standaardpremie.

Tot het moment van overdracht is de zogenaamde 'oude' compensatieregeling van toepassing, op basis van paragraaf 4 van de Regeling Zorgverzekeringswet (en de nadere uitwerking daarvan de desbetreffende beleidsregels van het CVZ).

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

3.2. *Voorwaarde voor compensatieregeling*

De naleving van het 'Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet' van Zorgverzekeraars Nederland d.d. oktober 2006 is een voorwaarde om in aanmerking te komen voor compensatie. Naleving van hoofdstuk 7 van genoemd protocol is hierbij geen voorwaarde.

3.3. *De systematiek van de vaststelling van de compensatie in de oude wanbetalersregeling*

De beschrijving die volgt betreft de vaststelling van de compensatie van een individuele wanbetaler. Deze is qua opzet ongewijzigd ten opzichte van de voorgaande jaren.

In de voorgaande jaren is een uitwerking ontwikkeld, waarbij de zorgverzekeraar de wanbetalers moest indelen in subgroepen en per subgroep geaggreerde gegevens moest aanleveren in de jaarstaat. Omdat de periode waarover de oude compensatieregeling geldt steeds langer wordt, ontstaan er steeds meer verschillende subgroepen. Door terug te vallen op de berekening per wanbetaler, kan deze indeling in subgroepen worden vermeden.

1. Als eerste stap moet de zorgverzekeraar een aantal benodigde **basisgegevens** vaststellen, voor die verzekerden van wie de zorgverzekeraar vermoedt dat het wanbetalers betreft. De basisgegevens worden toegelicht in paragraaf 5.
Vervolgens moeten de volgende berekeningen worden uitgevoerd. In het filter gebeurt dit automatisch.
2. Op basis van de basisgegevens wordt eerst de periode van betalingsachterstand/ wanbetaling bepaald. Daarbij geldt als uitgangspunt dat alle voor de compensatieregeling relevante inkomsten verrekend worden met de oudste premieschuld. De premieschuld wordt op basis van de werkelijke nominale premies per jaar per verzekerde toegerekend aan de periode, beginnend vanaf de datum einde. Dit leidt tot een periode van betalingsachterstand.
3. Vervolgens wordt de periode bepaald waarover compensatie wordt berekend.
De periode van betalingsachterstand wordt omgezet naar een periode van compensatie door deze met de oudste zes maanden te verminderen of meer precies met 182,5 dagen, of met 183 dagen als de oudste datum betalingsachterstand in een schrikkeljaar valt.
4. Het compensatiebedrag wordt berekend op basis van de periode van compensatie en de bijbehorende compensatiebedragen per jaar. De compensatiebedragen per jaar staan in paragraaf 2. Voor zover de compensatieperiode dagen bevat nadat de zorgverzekeraar gereed is verklaard wordt de compensatie gebaseerd op het hoge compensatiebedrag, de standaardpremie.
5. De voorgaande stappen leiden tot een compensatiebedrag per verzekerde.

In het filter worden de compensatieperiode en het compensatiebedrag op nul gesteld als blijkt dat de periode van betalingsachterstand minder dan een half jaar bedraagt (182,5 dagen of 183 dagen als de oudste compensatiedatum in een schrikkeljaar valt).

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

3.4. *Praktische aanpassingen in de systematiek als gevolg van de overgang naar de nieuwe compensatieregeling*

De in de vorige jaren uitgewerkte systematiek voor de oude wanbetalers wordt gehandhaafd. De overgang naar de nieuwe compensatieregeling heeft een drietal nieuwe aspecten opgeleverd:

- Na de zogenaamde 'datum gereed' (zie definitie onder 2) heeft de zorgverzekeraar recht op compensatie op basis van de standaardpremie. Deze compensatie is hoger dan de compensatie over de periode vóór de datum gereed.
- Mede als gevolg van deze wijziging, heeft het CVZ besloten dat zorgverzekeraars de verzekerden van wie de wanbetaling is beëindigd in de opgave in de jaarstaat motene opnemen bij de zogenaamde 'beëindigde wanbetalers', samen met de wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst in 2009 is beëindigd. Dit betreft een wijziging ten opzichte van voorgaande jaren.
- De momenten waarop zorgverzekeraars gereed zijn om wanbetalers aan het CVZ over te dragen en de momenten waarop deze overdracht plaatsvindt, verschillen per zorgverzekeraar. Hierdoor verschilt ook het moment waarop door de zorgverzekeraar de laatste verantwoording over de 'oude' compensatieregeling in de jaarstaat plaatsvindt.

Daarnaast wordt de periode waarover de oude compensatieregeling loopt steeds langer waardoor er, in de uitwerking zoals die tot nu toe is gehanteerd, steeds meer verschillende subgroepen ontstaan. Om de zorgverzekeraars te ondersteunen bij de bepaling van de compensatie per wanbetaler en bij het genereren van de twee opgaven in de jaarstaat heeft het CVZ een instrument ontwikkeld, het al eerder genoemde filter, waarmee zorgverzekeraars de opgave voor de jaarstaat op een eenvoudige wijze kunnen vaststellen. Zie voor het gebruik van het filter paragraaf 4 en voor de opgaven in de jaarstaat paragraaf 5.

3.5. *Enkele bijzondere onderwerpen in het kader van de wanbetalerscompensatie*

3.5.1. *Verwerking nagekomen betalingen op openstaande schulden*

Verzekeraars zijn gehouden aan het burgerlijk wetboek bij het administreren van de premieverplichtingen en de premiebetalingen. Het burgerlijk wetboek is ook leidend voor de prioriteitstelling van de afboeking van schulden bij betalingen. Zo geeft het BW aan dat bij betalingen eerst de incassokosten en rentebedragen verrekend moeten worden, en pas daarna de premieschulden.

Deze regels betreffende de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde staan los van de relatie tussen de zorgverzekeraar en het zorgverzekeringsfonds voor wat betreft de berekening van de compensatiebedragen in geval van wanbetaling. In de compensatieregeling heeft de wetgever bepaald dat de zorgverzekeraars een wanbetalersrisico lopen voor de eerste zes maanden waarover premieschuld ontstaat, de incassokosten en de in rekening te brengen rente.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

3.5.1. *Verwerking nagekomen betalingen op openstaande schulden - vervolg*

Conform de Regeling Zvw moeten in het kader van de compensatieregeling nagekomen betalingen als volgt verrekend worden met openstaande schulden.

- Gelabelde betalingen (betalingen waarbij de verzekerde/premiebetaler het doel expliciet heeft aangegeven) moet worden verwerkt voor de aangegeven doelen, bijvoorbeeld premiebetaling Zfw, premiebetaling basisverzekering Zvw en premiebetaling aanvullende verzekering. Dit geldt niet voor gelabelde betalingen voor incassokosten, rentekosten en het verplicht eigen risico. In de Regeling is expliciet aangegeven dat in het kader van de compensatieregeling gelabelde betalingen voor incassokosten en rente op premieschulden en betalingen ingevolge het verplicht eigen risico niet voorgaan op de premieschuld Zvw en dus, ondanks de labelling, eerst ter dekking van de premieschuld basisverzekering Zvw moeten worden aangewend. Onder incassokosten worden in dit verband verstaan de kosten van alle incasso-activiteiten die voortvloeien uit het incassoprotocol van ZN (zie 3.2.).
- Bij ongelabelde betalingen (betalingen waarbij de verzekerde/premiebetaler het doel niet expliciet heeft aangegeven) is de prioriteitsvolgorde:
 - o Als er sprake is van een premieschuld Zfw moeten ongelabelde betalingen, die hebben plaatsgevonden na de slotverantwoording Zfw op 1 november 2008, in mindering worden gebracht op openstaande premieschuld basisverzekering Zvw. Ook hier geldt dat de relatie zorgverzekeraar/ voormalig ziekenfonds - zorgverzekeringsfonds/Algemene Kas voor wat betreft de compensatieregeling een andere is dan de relatie voormalig ziekenfonds - verzekerde. Tussen deze laatste twee is immers nog wel sprake van een premieschuld Zfw.
 - o Als er geen sprake is van een premieschuld Zfw moeten ongelabelde betalingen gebruikt worden ter dekking van openstaande premieschulden basisverzekering Zvw.

Bij het bedrag van de premieschuld in de opgave 2009 dient de zorgverzekeraar rekening te houden met betalingen die de zorgverzekeraar vóór 1 april 2010 hebben ontvangen. Daarbij moet de zorgverzekeraar ook alle betalingen betrekken die wanbetalers tot 1 april 2010 aan incassobureau's, deurwaarders en dergelijke hebben gedaan.

3.5.2. *No-claim teruggaven en verplicht eigen risico in relatie tot de premieschuld*

Ten aanzien van de verwerking van de no-claimteruggavebedragen (2006 en 2007) in relatie tot de premieschuld van wanbetalers zijn er twee varianten:

1. Idealiter heeft de zorgverzekeraar de no-claimteruggave niet uitgekeerd en in mindering gebracht op de openstaande premie-schuld.
2. Als de zorgverzekeraar de no-claimteruggave wel heeft uitgekeerd, dan wijzigt de premieschuld niet. In de premieschuld is immers al een no-claimteruggave premie verwerkt. Ontvangen teruggevorderde no-claimteruggaven moet de zorgverzekeraar in mindering brengen op de openstaande premieschuld.

Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claim vervangen door een verplicht eigen risico. Omdat de compensatie is verhoogd met het verwachte gemiddelde verplicht eigen risico hebben de incasso-inspanningen van de zorgverzekeraars ook betrekking op het innen van het verplicht eigen risico. Voor een wanbetaler telt u het voorgeschoten verplicht eigen risico op bij de premieschuld 2008 en/of 2009 en brengt u de opbrengsten van de incasso op het verplicht eigen risico in mindering brengen op de premieschuld.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

3.5.3. *Betalingsregelingen, minnelijke schikkingen en schuldhulpverleningstrajecten*

In principe vervalt de premieschuld in geval van een betalingsregeling, minnelijke schikking of het aangaan van een schuldsaneringstraject. Wanneer dit onverkort zou worden gevolgd, zullen zorgverzekeraars in het algemeen niet geneigd zijn om hun medewerking aan dergelijke oplossingen voor de premieschulden te verlenen. Daarom wordt een aanpak gevolgd, waarbij de zorgverzekeraar geen financieel nadeel ondervindt, die uitgaat van de premieschuld zoals die bestond op het moment van het aangaan van de betalingsregeling minnelijke schikking of het schuldhulpverleningstraject.

In de praktijk komt dit erop neer dat u bij de opgave van de premieschuld in het filter alleen de afspraken met de wanbetaler hoeft te verwerken. Er kan dan een restschuld overblijven. Als die restschuld groter is dan zes maanden werkelijke nominale premie op het moment dat de overeenkomst is aangegaan, dan heeft de zorgverzekeraar recht op compensatie. In juridische zin eindigt de wanbetaling wel op het moment van een minnelijke schikking, maar voor de zorgverzekeraar blijft het eigen wanbetalersrisico beperkt tot zes maanden.

3.5.4. *Premieachterstanden bij verzekerden, die niet zelf de premie betalen*

In de praktijk komt het voor dat de verzekerde niet zelf zijn premie betaalt, maar dat de premie wordt betaald door de hoofdkostwinner of een bedrijf, bij een bedrijfscollectiviteit. Is er in die situatie sprake van wanbetaling en wil de zorgverzekeraar voor compensatie in aanmerking komen, dan gelden de volgende aanvullende voorwaarden.

- De zorgverzekeraar moet (tenminste) het incassoprotocol gevolgd hebben ten aanzien van de verzekeringsnemer c.q. premiebetaler. De zorgverzekeraar kan, mits gemotiveerd, hebben afgezien van het toepassen van het incassoprotocol ten aanzien van de verzekerde, bijvoorbeeld in geval van een faillissement.
- De zorgverzekeraar moet de totale premieschuld gelijkelijk verdelen over alle verzekerden, voor wie de betrokken 'wanbetaler' premie zou moeten hebben betaald. Voor elke (premieplichtige) verzekerde neemt u een aparte regel op in het filter.

3.5.5. *Gedetineerden*

Bij detentie moet een verzekerde ingeschreven blijven bij zijn/een zorgverzekeraar, maar worden de rechten en plichten (waaronder premieplicht) opgeschort. Nadat de verzekerde de zorgverzekeraar over zijn detentie heeft geïnformeerd, vervalt gedurende de detentieperiode de premieplicht, en ontstaat er dus ook geen (toename van de) premieachterstand. De zorgverzekeraar moet met deze situatie rekening houden, door bij de bepaling van de premieschuld net te doen alsof gedurende de detentieperiode de premies toch zijn afgedragen en bij premiebedrag per jaar wel het bedrag in te vullen dat hoort bij het polistype van de verzekerde. Omdat de verzekeringsovereenkomst doorloopt is de datum einde gelijk aan de datum aanlevering (of de defaultwaarde 1-1-2010 in de opgave 2009).

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

4. Instructie filter 2009

In deze paragraaf beschrijft het CVZ het gebruik van het filter. Zie voor de definities van begrippen paragraaf 2. Het filter bestaat uit drie werkbladen:

- Voorbeeldfilter: hierin zijn 25 voorbeeld opgenomen
- Invoerfilter: hierin kunt u de basisgegevens invullen. De gele blokken betreffen invoervelden, de rode blokken betreffen defaultwaarden die u zonedig moet aanpassen. U kunt zelf regels invoegen.
- Totalen: hierin treft u een aantal totalen en gemiddelden aan op basis van het invoerfilter. Op rij 8 en 9 staan de totalen die u moet overnemen in de jaarstaat 2009. Op rij 10 is het totaal aantal wanbetalers opgenomen en op rij 11 staat het totaal aantal verzekerden dat op basis van de ingevoerde gegevens niet voldoet aan het criterium wanbetaler.

Het filter is voor eigen gebruik en is daarom niet beveiligd. Het filter heeft tot doel om de opgave in de jaarstaat voor zo gemakkelijk mogelijk te maken en om de juistheid van de opgave gemakkelijk (intern en extern) te kunnen controleren. Het is niet verplicht om het filter te gebruiken. Als de zorgverzekeraar eigen programmatuur ontwikkelt, moet de zorgverzekeraar wel aantonen dat deze tot dezelfde resultaten leidt.

Toelichting invoerfilter

Invoervelden per zorgverzekeraar

Het filter heeft twee invoervelden op het niveau van de zorgverzekeraar:

- de datum gereed;
- de datum aanlevering.

De defaultwaarde voor beiden is 1-1-2010.

De defaultwaarde bij datum gereed moet u uitsluitend vervangen door de feitelijke datum gereed 2009, als u van het CVZ een gereedverklaring met een datum gereed in 2009 heeft ontvangen.

Uitsluitend Azivo en CZ moeten de defaultwaarde bij de datum aanlevering vervangen. Voor Azivo is dit 1 oktober 2009. Voor CZ geldt dat het filter drie keer afzonderlijk gevuld moet worden: twee keer voor de aanleveringen in 2009 (datum aanlevering 1-12-2009 en 1-1-2010) en eenmaal voor de aanlevering in 2010 (die in de opgave 2009 de defaultwaarde 1-1-2010 heeft). Alleen bij de datum aanlevering 1-12-2009 moet de defaultwaarde dus worden aangepast.

Invoervelden per (potentiële) wanbetaler

Per (potentiële) wanbetaler moeten acht invoervelden worden ingevuld. Dit betekent dat u van tevoren niet hoeft te bepalen of iemand voldoet aan het criterium wanbetaler. Als de verzekerde niet aan het criterium wanbetaler voldoet, dan resulteert dit in het filter automatisch in een compensatie van € 0,-.

- BSN: dit veld is bedoeld als identificatie van de verzekerden die u opneemt in het filter. Dit is relevant voor de interne en externe controle bij de zorgverzekeraar. Het BSN wordt niet aan het CVZ verstrekt.
- Een binair veld, met defaultwaarde ONWAAR, dat de zorgverzekeraar uitsluitend door WAAR moet vervangen wanneer de periode van wanbetaling eindigt op de datum aanlevering. Bij de datum aanlevering met defaultwaarde 1-1-2010 is dit het geval als de verzekeringsovereenkomst op 31-12-2009 is beëindigd of als op 1-1-2010 een betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is aangegaan. Dit veld is bedoeld om het onderscheid te kunnen maken tussen 'doorlopende' wanbetalers en 'beëindigde' wanbetalers als de datum einde gelijk is aan de datum aanlevering.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

Toelichting invoerfilter - vervolg

Invoervelden per (potentiële) wanbetaler - vervolg

- De datum einde. De defaultwaarde daarvan is 1-1-2010.
 - o Als de verzekeringsovereenkomst doorloopt op de datum aanlevering met defaultwaarde 1-1-2010 en er ook geen sprake is van het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst hoeft u de defaultwaarde bij datum einde niet aan te passen. Voor Azivo en CZ geldt dat zij de defaultwaarde bij datum einde moeten vervangen door de datum aanlevering als de aanlevering plaatsvindt in september, oktober of november 2009.
 - o Als de verzekering in 2009 is beëindigd vóór de datum aanlevering moet u de defaultwaarde vervangen door de datum waarop de verzekering is beëindigd. Als de datum aanlevering de defaultwaarde 1-1-2010 heeft, geldt voor verzekerden die op 1-1-2010 niet meer bij u verzekerd zijn, dat de verzekeringsovereenkomst eindigt op 31-12-2009. In het filter kunt u de defaultwaarde in dat geval op 1-1-2010 laten staan, maar moet in het binaire veld WAAR staan.
 - o Als in 2006, 2007, 2008 of vóór de datum aanlevering in 2009 een betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is aangegaan moet u de defaultwaarde vervangen door de datum waarop de betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is aangegaan. Als de datum aanlevering de defaultwaarde 1-1-2010 heeft en de overeenkomst is per 1-1-2010 aangegaan, dan laat u de defaultwaarde bij datum einde op 1-1-2010 staan, maar moet in het binaire veld WAAR staan.
- U moet zelf bewaken dat de datum einde nooit na de datum aanlevering ligt.
- Het totale bedrag aan premieachterstand volgens de beschreven definitie, kortweg aangeduid als premieschuld.
- Het feitelijke premiebedrag (over een heel jaar) per verzekerde over de jaren 2006, 2007, 2008 en 2009 als de wanbetaler tenminste gedurende een deel van dat jaar verzekerd is geweest.

Uitkomsten

- Met behulp van deze invoervelden berekent het filter eerst het aantal betalingsachterstandsdagen in 2006, 2007, 2008 en 2009 en het totaal aantal betalingsachterstandsdagen.
 - Vervolgens berekent het filter het aantal compensatiedagen 2006, 2007, 2008 en 2009 en het totaal aantal compensatiedagen. In voorkomende gevallen worden de compensatiedagen 2009 gesplitst in compensatiedagen waarvoor de zogenaamde lage compensatie van toepassing is en de compensatiedagen met de hoge compensatie (standaardpremie). Bij de bepaling van het aantal compensatiedagen worden altijd de oudste zes maanden in mindering gebracht op de totale periode van wanbetaling/betalingsachterstand. Dit betekent dat het aantal compensatiedagen 2006 maximaal 182,5 dagen is.
 - Tot slot berekent het filter op grond van de compensatiedagen het totale compensatiebedrag.
- In het filter worden de compensatieperiode en het compensatiebedrag op nul gesteld als blijkt dat de compensatieperiode minder dan een half jaar bedraagt (182,5 dag of wanneer de oudste compensatiedatum in een schrikkeljaar valt 183 dagen). In de berekening van de totalen ten behoeve van de jaarstaat worden de verzekerden die (achteraf gezien) geen wanbetaler zijn buiten beschouwing gelaten. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om deze verzekerden uit het filter te verwijderen, maar strikt genomen is dat niet noodzakelijk.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

5. De resterende opgaven betalingsachterstanden nominale premie ten behoeve van de oude compensatieregeling in de jaarstaten

De opgaven die de zorgverzekeraar nog moet doen in de jaarstaat in het kader van de oude compensatieregeling zijn afhankelijk van de datum waarop de laatste wanbetaler uit het stuwmeer aan het CVZ wordt overgedragen.

In paragraaf 5.1. zijn de resterende opgaven beschreven voor zorgverzekeraars die (een deel van) hun stuwmeer aanleveren in 2010. Dit geldt voor alle zorgverzekeraars, behalve Azivo. Voor CZ is paragraaf 5.1. van toepassing voor het deel van het stuwmeer dat zij in 2010 aanleveren aan het CVZ.

Paragraaf 5.2. is uitsluitend van toepassing voor Azivo en CZ (voor het deel van het stuwmeer dat zij in 2009 aanleveren aan het CVZ).

5.1. De overdracht van het stuwmeer vindt plaats in 2010

De opgaven in de jaarstaat 2009

De zorgverzekeraar moet in de jaarstaat 2009 voor twee categorieën wanbetalers een opgave van betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 doen.

1. Een opgave van wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst doorloopt op 1 januari 2010 en met wie er geen betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is gesloten. Dit betreft wanbetalers met een datum einde zoals beschreven in paragraaf 2 bij categorie 1 (en rij 8 in het werkblad 'Totalen' in het filter). Omdat de aanlevering van het stuwmeer in 2010 plaatsvindt laat u in de jaarstaat 2009 het veld 'datum aanlevering' leeg.
2. De tweede opgave betreft de wanbetalers met wie in 2009 de verzekeringsovereenkomst is beëindigd én de wanbetalers voor wie de wanbetaling is beëindigd door het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst in 2006, 2007, 2008 of 2009. Dit betreft wanbetalers met een datum einde zoals beschreven in paragraaf 2 bij categorie 2. en 3.(en rij 9 in het werkblad 'Totalen' in het filter). Dit betreft een definitieve opgave.

De opgaven in de jaarstaat 2010

De zorgverzekeraar moet in de jaarstaat 2010 voor twee categorieën wanbetalers een opgave van betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2010 doen.

1. Een opgave van wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst doorloopt nadat de wanbetalers aan het CVZ zijn overgedragen en met wie er geen betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is gesloten.
2. De tweede opgave betreft de wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst in 2010 op of vóór de datum aanlevering is beëindigd én de wanbetalers voor wie de wanbetaling is beëindigd door het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst in 2010 op of vóór de datum aanlevering. Dit betreft een definitieve opgave.

De opgaven in de jaarstaat 2011

Voor de categorie wanbetalers die hiervoor bij de opgaven jaarstaat 2010 zijn genoemd onder 1. moeten de zorgverzekeraars een herziene opgave aan het CVZ doen in de jaarstaat 2011. Daarin moet de premieschuld per wanbetaler worden gecorrigeerd voor betalingen die de zorgverzekeraar, dan wel incassobureau's, deurwaarders en dergelijke, hebben ontvangen tussen 1-4-2011 en 1-4-2012. Voor het overige blijven, afgezien van correcties vanwege fouten, de basisgegevens per wanbetaler gelijk aan de basisgegevens voor de opgave in de jaarstaat 2010.

In de jaarstaat 2012 hoeft geen opgave meer te worden gedaan.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 – vervolg

5.2. De overdracht uit het stuwmeer vindt plaats in 2009

Deze paragraaf is uitsluitend van toepassing voor Azivo en CZ (voor het deel van het stuwmeer dat zij in 2009 aanleveren aan het CVZ).

De opgaven in de jaarstaat 2009

De zorgverzekeraar moet in de jaarstaat 2009 voor twee categorieën wanbetalers een opgave van betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 doen.

1. Een opgave van wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst doorloopt op de datum aanlevering en met wie er geen betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is gesloten (rij 8 in het werkblad 'Totalen' in het filter). CZ moet in de jaarstaat 2009 per datum aanlevering een aparte totaalregel opnemen (dus 3 totaalregels).
2. De tweede opgave betreft de wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst in 2009 op of vóór de datum aanlevering is beëindigd én de wanbetalers voor wie de wanbetaling is beëindigd door het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst 2006, 2007, 2008 of op of vóór de datum aanlevering in 2009 (rij 9 in het werkblad 'Totalen' in het filter). Dit betreft een definitieve opgave.

De opgaven in de jaarstaat 2010

Voor de categorie wanbetalers die hiervoor bij de opgave jaarstaat 2009 zijn genoemd onder 1. voor zover de wanbetalers in 2009 zijn aangeleverd aan het CVZ, moeten Azivo en CZ een herziene opgave aan het CVZ doen in de jaarstaat 2010. Daarin moet de premieschuld per wanbetaler worden gecorrigeerd voor betalingen die de zorgverzekeraar, dan wel incassobureau's, deurwaarders en dergelijke, hebben ontvangen tussen 1-4-2010 en 1-4-2011. Voor het overige blijven, afgezien van correcties vanwege fouten, de basisgegevens per wanbetaler gelijk aan de basisgegevens voor de opgave in de jaarstaat 2009.

In de jaarstaat 2011 hoeft geen opgave meer te worden gedaan.

Dit geldt niet voor het cohort wanbetalers dat CZ in 2010 aanlevert aan het CVZ. Voor die groep geldt de systematiek zoals hiervoor beschreven is in paragraaf 5.1.

2. Specifieke Informatie A

Specificatie in jaarstaat 2009

VERVOLG SPECIFIEKE INFORMATIE A (OPGAVE PREMIE_ACHTERSTANDEN WANBETALERS)

SPECIFICATIE OPGAVE WANBETALERS

| | |
|-------------------|--|
| DATUM GEREED 2009 | |
|-------------------|--|

| OPGAVE PREMIE-ACHTERSTANDEN WANBETALERS MET EEN DOORLOPENDE ZORGVERZEKERING 2009 1) | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| DATUM AANLEVERING 2009 | TOTAAL AANTAL WANBETALERS | TOTALE PREMIE-ACHTERSTAND BEDRAG | TOTALE PREMIE-ACHTERSTAND IN DAGEN | COMPENSATIE DAGEN 2009 HOOG | COMPENSATIE DAGEN 2009 LAAG | COMPENSATIE DAGEN 2008 | COMPENSATIE DAGEN 2007 | COMPENSATIE DAGEN 2006 | TOTALE COMPENSATIE BEDRAG |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| OPGAVE PREMIE-ACHTERSTANDEN VOOR DE IN 2009 BEËINDIGDE WANBETALERS 2) | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| TOTAAL AANTAL WANBETALERS | TOTALE PREMIE-ACHTERSTAND BEDRAG | TOTALE PREMIE-ACHTERSTAND IN DAGEN | COMPENSATIE DAGEN 2009 HOOG | COMPENSATIE DAGEN 2009 LAAG | COMPENSATIE DAGEN 2008 | COMPENSATIE DAGEN 2007 | COMPENSATIE DAGEN 2006 | TOTALE COMPENSATIE BEDRAG |
| | | | | | | | | |

1) Zorgverzekeraars die in 2009 hun wanbetalers aan het CVZ aanleveren, nemen per datum van aanlevering 2009 een aparte regel met de gevraagde gegevens op.
 Zorgverzekeraars die in 2010 hun wanbetalers aan het CVZ aanleveren, nemen één regel met de gevraagde gegevens op, met uitzondering van de datum aanlevering 2009.

2) Alle zorgverzekeraars nemen de gevraagde gegevens op.

| 3. Specifieke Informatie C | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Nummer | Omschrijving |
| 3.1. | Specificaties van kosten en productie |
| 3.2. | Overige specificaties |

Specifieke Informatie C

In de Specifieke Informatie C is beleidsinformatie opgenomen, die het CVZ gebruikt in Zorgcijfers kwartaalbericht en spiegelbank en signalerings- en monitorrapporten over de kostenontwikkelingen. Deze rapportages zijn van belang voor het beleid. Het is daarom belangrijk dat de informatie op detailniveau zo goed mogelijk aansluit bij de werkelijke kosten en productie op transactiebasis.

Onderdeel 3.1. heeft betrekking op specificaties van de kosten en aantallen van de prestaties Zvw. De totale kosten in de specificatie moeten aansluiten op de kosten per rubriek en codenummer in de kostenverzamelstaat, die is opgenomen in de specifieke informatie A.

De meeste specificaties zijn uitsluitend opgenomen in de jaarstaat. Enkele specificaties worden zowel in de kwartaalstaten als in de jaarstaat opgevraagd. In het handboek is dit boven de toelichting bij elke specificatie aangegeven.

De definities van het kostenbegrip, van de te verantwoorden kosten per kolom, per kostenrubriek en per kostencodenummer, van de DBC's en van de productie-indicatoren bij niet DBC gefinancierde instellingen zijn opgenomen in het hoofdstuk 5. Definities Kosten en productie.

De overige specificaties bij onderdeel 3.2. van de Specifieke informatie C betreffen specificaties in het kader van het besluit ondermandaat zorgverzekeraars inzake oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering en de specificatie uit de toelichting balans (van de post 'Met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen'). Deze laatste specificatie, toelichting balans, gaat met ingang van de jaarstaat 2010 vervallen.

| 3.1. Specificaties van kosten en productie | |
|---|--|
| Nummer | Omschrijving |
| 3.1.1. | 01 Huisartsenzorg |
| 3.1.2. | 02 Farmaceutische zorg |
| 3.1.3. | 04 Mondzorg |
| 3.1.4. | 05 Verloskundige zorg |
| 3.1.5. | 06 Medisch specialistische zorg |
| 3.1.6. | 07 Paramedische zorg |
| 3.1.7. | 08 Hulpmiddelenzorg |
| 3.1.8. | 09 Ziekenvervoer |
| 3.1.9. | 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) |
| 3.1.10. | 12 Kraamzorg |
| 3.1.11 | 13 Overige kosten |
| 3.1.12 | 15 Grensoverschrijdende zorg |

Specificaties van kosten en productie

In de specificaties van kosten en productie specificeert u de kosten zoals die zijn opgenomen in de kostenverzamelstaat in de specifieke informatie A en de bij die kosten horende productie-aantallen. Alle gevraagde specificaties zijn verplicht.

In de kwartaalstaten specificeert u de kosten en de bijbehorende aantallen zoals die zijn opgenomen in kolom 2 van de kostenverzamelstaat: de ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met het betreffende kwartaal.

Bij de specificaties van rubriek 06 en 10 van kosten naar soorten instellingen wordt tevens een specificatie van de balanspost gevraagd die onderdeel is van kolom 1. De som van de twee specificaties is gelijk aan de totale kosten bij het betreffende codenummer in kolom 1 van de kostenverzamelstaat (kolom 2 maakt ook onderdeel uit van kolom 1).

In de jaarstaat specificeert u de kosten en de bijbehorende aantallen zoals die zijn opgenomen in kolom 2 en kolom 4 van de kostenverzamelstaat: de ontvangen en geaccepteerde declaraties met betrekking tot respectievelijk verslagjaar T en jaar T-1. Bij de specificaties van rubriek 06 en 10 van kosten naar soorten instellingen wordt net als in de kwartaalstaten tevens een specificatie van de balanspost gevraagd die onderdeel is van kolom 1.

Tot slot specificeert u tevens de kosten van DBC's in kolom 5 van de kostenverzamelstaat:

- bij code 613 tot en met 616 de kosten naar soorten instellingen (niet per specialisme);
- de specificatie bij code 662.

Nieuw in 2010 is de specificatie van rubriek 13 Overige Kosten. Zie hiervoor 3.1.11.

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.1. 01 HUISARTSENZORG | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | X | n.v.t. | X | X |
| Specificaties | | | | | |
| 503 | Bijzondere betalingen | | | | |
| | <p>In de specificatie van kostencodenummer 503 'Bijzondere betalingen' specificeert u de kosten van huisartsenzorg voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) somatisch (NZa code 11200); - Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ (NZa code 11201) - Module achterstandsfonds (NZA code 11300); - Module Modernisering en Innovatie ten behoeve van decentrale afspraken gespecificeerd naar de totale kosten van bedragen per verzekerde (NZA code 14100 t/m 14999) en de kosten van verrichtingen (NZA codes 13000 t/m 13xxx). De NZa codes 13013, 13021 en 13039 t/m 13041 vallen niet onder de prestaties Zvw; Zorgaanbieders die de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening declareren kunnen niet ook de NZa codes 13031, 13004, 13030 en 13029 declareren - 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 (NZA codes 12400 t/m 12405). - Overige kosten: <ul style="list-style-type: none"> - In rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie (NZA code 12815); - In rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus <u>niet</u> de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek); - In rekening gebrachte kosten van entstoffen en laboratoriumkosten (NZA codes 12008, 12009, 12408 en 12409); - Verbruiksmaterialen (NZA codes 12900 t/m 12906 en inclusief de kosten van het ECG-tarief, NZa code 12700) ; - Vaccinaties (NZA codes 12006, 12106, 12406 en 12206 anders dan tijdens een (telefonisch) consult of een visite); | | | | |
| 504 | Avond-, nacht- en weekenddiensten | | | | |
| | <p>In de specificatie van kostencodenummer 504 'Avond-, nacht- en weekenddiensten' specificeert u de kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) uitgesplitst naar: <ul style="list-style-type: none"> - Telefonisch consult; - Herhalingsrecept; - Consult; - Visite. - Die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) (NZa codes 12200 t/m 12205). | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.1. 01 HUISARTSENZORG Vervolg | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten- code- nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | X | n.v.t. | X | X |
| | Specificaties | | | | |
| 506 | Consulttarieven | | | | |
| | <p>In de specificatie van kostencodenummer 506 'consulttarieven' specificeert u de kosten van</p> <ul style="list-style-type: none"> - consulten uitgesplitst naar korter of gelijk aan en langer dan twintig minuten (NZA codes 12000, 12001, 12100, 12101, 12110 en 12111) - visites uitgesplitst naar korter of gelijk aan en langer dan twintig minuten (NZA codes 12002, 12003, 12102, 12103, 12112 en 12113) - telefonische consulten (NZA codes 12004, 12104 en 12114) - e-mailconsulten (NZA code 12007) - herhalingsrecepten (NZA codes 12005, 12105 en 12115), alleen nog in de jaarstaat 2009. Met ingang van 2010 worden de kosten van het herhalingsrecept overgeheveld naar het inschrijftarief. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in kwartaalstaten 2010, 2^e (model) en 4^e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

| | | |
|---|---------------|--|
| CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Module praktijkondersteuning huisartsen | POH somatisch | |
| | POH GGZ | |
| Module achterstandsfonds | | |
| Module modernisering en innovatie | Verzekerden | |
| | Verrichtingen | |
| Passantentarieven | | |
| Overige kosten | | |
| TOTAAL code 503 | | 0 |

| | | |
|--|---------------------|--|
| CODE 504 - AVOND-, NACHT- EN WEEKENDDIENSTEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Kosten in een dienstenstructuur | Telefonisch consult | |
| | Herhalingsrecept | |
| | Consult | |
| | Visite | |
| Kosten NIET in een dienstenstructuur | | |
| TOTAAL code 504 | | 0 |

| | | |
|----------------------------|--------------|--|
| CODE 506 - CONSULTTARIEVEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Kosten consult | ≤ 20 minuten | |
| | > 20 minuten | |
| Kosten visite | ≤ 20 minuten | |
| | > 20 minuten | |
| Kosten telefonisch consult | | |
| Kosten e-mailconsult | | |
| TOTAAL code 506 | | 0 |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

| CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---------------|---|---|
| Module praktijkondersteuning huisartsen | POH somatisch | | |
| | POH GGZ | | |
| Module achterstandsfonds | | | |
| Module modernisering en innovatie | Verzekerden | | |
| | Verrichtingen | | |
| Passantentarieven | | | |
| Overige kosten | | | |
| TOTAAL code 503 | | 0 | 0 |

| CODE 504 - AVOND-, NACHT- EN WEEKENDDIENSTEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---------------------|---|---|
| Kosten in een dienstenstructuur | Telefonisch consult | | |
| | Herhalingsrecept | | |
| | Consult | | |
| | Visite | | |
| Kosten niet in een dienstenstructuur | | | |
| TOTAAL code 504 | | 0 | 0 |

| CODE 506 - CONSULTTARIEVEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|----------------------------|--------------|---|---|
| Kosten consult | ≤ 20 minuten | | |
| | > 20 minuten | | |
| Kosten visite | ≤ 20 minuten | | |
| | > 20 minuten | | |
| Kosten telefonisch consult | | | |
| Kosten e-mailconsult | | | |
| Kosten herhalingsrecept | | | |
| TOTAAL code 506 | | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.2. 02 FARMACEUTISCHE ZORG | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 520 | Kosten van farmaceutische zorg | | | | |
| | In de specificatie van de kosten specificeert u de totale kosten, inclusief BTW, naar afleveraar (apotheker, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken, eigen instellingen - eigen apotheek van een zorgverzekeraar - en overige afleveraars) en vervolgens naar de kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten en naar de kosten van aflevering. | | | | |
| 520 | Aantal voorschriften | | | | |
| | In deze tabel specificeert u het aantal voorschriften (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) uitgesplitst per afleveraar: <ul style="list-style-type: none"> - Aantal voorschriften via apothekers; - Aantal voorschriften via apotheekhoudende huisartsen; - Aantal voorschriften via ziekenhuisapotheken; - Aantal voorschriften via eigen instellingen; - Aantal voorschriften via overige afleveraars. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

| CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--------------------------------|---------------------|---|---|
| Apothekers | Kosten geneesmiddel | | |
| | Kosten aflevering | | |
| Apotheekhoudende huisartsen | Kosten geneesmiddel | | |
| | Kosten aflevering | | |
| Ziekenhuisapotheken | Kosten geneesmiddel | | |
| | Kosten aflevering | | |
| Eigen instellingen | Kosten geneesmiddel | | |
| | Kosten aflevering | | |
| Overige afleveraars | Kosten geneesmiddel | | |
| | Kosten aflevering | | |
| TOTAAL code 520 | | 0 | 0 |

| CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG - vervolg | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| Apothekers | | |
| Apotheekhoudende huisartsen | | |
| Ziekenhuisapotheken | | |
| Eigen instellingen | | |
| Overige afleveraars | | |
| TOTAAL code 520 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.3. 04 MONDZORG | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | X | n.v.t. | X | X |
| Specificaties | | | | | |
| 560.1 | Kosten en aantallen mondzorg voor volwassen verzekerden | | | | |
| | <p>In de specificatie van kostencodenummer 560.1 specificeert u kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties).</p> <p>Röntgendiagnostiek Röntgendiagnostiek voor verzekerden van 22 jaar en ouder is slechts een te verzekeren prestatie indien het röntgenonderzoek plaatsvindt in het kader van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgische hulp) (artikel 2.7. lid 5, sub a van het Besluit zorgverzekering). U specificeert hier dus alleen die kosten voor röntgendiagnostiek die samenhangen met kaakchirurgische hulp.</p> <p>Bijzondere tandheelkundige hulp Met ingang van de jaarstaat 2008 en de twee kwartaalstaten 2009 specificeert u de diverse onderdelen, voor zover van toepassing, inclusief techniekkosten. Voor het tellen van de aantallen in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aantal implantaten in het kader van artikel 2.7. lid 1. sub a van het Besluit Zorgverzekering: u telt het aantal verzekerden; elke verzekerde wordt per totale behandeling (mogelijk in verschillende boekjaren) éénmaal meegeteld, namelijk bij aanvang van de behandeling; - Bijzondere tandheelkundige zorg in het kader van artikel 2.7. lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering: 'overig' en in het kader van artikel 2.7, lid 1 sub b en sub c tezamen: het aantal verzekerden dat in de verslagperiode gebruik maakt van de regeling; elke verzekerde telt éénmaal mee per verslagjaar. | | | | |

| 3.1.3. 04 MONDZORG VERVOLG | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | | n.v.t. | X | n.v.t. | X |
| | Specificaties | | | | |
| 560.2 | Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden | | | | |
| | Specificatie per tariefgroep | | | | |
| | <p>In de eerste specificatie van kostencodenummer 560.2 specificeert u kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties).</p> <p>Met ingang van de jaarstaat 2008 specificeert u de diverse onderdelen, voor zover van toepassing, inclusief techniekkosten.</p> <p>Voor het tellen van de gevraagde aantallen geldt::</p> <ul style="list-style-type: none"> - C Consultatie en diagnostiek <ul style="list-style-type: none"> - uitsluitend het aantal periodieke preventieve onderzoeken tellen (= onderdeel van C, n.l. verrichtingencodes C11 en C12) - X Röntgendiagnostiek <ul style="list-style-type: none"> - het aantal foto's (röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie) - V Restauratie met plastische materialen <ul style="list-style-type: none"> - uitsluitend het aantal vullingen tellen (= onderdeel van V, n.l. verrichtingencodes V11, V12 en V13) - H Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> - uitsluitend het aantal extracties tellen (= onderdeel van H, n.l. verrichtingencodes H10, H15 en H30) - J / R Orale implantologie / Restauratie met niet-plastische materialen <ul style="list-style-type: none"> - het aantal verzekerden; elke verzekerde wordt per totale behandeling (mogelijk in verschillende boekjaren) éénmaal meegeteld, namelijk bij aanvang van de behandeling. - met ingang van 1 januari 2008 is de code van de tarieven in het hoofdstuk Orale implantologie gewijzigd van I naar J. - Bijzondere mondzorg <ul style="list-style-type: none"> - het aantal verzekerden dat in de verslagperiode gebruik maakt van de regeling; elke verzekerde telt éénmaal mee per verslagjaar. | | | | |
| | Specificatie naar leeftijd | | | | |
| | Met ingang van de jaarstaat 2008 specificeert u in de tweede specificatie van kostencodenummer 560.2 de totale kosten van mondzorg voor jeugdigen naar verzekerden t/m 17 jaar enerzijds en verzekerden van 18 t/m 21 jaar anderzijds. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.3. 04 MONDZORG - vervolg | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | | n.v.t. | X | n.v.t. | X |
| | Specificaties | | | | |
| 561 | <p>Kosten en aantallen gebitsprothesen</p> <p>In de specificatie van kostencodenummer 561 specificeert u kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). De kosten specificeert u naar volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak <u>exclusief</u> de kosten van rebasings en reparaties (immediaatprothese, overkappingsprothese en vervangingsprothese) en de kosten van gebitsprothesen voor wat betreft rebasings en reparaties. De aantallen volledige gebitsprothesen specificeert u naar aantal volledige gebitsprothesen boven en onder (u telt declaratiecode P30) en aantal volledige gebitsprothesen boven of onder (tellen per kaak, u telt de declaratiecodes P21 en P25).</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in kwartaalstaten 2010, 2^e (model) en 4^e kwartaal

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG

| | | |
|---|----------------|--|
| CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| X Röntgendiagnostiek | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | Implantaten *) | |
| | Overig | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | |
| TOTAAL code 560.1 | | 0 |

*) inclusief suprastructuren en prothesen

| | | |
|---|-------------|------------------------------------|
| CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN - vervolg | | AANTAL tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | Implantaten | |
| | Overig | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | |

| | | |
|---|--|--|
| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| C Consultatie en diagnostiek | | |
| X Röntgendiagnostiek | | |
| M Preventie en mondhygiëne | | |
| A Anesthesie | | |
| V Restauratie met plastische materialen | | |
| E Endodontie | | |
| G Gnathologie | | |
| H Chirurgie | | |
| P Uitneembare prothetische voorzieningen | | |
| T Parodontologie | | |
| J Orale implantologie | | |
| R Restauratie met niet-plastische materialen | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | |
| TOTAAL code 560.2 | | 0 |

| | | |
|--|--|--|
| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| TOTAAL verzekerden t/m 17 jaar | | |
| TOTAAL verzekerden van 18 t/m 21 jaar | | |
| TOTAAL code 560.2 | | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG - vervolg

| | |
|---|---------------------------------------|
| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN - vervolg | AANTAL tot en met 2e kwartaal 2010 |
| C Consultatie en diagnostiek | |
| X Röntgendiagnostiek | |
| V Restauratie met plastische materialen | |
| H Chirurgie | |
| J Orale implantologie | |
| R Restauratie met niet-plastische materialen | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | |

| | |
|--|--|
| CODE 561 - GEBITSPROTHESEN | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak *) | |
| Gebitsprothesen, rebasings en reparaties | |
| TOTAAL code 561 | 0 |

*) Exclusief kosten van rebasings en reparaties

| | |
|--------------------------------------|---|
| CODE 561 - GEBITSPROTHESEN - vervolg | AANTAL tot en met 2e kwartaal 2010 |
| Volledige gebitsprothesen | onder <u>en</u> boven |
| | onder <u>of</u> boven (tellen per kaak) |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG

| CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|----------------|---|---|
| X Röntgendiagnostiek | | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | Implantaten *) | | |
| | Overig | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | | |
| TOTAAL code 560.1 | | 0 | 0 |

*) inclusief suprastructuren en prothesen

| CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN - vervolg | | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | Implantaten *) | | |
| | Overig | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | | |

| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|--|---|---|
| C Consultatie en diagnostiek | | | |
| X Röntgendiagnostiek | | | |
| M Preventie en mondhygiëne | | | |
| A Anesthesie | | | |
| V Restauratie met plastische materialen | | | |
| E Endodontie | | | |
| G Gnathologie | | | |
| H Chirurgie | | | |
| P Uitneembare prothetische voorzieningen | | | |
| T Parodontologie | | | |
| J Orale implantologie | | | |
| R Restauratie met niet-plastische materialen | | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | | |
| TOTAAL code 560.2 | | 0 | 0 |

| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|--|---|---|
| TOTAAL verzekerden t/m 17 jaar | | | |
| TOTAAL verzekerden van 18 t/m 21 jaar | | | |
| TOTAAL code 560.2 | | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG - vervolg

| | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN | | |
| C Consultatie en diagnostiek | | |
| X Röntgendiagnostiek | | |
| V Restauratie met plastische materialen | | |
| H Chirurgie | | |
| J Orale implantologie | | |
| R Restauratie met niet-plastische materialen | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) | | |
| Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c) | | |

| | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| CODE 561 - GEBITSPROTHESEN | | |
| Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak | | |
| Gebitsprothesen, rebasings en reparaties | | |
| TOTAAL code 561 | 0 | 0 |

| | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|----------------------------|---|-----------------|
| CODE 561 - GEBITSPROTHESEN | | |
| Volledige gebitsprothesen | onder <u>en</u> boven | |
| | onder <u>of</u> boven (tellen per kaak) | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.4. 05 VERLOSKUNDIGE ZORG | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| | Specificaties | | | | |
| 580 | Aantal verlossingen door verloskundigen | | | | |
| | In de specificatie specificeert u het aantal volledige verlossingen door verloskundigen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). | | | | |
| 581 | Aantal verlossingen door huisartsen | | | | |
| | In de specificatie specificeert u het aantal volledige verlossingen door huisartsen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). | | | | |

Specificatie in jaarstaat 2009

RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

| | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN | | |
| Volledige verlossingen door verloskundigen (code 580) | | |
| Volledige verlossingen door huisartsen (code 581) | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.5. 06 Medisch specialistische zorg | | | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Kostencode nummer 545 | Specificatie | | | | |
| | Kosten en aantallen Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen | | | | |
| | <p>In de specificatie van kostencodenummer 545 specificeert u kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantaten (ten laste van Zvw komen uitsluitend implantaten in het kader van artikel 2.7 lid 1, sub a van het Besluit zorgverzekering) <ul style="list-style-type: none"> - Kosten: de honoraria kaakchirurgie behorend bij de verrichtingencodes 238029, 238060, 238061 en 238063. - Aantal <ul style="list-style-type: none"> - u telt het aantal verzekerden; - elke verzekerde wordt per totale behandeling (mogelijk in verschillende boekjaren) éénmaal meegeteld, namelijk bij aanvang van de behandeling. - Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie: <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van 'parodontale chirurgie': de honoraria kaakchirurgie behorend bij de verrichtingencodes 234024, 234025, 234026, 234027 en 234028; - Kosten van 'extractie onder narcose': de honoraria kaakchirurgie behorend bij de verrichtingencode 234034; - Kosten van 'osteotomie': de honoraria kaakchirurgie behorend bij de verrichtingencodes 238022, 238024, 238026, 238027 en 238028. - Aantal <ul style="list-style-type: none"> - u telt het aantal verzekerden dat van één of meer van de genoemde behandelingen gebruik heeft gemaakt; - elke verzekerde telt éénmaal per verslagjaar mee. - Overige activiteiten Bij 'overige activiteiten' neemt u de overige (nog niet hiervoor gespecificeerde) kosten van kostencodenummer code 545 op: de honoraria kaakchirurgie in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen'. | | | | |
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | X | X | X | X | X |
| 545 | Specificatie | | | | |
| | Kosten Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen in Academische ziekenhuizen | | | | |
| | In deze specificatie specificeert u het deel van de kosten bij codenummer 545 dat is gemaakt in Academische ziekenhuizen. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.5. 06 Medisch specialistische zorg- vervolg | | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | X | X | X | X | X |
| 610 | Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | | | | |
| | Kostenspecificatie per categorie instellingen | | | | |
| | <p>In de eerste specificatie van kostencodenummer 610 'Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg' worden de kosten uitgesplitst naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categoriële ziekenhuizen (uitsluitend de instellingen die niet via DBC's worden gefinancierd); - Overige instellingen: Dit betreft de kosten van overige instellingen die tarieven uit de hoofdgroepen A, B, C, D en E in de Tarieflijst Instellingen ten laste van de Zvw declareren en die niet bij een ander codenummer in de jaarstaat moeten worden verantwoord. Tevens betreft het de betalingen aan Eurotransplant Nederland en de Stichting Kinderoncologie Nederland. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijst ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Met ingang van 2009 worden de kosten van revalidatie-instellingen niet meer bij kostencodenummer 610 verantwoord en gespecificeerd.</p> | | | | |
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| 610 | Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg - vervolg | | | | |
| | Kostenspecificatie per hoofdgroep | | | | |
| | <p>In de tweede kostenspecificatie geeft u uitsluitend de kosten op van 'tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria'.</p> | | | | |

| 3.1.5 06 Medisch specialistische zorg – vervolg | | | | | |
|--|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | X | X | X | X | X |
| nummer | Specificatie | | | | |
| 613 | Kosten van DBC's A-Segment | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - In deze tabel specificeert u de kosten (component) van DBC's A-Segment per specialisme (alleen in de jaarstaat) en per categorie instellingen (zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten): academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam en epilepsiecentra; met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6. - Voor de St. Maartenskliniek verantwoordt u de kostentarieven voor de experiment DBC's volgens de tarieflijsten Orthopedie SMK, Reumatologie SMK, Anesthesiologie SMK, Fysiotherapie eerstelijns SMK, Revalidatiegeneeskunde SMK. De regel 'revalidatie' is uitsluitend voor de St. Maartenskliniek van toepassing. De kostencomponent van fysiotherapie eerstelijns SMK neemt u op bij de regel 'niet-specialismespecifiek'. | | | | |
| 614 | Specificatie | | | | |
| | Honoraria van DBC's A-Segment | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - In deze tabel specificeert u de honoraria van DBC's A-Segment per specialisme (alleen in de jaarstaat) en per categorie instellingen (zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten): academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6. - Alle honorariabedragen per DBC neemt u in de specificatie op bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt. - Voor de St. Maartenskliniek verantwoordt u de honorariumtarieven voor de experiment DBC's volgens de tarieflijsten Orthopedie SMK, Reumatologie SMK, Anesthesiologie SMK, Fysiotherapie eerstelijns SMK, Revalidatiegeneeskunde SMK. De regel 'revalidatie' is uitsluitend voor de St. Maartenskliniek van toepassing. De honorariumcomponent van fysiotherapie eerstelijns SMK neemt u op bij de regel 'niet-specialismespecifiek'. | | | | |
| 615 | Specificatie | | | | |
| | Kosten van DBC's B-Segment | | | | |
| | <p>In deze tabel specificeert u de kosten (component) van DBC's B-Segment per specialisme (alleen in de jaarstaat) en per categorie instellingen (zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten): academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra; N.B. zorg in het B-segment komt in deze instellingen nauwelijks voor). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> | | | | |

| 3.1.5 06 Medisch specialistische zorg - vervolg | | | | | |
|--|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | X | X | X | X | X |
| 616 | Specificatie Honoraria van DBC's B-Segment <ul style="list-style-type: none"> - In deze tabel specificeert u de honoraria van DBC's B-Segment per specialisme (alleen in de jaarstaat) en per categorie instellingen (zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten): academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra; N.B. zorg in het B-segment komt in deze instellingen nauwelijks voor). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6. - Alle honorariabedragen per DBC neemt u in de specificatie op bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt. | | | | |
| 613 t/m 616 | Specificatie Aantallen DBC's A- en B-Segment <p>In deze tabel in de jaarstaat specificeert u het aantal (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van DBC's A-Segment en van DBC's B-Segment per categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> | | | | |
| 617 | Specificaties Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten <ul style="list-style-type: none"> - In de eerste tabel specificeert u de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten (uitsluitend op verzoek van de eerste lijn) per specialisme (alleen in de jaarstaat) en per categorie instellingen (zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten): academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en met ingang van 2009 ook de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6. - In de tweede tabel (alleen in de jaarstaat) specificeert u de kosten en honoraria van enkele tarieven uit de tarieflijst 'ondersteunende en overige producten' van de NZa: <ul style="list-style-type: none"> - Poliklinische bevalling zonder medische indicatie - Poliklinische bevalling op medische indicatie - Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.5 06 Medisch specialistische zorg - vervolg | | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kosten code nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | X | X | X | X | X |
| 618 | Specificaties | | | | |
| | Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - In de eerste tabel specificceert u de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen per categorie instellingen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen), zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de overige DBC gefinancierde instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra). Deze specificatie staat zowel in de jaarstaat als in de kwartaalstaten. Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6. - In de tweede tabel (alleen in de jaarstaat) specificceert u de kosten en honoraria van enkele tarieven uit de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' van de NZa: <ul style="list-style-type: none"> - Gezonde moeder - Gezonde zuigeling - Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaticaziekten | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 545 - KOSTEN EN HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |

| CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|--|---|
| Categorale ziekenhuizen | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 610 | 0 | 0 |

| CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|-----------------------------------|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 613 | 0 | 0 |

| CODE 614 - HONORARIA DBC'S A SEGMENT | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--------------------------------------|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 614 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

| CODE 615 - KOSTEN DBC'S B SEGMENT | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|-----------------------------------|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 615 | 0 | 0 |

| CODE 616 - HONORARIA DBC'S B SEGMENT | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--------------------------------------|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 616 | 0 | 0 |

| CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 617 | 0 | 0 |

| CODE 618 - KOSTEN EN HONORARIA OVERIGE TRAJECTEN EN VERRICHTINGEN | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|---|--|---|
| Academische ziekenhuizen | | |
| Algemene ziekenhuizen | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | |
| Overige instellingen | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 618 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

| CODE 545 - KOSTEN EN HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---|
| Implantaten | | |
| Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie | | |
| Overige activiteiten | | |
| TOTAAL code 545 | 0 | 0 |

| CODE 545 - KOSTEN EN HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| Implantaten | | |
| Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie | | |

| CODE 545 - KOSTEN EN HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---|
| Academische ziekenhuizen | | |

| CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Kosten balanspost mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---------------------------------|---|
| Categorale ziekenhuizen | | | |
| Overige instellingen | | | |
| Balanspost mbt 2009 | 0 | | |
| TOTAAL code 610 | 0 | 0 | 0 |

| CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG - vervolg | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| Tarieven voor diagnostiek, aangevraagd door huisartsen, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria | | |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2009 EN BALANSPOST | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S A SEGMENT, KOSTENCOMPONENT | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| Kosten balanspost mbt 2009 | | | | | 0 |
| TOTAAL code 613, kolom 1 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2008 | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S A SEGMENT, KOSTENCOMPONENT | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| TOTAAL code 613, kolom 4 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 614 - HONORARIA DBC'S A SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECALARATIES MBT 2009, EN BALANSPOST | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S A SEGMENT, HONORARIA | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| Kosten balanspost mbt 2009 | | | | | 0 |
| TOTAAL code 614, kolom 1 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 614 - HONORARIA DBC'S A SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2008 | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S A SEGMENT, HONORARIA | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| TOTAAL code 614, kolom 4 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 615 - KOSTEN DBC'S B SEGMENT, ONTVANGEN EN ACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2009, EN BALANSPOST | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | KOSTEN, DBC'S B SEGMENT | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| Kosten balanspost mbt 2009 | | | | | 0 |
| TOTAAL code 615, kolom 1 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 615 - KOSTEN DBC'S B SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2008 | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | KOSTEN, DBC'S B SEGMENT | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| TOTAAL code 615, kolom 4 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 616 - HONORARIA DBC'S B SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2009, EN BALANSPOST | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S B SEGMENT, HONORARIA | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| Kosten balanspost mbt 2009 | | | | | 0 |
| TOTAAL code 616, kolom 1 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 616 - HONORARIA DBC'S B SEGMENT, ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2008 | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | DBC'S B SEGMENT, HONORARIA | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheelkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| TOTAAL code 616, kolom 4 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES M.B.T. 2007 EN OUDER | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| Code 613 - Totaal kosten DBC's A segment | | | | | 0 |
| Code 614 - Totaal honoraria DBC's A segment | | | | | 0 |
| Code 615 - Totaal kosten DBC's B segment | | | | | 0 |
| Code 616 - Totaal honoraria DBC's B segment | | | | | 0 |
| Totaal kosten alle instellingen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN, ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2009, EN BALANSPOST | | | | | |
|--|---|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheekkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| Kosten balanspost mbt 2009 | | | | | 0 |
| TOTAAL code 617, kolom 1 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

| CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN, ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2008 | | | | | |
|---|---|-----------------------|-------|----------------------|---------------|
| SPECIALISME | KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN | | | | |
| | ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | ALGEMENE ZIEKENHUIZEN | ZBC'S | OVERIGE INSTELLINGEN | TOTAAL BEDRAG |
| 01. Oogheekkunde | | | | | 0 |
| 02. KNO-heelkunde | | | | | 0 |
| 03. Heelkunde | | | | | 0 |
| 04. Plastische chirurgie | | | | | 0 |
| 05. Orthopedie | | | | | 0 |
| 06. Urologie | | | | | 0 |
| 07. Gynaecologie | | | | | 0 |
| 08. Neurochirurgie | | | | | 0 |
| 10. Dermatologie | | | | | 0 |
| 13. Inwendige geneeskunde | | | | | 0 |
| 16. Kindergeneeskunde | | | | | 0 |
| 18. Gastro-enterologie | | | | | 0 |
| 20. Cardiologie | | | | | 0 |
| 22. Longgeneeskunde | | | | | 0 |
| 24. Reumatologie | | | | | 0 |
| 26. Allergologie | | | | | 0 |
| 27. Revalidatie | | | | | 0 |
| 28. Cardio pulmonale chirurgie | | | | | 0 |
| 29. Consultatieve psychiatrie | | | | | 0 |
| 30. Neurologie | | | | | 0 |
| 35. Klinische geriatrie | | | | | 0 |
| 61. Radiotherapie | | | | | 0 |
| 62. Radiologie | | | | | 0 |
| 63. Nucleaire geneeskunde | | | | | 0 |
| 87. Medische microbiologie | | | | | 0 |
| 88. Pathologische anatomie | | | | | 0 |
| 89. Anesthesiologie | | | | | 0 |
| 90. Klinische genetica | | | | | 0 |
| Niet specialisme specifiek | | | | | 0 |
| TOTAAL code 617, kolom 4 kostenverzamelstaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

| AANTALLEN DBC'S A EN B SEGMENT | | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| DBC's A segment | Academische ziekenhuizen | | |
| | Algemene ziekenhuizen | | |
| | Zelfstandige behandelcentra | | |
| | Overige instellingen | | |
| DBC's B segment | Academische ziekenhuizen | | |
| | Algemene ziekenhuizen | | |
| | Zelfstandige behandelcentra | | |
| | Overige instellingen | | |
| TOTAAL | | 0 | 0 |

| CODE 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN - vervolg | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---|
| Poliklinische bevalling zonder medische indicatie | | |
| Poliklinische bevalling op medische indicatie | | |
| Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie | | |

| CODE 618 - KOSTEN EN HONORARIA OVERIGE TRAJECTEN EN VERRICHTINGEN | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Kosten balanspost mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|----------------------------|---|
| Academische ziekenhuizen | | | |
| Algemene ziekenhuizen | | | |
| Zelfstandige behandelcentra | | | |
| Overige instellingen | | | |
| Balanspost mbt 2009 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAAL code 618 | 0 | 0 | 0 |

| CODE 618 - KOSTEN EN HONORARIA OVERIGE TRAJECTEN EN VERRICHTINGEN - vervolg | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| Gezonde moeder | | |
| Gezonde zuigeling | | |
| Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaticazaken | | |

| 3.1.6. 07 PARAMEDISCHE ZORG | | | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kostencode nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 620 | Kosten en aantallen fysiotherapie per soort zitting/behandeling | | | | |
| | <i>NB: het betreft uitsluitend kosten van fysiotherapie die ten laste van de Zvw komen</i> | | | | |
| | <p>In de eerste specificatie van kostencodenummer 620 specificieert u de kosten en aantallen per soort zitting/behandeling (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties).</p> <p>Voor de kosten geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij zittingen neemt u de kosten op van zittingen (prestaties a. t/m e. en g en h.. volgens de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de NZa; de zitting psychosomatische fysiotherapie f. en de telefonische zitting i. zijn geen prestaties Zvw); - bij zittingen buiten de praktijkruimte neemt u de totale kosten op: <ul style="list-style-type: none"> - per zitting het tarief + toeslag (prestatie t. en u.); - bij groepsbehandeling neemt u de totale kosten op van groepszittingen (prestaties o. t/m r. volgens de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de NZa; de groepszitting van meer dan 10 personen s. is geen prestatie Zvw); - Bij overige prestaties neemt u de kosten van prestaties op die naast de hiervoor genoemde zittingen, toeslagen en groepszittingen worden gedeclareerd en die ten laste van de Zvw komen. Het betreft de prestaties j. tot en met n., w., y. en z. (de prestaties n., y. en z. onder voorwaarde, zie hoofdstuk 5.4.). <p>Voor de aantallen geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij groepsbehandeling vermeldt u het aantal patiënten voor wie in de verslagperiode groepszittingen zijn begonnen; - de aantallen behorend bij de tarieven die naast de zittingen worden gedeclareerd vraagt het CVZ niet op. | | | | |
| | Kosten en aantallen fysiotherapie wel /niet chronische lijst | | | | |
| <p>In de tweede specificatie specificieert u de kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst uitgesplitst naar: <ul style="list-style-type: none"> - Verzekerden van 0 tot en met 17 jaar; - Verzekerden van 18 jaar en ouder (vanaf de 10^e behandeling); - Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst (dus verzekerden t/m 17 jaar) <p>Voor de kosten geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij de zittingen neemt u de kosten van dezelfde prestaties op als in de eerste specificatie; - de kosten van groepszittingen neemt u mee bij de kosten van zittingen en niet op een aparte regel; - Bij overige prestaties neemt u de kosten van prestaties die naast de hiervoor genoemde prestaties voor zittingen, toeslagen en groepszittingen worden gedeclareerd en die ten laste van de Zvw komen (zie de toelichting bij de eerste specificatie en hoofdstuk 5.4.). <p>Voor de aantallen geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in tegenstelling tot de eerste specificatie telt u hier bij groepsbehandelingen het aantal (groeps)zittingen; - de aantallen behorend bij de tarieven die naast de zittingen worden gedeclareerd vraagt het CVZ niet op. | | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.6. 07 PARAMEDISCHE ZORG – vervolg | | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 621 | Aantal zittingen oefentherapie Mensendieck/Cesar (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - In deze tabel specificeert u het aantal (groep)zittingen oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar tezamen (het betreft prestatie a., b. en g. tot en met j. volgens de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de NZa; prestatie c. psychosomatische oefentherapie telt u niet mee omdat dit geen prestatie Zw is). - Per (groeps)behandeling per patiënt telt u 1 zitting. - De aantallen behorend bij tarieven die naast de zittingen worden gedeclareerd telt u niet mee. | | | | |
| 623 | Aantallen logopedie (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) | | | | |
| | In deze tabel specificeert u tezamen: het aantal behandelingen bij individueel verleende zorg, het aantal verzekerden bij groepsbehandeling en het aantal onderzoeken bij onderzoek. | | | | |
| 624 | Aantal uren ergotherapie (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) | | | | |
| | In deze tabel specificeert u het aantal uren (niet in kwartieren!) ergotherapie voor kostencodenummer 624 'kosten van ergotherapie'. | | | | |
| 625 | Kosten en aantallen dieetadvisering (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) | | | | |
| | In deze tabel specificeert u afzonderlijk de kosten en het aantal uren (niet in kwartieren!) van extramuraal dieetadvisering in instellingen en van dieetadvisering buiten instellingen. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG

| CODE 620 - FYSIOTHERAPIE | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|------------------------------------|------------------------|---|---|
| Zittingen in de praktijkruimte | | | |
| Zittingen buiten de praktijkruimte | Niet in een inrichting | | |
| | In een inrichting | | |
| Groepsbehandeling | | | |
| Overige prestaties fysiotherapie | | | |
| TOTAAL code 620 | | 0 | 0 |

| CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg | | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|------------------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| Zittingen in de praktijkruimte | | | |
| Zittingen buiten de praktijkruimte | Niet in een inrichting | | |
| | In een inrichting | | |
| Groepsbehandeling | | | |

| CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|--------------------------------|---|---|
| Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst | Verzekerden jonger dan 18 jaar | | |
| | Verzekerden 18 jaar en ouder | | |
| Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst | | | |
| Overige prestaties fysiotherapie | | 0 | 0 |
| TOTAAL code 620 | | 0 | 0 |

| CODE 620 - FYSIOTHERAPIE - vervolg | | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst | Verzekerden jonger dan 18 jaar | | |
| | Verzekerden 18 jaar en ouder | | |
| Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst | | | |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG - vervolg

| CODE 621 - OEFENTHERAPIE MENSENDIECK/CESAR | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| Zittingen | | |

| CODE 623 - LOGOPEDIE | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| Behandelingen | | |

| CODE 624 - ERGOTHERAPIE | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Uren | | |

| CODE 625 - DIEETADVISERING | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|----------------------------|---|---|
| Uren buiten een instelling | | |
| Uren binnen een instelling | | |
| TOTAAL code 625 | 0 | 0 |

| CODE 625 - DIEETADVISERING - vervolg | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Uren buiten een instelling | | |
| Uren binnen een instelling | | |
| TOTAAL code 625 | 0 | 0 |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kostencode nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 640 | <p>Onderstaande indeling en toelichting gelden met ingang van 2009. T.o.v. 2008 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 1, 2, 3, 4, 6, 17, 27, 30, 36 en 37. Categorie 16 komt met ingang van 2009 te vervallen. U kunt hier nog wel kosten van declaraties over 2008 en ouder specificeren. Tevens zijn bij elke categorie ter verduidelijking de zogenoemde 'monitorcodes' van het CVZ opgenomen. Deze codes worden gebruikt in het kader van het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP). Zie ook de GIP databank op de website van het CVZ (www.cvz.nl)</p> <p>Specificatie van kosten eigendom en kosten bruikleen (indien van toepassing) per categorie hulpmiddelen</p> <p>- Toelichting per categorie:</p> <p>01 Prothesen, exclusief gebitsprothesen Prothesen voor de schouder, arm of hand (al dan niet bekrachtigd), algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen, prothesen voor voet of been, mammaprothesen, gelaatsprothesen en uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol (zoals oogprothesen en schaalprothesen incl. scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie). Monitorcodes: J0100 Armprothesen J0200 Beenprothesen J0300 Overige prothesen</p> <p>02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen. Onder deze te verzekeren prestatie vallen onder meer korsetten en halskragen, maar ook (dynamische) lig- en zitorthesen, orthopedische beugelapparatuur, braces, orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen. Monitorcodes: C0500 Orthesen C1000 Orthopedisch schoeisel</p> <p>03 Schoenvoorzieningen Allergeenvrije- en verbandschoenen. Monitorcodes: C1100 Schoenvoorziening</p> <p>04 Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie Deze aanspraak betreft onder andere contactlenzen, scleralenzen met visuscorrectie, bandagelenzen met visuscorrigerende werking, ptosisbrillen, kappenbrillen en bijzondere optische hulpmiddelen. Monitorcodes: E0500 Gezichtshulpmiddelen E1100 Bijzondere optische hulpmiddelen</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>05 Gehoorhulpmiddelen Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoortoestellen, exclusief oorstukjes); - overige gehoorhulpmiddelen; <ul style="list-style-type: none"> - oorstukjes hoortoestellen, ringleidingen, infraroodapparatuur of FM apparatuur voor geluidsoverdracht, en maskeerders ter behandeling van ernstig oorsuizen (tinnitusmaskeerders). <p>Monitorcodes: D0500 Hoortoestellen D1000 Overige hoorhulpmiddelen</p> <p>06 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontinentie materiaal; - Stomamiddelen; - Slijmuitzuigapparatuur; - Kappen ter bescherming van de schedel; - Tracheacanule; - Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie; - Overige verzorgingsmiddelen; <ul style="list-style-type: none"> - urine-opvangzakken, stompkousen, katheters, blaasspoelvoelstof, spoelapparatuur. <p>Monitorcodes: A0500 Incontinentiematerialen A1000 Voorzieningen voor stomapatiënten A1500 Overige verzorgingsmiddelen A2000 Slijmuitzuigapparatuur A2100 Verbandmiddelen</p> <p>07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden Pessaria en koperhoudende spiraaltjes. Monitorcodes: V0500 Pessaria/anti-conceptie</p> <p>08 Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit Krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens, blindentaststokken. Monitorcodes: L0500 Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>09 Pruiken Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar. Monitorcodes: J0400 Pruiken</p> <p>10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren Monitorcodes: O1500 Injectiespuiten/pennen met toebehoren</p> <p>11 Transportondersteuners van bloed en lymfe - elastische kousen; - aan- en/of uittrekhulp; - overige (lymfepressapparatuur). Monitorcodes: H0500 Therapeutische elastische kousen H1000 Aan en uittrekhulp H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfapressapparaat)</p> <p>12 Hulpmiddelen bij Diabetes - bloedglucosemeters met toebehoren; - draagbare insuline-infuuspompen; - teststrips; - apparatuur voor zelf afnemen van bloed met inbegrip van lancetten. Monitorcodes: F0500 Bloedglucosemeters F1000 Teststrips F1500 Insuline-infuuspompen F2000 Apparatuur voor zelf afnemen van bloed F2500 Overige hulpmiddelen diabetes (betreft toebehoren bij bloedglucosemeters)</p> <p>13 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk Aangezichtsmaskers, mondstukken met aanzetstukken. Monitorcodes: I0500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk</p> <p>14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen) Monitorcodes: O0500 Draagbare infuuspompen</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>15 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding Niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren, uitwendige voedingspompen met toebehoren, uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding en eetapparaten. Monitorcodes: N0500 Voedingshulpmiddelen N1000 Eetapparaten</p> | | | | |
| | <p>16 Allergeenvrije en stofdichte hoezen (met ingang van 2009 vervallen)</p> | | | | |
| | <p>17 Hulp voor communicatie, informatievoorziening en signalering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten, schrijfmachines voor gehandicapten, rekenmachines in een uitvoering aangepast aan een lichamelijke handicap, in- en uitvoerapparatuur alsmede accessoires voor computers, schrijfmachines en rekenmachines, aangepast aan een lichamelijke handicap, computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten, bladoomslagapparatuur; - Signaleringsapparatuur en alarmeringssystemen; - Opname en voorleesapparatuur (daisy-speler, memorecorder); - Telefoon en telefoneerhulpmiddelen; - Stemprothese of spraakversterker, al dan niet gecombineerd; - Overige hulpmiddelen voor communicatie (spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap); - De fax behoort vanaf 1 januari 2009 niet meer tot de te verzekeren prestatie. <p>Monitorcodes: K0500 Computers, inclusief toebehoren K1000 Signalering/alarmering K1500 Opname- en voorleesapparatuur K2000 Telefoneer hulpmiddelen K2500 Overige hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering</p> | | | | |
| | <p>18 Vervallen</p> | | | | |
| | <p>19 Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren</p> <p>Monitorcodes: I1000 Zuurstofapparaten en toebehoren</p> | | | | |
| | <p>20 Longvibrators Voor het verwijderen van bronchiaal slijm bij chronische longpatiënten.</p> <p>Monitorcodes: I2000 Longvibrator</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kostencode nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>21 Vernevelaars met toebehoren Voor toediening van medicijnen bij mensen met ademhalingsproblemen. De kosten zijn exclusief medicatie. Monitorcodes: I2500 Vernevelaar met toebehoren</p> <p>22 Beeldschermloepen</p> <p>23 Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren Monitorcodes: O1000 Uitwendige electrostimulatoren</p> <p>24 CPAP-apparatuur met toebehoren Apparatuur voor mensen met obstructief slaapapneu syndroom. Monitorcodes: I1500 CPAP apparatuur</p> <p>25 Soloapparatuur met toebehoren Monitorcodes: D2500 Solo-apparatuur</p> <p>26 Tactiel-leesapparatuur met toebehoren Braille-leesregel. Monitorcodes: K2600 Tactiel-leesapparatuur</p> <p>27 Vervanging van BAHA-hoortoestellen Uitsluitend <i>vervanging</i> van het BAHA-hoortoestel. Dit betekent dat de eerste verstrekking van het uitwendige deel van het BAHA-hoortoestel daarmee onderdeel is van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Monitorcodes: D2000 BAHA-hoortoestellen</p> <p>28 Vervallen</p> <p>29 Hulpmiddelen voor de mobiliteit Stoelen voorzien van een trippelfunctie en loopfietsen. Monitorcodes: L1000 Hulpmiddelen voor mobiliteit</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG – regeling 2009 | | | | | |
|---|---|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1° kw | 2° kw | 3° kw | 4° kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie – vervolg – | | | | |
| | <p>30 Inrichtingselementen voor woningen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor het zitten (voornamelijk aangepaste tafels, bedtafels en stoelen; met ingang van 1 januari 2009 behoren de sta-op-stoelen niet meer tot de verzekerde prestaties – de kosten van sta-op-stoelen waarvoor in 2008 een machtiging is verleend en die in 2009 zijn gedeclareerd, verantwoordt u in 2009); - Voor het slapen (voornamelijk speciale bedden). <p>De kosten zijn inclusief anti-decubitusmateriaal.</p> <p>Monitorcodes: G0500 Inrichtingselementen voor het zitten G1000 Inrichtingselementen voor het slapen</p> <p>31 Reparatie en onderhoud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehoorhulpmiddelen; - Alle overige hulpmiddelen. <p>Monitorcodes: D1500 Reparatie hoorhulpmiddelen M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen</p> <p>32 Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden</p> <p>Inclusief opleiding en advisering.</p> <p>Monitorcodes: T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd+toebehoren</p> <p>33 Geleidehonden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hulphonden; - Blindengeleidehonden. <p>Monitorcodes: Q0600 Hulphonden (inclusief gebruikskosten) Q0700 Blindegeleidehonden (inclusief gebruikskosten)</p> <p>34 Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Robotmanipulator; - Raptor; - Overige. <p>Monitorcodes: R0500 Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie R1000 Robotarm R1100 Raptor</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2009 | | | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | 35 Thuisdialyseapparatuur Inclusief chemicaliën en vloeistoffen. Monitorcodes: U0500 Apparatuur voor thuisdialyse | | | | |
| | 36 Verbandmiddelen, met ingang van 2009 verplaatst naar categorie 6. | | | | |
| | 37 Experiment PGB (persoonsgebonden budget) visueel gehandicapten Vanaf 1 januari 2007 kunnen visueel gehandicapten een patiëntgebonden budget krijgen, waarmee zij de hulpmiddelen kunnen betalen die zij nodig hebben door hun visuele beperking. De daarvoor beschikbare hulpmiddelenzorg zijn oogprothesen (deel van categorie 1), gezichtshulpmiddelen (categorie 4), mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden. | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

| HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|--|---|---|
| 01. Prothesen, exclusief gebitsprothesen (J0100, J0200, J0300) | | | |
| 02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem (C0500, C1000) | | | |
| 03. Schoenvoorzieningen (C1100) | | | |
| 04. Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie (E0500, E1100) | | | |
| 05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie | hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500) | | |
| | overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000) | | |
| 06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming | incontinentiematerialen (A0500) | | |
| | voorzieningen voor stomapatiënten (A1000) | | |
| | overige verzorgingsmiddelen (A1500) | | |
| | slijmuitzuigapparatuur (A2000) | | |
| | verbandmiddelen (A2100) | | |
| 07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500) | | | |
| 08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500) | | | |
| 09. Pruiken (J0400) | | | |
| 10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren (O1500) | | | |
| 11. Transportondersteuners van bloed en lymfe | elastische kousen (H0500) | | |
| | aan- en/of uittrekhelp (H1000) | | |
| | overige (oa lymfapressapparatuur) (H1500) | | |
| 12. Hulpmiddelen bij diabetes | bloedglucosemeters met toebehoren (F0500, F2500) | | |
| | diabetesteststrips (F1000) | | |
| | draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500) | | |
| | apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en lancetten (F2000) | | |
| 13. Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500) | | | |
| 14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500) | | | |
| 15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (N0500, N1000) | | | |
| 16. Allergeenvrije en stofdichte hoezen | | X | |
| 17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering | computers, inclusief toebehoren (K0500) | | |
| | signalering/alarmering (K1000) | | |
| | opname- en voorleesapparatuur (K1500) | | |
| | telefoonhulpmiddelen (K2000) | | |
| | overige hulpm. voor communicatie, inform. en signalering (K2500) | | |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

| HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM - vervolg | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---|
| 19. Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren (I1000) | | |
| 20. Longvibrators (I2000) | | |
| 21. Vernevelaars met toebehoren (I2500) | | |
| 22. Beeldschermloepen | | |
| 23. Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren (O1000) | | |
| 24. CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500) | | |
| 25. Solo-apparatuur met toebehoren (D2500) | | |
| 26. Tactieleesapparatuur met toebehoren (K2600) | | |
| 27. Vervanging van BAHA-hoortoestellen (D2000) | | |
| 29. Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000) | | |
| 30. Inrichtingselementen voor woningen | inrichtingselementen voor het zitten (G0500) | |
| | inrichtingselementen voor het slapen (G1000) | |
| 32. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (T0500) | | |
| 33. Geleidehonden | hulphonden (inclusief gebruikskosten) (Q0600) | |
| | blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten) (Q0700) | |
| 34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie | hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500) | |
| | robotarm (R1000) | |
| | raptor (R1100) | |
| 35. Thuisdialyse apparatuur (U0500) | | |
| SUBTOTAAL in eigendom | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

| HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|--|---|---|
| 01. Prothesen, exclusief gebitsprothesen (J0100, J0200, J0300) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem (C0500, C1000) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. Schoenvoorzieningen (C1100) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 04. Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie (E0500, E1100) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie | hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming | incontinentiematerialen (A0500) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | voorzieningen voor stomapatiënten (A1000) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | overige verzorgingsmiddelen (A1500) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | slijmuitzuigapparatuur (A2000) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | verbandmiddelen (A2100) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. Pruiken (J0400) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren (O1500) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Transportondersteuners van bloed en lymfe | elastische kousen (H0500) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | aan- en/of uittrekhelp (H1000) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | overige (oa lymfapressapparatuur) (H1500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hulpmiddelen bij diabetes | bloedglucosemeters met toebehoren (F0500, F2500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | diabetesteststrips (F1000) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en lancetten (F2000) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (N0500, N1000) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Allergeenvrije en stofdichte hoezen | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering | computers, inclusief toebehoren (K0500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | signalering/alarmering (K1000) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | opname- en voorleesapparatuur (K1500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | telefoonhulpmiddelen (K2000) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | overige hulpm. voor communicatie, inform. en signalering (K2500) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

| HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN - vervolg | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|--|---|---|---|
| 19. Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren (I1000) | | | |
| 20. Longvibrators (I2000) | | | |
| 21. Vernevelaars met toebehoren (I2500) | | | |
| 22. Beeldschermloepen | | | |
| 23. Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren (O1000) | | | |
| 24. CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500) | | | |
| 25. Solo-apparatuur met toebehoren (D2500) | | | |
| 26. Tactiellesapparatuur met toebehoren (K2600) | | | |
| 27. Vervanging van BAHA-hoortoestellen (D2000) | | | |
| 29. Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000) | | | |
| 30. Inrichtingselementen voor woningen | inrichtingselementen voor het zitten (G0500) | | |
| | inrichtingselementen voor het slapen (G1000) | | |
| 32. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (T0500) | | | |
| 33. Geleidehonden | hulphonden (inclusief gebruikskosten) (Q0600) | | |
| | blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten) (Q0700) | | |
| 34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie | hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500) | | |
| | robotarm (R1000) | | |
| | raptor (R1100) | | |
| 35. Thuisdialyse apparatuur (U0500) | | | |
| SUBTOTAAL in bruikleen | | 0 | 0 |

| HULPMIDDELEN ZORG OVERIG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|-----------------------------|------------------------------------|---|---|
| 31. Reparaties en onderhoud | gehoorhulpmiddelen | | |
| | overige vorengenoemde hulpmiddelen | | |
| 37. Kosten PGB hulpmiddelen | | | |
| SUBTOTAAL overig | | 0 | 0 |

| HULPMIDDELEN TOTAAL | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|----------------------------------|--|---|---|
| TOTAAL code 640 (som subtotalen) | | 0 | 0 |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|---|--|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1° kw | 2° kw | 3° kw | 4° kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 640 | <p>Onderstaande indeling en toelichting geldt met ingang van 2010. T.o.v. 2009 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 1, 6, 9, 13, 17, 19, 20, 21, 24 en 37. Categorie 1 is functioneel omschreven en omvat ook Pruiken (oude rubriek 9), stompkousen vallen onder categorie 1, Overige prothesen. Hieronder vallen ook Hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid (was onderdeel van categorie 17, Overige hulpmiddelen). Categorie 13 is ook functioneel omschreven en is uitgebreid met de oude categorieën 19, 20, 21 en 24. Slijmuitzuigapparatuur en de tracheacanule gaan van categorie 6 naar categorie 13. Nieuw is de instroom van het MRA-apparaat, behorend bij categorie 13. Beeldschermloepen (was cat.22) vallen onder categorie 04. Categorie 37 komt met ingang van 2010 te vervallen. U kunt hier nog wel kosten van declaraties over 2009 en ouder specificeren. Bij elke categorie zijn ter verduidelijking de zogenoemde 'monitorcodes' van het CVZ opgenomen. Deze codes worden gebruikt in het kader van het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP). Zie ook de GIP databank op de website van het CVZ (www.cvz.nl)</p> <p>Specificatie van kosten eigendom en kosten bruikleen (indien van toepassing) per categorie hulpmiddelen</p> <p>- Toelichting per categorie:</p> <p>01 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan Prothesen voor de schouder, arm of hand (al dan niet bekrachtigd), algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen, prothesen voor voet of been, mammaprothesen, gelaatsprothesen en uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol (zoals oogprothesen en schaalprothesen incl. scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie). Stompkousen en hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar.</p> <p>Monitorcodes: J0100 Armprothesen J0200 Beenprothesen J0300 Overige prothesen J0400 Pruiken</p> <p>02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem Deze aanspraak bevat een groot scala aan voorzieningen. Onder deze te verzekeren prestatie vallen onder meer korsetten en halskragen, maar ook (dynamische) lig- en zitorthesen, orthopedische beugelapparatuur, braces, orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.</p> <p>Monitorcodes: C0500 Orthesen C1000 Orthopedisch schoeisel</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>03 Schoenvoorzieningen Allergeenvrije- en verbandschoenen. Monitorcodes: C1100 Schoenvoorziening</p> <p>04 Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie Deze aanspraak betreft onder andere contactlenzen, scleralenzen met visuscorrectie, bandagelenzen met visuscorrigerende werking, ptosisbrillen, kappenbrillen en bijzondere optische hulpmiddelen. Beeldschermloepen. Monitorcodes: E0500 Gezichtshulpmiddelen E1100 Bijzondere optische hulpmiddelen</p> <p>05 Gehoorhulpmiddelen Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparaties: - Hoortoestellen, exclusief oorstukjes); - overige gehoorhulpmiddelen; - oorstukjes hoortoestellen, ringleidingen, infraroodapparatuur of FM apparatuur voor geluidsoverdracht, en maskeerders ter behandeling van ernstig oorsuizen (tinnitusmaskeerders). Monitorcodes: D0500 Hoortoestellen D1000 Overige hoorhulpmiddelen</p> <p>06 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming - Incontinentie materiaal; - Stomamiddelen; - Kappen ter bescherming van de schedel; - Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie; - Overige verzorgingsmiddelen - Urine-opvangzakken, katheters, blaaspoelvoelstof, spoelapparatuur. Monitorcodes: A0500 Incontinentiematerialen A1000 Voorzieningen voor stomapatienten A1500 Overige verzorgingsmiddelen A2100 Verbandmiddelen</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|---|---|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1° kw | 2° kw | 3° kw | 4° kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>07 Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden Pessaria en koperhoudende spiraaltjes. Monitorcodes: V0500 Pessaria/anti-conceptie</p> <p>08 Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit Krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens, blindentaststokken. Monitorcodes: L0500 Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit</p> <p>09 Vervallen</p> <p>10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren Monitorcodes: O1500 Injectiespuiten/pennen met toebehoren</p> <p>11 Transportondersteuners van bloed en lymfe - elastische kousen; - aan- en/of uittrekhulp; - overige (lymfepressapparatuur). Monitorcodes: H0500 Therapeutische elastische kousen H1000 Aan en uittrekhulp H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfapressapparaat)</p> <p>12 Hulpmiddelen bij Diabetes - bloedglucosemeters met toebehoren; - draagbare insuline-infuuspompen; - teststrips; - apparatuur voor zelf afnemen van bloed met inbegrip van lancetten. Monitorcodes: F0500 Bloedglucosemeters F1000 Teststrips F1500 Insuline-infuuspompen F2000 Apparatuur voor zelf afnemen van bloed F2500 Overige hulpmiddelen diabetes (betreft toebehoren bij bloedglucosemeters)</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>13 Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel Aangezichtsmaskers, mondstukken met aanzetstukken. Zuurstofapparaten en -concentratoren met toebehoren. Longvibrators voor het verwijderen van bronchiaal slijm bij chronische longpatiënten. Slijmuitzuigapparatuur. Tracheacanule. Vernevelaars met toebehoren, voor toediening van medicijnen bij mensen met ademhalingsproblemen. De kosten zijn exclusief medicatie. CPAP-apparatuur met toebehoren, apparatuur voor mensen met obstructief slaapapneu syndroom. Mandibulaire repositie apparatuur.</p> <p>Monitorcodes: 10500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk 11000 Zuurstofapparaten en toebehoren 12000 Longvibrator 12500 Vernevelaar met toebehoren 11500 CPAP apparatuur 13000 Slijmuitzuigapparatuur 13500 Tracheacanule 14000 MRA-apparatuur.</p> <p>14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen) Monitorcodes: 00500 Draagbare infuuspompen</p> <p>15 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding Niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren, uitwendige voedingspompen met toebehoren, uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding en eetapparaten. Monitorcodes: N0500 Voedingshulpmiddelen N1000 Eetapparaten</p> <p>16 Vervallen</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Kostencode nummer | 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>17 Hulp voor communicatie, informatievoorziening en signalering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten, schrijfmachines voor gehandicapten, rekenmachines in een uitvoering aangepast aan een lichamelijke handicap, in- en uitvoerapparatuur alsmede accessoires voor computers, schrijfmachines en rekenmachines, aangepast aan een lichamelijke handicap, computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten, bladomslagapparatuur; - Signaleringsapparatuur en alarmeringssystemen; - Opname en voorleesapparatuur (daisy-speler, memorecorder); - Telefoon en telefoneerhulpmiddelen; - Stemprothese of spraakversterker, al dan niet gecombineerd; - Overige hulpmiddelen voor communicatie (spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap); - De fax behoort vanaf 1 januari 2009 niet meer tot de te verzekeren prestatie. <p>Monitorcodes:</p> <p>K0500 Computers, inclusief toebehoren</p> <p>K1000 Signalering/alarmering</p> <p>K1500 Opname- en voorleesapparatuur</p> <p>K2000 Telefoneer hulpmiddelen</p> <p>K2500 Overige hulpmiddelen voor communicatie.</p> <p>18 Vervallen</p> <p>19 Vervallen</p> <p>20 Vervallen</p> <p>21 Vervallen</p> <p>22 Vervallen</p> <p>23 Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren</p> <p>Monitorcodes:</p> <p>O1000 Uitwendige electrostimulatoren</p> <p>24 Vervallen</p> | | | | |

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2010 | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kostencode nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie - vervolg - | | | | |
| | <p>25 Soloapparatuur met toebehoren Monitorcodes: D2500 Solo-apparatuur</p> <p>26 Tactiel-leesapparatuur met toebehoren Braille-leesregel. Monitorcodes: K2600 Tactiel-leesapparatuur</p> <p>27 Vervanging van BAHA-hoortoestellen Uitsluitend <i>vervanging</i> van het BAHA-hoortoestel. Dit betekent dat de eerste verstrekking van het uitwendige deel van het BAHA-hoortoestel daarmee onderdeel is van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Monitorcodes: D2000 BAHA-hoortoestellen</p> <p>28 Vervallen</p> <p>29 Hulpmiddelen voor de mobiliteit Stoelen voorzien van een trippelfunctie en loopfietsen. Monitorcodes: L1000 Hulpmiddelen voor mobiliteit</p> <p>30 Inrichtingselementen voor woningen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor het zitten (voornamelijk aangepaste tafels, bedtafels en stoelen; met ingang van 1 januari 2009 behoren de sta-op-stoelen niet meer tot de verzekerde prestaties – de kosten van sta-op-stoelen waarvoor in 2008 een machtiging is verleend en die in 2009 zijn gedeclareerd, verantwoordt u in 2009); - Voor het slapen (voornamelijk speciale bedden). <p>De kosten zijn inclusief anti-decubitusmateriaal. Monitorcodes: G0500 Inrichtingselementen voor het zitten G1000 Inrichtingselementen voor het slapen</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG – regeling 2010 | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kostencode nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | Jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 640 | - Toelichting per categorie – vervolg - | | | | |
| | 31 Reparatie en onderhoud - Gehoorhulpmiddelen; - Alle overige hulpmiddelen. Monitorcodes: D1500 Reparatie hoorhulpmiddelen M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen | | | | |
| | 32 Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden Inclusief opleiding en advisering. Monitorcodes: T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd+toebehoren | | | | |
| | 33 Geleidehonden - Hulphonden; - Blindengeleidehonden. Monitorcodes: Q0600 Hulphonden (inclusief gebruikskosten) Q0700 Blindegeleidehonden (inclusief gebruikskosten) | | | | |
| | 34 Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie - Robotmanipulator; - Raptor; - Overige. Monitorcodes: R0500 Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie R1000 Robotarm R1100 Raptor | | | | |
| | 35 Thuisdialyseapparatuur Inclusief chemicaliën en vloeistoffen. Monitorcodes: U0500 Apparatuur voor thuisdialyse | | | | |
| | 36 Vervallen | | | | |
| | 37 Vervallen | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

| HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|---|---|---|---|
| 01. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan | Armprothesen (J0100) | | |
| | Beenprothesen (J0200) | | |
| | Overige Prothesen (J0300) | | |
| | Pruiken (J0400) | | |
| 02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem | Orthesen (C0500) | | |
| | Orthopedisch schoeisel (C1000) | | |
| 03. Schoenvoorzieningen (C1100) | | | |
| 04. Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie | Gezichtshulpmiddelen (E0500) | | |
| | Bijzondere optische hulpmiddelen (E1100) | | |
| 05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie | Hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500) | | |
| | Overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000) | | |
| 06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming | Incontinentiematerialen (A0500) | | |
| | Voorzieningen voor stomapatiënten (A1000) | | |
| | Overige verzorgingsmiddelen (A1500) | | |
| | Verbandmiddelen (A2100) | | |
| 07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500) | | | |
| 08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500) | | | |
| 10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren (O1500) | | | |
| 11. Transportondersteuners van bloed en lymfe | Elastische kousen (H0500) | | |
| | Aan- en/of uittrekhelp (H1000) | | |
| | Overige (oa lymfapressapparatuur) (H1500) | | |
| 12. Hulpmiddelen bij diabetes | Bloedglucosemeters met toebehoren (F0500) | | |
| | Diabetesteststrips (F1000) | | |
| | Draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500) | | |
| | Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en lancetten (F2000) | | |
| 13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel | Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500) | | |
| | Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000) | | |
| | Longvibrators (I2000) | | |
| | Vernevelaars met toebehoren (I2500) | | |
| | CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500) | | |
| | Slijmuitzuigapparatuur (I3000) | | |
| | Tracheacanule (I3500) | | |
| | MRA-apparaat (I4000) | | X |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

| HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM - vervolg | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|--|---|---|---|
| 14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500) | | | |
| 15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding | Voedingshulpmiddelen (N0500) | | |
| | Eetapparaten (N1000) | | |
| 17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering | Computers, inclusief toebehoren (K0500) | | |
| | Signalering/alarmering (K1000) | | |
| | Opname- en voorleesapparatuur (K1500) | | |
| | Telefoonhulpmiddelen (K2000) | | |
| | Overige hulpmiddelen voor communicatie (K2500) | | |
| 23. Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren (O1000) | | | |
| 25. Solo-apparatuur met toebehoren (D2500) | | | |
| 26. Tactiellesapparatuur met toebehoren (K2600) | | | |
| 27. Vervanging van BAHA-hoortoestellen (D2000) | | | |
| 29. Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000) | | | |
| 30. Inrichtingselementen voor woningen | Inrichtingselementen voor het zitten (G0500) | | |
| | Inrichtingselementen voor het slapen (G1000) | | |
| 32. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (T0500) | | | |
| 33. Geleidehonden | Hulphonden (inclusief gebruikskosten) (Q0600) | | |
| | Blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten) (Q0700) | | |
| 34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie | Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500) | | |
| | Robotarm (R1000) | | |
| | Raptor (R1100) | | |
| 35. Thuisdialyse apparatuur (U0500) | | | |
| SUBTOTAAL in eigendom | | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

| HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|---|---|---|---|
| 01. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan | Armprothesen (J0100) | | |
| | Beenprothesen (J0200) | | |
| | Overige Prothesen (J0300) | | |
| | Pruiken (J0400) | | |
| 02. Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem | Orthesen (C0500) | | |
| | Orthopedisch schoeisel (C1000) | | |
| 03. Schoenvoorzieningen (C1100) | | | |
| 04. Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie | Gezichtshulpmiddelen (E0500) | | |
| | Bijzondere optische hulpmiddelen (E1100) | | |
| 05. Gehoorhulpmiddelen, exclusief de kosten van reparatie | Hoortoestellen, exclusief oorstukjes (D0500) | | |
| | Overige gehoorhulpmiddelen, inclusief oorstukjes (D1000) | | |
| 06. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming | Incontinentiematerialen (A0500) | | |
| | Voorzieningen voor stomapatiënten (A1000) | | |
| | Overige verzorgingsmiddelen (A1500) | | |
| | Verbandmiddelen (A2100) | | |
| 07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500) | | | |
| 08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500) | | | |
| 10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren (O1500) | | | |
| 11. Transportondersteuners van bloed en lymfe | Elastische kousen (H0500) | | |
| | Aan- en/of uittrekhelp (H1000) | | |
| | Overige (oa lymfapressapparatuur) (H1500) | | |
| 12. Hulpmiddelen bij diabetes | Bloedglucosemeters met toebehoren (F0500) | | |
| | Diabetesteststrips (F1000) | | |
| | Draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500) | | |
| | Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en lancetten (F2000) | | |
| 13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel | Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500) | | |
| | Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000) | | |
| | Longvibrators (I2000) | | |
| | Vernevelaars met toebehoren (I2500) | | |
| | CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500) | | |
| | Slijmuitzuigapparatuur (I3000) | | |
| | Tracheacanule (I3500) | | |
| | MRA-apparaat (I4000) | | |

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

| HULPMIDDELEN ZORG IN BRUIKLEEN - vervolg | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|--|---|---|---|
| 14. Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (O0500) | | | |
| 15. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding | Voedingshulpmiddelen (N0500) | | |
| | Eetapparaten (N1000) | | |
| 17. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering | Computers, inclusief toebehoren (K0500) | | |
| | Signalering/alarmering (K1000) | | |
| | Opname- en voorleesapparatuur (K1500) | | |
| | Telefoonhulpmiddelen (K2000) | | |
| | Overige hulpmiddelen voor communicatie (K2500) | | |
| 23. Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren (O1000) | | | |
| 25. Solo-apparatuur met toebehoren (D2500) | | | |
| 26. Tactiellesapparatuur met toebehoren (K2600) | | | |
| 27. Vervanging van BAHA-hoortoestellen (D2000) | | | |
| 29. Hulpmiddelen voor de mobiliteit (L1000) | | | |
| 30. Inrichtingselementen voor woningen | Inrichtingselementen voor het zitten (G0500) | | |
| | Inrichtingselementen voor het slapen (G1000) | | |
| 32. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (T0500) | | | |
| 33. Geleidehonden | Hulphonden (inclusief gebruikskosten) (Q0600) | | |
| | Blindengeleidehonden (inclusief gebruikskosten) (Q0700) | | |
| 34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie | Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500) | | |
| | Robotarm (R1000) | | |
| | Raptor (R1100) | | |
| 35. Thuisdialyse apparatuur (U0500) | | | |
| SUBTOTAAL in eigendom | | 0 | 0 |
| HULPMIDDELEN ZORG OVERIG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
| 31. Reparaties en onderhoud | Gehoorschulpmiddelen (D1500) | | |
| | Overige vorengenoemde hulpmiddelen (M0500) | | |
| SUBTOTAAL overig | | 0 | 0 |
| HULPMIDDELEN TOTAAL | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
| TOTAAL code 640 (som subtotaal) | | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.8. 09 ZIEKENVERVOER | | | | | |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificaties | | | | | |
| 650 | Kosten en aantallen van vervoer per ambulance/helikopter | | | | |
| | - In de specificatie specificeert u de kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van ambulanceritten en van helikoptervluchten. | | | | |
| 651 | Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto en per patiëntengroep | | | | |
| | In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer (inclusief balanspost) als volgt: | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - de kosten per soort vervoer: <ul style="list-style-type: none"> - openbaar vervoer; - eigen auto; - taxi. - per soort vervoer de kosten uitgesplitst per patiëntengroep: <ul style="list-style-type: none"> - nierdialysepatiënten; - chemokuur- en radiotherapiepatiënten; - rolstoelgebruikers; - visueel gehandicapten; - overige patiënten (met toestemming op grond van de hardheidsclausule). | | | | |
| Aantal verzekerden bij vervoer per taxi | | | | | |
| In deze tabel specificeert u het aantal verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding voor vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto. In dit aantal neemt u <u>geen</u> balanspost op. | | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

| CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| Ambulanceritten | | |
| Helikoptervluchten | | |
| TOTAAL code 650 | 0 | 0 |

| CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| Ambulanceritten | | |
| Helikoptervluchten | | |

| CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| Nierdialysepatiënten | Openbaar vervoer | |
| | Taxi | |
| | Eigen auto | |
| Chemokuur- en radiotherapiepatiënten | Openbaar vervoer | |
| | Taxi | |
| | Eigen auto | |
| Rolstoelgebruikers | Openbaar vervoer | |
| | Taxi | |
| | Eigen auto | |
| Visueel gehandicapten | Openbaar vervoer | |
| | Taxi | |
| | Eigen auto | |
| Overige patiënten met toestemming o.g.v. hardheidsclausule | Openbaar vervoer | |
| | Taxi | |
| | Eigen auto | |
| TOTAAL code 651 | 0 | 0 |

| CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO - vervolg | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| Totaal verzekerden met kosten groter dan de wettelijke eigen bijdrage | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.9. 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | | x | x | x | x |
| Specificatie | | | | | |
| 662 | Kosten van DBC's GGZ zonder verblijf | | | | |
| | In de kwartaal- en jaarstaten specificeert u de kosten van DBC's GGZ zonder verblijf naar de kosten van instellingen en de kosten van zelfstandig gevestigden. | | | | |
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 660 | Kosten van eerstelijns psychologische zorg | | | | |
| | <p>In de tabel specificeert u per klasse met een aantal zittingen de volgende aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties):</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt; - het totaal aantal zittingen (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x zittingen, bij precies 8 zittingen wordt dit aantal berekend). <p>Een verzekerde heeft aanspraak op maximaal 8 zittingen per kalenderjaar. De tarieven hebben als declaratie-eenheid een consult. Een consult kan ook een ½ zitting of een ¼ zitting zijn. U moet dus een omrekening naar het hele aantal zittingen maken.</p> | | | | |
| 661 | Kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling) | | | | |
| | In de tabel specificeert u het aantal DBC's (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). In theorie kunnen per verzekerde maximaal 3 DBC's gelijktijdig open staan. In de praktijk zullen verzekerden maximaal 1 DBC op een bepaald moment open hebben staan. | | | | |
| 662 | Kosten van DBC's GGZ zonder verblijf | | | | |
| | In de jaarstaat specificeert u het aantal DBC's (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). In theorie kunnen per verzekerde maximaal 3 DBC's gelijktijdig open staan. In de praktijk zullen verzekerden maximaal 1 DBC op een bepaald moment open hebben staan. | | | | |
| | In de kwartaal- en jaarstaten specificeert u de kosten van DBC's GGZ zonder verblijf naar de kosten van instellingen en de kosten van zelfstandig gevestigden. De kosten van diagnostiek en behandeling van dyslexie verantwoordt u onder deze code. | | | | |
| 663 | Kosten van persoonsgebonden budgetten GGZ | | | | |
| | <p>De overgangsregeling PGB's vervalt met ingang van 2009. Met ingang van 2010 is het PGB voor de curatieve GGZ geheel vervallen, er vindt nog wel verantwoording oude jaren plaats.</p> <p>In de tabel specificeert u de kosten naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PGB's eerstelijns psychologische zorg; - PGB's op basis van de overgangsregeling, tot en met 2008; - PGB's specialistische GGZ vanaf 1 januari 2008. <p>In een tweede specificatie van code 663 specificeert u het aantal toegekende PGB's. U telt het aantal PGB's dat u in de verslagperiode heeft toegekend.</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

| CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--------------------------------------|--|---|
| Instellingen | | |
| Zelfstandig gevestigden | | |
| BALANSPOST | 0 | 0 |
| TOTAAL code 662 | 0 | 0 |

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

| CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - verzekerden | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| Minder dan 8 zittingen | | |
| 8 zittingen | | |
| Totaal code 660 | 0 | 0 |

| CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - zittingen | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| Minder dan 8 zittingen | | |
| 8 zittingen | | |
| Totaal code 660 | 0 | 0 |

| CODE 661 - DBC'S GGZ MET VERBLIJF | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| DBC's GGZ met verblijf | | |

| CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| DBC's GGZ zonder verblijf | | |

| CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Kosten balanspost mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2007 en ouder |
|--------------------------------------|---|----------------------------|---|--|
| Instellingen | | | | |
| Zelfstandig gevestigden | | | | |
| Balanspost mbt 2009 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAAL code 662 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| CODE 663 - PERSOONSGEBONDEN BUDGETTEN GGZ | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008 |
|---|---|---|
| PGB's eerstelijns psychologische zorg | | |
| PGB's specialistische GGZ: vanaf 1 januari 2008 | | |
| TOTAAL code 663 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| CODE 663 - PERSOONSGEBONDEN BUDGETTEN GGZ | | |
| PGB's eerstelijns psychologische zorg | | |
| PGB's specialistische GGZ: vanaf 1 januari 2008 | | |
| TOTAAL code 663 | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.10. 12 KRAAMZORG | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | | |
| 680 | Kraamzorg | | | | |
| | In de tabel specificeert u per klasse met een aantal uren de volgende aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties): <ul style="list-style-type: none"> - het totaal aantal verzekerden dat in die klasse valt; - het totaal aantal uren kraamzorg (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x uren). | | | | |

Specificaties in jaarstaat 2009

RUBRIEK 12 KRAAMZORG

| CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|--|-----------------|-----------------|
| 1. 00 t/m 23 uur | | |
| 2. 24 t/m 31 uur | | |
| 3. 32 t/m 39 uur | | |
| 4. 40 t/m 47 uur | | |
| 5. 48 t/m 55 uur | | |
| 6. 56 t/m 63 uur | | |
| 7. 64 t/m 71 uur | | |
| 8. 72 t/m 80 uur | | |
| 9. 81 uur of meer | | |
| TOTAAL | 0 | 0 |

| CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL UREN | Aantal mbt 2009 | Aantal mbt 2008 |
|---|-----------------|-----------------|
| 1. 00 t/m 23 uur | | |
| 2. 24 t/m 31 uur | | |
| 3. 32 t/m 39 uur | | |
| 4. 40 t/m 47 uur | | |
| 5. 48 t/m 55 uur | | |
| 6. 56 t/m 63 uur | | |
| 7. 64 t/m 71 uur | | |
| 8. 72 t/m 80 uur | | |
| 9. 81 uur of meer | | |
| TOTAAL | 0 | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.11. 13 OVERIGE KOSTEN | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Kosten- code- nummer | 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| | n.v.t. | X | n.v.t. | X | n.v.t. |
| Specificatie | | | | | |
| 700 | <p>Overige kosten</p> <p>In de eerste specificatie van code 700 specificeert u de kosten naar de volgende vijf onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kosten ivm de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten - kosten ivm de beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde 1^e lijnszorgproducten - kosten Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 - kosten Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement - kosten Multidisciplinaire zorgverlening COPD, met ingang van juli 2010. <p>Van de drie laatste onderdelen kan alleen de vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw verantwoord worden.</p> <p>In de tweede specificatie van code 700 wordt het aantal patiënten gevraagd voor de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomanagement en COPD afzonderlijk.</p> <p>Met ingang van 2010 specificeert u ook de kosten en aantallen van rubriek 13 in de jaarstaat.</p> | | | | |

Specificaties in kwartaalstaten 2010, 2^e (model) en 4^e kwartaal

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

| CODE 700 - OVERIGE KOSTEN | Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2010 | Kosten balanspost tot en met 2e kwartaal 2010 |
|--|--|---|
| Kosten i.v.m. beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten (vanaf 01-08-07) | | |
| Kosten i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten (vanaf 01-08-07) | | |
| Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) | | |
| Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) | | |
| Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) met ingang van juli 2010 | 0 | 0 |
| TOTAAL code 700 | 0 | 0 |

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

| CODE 700 - OVERIGE KOSTEN | AANTAL tot en met 2e kwartaal 2010 |
|--|------------------------------------|
| Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) | |
| Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) | |
| Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) met ingang van juli 2010 | 0 |
| TOTAAL code 700 | 0 |

| 3.1.12. 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| <p>Bij rubriek 15, grensoverschrijdende zorg, vindt verantwoording van kosten gemaakt in het buitenland plaats. De afhandeling van de kosten kan via het CVZ lopen of via de verzekeraar. De kosten die lopen via het CVZ betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid. De kosten die lopen via de verzekeraar betreffen kosten die worden vergoed op basis van de polis Zwv. Er is één uitzondering, namelijk de tarifieringen: dit betreffen kosten die worden vergoed met toepassing van een verordening of verdrag inzake sociale zekerheid, maar de afhandeling loopt via de verzekeraar. Voor een nadere toelichting op de kosten die u bij rubriek 15 verantwoordt, zie hoofdstuk 5.4.</p> <p>In de specifieke informatie A wordt het onderscheid naar kosten via het CVZ en kosten via de verzekeraar gevraagd. In de specifieke informatie C wordt een aantal nadere specificaties gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.</p> | | | | |
| Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar: van Zwv verzekerden die wonen in Nederland en van Zwv verzekerden die wonen in het buitenland | | | | |
| <p>In deze tabel specificeert u de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen, en het bijbehorend aantal verzekerden naar drie onderdelen. Voor het aantal verzekerden geldt dat u per onderdeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elke verzekerde, die in het verslagjaar gebruik maakt van de betreffende regeling, eenmaal per verslagjaar telt. <p>De specificatie bevat de volgende drie onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten gemaakt in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in Nederland: <ul style="list-style-type: none"> - Op basis van een medewerkerovereenkomst tussen zorgverzekeraar en buitenlandse zorgverlener. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zwv, volgens het basispakket Zwv. - Niet op basis van een medewerkerovereenkomst, behandeling vindt plaats al dan niet na toestemming van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zwv, volgens het pakket Zwv, met uitzondering van de zogenoemde tarifieringen. <p>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 Zwv verzekerden die wonen in Nederland. Het betreft uitsluitend de gevallen waarin de verzekerde <u>geen</u> gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, maar toch vergoeding plaatsvindt op grond van verordening of verdrag en volgens het in het betreffende land geldende pakket. De afhandeling van de nota vindt in dit geval door de zorgverzekeraar plaats.</p> - Kosten gemaakt in het buitenland van Zwv verzekerden die wonen in het buitenland. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zwv, volgens het basispakket Zwv. <p>De totale kosten in deze tabel moet aansluiten bij het onderdeel 'kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' van de specificatie rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg in de Specifieke informatie A.</p> | | | | |
| Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar: van Zwv verzekerden die wonen in Nederland | | | | |
| <p>In deze tabel specificeert u de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen, van Zwv verzekerden wonend in Nederland naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten gemaakt in verdragslanden: <ul style="list-style-type: none"> - Vergoeding op basis van een verdragsregeling (dit betreft de zogenoemde tarifieringen); - Vergoeding op basis van polis Zwv. - Kosten gemaakt in niet-verdragslanden (vergoeding op basis van polis Zwv). <p>Met verdragslanden wordt bedoeld: alle EU/EER landen en de overige landen waar Nederland een verdrag mee heeft (zie ook hoofdstuk 5.4). De totale kosten in deze tabel tezamen met de totale kosten in de hiernavolgende tabel moet aansluiten bij het onderdeel 'kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' van de specificatie rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg in de Specifieke informatie A.</p> <p>Deze specificatie komt met ingang van de jaarstaat 2010 te vervallen.</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

| 3.1.10. 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG – vervolg | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| 1^e kw | 2^e kw | 3^e kw | 4^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Specificatie | | | | |
| Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar: van Zwv verzekerden die wonen in het buitenland | | | | |
| <p>In deze tabel specificeert u de kosten, die zijn gemaakt in het buitenland én die via de verzekeraar lopen, van Zwv verzekerden wonend in het buitenland naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten gemaakt in verdragslanden (vergoeding op basis van polis Zwv) - Kosten gemaakt in niet-verdragslanden (vergoeding op basis van polis Zwv) <p>Met verdragslanden wordt bedoeld: alle EU/EER landen en de overige landen waar Nederland een verdrag mee heeft (zie ook hoofdstuk 5.4). De totale kosten in deze tabel tezamen met de totale kosten in de voorgaande tabel moet aansluiten bij het onderdeel 'kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' van de specificatie rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg in de Specifieke informatie A.</p> <p>Deze specificatie komt met ingang van de jaarstaat 2010 te vervallen.</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR

| CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 | Aantal verzekerden mbt 2009 |
|--|---|---|-----------------------------|
| Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland | Op basis van een medewerkersovereenkomst | | |
| | Niet op basis van een medewerkersovereenkomst | | |
| Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland | | 0 | |
| TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar | | 0 | 0 |

KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR: VAN ZVW VERZEKERDEN DIE WONEN IN NEDERLAND

| CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|--|--|---|
| Kosten gemaakt in verdragslanden | Vergoeding op basis van verdragsregeling | |
| | Vergoeding op basis van polis Zvw | |
| Kosten gemaakt in niet-verdragslanden | Vergoeding op basis van polis Zvw | |
| TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar, van Zvw verzekerden die wonen in Nederland | | 0 |

KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR: VAN ZVW VERZEKERDEN DIE WONEN IN HET BUITENLAND

| CODE 720 - GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG | | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009 |
|---|-----------------------------------|---|
| Kosten gemaakt in verdragslanden | Vergoeding op basis van polis Zvw | |
| Kosten gemaakt in niet-verdragslanden | Vergoeding op basis van polis Zvw | |
| TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar, van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland | | 0 |

3. Specifieke Informatie C

| 3.2. Overige specificaties | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Nummer | Onderdeel | |
| 3.2.1. | Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | |
| 3.2.2. | Specificatie toelichting balans | |

Overige specificaties

Als overige specificaties in de specifieke informatie C zijn nog de volgende specificaties opgenomen: specificaties in het kader van het 'Besluit Ondermandaat zorgverzekeraars inzake oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering' (3.2.1.) en de specificatie uit de toelichting balans van de post 'Met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen' (3.2.2.).

Deze laatste specificatie toelichting balans vervalt met ingang van de jaarstaat 2010.

| 3.2.1. Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| X | X | X | X | n.v.t. |
| Omschrijving | | | | |
| Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling | | | | |
| <p>Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is degene die als gevolg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht om zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. Indien een verzekeringsplichtige niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht een zorgverzekering sluit of indien een verzekeringsplichtige niet met ingang van de dag volgende op de dag waarop een zorgverzekering is geëindigd op grond van een andere zorgverzekering verzekerd is, legt op grond van artikel 96, eerste lid, van de Zvw het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de verzekerde, mits achttien jaar of ouder, een bestuurlijke boete op. Artikel 96, vijfde lid, van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraars de voorbereiding, waaronder de constatering van de overtreding, en de uitvoering, waaronder de invordering van de boete, namens het CVZ verrichten.</p> <p>Het CVZ heeft uit praktische overwegingen besloten om ook het opleggen van de boetes zelf te mandateren aan de zorgverzekeraars, met uitzondering van die gevallen waarbij overtreders een beroep doen op het bedoelde in de artikelen 106, eerste lid, onder a, en 108, eerste lid, van de Zvw, en waarin de bijgevoegde beleidsregels aan de orde zijn. In deze laatste gevallen legt het CVZ de boete zelf op.</p> <p>In de specifieke informatie C in de kwartaalstaten specificiert u de volgende <u>aantallen</u> met betrekking tot de uitvoering van het ondermandaat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constateringen dat het verzoek om verzekering te laat is; het betreft het aantal constateringen in de verslagperiode. Onder 'te laat' wordt verstaan: 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht óf het niet aansluitend verzekerd zijn op de vorige verzekering. - Van het opgegeven aantal constateringen van 'te laat verzoek': de gemiddelde duur van de onverzekerde periode in die gevallen waarin de verzekeringnemer minder dan 30 dagen te laat is. - Van het opgegeven aantal constateringen van 'te laat verzoek': de gemiddelde duur van de onverzekerde periode in die gevallen waarin de verzekeringsnemer 30 dagen of meer te laat is. - Het totaal aantal gevallen waarin, in de verslagperiode, een boete is opgelegd. - Het totaal aantal gevallen waarin, in de verslagperiode, is overgegaan tot invordering van de boete via dwangbevel. <p>Bij deze specificatie gaat het uitsluitend om verzekeringsnemers van 18 jaar en ouder (1 verzekeringsnemer=1 verzekerde). Bij gemiddelde duur telt u het aantal dagen (afroeden op geheel aantal).</p> <p>Daarnaast specificiert u in de specifieke informatie C in de kwartaalstaten de volgende <u>financiële gegevens</u> met betrekking tot de uitvoering van het ondermandaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opgelegde boetes in de verslagperiode (cumulatieve opgave). - Opgelegde, nog te innen boetes, ultimo de verslagperiode. Het betreft de boetes die in de verslagperiode zijn opgelegd en die ultimo de verslagperiode nog niet geïnd zijn. <p>In de <u>jaarstaat</u> specificiert u financiële gegevens in de <u>specifieke informatie A</u>.</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2010

OVERIGE SPECIFICATIES

ONDERMANDAAT ZORGVERZEKERAARS BOETEREGELING

| CUMULATIEVE OPGAVE | AANTAL tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|--|
| Constateringen in de verslagperiode dat het verzoek om verzekering te laat is | |
| Van het opgegeven aantal constateringen van een 'te laat verzoek': de gemiddelde duur van de onverzekerde periode in die gevallen waarin de verzekeringsnemer minder dan 30 dagen te laat is | |
| Van het opgegeven aantal constateringen van een 'te laat verzoek': de gemiddelde duur van de onverzekerde periode in die gevallen waarin de verzekeringsnemer 30 dagen of meer te laat is | |

| CUMULATIEVE OPGAVE | AANTAL tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|--|
| Gevallen waarin een boete is opgelegd in de verslagperiode | |
| Gevallen waarin is overgegaan tot invordering van de boete via dwangbevel in de verslagperiode | |

| | BEDRAG 2010 |
|--|-------------|
| Opgelegde boetes in de verslagperiode (cumulatieve opgave) | |
| Opgelegde, nog te innen boetes, ultimo de verslagperiode | |

| 3.2.2. Specificatie toelichting balans | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 1 ^e kw | 2 ^e kw | 3 ^e kw | 4 ^e kw | jaarstaat |
| n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | X |
| Omschrijving | | | | |
| Specificatie toelichting balans | | | | |
| <p>- Het onderdeel Specificaties toelichting balans omvat een specificatie van de post 'Met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen'. Door deze specificatie op te vragen in de jaarstaat beschikt het CVZ op een uniforme wijze over deze gegevens van alle zorgverzekeraars. Bij de diverse onderdelen kunt u zich baseren op de informatie die u van het CVZ heeft ontvangen (bijvoorbeeld over de herrekenende deelbedragen), maar u kunt ook een eigen berekening maken (bijvoorbeeld als u recentere inzichten heeft over het aantal verzekerden). Bij andere onderdelen betreft het de inschatting zoals die bijvoorbeeld ook in het financieel verslag is opgenomen (zoals effecten verevening en nacalculatie).</p> <ul style="list-style-type: none"> - De herrekenende deelbedragen prestaties boekjaar betreffen de netto bedragen, na aftrek van de nominale rekenpremies. - De rechtstreeks met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen kosten en opbrengsten betreffen de compensatie wanbetalers en de bestuurlijke boetes. - Voor CZ groep betreft het tevens de kosten en opbrengsten in verband met 'Ingeschrevenen ten laste van het buitenland. Voor Agis betreft het tevens de kosten en opbrengsten in verband met 'Tijdelijk verblijf in Nederland van in het buitenland wonende personen'. In de rest van de jaarstaat nemen CZ groep en Agis deze kosten en opbrengsten niet op. Over de verantwoording, specificatie en verrekening zijn separate afspraken met het CVZ gemaakt. <p>Deze specificatie komt met ingang van de jaarstaat 2010 te vervallen.</p> | | | | |

3. Specifieke Informatie C

Specificatie in jaarstaat 2009

SPECIFICATIES TOELICHTING BALANS

MET HET ZORGVERZEKERINGSFONDS TE VERREKENEN IN HET KADER VAN DE UITVOERING ZVW

31-12-2009

Herrekenende deelbedragen prestaties boekjaar

Effect HKC boekjaar

Effect generieke verevening boekjaar

Effect nacalculatie boekjaar

Effect vangnetregeling

Bijdrage uitvoeringskosten verzekeren jonger dan 18 jaar

Rente boekjaar

Rechtstreeks met het Zorgverzekeringsfonds te verrekenen kosten en opbrengsten

Subtotaal kosten en opbrengsten ZVW

0

Ontvangen voorschotten en deelbetalingen, inclusief door CVZ vergoede kosten artikel 22

TOTAAL te verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds

0

4. Controle-overzichten

| 4. Controle-overzichten | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nummer | Specificatie | |
| 4.1. | Controle-overzichten kwartaalstaten | |
| 4.2. | Controle-overzichten jaarstaat | |

Controle-overzichten

De controle-overzichten in de kwartaalstaten en de jaarstaat Zvw bevatten verbandscontroles van soortgelijke gegevens die bij verschillende onderdelen van de Specifieke Informatie zijn ingevuld. Eventuele verschillen moet u schriftelijk toelichten (tenzij het afrondingsverschillen betreft).

De controle-overzichten dienen slechts als ondersteuning. Uiteraard dient u zelf de nodige controles te verrichten om te waarborgen dat de gegevens in de kwartaal- en jaarstaten volledig, juist en plausibel zijn.

In deze versie van het handboek zijn de controle-overzichten opgenomen uit:

- kwartaalstaat 2010;
- de jaarstaat 2009.

4. Controle-overzichten

4.1. Controle-overzichten 1^e kwartaalstaat 2010

SPECIFIEKE INFORMATIE A

| VERZEKERDENSTANDEN | APRIL | MEI |
|---------------------------------------|-------|-----|
| Verzekerdenstand naar risicoklasse | 0 | 0 |
| Verzekerdenstand naar nominale premie | 0 | 0 |
| Vershil | | |

| KOSTENSPECIFICATIES | VOLGENS KOSTENVER- ZAMELSTAAT | VOLGENS DETAIL- SPECIFICATIE | VERSCHIL |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|----------|
| Totaal kosten t.l.v. deelbijdragen (totaal lasten t/m rubriek 16) - inclusief balanspost | 0 | 0 | |

| KOSTENVERZAMELSTAAT | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|--|---|
| 503 Bijzondere betalingen | 0 |
| 504 Avond-, nacht- en weekenddiensten | 0 |
| 505 Inschrijftarieven | 0 |
| 506 Consulttarieven | 0 |
| 520 Farmaceutische zorg | 0 |
| 545 Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 0 |
| 546 Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie | 0 |
| 560.1 Kosten mondzorg volwassen verzekerden | 0 |
| 560.2 Kosten mondzorg jeugdige verzekerden | 0 |
| 561 Kosten gebitsprothesen | 0 |
| 562 Bijzondere betalingen mondzorg | 0 |
| 580 Kosten verloskundige zorg door verloskundigen | 0 |
| 581 Kosten verloskundige zorg door huisartsen | 0 |
| 606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen | 0 |
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 0 |
| 613 Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariet | 0 |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 |
| 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 0 |
| 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 0 |
| 619 Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 0 |

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A - vervolg

| KOSTENVERZAMELSTAAT | Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2010 |
|---|---|
| 620 Kosten fysiotherapie | 0 |
| 621 Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar | 0 |
| 623 Kosten logopedie | 0 |
| 624 Kosten ergotherapie | 0 |
| 625 Kosten dieetadvisering | 0 |
| 640 Hulpmiddelenzorg | 0 |
| 650 Kosten vervoer per ambulance/helikopter | 0 |
| 651 Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 0 |
| 660 Kosten eerstelijnspsychologische zorg | 0 |
| 661 Kosten DBC's GGZ met verblijf | 0 |
| 662 Kosten DBC's GGZ zonder verblijf | 0 |
| 663 Kosten persoonsgebonden budgetten GGZ | 0 |
| 664 Kosten overige producten GGZ | 0 |
| 680 Kraamzorg | 0 |
| 700 Overige kosten | 0 |
| 720 Grensoverschrijdende zorg | 0 |
| 730 Kosten ondersteuning eerstelijnszorg | 0 |

VERGELIJKING SPECIFIEKE INFORMATIE A EN C

| KOSTEN PER CODENUMMER (KOSTEN INCLUSIEF BALANSPOST) | Spec. inform. A kostenverzamelstaat | Spec. inform. C detail-informatie | VERSCHIL |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 0 | 0 | |
| 613 Kosten DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 0 | 0 | |
| 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 0 | 0 | |
| 662 Kosten DBC's GGZ zonder verblijf | 0 | 0 | |

| |
|---|
| <p>CONTROLE ONDERMANDAAT ZORGVERZEKERAARS BOETEREGELING</p> |
| |

4. Controle-overzichten

4.2. Controle-overzichten jaarstaat 2009

SPECIFIEKE INFORMATIE A

| SPECIFICATIES KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE | Lasten 2009 inclusief balanspost | Kosten naar deelbijdrage | Vershil |
|---|--|-----------------------------|---------|
| Totaal kosten naar deelbijdrage (totaal lasten t/m rubriek 16) - inclusief balanspost | 0 | 0 | |

| SPECIFICATIES KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE | Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2007 en ouder | Kosten naar deelbijdrage | Vershil |
|--|---|-----------------------------|---------|
| Totaal kosten naar deelbijdrage (totaal lasten t/m rubriek 16) | 0 | 0 | |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariet (code 613, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- en revalidatiecentra | 0 |
| AF: Totaal kosten per instelling academische, algemene en categorale ziekenhuizen (specificaties pagina 3 t/m 8) | 0 |
| Vershil | |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariet (code 613, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische-, audiologische-, epilepsie- en revalidatiecentra | 0 |
| AF: Totaal kosten per instelling academische, algemene en categorale ziekenhuizen (specificaties pagina 3 t/m 8) | 0 |
| Vershil | |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariet (code 613, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2009 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2009 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Vershil | 0 |

| HONORARIA DBC'S A SEGMENT - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Bedrag |
|---|--------|
| Honoraria DBC's A segment (code 614, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2009 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2009 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Vershil | 0 |

| KOSTEN DBC'S B SEGMENT - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's B segment (code 615, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2009 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2009 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Vershil | 0 |

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A

| HONORARIA DBC'S B SEGMENT - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Bedrag |
|---|--------|
| Honoraria DBC's B segment (code 616, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2009 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2009 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Verschil | 0 |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarium (code 613, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2007 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Verschil zijn de in 2006 geopende DBC's | 0 |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Honoraria DBC's A segment (code 614, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2007 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Verschil zijn de in 2006 geopende DBC's | 0 |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten DBC's B segment (code 615, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2007 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Verschil zijn de in 2006 geopende DBC's | 0 |

| KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Honoraria DBC's B segment (code 616, kostenverzamelstaat) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2007 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2007 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie) | 0 |
| Verschil zijn de in 2006 geopende DBC's | 0 |

| EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Bedrag |
|--|--------|
| Kosten en honoraria DBC's A en B segment (detailspecificatie pag. 2. code 619) | 0 |
| AF: Kosten en honoraria DBC's A en B segment, DBC's in 2007 geopend en in 2007 gesloten (detailspecificatie pag. 2.) | 0 |
| AF: Kosten en honoraria DBC's A en B segment, DBC's in 2007 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie pag. 2.) | 0 |
| Verschil zijn de in 2006 geopende DBC's | 0 |

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A - vervolg

| KOSTEN PER CODENUMMER - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Volgens kostenverzamelstaat | Volgens detail-specificatie | Vershil |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 619 Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 0 | 0 | |
| 700 Overige kosten | 0 | 0 | |
| 720 Grensoverschrijdende zorg | 0 | 0 | |

| KOSTEN PER CODENUMMER - ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2007 EN OUDER | Volgens kostenverzamelstaat | Volgens detail-specificatie | Vershil |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| 619 Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 0 | 0 | |
| 700 Overige kosten | 0 | 0 | |
| 720 Grensoverschrijdende zorg | 0 | 0 | |

| KOSTENVERZAMELSTAAT | Kosten balanspost mbt 2009 | Kosten balanspost mbt 2008 |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 503 Bijzondere betalingen | 0 | 0 |
| 504 Avond-, nacht- en weekenddiensten | 0 | 0 |
| 505 Inschrijftarieven | 0 | 0 |
| 506 Consulttarieven | 0 | 0 |
| 520 Farmaceutische hulp | 0 | 0 |
| 545 Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 0 | 0 |
| 546 Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie | 0 | 0 |
| 560.1 Kosten mondzorg volwassen verzekerden | 0 | 0 |
| 560.2 Kosten mondzorg jeugdige verzekerden | 0 | 0 |
| 561 Kosten gebitsprothesen | 0 | 0 |
| 562 Bijzondere betalingen mondzorg | 0 | 0 |
| 580 Kosten verloskundige hulp door verloskundigen | 0 | 0 |
| 581 Kosten verloskundige hulp door huisartsen | 0 | 0 |

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A - vervolg

| KOSTENVERZAMELSTAAT | Kosten balanspost mbt 2009 | Kosten balanspost mbt 2008 |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen | 0 | 0 |
| 607 Kosten verpleging in revalidatie-instellingen | 0 | 0 |
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 0 | 0 |
| 613 Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariaf | 0 | 0 |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 | 0 |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 |
| 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 0 | 0 |
| 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 0 | 0 |
| 619 Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | 0 | 0 |
| 620 Kosten fysiotherapie | 0 | 0 |
| 621 Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar | 0 | 0 |
| 623 Kosten logopedie | 0 | 0 |
| 624 Kosten ergotherapie | 0 | 0 |
| 625 Kosten dieetadvisering | 0 | 0 |
| 640 Hulpmiddelen | 0 | 0 |
| 650 Kosten vervoer per ambulance/helikopter | 0 | 0 |
| 651 Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 0 | 0 |
| 660 Kosten eerstelijns psychologische zorg | 0 | 0 |
| 661 Kosten DBC's GGZ met verblijf | 0 | 0 |
| 662 Kosten DBC's GGZ zonder verblijf | 0 | 0 |
| 663 Kosten PGB's GGZ | 0 | 0 |
| 664 Kosten overige producten GGZ | 0 | 0 |
| 680 Kraamzorg | 0 | 0 |
| 700 Overige kosten | 0 | 0 |
| 720 Grensoverschrijdende zorg | 0 | 0 |
| 730 Kosten ondersteuning eerstelijnszorg | 0 | 0 |
| 910 Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico | 0 | 0 |
| 915 Schade t.l.v. het verplicht eigen risico | 0 | 0 |

4. Controle-overzichten

VERGELIJKING SPECIFIEKE INFORMATIE A EN C

| ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES mbt 2009 | Kosten-verzamelstaat | Spec. inform. C detail-informatie | Vershil |
|---|----------------------|-----------------------------------|---------|
| 503 Bijzondere betalingen | 0 | 0 | |
| 504 Avond-, nacht- en weekenddiensten | 0 | 0 | |
| 506 Consulttarieven | 0 | 0 | |
| 520 Farmaceutische hulp | 0 | 0 | |
| 560.1 Mondzorg volwassen verzekerden | 0 | 0 | |
| 560.2 Mondzorg jeugdige verzekerden - specificatie tariefgroepen | 0 | 0 | |
| 560.2 Mondzorg jeugdige verzekerden - specificatie leeftijd | 0 | 0 | |
| 561 Gebitsprothesen | 0 | 0 | |
| 545 Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 0 | 0 | |
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg - specificatie hoofdgroepen | 0 | 0 | |
| 620 Fysiotherapie - specificatie zittingen, groepsbehandeling en overige prestaties | 0 | 0 | |
| 620 Fysiotherapie - specificatie aandoeningen | 0 | 0 | |
| 625 Dieetadvisering | 0 | 0 | |
| 640 Hulpmiddelen | 0 | 0 | |
| 650 Vervoer per ambulance/helikopter | 0 | 0 | |
| 651 Vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 0 | 0 | |
| 663 Persoonsgebonden budgetten GGZ | 0 | 0 | |

VERGELIJKING SPECIFIEKE INFORMATIE A EN C

| ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES mbt 2008 | Kosten-verzamelstaat | Spec. inform. C detail-informatie | Vershil |
|---|----------------------|-----------------------------------|---------|
| 503 Bijzondere betalingen | 0 | 0 | |
| 504 Avond-, nacht- en weekenddiensten | 0 | 0 | |
| 506 Consulttarieven | 0 | 0 | |
| 520 Farmaceutische hulp | 0 | 0 | |
| 560.1 Mondzorg volwassen verzekerden | 0 | 0 | |
| 560.2 Mondzorg jeugdige verzekerden - specificatie tariefgroepen | 0 | 0 | |
| 560.2 Mondzorg jeugdige verzekerden - specificatie leeftijd | 0 | 0 | |
| 561 Gebitsprothesen | 0 | 0 | |
| 545 Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 0 | 0 | |
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg - specificatie hoofdgroepen | 0 | 0 | |
| 620 Fysiotherapie - specificatie zittingen, groepsbehandeling en overige prestaties | 0 | 0 | |
| 620 Fysiotherapie - specificatie aandoeningen | 0 | 0 | |
| 625 Dieetadvisering | 0 | 0 | |
| 640 Hulpmiddelen | 0 | 0 | |
| 650 Vervoer per ambulance/helikopter | 0 | 0 | |
| 651 Vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 0 | 0 | |
| 663 Persoonsgebonden budgetten GGZ | 0 | 0 | |

4. Controle-overzichten

VERGELIJKING SPECIFIEKE INFORMATIE A EN C

| KOSTENSPECIFICATIES 2009 - INCLUSIEF BALANSPOST | Spec. inform. A specificaties | Spec. inform. C detail-informatie | Vershil |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|---------|
| 613 Kosten DBC's A segment - totaal academische ziekenhuizen | 0 | 0 | |

| LASTEN PER CODENUMMER - LASTEN 2009 INCLUSIEF BALANSPOST | Kosten-verzamelstaat | Spec. informa. C detail-informatie | Vershil |
|---|----------------------|------------------------------------|---------|
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg - specificatie instellingen | 0 | 0 | |
| 613 Kosten DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 0 | 0 | |
| 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 0 | 0 | |
| 662 DBC's GGZ zonder verblijf | 0 | 0 | |

| LASTEN PER CODENUMMER - ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2008 | Kosten-verzamelstaat | Spec. informa. C detail-informatie | Vershil |
|---|----------------------|------------------------------------|---------|
| 610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg - specificatie instellingen | 0 | 0 | |
| 613 Kosten DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 617 Kosten en honoraria ondersteunende en overige producten | 0 | 0 | |
| 618 Kosten en honoraria overige trajecten en verrichtingen | 0 | 0 | |
| 662 DBC's GGZ zonder verblijf | 0 | 0 | |
| 663 PGB's GGZ | 0 | 0 | |

| ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES mbt 2007 EN OUDER | Kosten-verzamelstaat | Spec. informa. C detail-informatie | Vershil |
|--|----------------------|------------------------------------|---------|
| 613 Kosten DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 614 Honoraria DBC's A segment | 0 | 0 | |
| 615 Kosten DBC's B segment | 0 | 0 | |
| 616 Honoraria DBC's B segment | 0 | 0 | |

5. Definities

| 5. Definities Kosten en Productie | | |
|---|---|--|
| 5.1 Kostenbegrip | | |
| 5.2.1 Kolommen kostenverzamelstaat Kwartaalstaten | | |
| 5.2.2. Kolommen kostenverzamelstaat Jaarstaat | | |
| 5.3 Overloop DBC's van T naar T+1 | | |
| 5.4. Kostenrubrieken en kostencodenummers | | |
| Nummer | Rubriek | |
| 01 | Huisartsenzorg | |
| 02 | Farmaceutische zorg | |
| 04 | Mondzorg | |
| 05 | Verloskundige zorg | |
| 06 | Medisch specialistische zorg | |
| 07 | Paramedische zorg | |
| 08 | Hulpmiddelenzorg | |
| 09 | Ziekenvervoer | |
| 10 | Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) | |
| 12 | Kraamzorg | |
| 13 | Overige Kosten | |
| 15 | Grensoverschrijdende zorg | |
| 16 | Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg | |
| | Verschil posten schade De Nederlandsche Bank | |
| 22 | Opbrengstenverhaal | |
| 5.5. DBC's | | |
| 5.6. Instellingen en AGB-codes | | |

Definities Kosten en Productie

In dit hoofdstuk zijn diverse definities opgenomen. Het betreft:

- een definitie van het kostenbegrip zoals dat in de verantwoording over de Zorgverzekeringswet vanaf 2006 van toepassing is (5.1);
- definities van de kolommen in de kwartaalstaten (5.2.1.) en in de jaarstaat (5.2.2.);
- de verantwoording van DBC's en van verrichtingen – al dan niet - naast een DBC in de overloopsituatie van het ene verslagjaar naar het volgende (5.3);
- definities van de kostenrubrieken en kostencodenummers zoals die bij de verantwoording van de kosten van prestaties gelden (5.4);
- definities van de aansluitingsregels met De Nederlandsche Bank (5.4);
- definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) en van overige tarieven die naast de DBC gedeclareerd worden (5.5).
- definitie van de categorieën instellingen in de specifieke informatie C, rubriek 06 en de daarbij behorende AGB-codes (5.6).

5.1 Kostenbegrip

Welke kosten verantwoordt u wel en niet in de kwartaal- en jaarstaten?

In de kwartaal- en jaarstaten verantwoordt u uitsluitend kosten van prestaties die ten laste van de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden (verzekerde zorg). U verantwoordt de kosten bij de rubrieken 01 tot en met 16 (in de kostenverzamelstaat en in alle specificaties) inclusief de kosten die ten laste komen van:

- de no-claim (tot 2008)
- het (vrijwillige en vanaf 2008 ook het verplichte) eigen risico van verzekerden

Dit zijn de totale lasten zoals opgenomen in de kostenverzamelstaat met de naam 'TOTAAL LASTEN (bruto schade, definitie CVZ). Deze totale lasten vallen binnen de risicoverevening.

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

Couance betalingen, extra verstrekkingen buiten de Zvw via collectiviteiten en kosten na uitschrijving mogen niet ten laste van de Zvw gebracht worden. (Inkoop) bonussen en kortingen op kosten Zvw moeten ten gunste van de Zvw worden gebracht.

De overige zorgkosten, die verzekerden zelf moeten betalen, neemt u in de verantwoording niet mee. Het gaat hierbij ondermeer om eigen betalingen op grond van wettelijke bepalingen (bijvoorbeeld bij een maximum aantal behandelingen c.q. een maximum vergoeding in de aanspraak Zvw), bijbetalingen in geval een verzekerde met een polis waarin sprake is van zorgcontractering naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen.

Hieronder vindt u een cijfervoorbeeld van de verantwoording van de schade:

| | |
|---|----------------------------------|
| Nota van zorgverlener: | € 1.000,- |
| No-claim verzekerde: | € 75,- |
| Eigen risico verzekerde: | € 100,- |
| Bijbetalingen verzekerde: | € 50,- |
| Verantwoording bij TOTAAL LASTEN, bruto schaden, definitie CVZ: | € 950,- (€ 1.000,- -/- €50,-) |

Verantwoording bijbetalingen verzekerde: niet in CVZ staten.

Specificatie kosten ten laste van het eigen risico: bij de verschilposten met het schadebegrip met de Nederlandsche Bank, is onder meer een regel opgenomen voor de kosten die ten laste van het eigen risico komen (codenummer 910 voor het vrijwillige eigen risico en codenummer 915 voor het verplichte eigen risico). Deze kosten maken namelijk geen deel uit van de schade definitie van DNB en wel van de schade definitie van CVZ.

De verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten, zoals hierna beschreven, vindt plaats op basis van de geaccepteerde declaraties die tot en met een bepaalde datum zijn ontvangen en de na die datum ontvangen en nog te ontvangen declaraties.

| 5.2.1. Kolommen kostenverzamelstaat Kwartaalstaten |
|---|
| <p>Kolom 1: Lasten t/m kwartaal jaar T inclusief balanspost</p> <p>De <u>eerste kolom</u> geeft de cumulatieve schade jaar T t/m het betreffende kwartaal weer. In de <u>eerste kolom</u> 'Lasten t/m kwartaal jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. - en tevens de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC's en een raming van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor in de verslagperiode verleende zorg/geopende DBC's. <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930). - Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen van) opbrengstverrekeningen tussen instellingen en zorgverzekeraars. - In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via het CVZ lopen. |
| <p>Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal t jaar T</p> <p>In de <u>tweede kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal jaar T' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de in de verslagperiode ontvangen declaraties voor in de verslagperiode aan verzekerden verleende zorg/in de verslagperiode geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. <p>Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.</p> <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930). - Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen van) opbrengstverrekeningen tussen instellingen en zorgverzekeraars. - In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via het CVZ lopen. |
| <p>Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost</p> <p>De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste van jaar T-1 komt.</p> <p>In de <u>derde kolom</u> 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. - en tevens de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's en een schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's. <p>Uitzonderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de kwartaalstaat over het eerste kwartaal hoeft kolom 3 niet ingevuld te worden. - In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde. |

| 5.2.1. Kolommen kostenverzamelstaat Kwartaalstaten – vervolg |
|---|
| <p>Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1</p> <p>In de <u>vierde kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met de verslagperiode ontvangen declaraties met betrekking tot jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. <p>Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost jaar T-1.</p> <p>Uitzondering:</p> <p>In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.</p> |
| <p>Kolom 5: Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost</p> <p>De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste van jaar T-2 komt.</p> <p>In de <u>vijfde kolom</u> 'Lasten jaar T-2 en ouder inclusief balanspost' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. En tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006). - en tevens de balanspost: de declaraties die na de verslagperiode zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's en een schatting van de na de verslagperiode nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 en ouder verleende zorg/geopende DBC's. <p>Uitzonderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de kwartaalstaat over het eerste kwartaal hoeft kolom 5 niet ingevuld te worden. - In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde. |
| <p>Kolom 6: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder</p> <p>In de <u>zesde kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met de verslagperiode (dus inclusief de in T-1 en T-2) ontvangen declaraties met betrekking tot in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg/in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. En tevens de in de verslagperiode ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006). <p>Het verschil tussen kolom 5 en kolom 6 betreft dus de balanspost jaar T-2 en ouder.</p> <p>Uitzondering:</p> <p>In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 6 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 5 en in kolom 6 is hetzelfde.</p> |

5.2.1. Kolommen kostenverzamelstaat Kwartaalstaten - vervolg**Cijfervoorbeeld 2^e kwartaalstaat 2010**

| | |
|--|-----|
| Schadejaar 2010 | |
| Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2010 mbt 2010 | 170 |
| Balanspost | |
| In juli 2010 ontvangen declaraties mbt het eerste halfjaar 2010 | 20 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt het eerste halfjaar 2010 | 40 |

| | |
|--|-----|
| Schadejaar 2009 | |
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2009 | 400 |
| Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2010 mbt 2009 | 70 |
| Balanspost | |
| In juli 2010 ontvangen declaraties mbt 2009 | 5 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt 2009 | 25 |

| | |
|---|-----|
| Schadejaar 2008 en ouder (maar niet ouder dan 2006) | |
| Ontvangen declaraties in 2008 mbt 2008 | 350 |
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2008 | 100 |
| Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2010 mbt 2008 | 25 |
| Ontvangen declaraties in het eerste halfjaar 2010 mbt 2007+2006 | 3 |
| Balanspost | |
| In juli 2010 ontvangen declaraties mbt 2008 | 5 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt 2008 | 5 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt 2007 en 2006 | 2 |

Verantwoording in de 2^e kwartaalstaat 2010

| | |
|---------|-----------------------------|
| Kolom 1 | 230 (170+20+40) |
| Kolom 2 | 170 |
| Kolom 3 | 500 (400+70+5+25) |
| Kolom 4 | 470 (400+70) |
| Kolom 5 | 490 (350+100+25+3+5+5+2) |
| Kolom 6 | 478 (350+100+25+3) |

| |
|--|
| <p>5.2.2. Kolommen kostenverzamelstaat Jaarstaat</p> |
| <p>Kolom 1: Lasten jaar T inclusief balanspost</p> <p>De eerste kolom geeft de totale schade jaar T weer die ten laste komt van jaar T.</p> <p>In de <u>eerste kolom</u> 'Lasten jaar T inclusief balanspost' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. - en tevens de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaarT zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's en een raming van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T verleende zorg/geopende DBC's. <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930). - Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen van) opbrengstverrekeningen tussen instellingen en zorgverzekeraars. - In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde. |
| <p>Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T</p> <p>In de <u>tweede kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met 31-12-jaar T ontvangen declaraties voor de in jaar T aan verzekerden verleende zorg /in jaar T geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. <p>Het verschil tussen kolom 1 en kolom 2 betreft dus de balanspost.</p> <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U wordt verzocht om de prudentiemarges niet op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar uitsluitend te vermelden op de afzonderlijke regel die is opgenomen in de kostenverzamelstaat (specifieke informatie A, code 930). - Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen van) opbrengstverrekeningen tussen instellingen en zorgverzekeraars. - In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T+1 over jaar T van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 1 en in kolom 2 is hetzelfde. |
| <p>Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost</p> <p>De derde kolom geeft de totale schade jaar T-1 weer die ten laste komt van jaar T-1.</p> <p>In de <u>derde kolom</u> 'Lasten jaar T-1 inclusief balanspost' verantwoordt u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. - en tevens de balanspost: de declaraties die na 31-12-jaar T zijn ontvangen en betrekking hebben op de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's en een schatting van de na 31-12-jaar T nog te ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 verleende zorg/geopende DBC's. <p>Uitzondering:</p> <p>In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 3 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde.</p> |

| |
|---|
| 5.2.2. Kolommen kostenverzamelstaat Jaarstaat – vervolg |
| Kolom 4: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1 |
| In de <u>vierde kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-1' verantwoordt u: <ul style="list-style-type: none">- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1) ontvangen declaraties voor de in jaar T-1 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-1 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost. Uitzondering: In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 4 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-1 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T over jaar T-1 van het CVZ heeft ontvangen. Het bedrag in kolom 3 en in kolom 4 is hetzelfde. |
| Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder |
| De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste komt van jaar T-2. In de <u>vijfde kolom</u> 'Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder' verantwoordt u: <ul style="list-style-type: none">- het totaal van de tot en met 31-12-jaar T (dus inclusief de in jaar T-1 en de in jaar T-2) ontvangen declaraties voor de in jaar T-2 aan verzekerden verleende zorg /in jaar T-2 geopende DBC's, die vallen onder de Zvw conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip.- en tevens de in jaar T ontvangen declaraties m.b.t. jaren ouder dan T-2 (maar niet ouder dan 2006). Kolom 5 bevat geen balanspost. Uitzondering: In de jaarstaat jaar T verantwoordt u in kolom 5 bij rubriek 15, code 720, de kosten buitenland die via het CVZ lopen over jaar T-2 op kasbasis op basis van de opgave die u in januari jaar T-1 over jaar T-2 van het CVZ heeft ontvangen. |

5. Definities

5.2.2. Kolommen kostenverzamelstaat Jaarstaat - vervolg

Cijfervoorbeeld jaarstaat 2009

| Schadejaar 2009 | |
|--|-----|
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2009 | 360 |
| Balanspost | |
| In het eerste kwartaal 2010 ontvangen declaraties mbt 2009 | 60 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt 2009 | 80 |

| Schadejaar 2008 | |
|--|-----|
| Ontvangen declaraties in 2008 mbt 2008 | 400 |
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2008 | 90 |
| Balanspost | |
| In het eerste kwartaal 2010 ontvangen declaraties mbt 2008 | 5 |
| Raming nog te ontvangen declaraties mbt 2008 | 15 |

| Schadejaar 2007 en ouder (maar niet ouder dan 2006) | |
|--|-----|
| Ontvangen declaraties in 2007 mbt 2007 | 350 |
| Ontvangen declaraties in 2008 mbt 2007 | 100 |
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2007 | 30 |
| Ontvangen declaraties in 2009 mbt 2006 | 5 |

Verantwoording in de jaarstaat 2009

| | |
|---------|--------------------|
| Kolom 1 | 500 (360+60+80) |
| Kolom 2 | 360 |
| Kolom 3 | 510 (400+90+5+15) |
| Kolom 4 | 490 (400+90) |
| Kolom 5 | 485 (350+100+30+5) |

5. Definities

| 5.3 Overloop DBC's van T naar T+1 | |
|--|--|
| Kosten code nummer | Omschrijving |
| 613 t/m 616 en 619 | <p>Declaraties van DBC's, overloop van T naar T+1</p> <p>De in paragraaf 5.2. beschreven verantwoordingssystematiek betekent het volgende voor de declaraties van DBC's zoals verantwoord bij de codenummers 613 tot en met 616 en 619.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Declaraties van in jaar T geopende en in jaar T gesloten DBC's: <ul style="list-style-type: none"> - De tot en met 31-12-jaar T+2 ontvangen declaraties komen in de risicoverevening ten laste van jaar T (ervan uitgaande dat de declaraties uiterlijk in T+2 zijn ontvangen). - Declaraties van in jaar T geopende en in jaar T+1 gesloten DBC's: <ul style="list-style-type: none"> - De tot en met 31-12-jaar T+2 ontvangen declaraties komen in de risicoverevening ten laste van jaar T. - De in jaar T+3 ontvangen declaraties komen in de risicoverevening ten laste van jaar T+1. - Voor de HKC opgave over jaar T geldt: gegeven de uiterste aanleverdatum voor de HKC opgave, bepaalt u tot welke datum u de ontvangen en geaccepteerde declaraties voor DBC's die zijn geopend in jaar T, in de HKC-opgave kunt betrekken. |
| 617 t/m 619 | <p>Declaraties van verrichtingen - al dan niet - naast een DBC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verrichtingen die - al dan niet - naast een DBC worden gedeclareerd komen ten laste van het jaar waarin de verrichting heeft plaatsgevonden. Dit geldt voor de ondersteunende en overige producten (bij code 617 en code 619 voor extramuraal werkende specialisten) en voor de overige trajecten en verrichtingen (bij code 618 en code 619 voor extramuraal werkende specialisten). Dit betekent dat verrichtingen die in 2008 plaatsvinden naast een DBC die in 2007 is geopend en in 2008 is gesloten, in de risicoverevening ten laste van het jaar 2008 komen (ervan uitgaande dat de declaraties voor de verrichtingen uiterlijk in 2010 zijn ontvangen). |

5. Definities

| 5.4. Kostenrubrieken en kostencodenummers | | | |
|--|---|--|--|
| Kostenrubriek | Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving | Vervallen/ nieuw met ingang van |
| 01 Huisartsen zorg | 503 | Bijzondere betalingen | |
| | 504 | Avond-, nacht- en weekenddiensten | |
| | 505 | Inschrijftarieven | |
| | 506 | Consulttarieven | |
| 02 Farmaceutische zorg | 520 | Kosten van farmaceutische zorg | |
| 04 Mondzorg | 560.1 | Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden | |
| | 560.2 | Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden | |
| | 561 | Kosten van gebitsprothesen | |
| | 562 | Bijzondere betalingen mondzorg | |
| 05 Verloskundige zorg | 580 | Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen | |
| | 581 | Kosten van verloskundige zorg door huisartsen | |
| 06 Medisch specialistische zorg | 545 | Honoraria en kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie | |
| | 546 | Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie | |
| | 600 | Kosten van verpleging in academische ziekenhuizen | |
| | 601 | Kosten academische component | 2008 vervallen |
| | 606 | Kosten van verpleging in categorale ziekenhuizen | |
| | 607 | Kosten van verpleging in revalidatie-instellingen | 2009 vervallen |
| | 608 | Kosten van zelfstandige audiologische centra | 2007 vervallen |
| | 610 | Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | |
| | 613 | Kosten van DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentariaf | |
| | 614 | Honoraria van DBC's A segment | |
| | 615 | Kosten van DBC's B segment | |
| | 616 | Honoraria van DBC's B segment | |
| | 617 | Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten | |
| | 618 | Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen | |
| 619 | Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten | | |

5. Definities

| 5.4. Kostenrubrieken en kostencodenummers (vervolg) | | | |
|--|---------------------------|---|--|
| Kostenrubriek | Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving | Vervallen/ nieuw met ingang van |
| 07 Paramedische zorg | 620 | Kosten van fysiotherapie | |
| | 621 | Kosten van oefentherapie Mensendieck / Cesar | |
| | 623 | Kosten van logopedie | |
| | 624 | Kosten van ergotherapie | |
| | 625 | Kosten van dieetadvisering | |
| 08 Hulpmiddelenzorg | 640 | Kosten van hulpmiddelenzorg | |
| 09 Ziekenvervoer | 650 | Kosten van vervoer per ambulance/helikopter | |
| | 651 | Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | |
| 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) | 660 | Kosten van eerstelijnspsychologische zorg | 2008 nieuw |
| | 661 | Kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling) | 2008 nieuw |
| | 662 | Kosten van DBC's GGZ zonder verblijf | 2008 nieuw |
| | 663 | Kosten van persoonsgebonden budgetten GGZ | 2008 nieuw |
| | 664 | Kosten van overige producten GGZ | 2008 nieuw |
| 12 Kraamzorg | 680 | Kosten van kraamzorg | |
| 13 Overige kosten | 700 | Overige kosten | KW3 2006 nieuw |
| 15 Grensoverschrijdende zorg | 720 | Kosten van grensoverschrijdende zorg | |
| 16 Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg | 730 | Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg | |
| 22 Opbrengsten Verhaal | 890.1 | Opbrengsten Verhaal | |
| | 910 | Schade tlv het vrijwillig eigen risico van verzekerden | |
| | 915 | Schade tlv het verplicht eigen risico van verzekerden | |
| | 920 | Schade afhandelingskosten | |
| | 930 | Prudentiemarge balanspost | |

5. Definities

| 01 HUISARTSENZORG | |
|-------------------------------------|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestatie huisartsenzorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zvw: de kosten van keuringen en de kosten van informatieverstrekking en een aantal verrichtingen bij de Module Modernisering en Innovatie (zie bij code 503). De kosten van verloskundige zorg door huisartsen, inclusief het abonnementstarief voor echoscopisch onderzoek bij zwangerschap (NZa code 12614), verantwoordt u bij code 581, kosten verloskundige zorg door huisartsen. |
| 503 | Bijzondere betalingen De kosten van huisartsenzorg voor: <ul style="list-style-type: none"> - Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) somatisch (NZa code 11200); - Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) GGZ (NZa code 11201) - Module achterstandsfonds (NZa code 11300); - Module Modernisering en Innovatie ten behoeve van decentrale afspraken gespecificeerd naar de totale kosten van het bedrag per verzekerde (NZa code 14100 t/m 14999) en de kosten van verrichtingen (NZa codes 13000 t/m 13xxx) - de NZa codes 13013, 13021 en 13039 t/m 13041 vallen NIET onder de prestaties Zvw; - 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 (NZa codes 12400 t/m 12405). - Overige kosten: <ul style="list-style-type: none"> - In rekening gebrachte tarieven voor SCEN-consultatie (NZa code 12815); - In rekening gebracht tarief voor het uitstrijkje (voor zover dit valt onder de aanspraken ZVW, dus <u>niet</u> de gemaakte kosten in het kader van het bevolkingsonderzoek); - In rekening gebrachte kosten van entstoffen en laboratoriumkosten (NZa codes 12008, 12009, 12408 en 12409); - Verbruiksmaterialen (NZa codes 12900 t/m 12906 en inclusief de kosten van het ECG-tarief, NZa code 12700); - Vaccinaties (NZa codes 12006, 12106, 12406 en 12206 anders dan tijdens een (telefonisch) consult of een visite). |
| 504 | Avond-, nacht- en weekenddiensten De kosten van avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen: <ul style="list-style-type: none"> - Die participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS); hier verantwoordt u de tarieven die de HDS-en declareren voor (telefonische) consulten, visites en herhalingsrecepten (zie overzichten tarieven huisartsendienstenstructuren NZa). - Die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) (NZa codes 12200 t/m 12205). |

5. Definities

| 01 HUISARTSENZORG - vervolg | |
|------------------------------------|--|
| 505 | Inschrijftarieven De kosten van inschrijftarieven (inclusief vergoeding digitale declaratie) voor op naam van de huisarts ingeschreven verzekerden (NZa codes 11000 t/m 11114). |
| 506 | Consulttarieven De kosten van (telefonische/e-mail) consulten en visites door een huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts (POH) (NZa codes 12000 t/m 12005, 12007, 12100 t/m 12105 en 12110 t/m 12115). Met ingang van 2008 betreft het praktijkondersteuning voor zowel somatische zorg als geestelijke gezondheidszorg. |

5. Definities

| 02 FARMACEUTISCHE ZORG | |
|-------------------------------------|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| | Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 520 | <p>Kosten van farmaceutische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van geneesmiddelen en dieetpreparaten (inclusief BTW, exclusief afleververgoeding, exclusief eventuele GVS-bijbetaling) volgens het Besluit zorgverzekering, ongeacht de soort afleveraar. N.B. Stollingsfactoren hemofilie en aanverwante hemostaticaziekten verantwoordt u bij code 618; - Afleververgoeding (Wmg-tarief, inclusief BTW en eventuele marge, inclusief BTW) voor het verstrekte geneesmiddel, ongeacht de soort afleveraar (vanaf 1 juli 2008 gelden nieuwe gedifferentieerde tarieven); - Kosten van de module farmaceutische zorg apotheekhoudende huisarts en eventuele opslag (module scheiden zorg en handel), inclusief BTW (tarief geldt tot 1 juli 2008). <p>Afleveraars van geneesmiddelen in het kader van de prestatie farmaceutische zorg zijn bijvoorbeeld: apothekers, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken die extramuraal afleveren (NZa-code A500 in de Tarieflijst instellingen van de NZa) en gespecialiseerde leveranciers voor bijzondere leveringen.</p> <p>De kosten van verbandmiddelen verantwoordt u bij rubriek 08, code 640 Hulpmiddelenzorg. De zogenoemde 'dure geneesmiddelen' verantwoordt u bij rubriek 06, medisch specialistische zorg.</p> |

5. Definities

| 04 MONDZORG | |
|-------------------------------------|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 560.1 | Kosten van mondzorg voor volwassen verzekerden <ul style="list-style-type: none"> - 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 (kaakchirurgische hulp, 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) is inclusief suprastructuren en prothesen; - De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak volgens artikel 2.7 lid 5 sub b van het Besluit zorgverzekering verantwoordt u bij code 561. |
| 560.2 | Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van mondzorg voor jeugdige verzekerden (met ingang van 2008 tot en met 21 jaar, tot 2008 tot en met 17 jaar) volgens het Besluit zorgverzekering. - Röntgendiagnostiek ten behoeve van orthodontische zorg is geen verzekerde prestatie. |
| 561 | Kosten van gebitsprothesen <ul style="list-style-type: none"> - De kosten van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak volgens artikel 2.7., lid 5, sub b van het Besluit zorgverzekering. |
| 562 | Bijzondere betalingen mondzorg <ul style="list-style-type: none"> - Betalingen voor verzekerden die aanspraak maken op avond-, nacht- en weekendtoeslag, toeslag haal- en brengfunctie en toeslag risicogroepen. |

5. Definities

| 05 VERLOSKUNDIGE ZORG | |
|-------------------------------------|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 580 | Kosten van verloskundige zorg door verloskundigen - Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door verloskundigen. |
| 581 | Kosten van verloskundige zorg door huisartsen - Kosten gebaseerd op de rechtsgeldige tarieven voor verloskundige zorg verleend door huisartsen. |

5. Definities

| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | |
|--|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| | Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zwv én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 545 | Honoraria en kosten specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie |
| | Honoraria en kostenvergoedingen voor kaakchirurgen volgens: <ul style="list-style-type: none"> - (de honorariumcomponent kaakchirurgen in) de tarieven in de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' van de NZa en volgens het Besluit zorgverzekering. - Dit kunnen declaraties zijn voor zowel specialisten in loondienst als voor vrijgevestigde specialisten. <p>Wat u NIET bij code 545 verantwoordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' (code 618) - verpleegkosten bij kaakchirurgische verrichtingen (code 610, hoofdgroep A) <p>Het specialisme kaakchirurgie valt niet onder de DBC-financiering; met ingang van 2009 zijn de honoraria en de ziekenhuiskosten wel samengevoegd tot een integraal product met één betaaltitel.</p> |
| 546 | Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Honoraria en kostentarieven van vrijgevestigde orthodontisten volgens de rechtsgeldige tarieven, volgens het Besluit zorgverzekering (uitsluitend in het kader van de bijzondere tandheelkunde); - Kostenvergoedingen voor zover niet begrepen in het tarief per verrichting. <p>Het specialisme orthodontie valt niet onder de DBC -financiering.</p> |
| 601 | Kosten van academische component |
| | De kosten van de academische component van door de ' <i>Stichting financiering academische component</i> ' bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte (correctie-) nota's. Met ingang van 2008 wordt de academische component direct vanuit het zorgverzekeringsfonds aan de academische ziekenhuizen betaald. Hierdoor is kostencodenummer 601 vervallen en geldt het kostencodenummer alleen nog voor de oude jaren Zwv. |
| 606 | Kosten van verpleging in categorale ziekenhuizen |
| | <ul style="list-style-type: none"> - De kosten van verpleging in categorale ziekenhuizen die niet zijn overgegaan op DBC financiering, gebaseerd op de sluittarieven in de Tarieflijst instellingen van de NZa. |
| 607 | Kosten van revalidatie-instellingen |
| | Kosten van revalidatiezorg in erkende revalidatie instellingen (uitgezonderd academische en algemene ziekenhuizen) gebaseerd op de sluittarieven in de Tarieflijst instellingen van de NZa (uitsluitend de sluittarieven per verpleegdag). Met ingang van 2009 gaan de revalidatie-instellingen over op declaratie op basis van DBC's. Hierdoor komt kostencodenummer 607 te vervallen en geldt het kostencodenummer alleen nog voor de oude jaren Zwv. |
| 608 | Kosten van zelfstandige audiologische centra |
| | De totale kosten van zorg door een zelfstandig audiologisch centrum. Met ingang van 2007 zijn de audiologische centra overgegaan op DBC financiering. Hierdoor is kostencodenummer 608 vervallen en geldt het kostencodenummer alleen nog voor kosten oude jaren Zwv (2006). |

5. Definities

| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG – vervolg | |
|--|---|
| Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| | Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 610 | <p>Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarieven volgens de Tarieflijst instellingen van de NZa (voor instellingen die niet zijn overgegaan op DBC financiering) voor zover ten laste van de Zorgverzekeringswet en alleen uit de hoofdgroepen A, B, C, D en E exclusief: <ul style="list-style-type: none"> - alle verpleegdagen op basis van sluittarieven. Deze verantwoordt u bij kostencodenummer 607; - de tarieven gedeclareerd door zelfstandige audiologische centra (in 2006 bij code 618, daarna DBC gefinancierd) en kraaminrichtingen (deze verantwoordt u bij code 680); - de tarieven E102 en E103, voor zover verantwoord bij kostencodenummer 624; - de kosten van extramurale dieetadvisering in instellingen. Deze verantwoordt u bij code 625; - het tarief A500. Dit verantwoordt u bij code 520; - de tarieven gedeclareerd door revalidatie-instellingen. Met ingang van 2009 verantwoordt u die bij de codenummers 613 tot en met 618; - de kosten van het tarief voor ‘verkeerde bed’ (A003) en daarmee samenhangende afwezigheidsdagen (A006). Met ingang van 2006 komt dit ten laste van de AWBZ. <p>Inclusief (bijzonderheden):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkosten in verband met kaakchirurgische verrichtingen; - Kosten van medisch specialistische zorg in huisartsenlaboratoria (A801), die feitelijk worden gedeclareerd volgens de tarieflijst ‘overige en ondersteunende producten’; - De betalingen aan Eurotransplant Nederland en de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). |
| 613 | <p>Kosten van DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarieef (tot en met 2007)</p> <p>Met ingang van 2009 wordt een deel van de DBC's van het A-segment overgeheveld naar het B-segment.</p> <p>Voor alle van toepassing zijnde specialismen de kostencomponent van DBC's A segment, inclusief het gedeclareerde verrekentarieef (geldt tot en met 2007) van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijst ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Voor de St. Maartenskliniek betreft het de tarieven volgens de tarieflijsten Orthopedie SMK, Reumatologie SMK, Anesthesiologie SMK, Fysiotherapie eerstelijns SMK, Revalidatiegeneeskunde SMK (experiment DBC's).</p> <p>Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met de opbrengstverrekening.</p> |

5. Definities

| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG – vervolg | |
|--|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 614 | <p>Honoraria van DBC's A segment</p> <p>Met ingang van 2009 wordt een deel van de DBC's van het A-segment overgeheveld naar het B-segment.</p> <p>Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle honoraria van DBC's A segment van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Alle honorariabedragen per DBC worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.</p> <p>Voor de St. Maartenskliniek betreft het de tarieven volgens de tarieflijsten Orthopedie SMK, Reumatologie SMK, Anesthesiologie SMK, Fysiotherapie eerstelijns SMK, Revalidatiegeneeskunde SMK.</p> |
| 615 | <p>Kosten van DBC's B segment</p> <p>Met ingang van 2009 wordt een deel van de DBC's van het A-segment overgeheveld naar het B-segment. Bij codenummer 615 verantwoordt u zowel de 'oude' als de 'nieuwe' B DBC's. De oude B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment' en de nieuwe B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel CI-1068 van de NZa.</p> <p>Voor alle van toepassing zijnde specialismen de kostencomponent van DBC's B Segment van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. N.B: De zorg die in deze instellingen plaatsvindt, valt normaal gesproken niet onder het B segment. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> |

5. Definities

| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG – vervolg | |
|--|---|
| Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoordt die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 616 | <p>Honoraria van DBC's B segment</p> <p>Met ingang van 2009 wordt een deel van de DBC's van het A-segment overgeheveld naar het B-segment. Bij codenummer 616 verantwoordt u zowel de 'oude' als de 'nieuwe' B DBC's. De oude B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment' en de nieuwe B-DBC's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel CI-1068 van de NZa.</p> <p>Voor alle van toepassing zijnde specialismen alle honoraria van DBC's B Segment van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. N.B: De zorg die in deze instellingen plaatsvindt, valt normaal gesproken niet onder het B segment. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Alle honorariabedragen per DBC worden (in de specificatie in de specifieke informatie C) opgenomen bij het specialisme dat als poortspecialisme optreedt.</p> |
| 617 | <p>Kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten</p> <p>Voor alle van toepassing zijnde specialismen de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten, uitsluitend op verzoek van de eerste lijn, volgens de tarieflijst van de NZa, uitgevoerd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. <p>Tevens verantwoordt u hier de kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg.</p> <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Exclusief</p> <ul style="list-style-type: none"> - De op basis van de tarieflijst 'overige en ondersteunende producten' gedeclareerde medisch specialistische zorg in huisartsenlaboratoria en samenwerkingsverbanden (NZa code A801 in de Tarieflijst instellingen) die u verantwoordt bij code 610. - De kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk. Deze kosten verantwoordt u bij code 619. |

5. Definities

| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG – vervolg | |
|--|--|
| Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| | Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 618 | <p>Kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen</p> <p>De kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen volgens de tarieflijst van de NZa voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen; - Algemene ziekenhuizen (inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen); - ZBC's en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen; - Overige instellingen: centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs ik u naar hoofdstuk 5.6.</p> <p>Inclusief de honorariumcomponent anesthesie en de kostencomponent ziekenhuis bij kaakchirurgische verrichtingen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' van de NZa.</p> <p>Exclusief</p> <ul style="list-style-type: none"> - De honorariumcomponent kaakchirurgie, die met ingang van 2009 is opgenomen in de tarieven volgens de tarieflijst 'overige trajecten en verrichtingen' van de NZa. Deze kosten verantwoordt u bij code 545. - De kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk. Deze kosten verantwoordt u bij code 619. - De kosten van extramurale dieetadvisering in instellingen. Deze kosten verantwoordt u bij code 625. - De kosten van het tarief voor 'verkeerde bed'. Met ingang van 2006 komt dit ten laste van de AWBZ. |
| 619 | <p>Kosten extramuraal werkende specialisten</p> <p>Kosten en honoraria van DBC's in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk alsmede de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen in rekening gebracht door extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk.</p> |

5. Definities

| 07 PARAMEDISCHE ZORG | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 620 | <p>Kosten van fysiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor fysiotherapie, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft, exclusief de op basis van de Tarieflijst instellingen gedeclareerde verrichtingen. - De volgende prestaties in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa zijn geen verzekerde zorg Zvw: f. zitting psychosomatische fysiotherapie, i. telefonische zitting, s. groepszitting van meer dan 10 personen, v.toeslag buiten reguliere werktijden en x. verstrekte verband- en hulpmiddelen (alleen voor zover verwerkt in het zittingentarief). De prestaties n., y. en z. (rapporten) komen alleen ten laste van de Zvw als het gaat om resultaat van onderzoek. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw. - 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 10^e behandeling. |
| 621 | <p>Kosten van oefentherapie Mensendieck / Cesar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor oefentherapie Mensendieck en Cesar, voor zover het te verzekeren zorg volgens het Besluit zorgverzekering betreft, exclusief de op basis van de Tarieflijst instellingen gedeclareerde verrichtingen. - De volgende prestatie in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa is geen verzekerde zorg Zvw: c. psychosomatische oefentherapie. De prestatie 'niet nagekomen afspraak' is met ingang van 1 januari 2008 komen te vervallen; in rekening gebrachte kosten voor een niet nagekomen afspraak zijn geen prestatie Zvw. |
| 623 | <p>Kosten van logopedie</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, exclusief de op basis van de Tarieflijst instellingen gedeclareerde verrichtingen. |
| 624 | <p>Kosten van ergotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van enkelvoudige extramurale ergotherapie verleend door (gecontracteerde) vrijgevestigde ergotherapeuten; - Kosten van enkelvoudige ergotherapeutische zorg door een ergotherapeut (gedeclareerd met de tarieven E102 of E103 in de Tarieflijst instellingen), die is verbonden aan een andere instelling dan een algemeen, academisch of categoriaal ziekenhuis of een revalidatiecentrum. |
| 625 | <p>Kosten van diëtadvisering</p> <p>Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor extramurale diëtadvisering in instellingen en buiten instellingen.</p> |

5. Definities

| 08 HULPMIDDELENZORG | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 640 | Kosten van hulpmiddelenzorg <ul style="list-style-type: none">- 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.<ul style="list-style-type: none">- Met ingang van 2010 zijn er een aantal wijzigingen, een nadere uitwerking van deze wijzigingen vindt u in paragraaf 3.1.7 |

5. Definities

| 09 ZIEKENVERVOER | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 650 | Kosten van vervoer per ambulance/helikopter - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. NB: De kosten van helikoptervluchten via traumacentra verantwoordt u niet hier, maar bij rubriek 06 Medisch specialistische zorg. |
| 651 | Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. |

5. Definities

| 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | |
|---|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| | Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met de opbrengstverrekening. |
| 660 | Kosten van eerstelijnspsychologische zorg - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. NB: Een verzekerde heeft recht op 8 zittingen per kalenderjaar. De kosten zijn exclusief de kosten van persoonsgebonden budgetten. |
| 661 | Kosten van DBC's GGZ met verblijf (al dan niet met behandeling) - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. NB: Als er sprake is geweest van verblijf dan verantwoordt u de kosten bij code 661. Het onderscheid tussen DBC's met verblijf en DBC's zonder verblijf (code 662) is mogelijk op basis van de DBC declaratiecode. Als er sprake is (geweest) van verblijf dan moeten de kosten van de DBC (voor verblijf en eventueel behandeling) bij code 661 verantwoord worden Als een cliënt vóór opname of na ontslag ambulantly wordt behandeld én als dit binnen één en dezelfde DBC (met verblijf) wordt gedeclareerd, dan verantwoordt u de kosten van die DBC bij code 661. Echter, als de betreffende DBC na 365 dagen wordt afgesloten, maar de cliënt wordt nog ambulantly doorbehandeld en er wordt een nieuwe DBC (zonder verblijf) geopend, dan verantwoordt u de kosten van die nieuwe DBC (zonder verblijf) bij code 662. De kosten zijn exclusief de kosten van persoonsgebonden budgetten. |
| 662 | Kosten van DBC's GGZ zonder verblijf - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. Met ingang van 2009 verantwoordt u hier ook de kosten van diagnostiek en behandeling Dyslexie. NB: Bij code 662 is er géén sprake van verblijf. Zie verder de toelichting bij code 661. De kosten zijn exclusief de kosten van persoonsgebonden budgetten. |
| 663 | Kosten van persoonsgebonden budgetten GGZ - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. NB: Het betreft de totale kosten van persoonsgebonden budgetten in het kader van eerstelijns psychologische zorg, de overgangsregeling en specialistische GGZ vanaf 1 januari 2008. De overgangsregeling vervalt met ingang van 2009. |
| 664 | Kosten van overige producten GGZ - Prestaties volgens het Besluit zorgverzekering. NB: Alleen de medicijnkosten methadon en de kosten van geïndiceerde preventie voor hoog risicogroepen vallen onder de prestaties Zvw. |

5. Definities

| 12 KRAAMZORG | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 680 | Kosten van kraamzorg - Kosten van kraamzorg ten huize van de verzekerde onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum en kosten van kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie. |

5. Definities

| 13 OVERIGE KOSTEN | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | <p>Kostencodenummer omschrijving</p> <p>Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zwv én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. De prestaties binnen projecten in het kader van de hierna genoemde beleidsregels moeten overeenstemmen met de prestaties waarop de Zwv recht geeft.</p> <p>Voor de beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' geldt dat u alleen de vergoedingscomponent voor zorg die valt onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zwv verantwoordt.</p> |
| 700 | <p>Kosten van Overige Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zwv betreft) op basis van de beleidsregels van de NZa 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' (geldig van 1 januari tot 1 augustus 2007), 'Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' NZa (geldig van 1 augustus 2007 tot 1 juli 2008) en 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (naam is gewijzigd vanaf 1 juli 2008). Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving; - Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zwv betreft) op basis van de 'Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de NZa (geldig vanaf 1 augustus 2007). Zorgverleners kunnen alleen prestaties in rekening brengen op basis van een door de NZa vastgesteld tarief of prestatiebeschrijving; - Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zwv betreft) op basis van de beleidsregel van de NZa 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'. Voor Diabetes Mellitus en Cardiovasculair Risicomanagement miv 1 januari 2010, voor COPD waarschijnlijk met ingang van 1 juli 2010. |

| 15 GRENDOERSCHRIJDENDE ZORG | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 720 | <p>Kosten van grensoverschrijdende zorg</p> <p>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 12 en 16 en niet bij rubriek 15.</p> <p>In de beschrijving is onderscheid aangebracht naar vergoeding met toepassing van verordening of verdrag inzake sociale zekerheid en naar vergoeding op basis van de polis Zvw.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Een lijst van de EU/EER en overige verdragslanden kunt u vinden op de website van het CVZ onder informatie voor consumenten/Verzekering en zorg buitenland/Zorg op vakantie. Op de website treft u ook informatie aan over welke landen in welke (hierna genoemde) situatie van toepassing zijn. Verantwoording van de in het buitenland gemaakte kosten die via het CVZ lopen, vindt uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het CVZ ontvangt. Daarin zijn de door het CVZ uit het buitenland ontvangen 125 formulieren verwerkt nadat ze zijn geverifieerd door de zorgverzekeraar. De volgende toepassingen van verordening of verdrag worden onderscheiden (de kosten in het kader van de derde toepassing zijn geen onderdeel van de opgave van het CVZ): <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandeling in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland met toepassing van artikel 22, lid 1, sub c, EEG verordening 1408/71 of overeenkomstige verdragsbepaling. De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier. Verantwoording vindt uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het CVZ ontvangt. 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, dan vindt verantwoordings uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het CVZ ontvangt. 3. Kosten gemaakt bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld voor vakantie, maximaal één jaar) in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in Nederland. Als de verzekerde <u>geen</u> gebruik maakt van de Europese verzekeringskaart dan wel een 111 formulier, kan toch vergoeding op grond van verordening of verdrag plaatsvinden (de zogenoemde tarifieringen). Dit kan alleen bij landen waarmee een tarifieringsovereenkomst is afgesloten. In dit geval vindt de verantwoordings plaats op basis van de bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten (kosten via verzekeraar en niet via CVZ). 4. Kosten gemaakt in het buitenland van Zvw verzekerden die wonen in het buitenland. Verantwoording vindt uitsluitend plaats op basis van een opgave die u jaarlijks van het CVZ ontvangt. |

5. Definities

| 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG -vervolg | |
|--|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 720 | <p>Kosten van grensoverschrijdende zorg</p> <p>- 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).</p> <p>Toepassing no-claim (tot en met 2007) en eigen risico: Ook in de hiervoor genoemde situaties is de no-claim regeling en het eigen risico van toepassing. In die gevallen waarin uit de nota of uit het aan u door het CVZ ter verificatie voorgelegde 125 formulier, niet duidelijk wordt of het kosten betreft die onder de no-claim of het eigen risico vallen, dan adviseren wij u om in de berichtgeving aan verzekerden hier iets over op te nemen (zodat zij dit zelf alsnog kunnen aantonen).</p> |

5. Definities

| 16 KOSTEN VAN ONDERSTEUNING EERSTELIJNSZORG | |
|--|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving Voor alle kosten geldt dat u alleen die kosten verantwoord die vallen onder de prestaties Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. |
| 730 | Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg Kosten van ondersteuning eerstelijnszorg volgens de beleidsregel van de NZa met de naam 'De module regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling'. Bij dit kostencodenummer verantwoordt u het saldo (A1+ A2 - B1) van de volgende bedragen: <ul style="list-style-type: none">- A1: door zorgverzekeraar betaald aan ondersteuningsorganisaties eerste lijn- A2: door zorgverzekeraar betaald aan het egalisatiefonds ondersteuning eerste lijn- B1: door zorgverzekeraar ontvangen van het egalisatiefonds ondersteuning eerste lijn 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. |

5. Definities

| Verschil posten schade De Nederlandsche Bank | | | |
|--|---------------------------|---|--|
| Omdat De Nederlandsche Bank (DNB) andere definities hanteert voor de schade Zvw, zijn er aan de kostenverzamelstaat een aantal aansluitingsregels toegevoegd. Daarnaast gebruikt het CVZ deze regels als beleidsinformatie. Met ingang van de kwartaalstaat over het 3 ^e kwartaal 2007 wordt, in de kwartaalstaten, feitelijk ook de aansluiting gemaakt tussen het schadebegrip van het CVZ en van DNB. In de jaarstaat is de aansluiting gecompliceerder en deze wordt daarom niet opgenomen. | | | |
| Kostenrubriek | Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving | |
| 22 Opbrengsten verhaal | 890.1 | Opbrengsten verhaal | |
| | 910 | Schade ten laste van het eigen risico van verzekerden | |
| | 920 | Schade afhandelingskosten | |
| | 930 | Prudentiemarge balanspost | |

| 22 OPBRENGSTEN VERHAAL | |
|-------------------------------|--|
| Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 890.1 | Opbrengsten verhaal - De te verhalen schade begrepen in de 'Uitkeringen zorgverzekeringsverplichtingen' (R.Z.6.1) in de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB. |

| Schade ten laste van het eigen risico verzekerden | |
|--|---|
| Kosten-code-nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 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 nadat de no-claim is vol gemaakt (van toepassing tot en met 2007). Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het CVZ maar vormen geen onderdeel van de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB. |
| 915 | Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden - Het betreft de kosten die ten laste komen van het verplicht eigen risico van verzekerden. Deze kosten zijn opgenomen in rubriek 1 tot en met 16 in de opgave aan het CVZ 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. |

5. Definities

| Schade afhandelingskosten | |
|-------------------------------------|---|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 920 | Schade afhandelingskosten |
| | - Dit betreft de beheerskosten die zijn gemaakt bij de afhandeling van de schade. Bij DNB zijn de kosten van schadeafhandeling begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de balanspost CVZ zijn alleen de zorgkosten opgenomen. |

| Prudentiemarge balanspost | |
|-------------------------------------|--|
| Kosten- code- nummer | Kostencodenummer omschrijving |
| 930 | Prudentiemarge balanspost |
| | - In de definitie van DNB moet de balanspost prudent geschat worden (inclusief een extra marge). Bij DNB is de prudentiemarge begrepen in de mutatie in de bruto schade en overige technische voorzieningen. In de definitie van het CVZ moet in de balanspost uitsluitend een zo goed mogelijke schatting van de daadwerkelijk nog te ontvangen declaraties worden opgenomen. |

| Saldo aansluiting kolom 1 (uitsluitend in kwartaalstaten) = bruto schaden uitkeringen zorgverzekeringsverplichtingen exclusief no-claimuitkeringen, definitie DNB | |
|--|--|
| | De 'Geleden bruto schaden' (R.Z.7) minus de 'no-claimuitkeringen aan verzekerden' (R.Z.6.2, tot 2008) in de eerste kolom van de Kwartaalrapportage Ziektekostenverzekeraars van DNB. |

5. Definities

| 5.5. DBC's | |
|--|---|
| | Omschrijving |
| NZa – definities en Richtlijnen DBC's | <p>Diagnose Behandeling Combinaties</p> <ul style="list-style-type: none"> - NZa-definitie: <ul style="list-style-type: none"> - Het geheel van activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialist, voortvloeiend uit de klacht/zorgvraag waarmee de patiënt een poortspecialist in het ziekenhuis consulteert. - In deze definitie worden met 'activiteiten' zowel medische als medisch ondersteunende verrichtingen, zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen en aantal dagen dagverpleging bedoeld. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). In principe is elk soort diagnose die in een ziekenhuis wordt gesteld, te vertalen naar een DBC. DBC's hebben betrekking op zowel klinische als poliklinische zorgactiviteiten. Een DBC typeert de zorgvraag van een patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag doorloopt. Van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste controle. Om de prijs van een DBC te bepalen, wordt aan de activiteiten of verrichtingen in het zorgproces zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis, als de werklast van de medisch specialist (honorarium) gekoppeld. In totaliteit bepalen deze activiteiten en verrichtingen en de daarvoor geldende kosten, de totale kosten van een DBC. - Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal DBC's en de kosten van de DBC's registreert u aan de hand van de (niet-geweigerde) declaraties van de ziekenhuizen van de DBC-tarieven. - In paragraaf 5.3. is nadere informatie opgenomen over de registratie van (overlopende) DBC's. - In paragraaf 5.6. is nadere informatie opgenomen over de DBC-gefinancierde instellingen. |

| 5.5. DBC's – vervolg – | |
|--|---|
| | Omschrijving |
| NZa – definities en Richtlijnen DBC's | <p>Diagnose Behandeling Combinaties - vervolg</p> <p>DBC A-Segment Voor het A-segment is de vergoeding tevoren vastgesteld door het NZa. Voor het DBC A-segment gelden prestatieomschrijvingen met landelijke DBC-bedragen, uitgesplitst in een kostenbedrag voor de zorginstelling en afzonderlijke honorariumbedragen voor elk bij het DBC traject betrokken medisch specialisme. De DBC's zijn geclusterd in productgroepen. In de DBC-tarieven voor segment A is voor de jaren 2005 tot en met 2007 ook een verrekentariaf vastgesteld (analoog aan de huidige verpleegdagtarieven) om de aansluiting tussen budget en DBC-omzet te bewerkstelligen. Het verrekentariaf wordt in de vorm van een percentage op het kostentariaf voor het ziekenhuis omgeslagen over alle DBC's in het A-segment. Er geldt ook een verrekentariaf voor de lumpsum.</p> <p>DBC B-Segment Voor het B-segment komt de vergoeding tot stand in onderhandelingen tussen zorgaanbieders (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra) en zorgverzekeraars. Voor het B-segment zijn alleen de prestatieomschrijvingen en de honorariumbedragen voor elk bij het DBC-traject betrokken medisch specialisme opgenomen. De kostenbedragen en het volume aan ondersteunende producten per DBC, met uitzondering van anesthesiologie, zijn vrij onderhandelbaar.</p> <p>Overige trajecten en verrichtingen De hier opgenomen trajecten en verrichtingen zijn niet opgenomen in de DBC-tarieven en moeten daarom afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden. Onder overige trajecten worden onder andere verstaan: gezonde zuigeling, gezonde moeder, klassenverpleging, beademing IC voor volwassenen, neonatale IC, pediatrie IC, post IC high care en brandwondenzorg. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC lopen en kunnen afzonderlijk van de DBC worden gedeclareerd. Daarnaast zijn er nog een aantal verrichtingen die los staan van de DBC's en zelfstandig kunnen worden gedeclareerd. De overige trajecten en verrichtingen maken onderdeel uit van het A-segment met landelijk vaste bedragen, met uitzondering van klassenverpleging. Dit traject kan zowel onder het A- als het B-segment vallen, afhankelijk van het segment waaronder de DBC in het kader waarvan de klassenverpleging plaatsvindt, valt. Indien klassenverpleging plaatsvindt in het kader van een DBC uit het B-segment is het bedrag voor klassenverpleging lokaal onderhandelbaar (vrij tarief). In het B-segment kan geen klassenverpleging worden gedeclareerd indien sprake is van niet-gecontracteerde zorg.</p> <p>Ondersteunende en overige producten (OVP) Verrichtingen geleverd door een poortspecialisme (overige producten) of door een niet-poortspecialisme (ondersteunende producten):</p> <ul style="list-style-type: none"> - aan een (ander) poortspecialisme als onderdeel van een DBC (maakt deel uit van het DBC-zorgprofiel); - op verzoek van de eerste lijn; - in het kader van onderlinge dienstverlening; - aan een ander specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt. Die kosten verantwoordt u bij code 610. <p>Bij kostencodenummer 617 (en code 619 voor de extramuraal werkende specialisten) verantwoordt u uitsluitend de verrichtingen op verzoek van de eerste lijn. Tevens verantwoordt u hier de kosten voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg.</p> |

| 5.6. Instellingen en AGB-codes | |
|---------------------------------------|---|
| | Omschrijving |
| Indelingen van instellingen | <p>Indelingen in categorieën instellingen en AGB-code</p> <p>In de specifieke informatie C zijn bij rubriek 06, Medisch specialistische hulp, in de specificaties van kosten en productie per categorie van instellingen twee verschillende indelingen van toepassing: een indeling voor DBC gefinancierde instellingen en één indeling voor niet DBC gefinancierde instellingen.</p> <p>Voor de opbrengstverrekening geldt weer een andere indeling naar categorie instelling. Hieronder een overzicht van de verschillende indelingen.</p> <p>Vervolgens is van enkele categorieën van instellingen een lijst met bijbehorende AGB-codes opgenomen. Deze lijst is gebaseerd op gegevens van Vektis en bijgewerkt tot 1 juli 2008.</p> |
| | <p>Indelingen in categorieën instellingen in de specifieke informatie C, rubriek 06</p> <p>DBC gefinancierde instellingen</p> <p>Instellingen die na de invoering van DBC's in 2005 zijn overgegaan op DBC financiering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - met ingang van 2006: dialysecentra en radiotherapeutische centra - met ingang van 2007: audiologische centra - met ingang van 2008: epilepsiecentra - met ingang van 2009: revalidatie-instellingen <p>Specificaties bij code 613 tot en met 618</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen - Algemene ziekenhuizen, inclusief St. Maartenskliniek, oogziekenhuis Rotterdam, epilepsiecentra en revalidatie-instellingen - Zelfstandige behandelcentra en de met ZBC's gelijkgestelde instellingen - Overige instellingen (centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra. <p>Niet DBC gefinancierde instellingen</p> <p>Specificatie bij code 610</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categorale instellingen (de categorale instellingen die niet via DBC's worden gefinancierd) - Overige instellingen: dit betreffen de overige instellingen die tarieven uit de hoofdgroepen A, B, C, D en E in de tarieflijst instellingen ten laste van de Zvw declareren voor zover die niet bij een ander codenummer in de jaarstaat moeten worden verantwoord. Tevens betreft het Eurotransplant Nederland en de Stichting Kinderoncologie Nederland. |
| | <p>Indeling in categorieën instellingen ten behoeve van de opbrengstverrekening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academische ziekenhuizen - Algemene ziekenhuizen - Overige instellingen (radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra, epilepsiecentra en het Oogziekenhuis Rotterdam) - Revalidatiecentra. |

| 5.6. Instellingen en AGB-codes – vervolg – | |
|---|--|
| | Omschrijving |
| AGB-codes | <p>AGB-codes</p> <p>Hierna is van enkele categorieën van instellingen een lijst met bijbehorende AGB-codes opgenomen. Deze lijst is gebaseerd op gegevens van Vektis en bijgewerkt tot 1 juli 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centra voor erfelijkheidsonderzoek Stichting voor erfelijkheidsvoorlichting AGB-code 51000975, Stichting klinisch-genetisch centrum Nijmegen eo AGB-code 51000976, UMC divisie medische genetica, locatie Wilhelmina AGB-code 51000977, VU-ziekenhuis stichting KGS AGB-code 51000978, Stichting klinisch genetische centrum Leiden AGB-code 51000979, Stichting klinische genetica AGB-code 51000980, Stichting klinische genetica Zuidoost Nederland AGB-code 51000981, Stichting erfelijkheidsonderzoek Noord-Brabant AGB-code 51000982 en AMC/stichting KGC Amsterdam AGB-code 51000996 - Dialysecentra Dialyse centrum Groningen AGB-code 18009301, Dialysecentrum Het Gooi AGB-code 18009304 en Stichting Dianet AGB-code 18009306 - Radiotherapeutische centra Radiotherapeutisch instituut Friesland AGB-code 20000985, Radiotherapeutisch instituut Stedendriehoek eo AGB-code 20000986, Arnhems radiotherapeutisch instituut AGB-code 20000987, Zeeuws radiotherapeutisch instituut AGB-code 20000988, Dr. Bernard Verbeeten instituut AGB-code 20000989 en Maastric Clinic AGB-code 20000990 - Audiologische centra Audiologisch centrum AGB-code 19009326, Stichting audiologisch centrum Twente AGB-code 19009327, audiologisch centrum Zwolle AGB-code 19009328, audiologisch centrum Amersfoort AGB-code 19009329, Stichting audiologisch centrum Rotterdam AGB-code 19009330, Effatha Guyot audiologische centra AGB-code 19009331, audiologisch centrum Holland Noord (ACHN) AGB-code 19009332, audiologisch centrum Effatha AGB-code 19009334, Stichting audiologisch centrum Eindhoven AGB-code 19009335, Stichting audiologisch centrum Rotterdam AGB-code 19009336, audiologisch centrum Tilburg-Breda AGB-code 19009337, audiologisch centrum Hoensbroek AGB-code 19009338, Instituut Sint Marie AGB-code 19009349, Viataal AGB-code 19009349, audiologisch centrum Rotterdam AGB-code 19009351 en audiologisch centrum Assen AGB-code 19009352 - Epilepsiecentra SEIN Epilepsiecentrum AGB-code 060702, Stichting Kempenhaeghe AGB-code 061002 en Stichting Hans Berger Kliniek AGB-code 061003 |

| 6. Aanvullende informatie risicoverevening | |
|---|---|
| Nummer | Omschrijving |
| 6.1. | Algemeen |
| 6.2. | Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ 2009) |
| 6.3. | Gegevensvraag persoonskenmerken |
| 6.4. | Gegevensvraag farmacie kosten groepen (FKG's) |
| 6.5. | Gegevensvraag diagnose kosten groepen (DKG's) |
| 6.6. | Gegevensvraag GGZ-gegevens |
| 6.7. | Gegevensvraag hoge kosten compensatie (HKC) |

Aanvullende informatie risicoverevening

Hoofdstuk 6 gaat over de aanvullende gegevens die u, naast de kwartaal- en jaarstaten, in het kader van de risicoverevening moet aanleveren. In paragraaf 6.1. is een notitie opgenomen over de structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening. Paragraaf 6.2. gaat over de aanlevering van het RBVZ 2009. De paragrafen 6.3. tot en met 6.6. gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde (persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens en GGZ-gegevens). In deze versie van het handboek is de informatie opgenomen die afkomstig is uit de brief van het CVZ van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010. In paragraaf 6.1. is de e-mail van 1 april 2010 verwerkt over een tweede aanlevermoment van het RBVZ 2008.

In paragraaf 6.7. is de gegevensvraag hoge kosten compensatie opgenomen. De toelichting in 6.7. gaat over de hogekostencompensatie Zvw 2007. De toelichting bij de opgave hogekostencompensatie (HKC) 2008 is nog niet in deze versie van het handboek opgenomen. De inzenddatum voor de HKC opgave 2008 is 1 november 2010. De toelichting ontvangt u uiterlijk in juli 2010.

De paragraaf over de toelichting nacalculatie en renteberekening is vervallen. Begin 2010 ontvangt u hierover nadere informatie.

| | |
|--|---------------------|
| 6.1. Structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening | |
| Nummer | Omschrijving |

Algemeen

In deze paragraaf is een notitie opgenomen over de structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening. Deze notitie is in samenspraak met ZN en VWS tot stand gekomen.

De consequenties van het wijzigen van het schadebegrip, met terugwerkende kracht tot 2006, zijn in deze notitie verwerkt.

6.1. De structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening Zvw

1. Inleiding

Doel en afbakening

Deze notitie heeft als doel om de structurele informatiebehoefte van het CVZ te beschrijven in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening Zvw. De structurele informatiebehoefte bestaat uit gegevens over de verzekerden en gegevens over de kosten. De technische uitwerking van de informatievoorziening inclusief de pseudonimisering valt buiten het bereik van deze notitie.

Indeling van de notitie

De notitie is als volgt opgebouwd.

Beschrijving van de producten, die het CVZ genereert bij de uitvoering van de risicoverevening Zvw en de gegevens die het CVZ daarbij nodig heeft.

In deze notitie worden 2 verschillende invalshoeken gepresenteerd, te weten:

- De invalshoek waarbij de producten in een kalenderjaar worden vermeld (tabel 1).
- De invalshoek waarbij de producten in een bijdragejaar worden vermeld (tabel 2).

Bij de bepaling van de inhoud en het moment van uitbrengen van de producten, hanteert het CVZ als vertrekpunt zoveel mogelijk de structurele processen bij de zorgverzekeraars.

2. De producten van het CVZ in een kalenderjaar (in de structurele situatie)

Afgeleid van de activiteiten van de zorgverzekeraar en gegeven de taken van het CVZ in het kader van de risicoverevening, kunnen zeven producten worden onderscheiden die het CVZ uitvoert **in** het kalenderjaar t. De volgorde in het kalenderjaar waarin deze stappen door het CVZ worden uitgevoerd staat verderop in tabel 1. In onderstaand overzicht zijn de stappen in een volgorde gepresenteerd zoals die geldt voor de vereveningscyclus voor één vereveningsjaar:

1. De verzekerdenraming en de toekenning van de ex-ante vereveningsbijdrage over jaar t (voor 15 oktober jaar t-1). De vastgestelde ex-ante bijdragen zijn beschikkingen (in de zin van de Algemene wet bestuursrecht). Voorafgaand aan de vaststelling van de ex-ante bijdragen publiceert het CVZ op internet (spiegelbank) zo snel mogelijk na Prinsjesdag de verzekerdenraming en de normgewichten/ parameterwaarden ter voorinformatie aan de zorgverzekeraars.
2. De herziening van de toekenning van de ex-ante vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t). Dit wordt ook wel de lenteherberekening genoemd. De herziening van de ex-ante bijdragen is een beschikking.
3. De voorinformatie over door het CVZ betaalde kosten buitenland in jaar t (voor 15 februari jaar t+1).
4. De eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 september jaar t+1). Dit is een beschikking.
5. De resultaten opbrengstverrekening ziekenhuizen en overige instellingen over jaar t (voor 1 september jaar t+2). De opbrengstverrekening is een beschikking van de NZa.
6. De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 september jaar t+3). Dit is een beschikking.
7. De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t (voor 1 april jaar t+4). Dit is een beschikking. De definitieve vaststelling over 2006 staat gepland op uiterlijk 1 juli 2010.

Om deze zeven stappen uit te voeren heeft het CVZ gegevens nodig van zorgverzekeraars en andere partijen zoals de Belastingdienst en het UWV. Hierna zijn eerst enkele uitgangspunten beschreven die het CVZ hanteert. Vervolgens is een tabel opgenomen met daarin de verschillende gegevensstromen die nodig zijn voor de producten die het CVZ in 2010 uitbrengt.

Uitgangspunten ten aanzien van de gegevensaanlevering aan het CVZ

- Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t wordt uiteindelijk gebruik gemaakt van gegevens over jaar t. Uitzondering hierop zijn de onderdelen waarvoor gegevens over jaar t-1 worden gebruikt, te weten de FKG's, de DKG's (voor beiden werden voor de bijdragejaren 2006 en 2007 wel gegevens over jaar t gebruikt) en de lage en hoge drempelwaarde GGZ-kosten.
- De gegevens worden eenmalig aangeleverd over een jaar en zijn daarmee zo spoedig mogelijk definitief, behoudens correcties van de NZa voor zover van toepassing. De volgende bestanden/gegevens worden eenmalig aangeleverd:
persoonskenmerkenbestand, overige bestanden met persoonskenmerken (uitstroombestand, verzekerden met bevestigd E106, verzekerden zonder BSN), gegevens ten behoeve van FKG's, DKG's en opbrengstverrekening, opgave hoge kostencompensatie en het RBVZ. De enige uitzondering op de eenmalige aanlevering zijn de kostengegevens in de jaarstaat. De kostengegevens over jaar t worden drie keer aangeleverd, waarbij de laatste aanlevering definitief is. Voor het RBVZ over 2006, 2007 en 2008 en het bestand 'verzekerden zonder BSN' over 2008 is een uitzondering gemaakt en heeft nog een tweede aanlevering in jaar T+2 plaatsgevonden.
- Na de 1^e voorlopige vaststelling zijn de volgende bestanden/gegevens definitief: persoonskenmerkenbestand (inclusief correcties NZa), verzekerden met bevestigd E106 jaar t, uitstroombestand jaar t, door het CVZ betaalde kosten buitenland, gegevens ten behoeve van FKG's (inclusief correcties NZa), gegevens ten behoeve van DKG's en het RBVZ. De laatste twee bestanden zijn behoudens correcties van de NZa (voor het RBVZ geldt dit met ingang van het bestand over 2009), die worden verwerkt bij de 2^e voorlopige vaststelling.
- Na de 2^e voorlopige vaststelling zijn de volgende bestanden/gegevens definitief: verzekerden zonder BSN jaar t, uitstroombestand jaar t+1, gegevens ten behoeve van opbrengstverrekening jaar t (inclusief correcties NZa), AVI en SES, opgave hoge kostencompensatie (inclusief correcties NZa) en de definitieve kosten jaar t in de jaarstaat t+2. Het laatste bestand is behoudens correcties van de NZa, die worden verwerkt bij de definitieve vaststelling.
- Bij de aanleverdatum van de gegevens wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de planning van de processen bij zorgverzekeraars en met de planning van de hiervoor genoemde producten 1 t/m 7 bij het CVZ.

Tabellen gegevensaanlevering in relatie tot producten van het CVZ

In tabel 1 zijn de werkzaamheden in combinatie met de gegevensaanlevering in het kalenderjaar 2010 als uitgangspunt genomen. In tabel 2 is het bijdragejaar 2010 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het bijdragejaar 2010 gepresenteerd.

Op de horizontale as staan respectievelijk de gegevensstromen over verzekerden en kosten. Op de verticale as staan de zeven producten in het uitvoeringsproces van het CVZ.

De eerste aanduiding betreft het verslagjaar of peildatum waarop het gegeven betrekking heeft. De aanduiding daaronder betreft het aanlevermoment van het gegeven aan het CVZ.

Daar waar in de tabel de term peildatum wordt gehanteerd, betreft het gegevens op een bepaald moment, die als proxy wordt gebruikt voor de gemiddelde stand van een geheel jaar. Als in de tabel de term 'jaar' wordt gehanteerd, betekent dit dat het een 'jaargegeven' betreft.

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Tabel 1: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van het CVZ in 2010

| | | GEGEVENS OVER VERZEKERDEN | | | | | | | GEGEVENS OVER KOSTEN | | |
|----|---|---------------------------|---------------------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------|
| | | Verzekerde periode | Persoons-kenmerken l/g en postcode | Persoons-kenmerken Uitstroom | FKG's | DKG's | GGZ gegevens | AVI | SES | Kosten | Hoge kosten 5) |
| Nr | Producten CVZ in 2010 | SA-Z (RBVZ) | Zorgverzekeraar | | | | UWV, BD | BD | Zorgverzekeraar | | |
| 1 | Voorinformatie kosten buitenland 2009 Voor 15 februari 2010 | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | Betaalde kosten door het CVZ in 2009 (1) | nvt |
| 2 | Herziening ex ante 2010 (Lente herberekening) Voor 1 april 2010 | nvt | 2) | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt |
| 3 | Definitieve vaststelling 2006 Voor 1 juli 2010 | geen nieuwe informatie | | | | nvt | geen nieuwe informatie | nvt | geen nieuwe informatie | | |
| 4 | 2 ^e voorlopige vaststelling 2007 Voor 1 september 2010 | Jaar 2007, 1 juni 2009 | Peildatum 1 juni 2007, 7 juni 2007 | Jaar 2007, 1 nov 2008 Jaar 2008, 1 juli 2009 | Jaar 2007, 1 juni 2008 | Jaar 2007, 1 juni 2009 | nvt | Peildatum 30 juni 2007, juli 2009 | nvt | Definitieve kosten 2007 in jaarstaat 2009, 1 juni 2010 | Jaar 2007, 1 november 2009 |
| 5 | 1 ^e Voorlopige vaststelling 2009 Voor 1 september 2010 | Jaar 2009, 1 juli 2010 | Peildatum 1 juni 2009, 1 juli 2009 3) | Jaar 2009, 1 juni 2010 | Jaar 2008, 1 juni 2009 | Jaar 2008, 1 juni 2010 | nvt | Peildatum 30 juni 2009, juli 2010 | Jaar 2008 en eerder, 1 juni 2010 | Voorlopige kosten 2009 in jaarstaat 2009, 1 juni 2010 | nog geen informatie beschikbaar |
| 6 | Opbrengstverrekening ziekenhuizen en overige instellingen 2008 Voor 1 september 2010 | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | Kosten A DBC's in 2008 (4), 1 juni 2010 | nvt |
| 7 | Ex-ante vaststelling en verzekerdenraming 2011 Voor 15 oktober 2010 (Voorinformatie z.s.m. na Prinsjesdag) | nvt | Peildatum 1 juni 2010, 1 juli 2010 | nvt | Jaar 2009, 1 juni 2010 | Jaar 2008, 1 juni 2010 | Jaar 2008, 1 juni 2010 | Peildatum 30 juni 2009 en/of 27 jan. 2010, juni 2010 | Jaar 2008 en eerder, 1 juni 2010 | nvt | nvt |

1) De schadegegevens t.b.v. de voorinformatie kosten buitenland, zijn afkomstig van het CVZ zelf (afdeling Buitenland). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn jaarstaat.

2) Voor de herziening (stap 2) wordt geen nieuw verzekerdenkenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het CVZ het aantal verzekerden per verzekeraar nodig, dat wordt aangeleverd in de kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2010.

3) Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2009 wordt tevens het jaarbestand verzekerden met bevestigd E106 gebruikt. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2009 wordt daarnaast het jaarbestand persoonskenmerken uitstroom 2010 gebruikt en het jaarbestand verzekerden zonder BSN 2009.

4) Naast A DBC's wordt ook informatie gevraagd over B DBC's, verpleegdagen en RBU's. In Hoofdstuk 7 wordt u hierover nader geïnformeerd. De beschikkingen opbrengstverrekening van de NZa over 2008 verwerkt het CVZ bij de 2^e voorlopige vaststelling 2008.

5) Op 1 november 2010 moet de HKC opgave 2008 worden aangeleverd. Deze cijfers worden in 2011 verwerkt in de 2^e VV 2008 (incl. correcties NZa). De zorgverzekeraars ontvangen in 2010 een e-mail met hun HKC cijfers, gespiegeld aan landelijk. Dit serviceproduct is niet in dit overzicht meegenomen.

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Tabel 2: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van het CVZ m.b.t. bijdragejaar 2010

| | | GEGEVENS OVER VERZEKERDEN | | | | | | | | GEGEVENS OVER KOSTEN | |
|----|--|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------|
| | | Verzekerde periode | Persoons-kenmerken l/g en postcode | Persoons-kenmerken Uitstroom | FKG's | DKG's | GGZ gegevens | AVI | SES | Kosten | Hoge kosten 6) |
| Nr | Producten CVZ over bijdragejaar 2010 | SA-Z (RBVZ) | Zorgverzekeraar | | | | | UWV, BD | BD | Zorgverzekeraar | |
| 1 | Ex-ante vaststelling en verzekerdraming 2010 Voor 15 oktober 2009 (Voorinformatie z.s.m. na Prinsjesdag) | nvt | Peildatum 1 juni 2009, 1 juli 2009 | nvt | Jaar 2008, 1 juni 2009 | Jaar 2007, 1 juni 2009 | (1) | Peildatum 30 juni 2008 en/of 27 jan. 2009, juni 2009 | Jaar 2007 en eerder, 1 juni 2009 | | nvt |
| 2 | Herziening ex ante 2010 (Lente herberekening) Voor 1 april 2010 | nvt | 2) | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt |
| 3 | Voorinformatie kosten buitenland 2010 Voor 15 februari 2011 | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | Betaalde kosten door het CVZ in 2010 (3) | nvt |
| 4 | 1 ^e Voorlopige vaststelling 2010 Voor 1 september 2011 | Jaar 2010, 1 juli 2011 | Peildatum 1 juni 2010, 1 juli 2010 4) | Jaar 2010, 1 juli 2011 | Jaar 2009, 1 juni 2010 | Jaar 2009, 1 juni 2011 | Jaar 2009, 1 juni 2011 | Peildatum 30 juni 2010, juli 2011 | Jaar 2009 en eerder, 1 juni 2011 | Voorlopige kosten 2010 in jaarstaat 2010, 1 juni 2011 | nog geen informatie beschikbaar |
| 5 | Opbrengstverrekening ziekenhuizen en overige instellingen 2010 Voor 1 september 2012 | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | Kosten A DBC's in 2010 (5), 1 juni 2012 | nvt |
| 6 | 2 ^e voorlopige vaststelling 2010 Voor 1 september 2013 | geen nieuwe informatie | Peildatum 1 juni 2010, 1 juli 2010 4) | Jaar 2011, 1 juli 2012 | geen nieuwe informatie | geen nieuwe informatie | geen nieuwe informatie | Peildatum 30 juni 2010, juli 2012 | Jaar 2010 en eerder, 1 juni 2012 | Definitieve kosten 2010 in jaarstaat 2012, 1 juni 2013 | Jaar 2010, 1 november 2012 |
| 7 | Definitieve vaststelling 2010 Voor 1 april 2014 | geen nieuwe informatie | | | | | | | | | |

1) Informatie inzake GGZ kosten (hoge/lage drempelklasse) is bij deze ex-ante afkomstig van onderzoeksbureau APE. Bij de 1^e VV 2010 wordt gebruik gemaakt van de ontvangen gegevens van de zorgverzekeraars.

2) Voor de herziening (stap 2) wordt geen nieuw verzekerdenkenmerkenbestand (per verzekerde) opgevraagd. Wel heeft het CVZ het aantal verzekerden per zorgverzekeraar nodig, dat de zorgverzekeraar aangelevert in de kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2010.

3) De schadegegevens t.b.v. de voorinformatie kosten buitenland, zijn afkomstig van het CVZ zelf (afdeling Buitenland). De zorgverzekeraar is verplicht om deze gegevens te verantwoorden in zijn jaarstaat.

4) Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2010 wordt tevens het jaarbestand verzekerden met bevestigd E106 gebruikt. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2010 wordt daarnaast het jaarbestand persoonskenmerken uitstroom 2011 gebruikt en het jaarbestand verzekerden zonder BSN 2010.

5) Naast A DBC's wordt ook informatie gevraagd over B DBC's, verpleegdagen en RBU's. In Hoofdstuk 7 wordt u hierover nader geïnformeerd. De beschikkingen opbrengstverrekening van de NZa over 2010 verwerkt het CVZ bij de 2^e voorlopige vaststelling 2010.

6) Op 1 november 2012 moet de HKC opgave 2010 worden aangeleverd. Deze cijfers worden in 2013 verwerkt in de 2^e VV 2010 (incl. correcties NZa). De zorgverzekeraars ontvangen in 2012 een e-mail met hun HKC cijfers, gespiegeld aan landelijk. Dit serviceproduct is niet in dit overzicht meegenomen.

Hierna volgt een nadere uitwerking per gegevensstroom: eerst een algemene toelichting op de gegevensstroom en vervolgens de consequenties van de hiervoor genoemde uitgangspunten en van de uitwerking in de tabel. Bij deze uitwerking is tabel 1 als uitgangspunt genomen.

Nadere toelichting: gegevens over verzekerden

- **Verzekerde perioden Referentiebestand verzekerden zorgverzekeringswet (RBVZ)**

Toelichting

Vanaf 2006 is ervoor gekozen om de verzekerdenaantallen te baseren op de verzekerde periodes in het RBVZ. Het CVZ bepaalt op dagbasis de verzekerde periode per verzekerde per verzekeraar. Daarbij worden de perioden waarin een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars staat ingeschreven, over de desbetreffende zorgverzekeraars verdeeld. Het RBVZ bevat de volgende gegevenselementen: BSN, UZOVI verzekeraar, begindatum verzekering, einddatum verzekering.

Consequenties van de uitgangspunten en tabel 2:

Het bestand 2010 wordt eenmalig en definitief aangeleverd in 2011. Voor de jaren 2006, 2007 en 2008 gold de uitzondering dat een tweede versie van het bestand is aangeleverd in t+2.

- **Persoonskenmerken**

Toelichting

De persoonskenmerken leeftijd (geboortemaand en -jaar), geslacht en adresgegevens vraagt het CVZ eenmaal per jaar op in het persoonskenmerkenbestand, met als peildatum de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni.

Leeftijdbepaling

Voor de ex ante verzekerdenraming berekent het CVZ de leeftijd. Voor de ex ante verzekerdenraming 2010 gebruikt het CVZ het persoonskenmerkenbestand 2009. De leeftijd wordt berekend op 31 mei 2009. Op basis van gegevens van het CBS, wordt het aantal verzekerden per 1 juli 2011 geraamd naar leeftijds- en geslachtsklasse. Voor de uitvoering van de 1^e VV 2010 is het RBVZ over het vereveningsjaar 2010 beschikbaar. Om evenredige cohorten te krijgen voor de leeftijdsopbouw wordt bij de vaststellingen de leeftijd bepaald medio het vereveningsjaar, dus 30 juni 2010. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2010, wordt de leeftijd op nul gesteld. Indien een verzekerde in het persoonskenmerkenbestand over verschillende jaren verschillende geboortedata heeft (of geslachtwijzigingen), dan zal het CVZ voor de leeftijd (en het geslacht) uitgaan van de geboortemaand en -jaar die in het persoonskenmerkenbestand zijn opgenomen van het vereveningsjaar.

SES en PPA-classificatie

Voor de bepaling van de gezinsgrootte ten behoeve van de sociaal economische status (SES) en de éénpersoonsadresindeling, gebruikt het CVZ de adresgegevens, die zijn gepseudonimiseerd door ZorgTTP (adresleutel).

Regio-indeling

Voor de bepaling van de regio-indeling maakt het CVZ gebruik van de viercijferige postcode in het persoonskenmerkenbestand. Indien bij de ex-ante verzekerdenraming de postcode ontbreekt, dan deelt het CVZ de verzekerde in in de klasse met ontbrekende postcodes.

Verzekerden die ontbreken in het persoonskenmerkenbestand

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2010 bepaalt het CVZ de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio door het RBVZ-bestand over het vereveningsjaar te koppelen aan de persoonskenmerkenbestanden van verschillende jaren. In eerste instantie wordt het RBVZ bestand over 2010 gekoppeld aan het persoonskenmerkenbestand 2010 op peildatum 1 juni 2010. Wanneer het RBVZ-bestand BSN's bevat die niet voorkomen in dát persoonskenmerkenbestand, dan

wordt ook het persoonskenmerkenbestanden per 1 juni 2011 en eventueel – indien het BSN nummer nog niet is gevonden - het PKB van 1 juni 2009 gebruikt om de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio te bepalen.

Het is ook mogelijk dat een verzekerde in geen enkel persoonskenmerkenbestand voorkomt. Enerzijds betreft dit verzekerden die nooit in het bestand persoonskenmerken terechtkomen omdat zij in de maand juni niet (meer) Zvw verzekerd zijn, maar dat in een andere periode wel zijn geweest (bijvoorbeeld in de periode januari tot en met mei 2010 of de periode juli 2010 tot en met mei 2011). Anderzijds betreft het de zeer hoge uitzonderingsgevallen waarin er sprake is van verzekeringsplichtigheid en de verzekerde geen BSN heeft (en krijgt). Voor beide groepen vraagt het CVZ aparte bestanden op die uitsluitend worden gebruikt bij de vaststellingen.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juli 2011 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de persoonskenmerken te bepalen van verzekerden 2010. Dit geldt niet voor

- de persoonskenmerken van verzekerden die na de peildatum van het persoonskenmerkenbestand 2010 zijn ingestroomd en die in 2011, maar vóór de peildatum van het persoonskenmerkenbestand 2011 weer zijn uitgestroomd. De persoonskenmerken van die verzekerden ontvangt het CVZ in het bestand persoonskenmerken uitstroom 2011 op 1 juli 2012.
- De persoonskenmerken van verzekerden zonder BSN 2010. De persoonskenmerken van die verzekerden ontvangt het CVZ in het bestand verzekerden zonder BSN 2010 op 1 november 2011.

- **FKG's (Farmacie-declaraties)**

Toelichting

In de opgave voor de bepaling van de FKG's betreft de zorgverzekeraar de ontvangen farmacie-declaraties voor zorg verleend in het betreffende verslagjaar. Met ingang van het vereveningsbijdragejaar 2008 (jaar t) worden de FKG's bepaald op basis van de farmaciedeclaraties over het jaar 2007 (jaar t-1). In 2006 en 2007 werd gebruik gemaakt van declaraties over jaar t.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juni 2010 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2009. De na 1 juni 2010 ontvangen farmaciedeclaraties over 2009 kunnen nog wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal FKG-verzekerden in het bijdragejaar 2010 (op basis van farmaciedeclaraties over 2009).

- **DKG's (DBC-declaraties)**

Toelichting

In de opgave voor de bepaling van de DKG's betreft de zorgverzekeraar de ontvangen DBC-declaraties voor DBC's die zijn geopend in het betreffende verslagjaar. Met ingang van het vereveningsbijdragejaar 2008 (jaar t) worden de DKG's bepaald op basis van declaraties van DBC's die zijn geopend in het jaar 2007 (jaar t-1). Tot 2008 werd gebruik gemaakt van declaraties van DBC's die zijn geopend in het jaar t.

Consequenties van uitgangspunten en tabel

Na 1 juni 2011 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2009. De na 1 juni 2011 ontvangen declaraties van DBC's geopend in 2009 kunnen nog wel worden meegenomen in de verantwoording van de kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van het aantal DKG-verzekerden in het bijdragejaar 2010 (op basis van declaraties van DBC's geopend in 2009).

- **GGZ-Kosten hoge/lage drempelklasse (GGZ-declaraties)**

Toelichting

In de opgave voor de bepaling van de GGZ-kosten hoge/lage drempelklasse betreft de zorgverzekeraar de ontvangen GGZ-declaraties voor zorg verleend in/DBC's die

zijn geopend in het betreffende verslagjaar. De GGZ-kosten hoge/lage drempelklasse gelden met ingang van het vereveningsbijdragejaar 2010 (jaar t) en worden bepaald op basis van GGZ-declaraties over het jaar 2009 (jaar t-1).

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juni 2011 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2009. De na 1 juni 2011 ontvangen GGZ-declaraties kunnen nog wel worden meegenomen in de verantwoording van de GGZ-kosten in de jaarstaat, maar leiden niet meer tot aanpassing van de GGZ-kosten hoge/lage drempelklasse in het bijdragejaar 2010 (op basis van GGZ-declaraties over 2009).

- **Aard van het inkomen (AVI)**

Toelichting

Het CVZ ontvangt jaarlijks gegevens van het UWV en de Belastingdienst over jaar t, t-1 en t-2. De gegevens van het UWV bevatten per verzekerde informatie over alle inkomensverhoudingen en zijn door het UWV gegenereerd op de peildatum die het CVZ aangeeft (27 januari jaar t, 30 juni jaar t-1 en 30 juni jaar t-2). De gegevens van de Belastingdienst bevatten per verzekerde informatie over de begin- en einddatum van alle zelfstandig ondernemerschappen. Hiermee bepaalt het CVZ op de peildatum tot welke AVI-klasse de verzekerde behoort. Voor de ex-ante 2011 wordt een zo recent mogelijke peildatum genomen met voldoende datavulling. Bij de vaststellingen wordt de peildatum 30 juni jaar t gehanteerd.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij elke vaststelling wordt gebruik gemaakt van een zo recent mogelijk bestand over 2010. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

- **Sociaal Economische Status (SES)**

Toelichting

Het CVZ ontvangt van de Belastingdienst in jaar t een bestand met de inkomensgegevens over jaar t-2 en t-3. Indien geen inkomensgegevens voor een verzekerde bekend zijn, wordt geprobeerd om met behulp van oudere bestanden een inkomen aan de verzekerde toe te wijzen. Vervolgens bepaalt het CVZ met behulp van een adresleutel het gemiddelde inkomen per hoofd van een bepaald adres. Dit is de basis voor de bepaling van de SES.

Bij de 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling van de SES voor bijdragejaar t gaat het CVZ uit van inkomensgegevens over jaar t, en zonodig eerdere jaren. Bij de 1^e voorlopige vaststelling jaar t zijn er nog geen gegevens beschikbaar over jaar t en maakt het CVZ gebruik van gegevens over jaar t-1, en zonodig eerdere jaren.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij elke vaststelling wordt gebruik gemaakt van (een) zo recent mogelijk(e) bestand(en) over een zo recent mogelijk jaar. Na de 2^e voorlopige vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt.

Nadere toelichting: gegevens over kosten

- **Voorlopige kosten over jaar t**

Toelichting

In de jaarstaat over jaar t geeft de verzekeraar de verwachte kosten over jaar t op en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar de deelbijdragen. In 2010 betreft het de deelbijdragen ziekenhuisverpleging vast, ziekenhuisverpleging variabel, B-DBC's, geneeskundige GGZ-kosten en overige prestaties.

De jaarstaat wordt opgevraagd per 1 juni t+1. Deze datum sluit aan bij de jaarstaat die aan De Nederlandsche Bank wordt aangeleverd. Voor de ultimo de verslagperiode nog te ontvangen declaraties over jaar t, neemt de verzekeraar een raming op.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

De voorlopige kosten over 2010 (de som van de ultimo 2010 ontvangen declaraties over 2010 en de raming van de ultimo 2010 nog te ontvangen declaraties over 2010) betreft het CVZ bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2010 in 2011.

- **Definitieve kosten over jaar t**

Toelichting

In maart 2009 heeft VWS besloten om met terugwerkende kracht tot 2006 het schadebegrip te wijzigen. De wijziging geldt voor alle prestaties Zvw, maar heeft met name gevolgen voor de medisch specialistische zorg. Dit heeft te maken met de lange doorlooptijd van de DBC's en het grote aandeel van de schade van de DBC's in de totale Zvw schade. Door deze aanpassing worden bij de 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over jaar t de ontvangen declaraties over jaar t in jaar t, jaar t+1 én jaar t+2 meegenomen.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

De administratieve gevolgen zijn aanzienlijk. Voor de schadegegevens 2006 is een herziene uitvraag gedaan en de gegevensvraag voor de verdere jaren is aangepast. Nadeel van dit veranderde schadebegrip is dat het langer duurt voordat de schade van een jaar definitief kan worden vastgesteld. Voordeel is dat in de (2^e en definitieve) vaststelling nagenoeg de volledige schade over het betreffende vereveningsjaar wordt meegenomen. Door deze aanpassing van het schadebegrip was 2009 wat betreft de gegevensvraag een jaar met een trendbreuk. In de oude situatie was er sprake van één voorlopige vaststelling (in t+1) en een definitieve vaststelling (in t+2). Nu is de structurele situatie voor één vereveningsjaar (jaar t) als volgt: er is een 1^e VV in t+1, een 2^e VV in t+3 en een definitieve vaststelling in t+4. Bij de 2^e voorlopige vaststelling over 2010 in 2013 worden de definitieve kosten over 2010 betrokken op basis van de jaarstaat 2012 (de in 2010 en 2011 ontvangen declaraties over 2010 en de in 2012 ontvangen declaraties over 2010 en ouder). Bij de definitieve vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt, maar uitsluitend nog correcties van de NZa verwerkt op de definitieve kosten 2010 in de jaarstaat 2011.

- **Hogekostencompensatie**

Toelichting

In de hogekostencompensatie (HKC) doet de verzekeraar een opgave van de kosten boven een vastgestelde drempel, die hij inbrengt in de HKC. De HKC over jaar t moet worden aangeleverd op 1 november t+2.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Declaraties over 2010 die na 1 november 2012 zijn ontvangen lopen niet mee in de hogekostencompensatie van 2010 (en ook niet van een later jaar).

| 6.2. Gegevensvraag RBVZ | |
|--------------------------------|--|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.2. | Gegevensvraag Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet 2009 |

Gegevensvraag Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ)

In paragraaf 6.2. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet 2009. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zw mét accountantsproduct in 2010 van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476).

6.2. Gegevensvraag RBVZ

Gebruik van de gegevens

Bij de 1^e en 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling baseert het CVZ zich voor het aantal ingeschreven verzekerden en de ingeschreven periode op de gegevens in het RBVZ over het betreffende jaar. Tot en met de gegevens over 2008 ontving het CVZ van de stichting Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z) een bestand waarin de gegevens van alle risicodragende zorgverzekeraars waren opgenomen (zonder assurancerapport). Met ingang van de gegevens over 2009 moet de risicodragende zorgverzekeraar (hierna: zorgverzekeraar) zijn eigen deelbestand in het RBVZ (op basis van de door hem aan SA-Z aangeleverde gegevens) tezamen met een bestuursverklaring en een assurancerapport aanleveren. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Procedure

Over de procedure heeft het CVZ afstemming gehad met SA-Z.

Per 1 maart 2010 maakt SAZ een verantwoordingsbestand per zorgverzekeraar en stuurt dat uiterlijk 4 maart 2010 aan de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar doet in de periode tot 15 mei 2010 onderzoek naar de juistheid van het verantwoordingsbestand conform het in het protocol van de NZa opgenomen normenkader. Correcties op het ontvangen verantwoordingsbestand stuurt de zorgverzekeraar – op de daarvoor gebruikelijke wijze - uiterlijk 14 mei 2010 aan SA-Z. Volmachten kunnen hun correcties rechtstreeks aan SA-Z sturen.

Per 15 mei 2010 maakt SA-Z een tweede, definitief verantwoordingsbestand per zorgverzekeraar en stuurt dat uiterlijk 19 mei 2010 aan de zorgverzekeraar.

De check op dit gecorrigeerde bestand bestaat uit een controle of de opgegeven correcties goed zijn aangebracht door SA-Z (in beginsel zouden hier geen verschillen uit naar voren mogen komen). Eventuele verschillen die toch voorkomen kunnen worden toegelicht in de bestuursverklaring en eventueel het assurancerapport.

De zorgverzekeraar meldt per e-mail aan SA-Z wanneer, met als uiterste datum 30 juni 2010, SA-Z het bestand aan ZorgTTP kan sturen. Op datzelfde moment stuurt de zorgverzekeraar de bestuursverklaring en het assurancerapport bij dit bestand naar de NZa.

De melding aan SA-Z is verplicht, zonder melding stuurt SA-Z het bestand niet naar ZorgTTP.

Op te leveren gegevens

De record lay-out vindt u in hoofdstuk 8. Daarnaast zal ook SA-Z u nog informeren.

In het detailrecord zullen in ieder geval worden opgenomen:

- Geverifieerd BSN/sofinummer;
- Begindatum verzekering;
- Einddatum verzekering;
- Fractie verzekerde periode in 2009;
- UZOVI-nummer volmacht (indien van toepassing)

In het sluitrecord zullen in ieder geval worden opgenomen:

- totaal aantal detailrecords in het bestand;
- totaal aantal unieke BSN's in het bestand;
- totaal aantal verzekerdenjaren 2009 in het bestand (de som van de fracties verzekerde periode 2009 in het detailrecord).

NB De velden in het verantwoordingsbestand over 2009 zijn niet gescheiden door een puntkomma. Dit is een wijziging ten opzichte van het bestand dat SA-Z u tot nu toe stuurde ter verantwoording van de gegevens die SA-Z aan het CVZ had gestuurd (velden wél gescheiden door een puntkomma).

Bestuursverklaring bij het bestand RBVZ

*De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa. Een elektronische versie van de bestuursverklaring én aanvullende gegevens stuurt u aan het CVZ.*

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat het op(datum) aan SA-Z gemeld heeft dat het bestand 'RBVZ 2009' met bestandsnaam (conform CVZ specificatie) kan worden toegestuurd aan ZorgTTP.

In het bestand zijn opgenomen alle Zorgverzekeringswetplichtigen die in 2009 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009) en van wie het BSN is geverifieerd.

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen en een totaal verzekerdenjaren van (de optelling van de verzekerdenjaren zoals opgenomen in het sluitrecord van het bestand).

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat de melding aan SA-Z is gedaan, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd en tevens de bestuursverklaring in elektronische vorm aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'RBVZ 2009' zijn naar het oordeel van het bestuur juist.

Het bestuur heeft zich er van vergewist dat de gegevens in deze bestuursverklaring, inclusief de aanvullende informatie bij deze bestuursverklaring, juist zijn, in overeenstemming zijn met het aangeleverde bestand.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'RBVZ 2009' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2009 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Aanvullende informatie RBVZ 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

| 6.3. Gegevensvraag persoonskenmerken | |
|---|---|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.3.1. | Gegevensvraag persoonskenmerken 2010 |
| 6.3.2. | Gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2009 |
| 6.3.3. | Gegevensvraag verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier |

Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 6.3. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken. Deze gegevensvraag persoonskenmerken bestaat uit drie afzonderlijke uitvragen namelijk:

- Bestand persoonskenmerken
- (Aanvullend) bestand persoonskenmerken uitstroom
- (Aanvullend) bestand verzekerden met bevestigd E106 formulier

De toelichting bij het bestand persoonskenmerken 2010 in paragraaf 6.3.1. is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010 van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476).

Het bestand persoonskenmerken uitstroom 2009 en het bestand verzekerden met een bevestigd E-106 formulier 2009 levert u aan zonder accountantsproduct, maar mét een bestuursverklaring. De inrichtingsvoorschriften zijn opgenomen in deze versie van het handboek, respectievelijk paragraaf 6.3.2. en 6.3.3.

De opgave verzekerden zonder BSN 2009 moet worden aangeleverd op 1 november 2010. U bent hierover per e-mail van 1 april 2010 geïnformeerd. Daarnaast moet u op 1 november 2010 nogmaals het bestand verzekerden zonder BSN 2008 aanleveren. Alle bestanden 2008 die zorgverzekeraars uiterlijk op 1 juli 2009 aan het CVZ hebben aangeleverd, komen te vervallen.

De achtergrond van de herziene aanlevering over 2008 is dat zich in 2008 op grote schaal problemen hebben voorgedaan bij de verificatie van sofinummers voor niet-ingezetenen door de Belastingdienst (die sofinummers uitgeeft en verifieert voor niet-ingezetenen). Hierdoor zijn die verzekerden niet opgenomen in het RBVZ en ten onrechte opgenomen in het bestand 'Verzekerden zonder BSN'. Na overleg tussen ZN, Vektis en de Belastingdienst hebben bij de Belastingdienst inmiddels een aantal verbeteracties plaatsgevonden. Wij gaan ervan uit dat de zorgverzekeraars er alles aan doen om bij de toetsing van de verzekeringsplicht en de inschrijving van de verzekerde de juiste gegevens te verzamelen en vast te leggen zodat aan de voorkant uitval bij de verificatie wordt voorkomen.

De structurele aanleverdatum voor het bestand 'Verzekerden zonder BSN' gaat naar 1 november T+1. Omdat de instructies voor de toelichting per opgenomen verzekerde worden aangescherpt is ervoor gekozen om de aanlevering niet in de periode juni/juli te laten plaatsvinden.

De instructies voor het bestand 'Verzekerden zonder BSN' worden in mei 2010 toegevoegd aan het Handboek. De aanscherping betreft dat in de toelichting per opgenomen verzekerde voortaan expliciet duidelijk moet worden dat het om een verzekeringsplichtige gaat en waarom er geen (geverifieerd) BSN/sofnummer is.

6.3.1. Gegevensvraag persoonskenmerken 2010

Relatie tussen de persoonskenmerken en de risicoverevening Zvw

Persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en de 4 cijfers van de postcode) zijn indicatoren voor de verwachte ziektekosten. Het risicovereveningsmodel vereent de verschillen in verwachte ziektekosten. Voor het bepalen van de specifieke (normatieve) bijdrage van een zorgverzekeraar is het noodzakelijk de persoonskenmerken te kennen die in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen.

Het CVZ ontvangt uitsluitend de 4 cijfers van de postcode. De volledige postcode, het huisnummer en de huisnummertoevoeging ontvangt het CVZ niet. Deze gegevens worden omgezet naar een adresleutel. De adresleutel is nodig in verband met de koppeling met de zogenoemde SES (Sociaal Economische Status) gegevens en voor de bepaling van het aantal personen per adres (een vereveningscriterium binnen het geneeskundige GGZ model).

Op te leveren gegevens in het bestand persoonskenmerken

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die op het peilmoment bij u zijn ingeschreven. Dit betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en gedetineerden. De peildatum voor het bestand persoonskenmerken is de datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni 2010.

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

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Postcode woonadres (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
3. Huisnummer woonadres;
4. Huisnummertoevoeging woonadres;
5. Geboortjaar en -maand;
6. Geslacht;
7. Identificatie buitenland, onderscheiden in E106 en niet-E106;

In hoofdstuk 8 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

In de op te leveren gegevens zijn geen wijzigingen ten opzichte van vorig jaar.

Wel zijn er een aantal aandachtspunten:

Geverifieerd BSN/sofinummer

Wij wijzen erop dat er uitsluitend geverifieerde BSN's mogen worden aangeleverd. Het BSN mag namelijk uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Woonadresgegevens

Bij voorkeur geeft u het GBA adres op. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Indien het een woonadres in het buitenland betreft (Identificatie buitenland moet in dat geval gecodeerd zijn met 2 of 3), dan neemt u bij de items woonadres spaties op.

In verband met de vorming van de adresleutel op basis van de woonadresgegevens en de koppeling aan de gegevens van de Belastingdienst ten behoeve van de SES, is het van groot belang dat u alle items correct invult, ook het item 'huisnummertoevoeging woonadres'. Daarnaast is het van belang dat u de adresgegevens van verzekerden die op hetzelfde adres wonen op exact dezelfde wijze opneemt.

6.3.1. Gegevensvraag persoonskenmerken 2010 – vervolg

'Identificatie buitenland'

Bij codering '2. Woonadres in het buitenland én verdragsformulier E106' neemt u uitsluitend verzekerden op voor wie u - op het peilmoment van het bestand - van het betreffende woonland, via CVZ, de bevestiging heeft ontvangen dat de verzekerde in het woonland is ingeschreven. Als de bevestiging na het peilmoment komt, dan verwerkt het CVZ de juist codering op basis van het bestand bevestigd E106 formulier dat u op 1 juli T+1 aanlevert. Als er meerdere verzekerde periodes voor dezelfde verzekerde zijn gedurende een kalenderjaar, dan is het voor de risicoverevening voldoende als er voor één van de periodes een bevestigd E-106 formulier aanwezig is. Als er in een volgend kalenderjaar weer een nieuwe verzekerde periode is voor dezelfde verzekerde, dan moet er voor dat kalenderjaar opnieuw een bevestigd E-106 formulier aanwezig zijn.

Ontbrekend BSN

Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af. Met ingang van 2010 is het niet meer toegestaan om verzekerden in het persoonskenmerkenbestand op te nemen die op de peildatum nog niet beschikken over een BSN. Het CVZ vroeg deze gegevens uitsluitend op ten behoeve van de macro ex-ante verzekerdenraming, maar gebruikt een andere methode om dit aantal verzekerden bij te ramen.

Bij de voorlopige en definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage maakte het CVZ al uitsluitend gebruik van de records mét een (juist en geverifieerd) BSN. Voor de in 2010 ingeschreven verzekerden baseert het CVZ zich op de BSN's in het RBVZ over 2010. Voor de bij die BSN's behorende persoonskenmerken maakt het CVZ primair gebruik van het persoonskenmerkenbestand over 2010, maar zonodig ook van de bestanden over 2009 en 2011 en van de uitstroombestanden.

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2010

De bestuursverklaring stuurt u, inclusief het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa. Een elektronische versie van de bestuursverklaring én aanvullende gegevens stuurt u aan het CVZ.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'persoonskenmerken 2010' met bestandsnaam(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die op de datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni 2010 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2010) met UZOVI-nummer(in 2010) en van wie het BSN is geverifieerd.

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'persoonskenmerken 2010' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd en tevens de bestuursverklaring in elektronische vorm aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2010' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken 2010' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2009 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Aanvullende informatie persoonskenmerken 2010:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Draaidatum premieprolongatie juni 2010:

6.3.2. Gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom 2009

Omdat het CVZ het bestand persoonskenmerken op een peildatum opvraagt (datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni), mist het CVZ van bepaalde verzekerden de persoonskenmerken (het BSN met inschrijfduur en UZOVI verzekeraar zijn wel bekend via RBVZ). Dit betreft verzekerden die nooit in het bestand persoonskenmerken terecht komen omdat zij in de maand juni niet (meer) als Zvw verzekerde staan ingeschreven, maar in een andere periode wel (bijvoorbeeld in de periode juli 2009 tot en met mei 2010).

Bij de voorlopige en definitieve vaststelling 2009 maakt het CVZ gebruik van het 'uitstroombestand' over 2009 om de nog ontbrekende persoonskenmerken te bepalen van verzekerden die

- in 2009, maar vóór de peildatum van het bestand persoonskenmerken 2009, zijn uitgestroomd (en die bovendien zijn ingestroomd na de peildatum van het bestand persoonskenmerken 2008);
- in 2009, maar na de peildatum van het bestand persoonskenmerken 2009, zijn ingestroomd en weer uitgestroomd voor het einde van 2009.

Bij de definitieve vaststelling 2009 maakt het CVZ tevens gebruik van het 'uitstroombestand' over 2010 voor de persoonskenmerken van verzekerden die

- in 2009, maar na de peildatum van het bestand persoonskenmerken 2009, zijn ingestroomd en die in 2010, maar vóór de peildatum van het bestand persoonskenmerken 2010, weer zijn uitgestroomd.

In het bestand over 2009 neemt u de Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden op die in 2009 zijn uitgestroomd. Het betreft ook de verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar.

Minimaal gaat het om die verzekerden die gedurende een periode in 2009 stonden ingeschreven, maar op een zodanig moment zijn in- en uitgestroomd dat zij niet in het persoonskenmerkenbestand van 2009 of 2008 of 2010 zijn opgenomen.

Het CVZ gaat ervan uit dat het voor u het makkelijkste is om in het 'uitstroombestand' over 2009 **alle** verzekerden op te nemen voor wie de basisverzekering Zvw op enig moment in 2009 bij uw zorgverzekeraar is beëindigd. Deze selectie bevat een grotere groep dan nodig is (bijvoorbeeld ook de verzekerden die wisselen van zorgverzekeraar en de verzekerden die wel in een persoonskenmerkenbestand van een ander jaar zijn opgenomen), maar dat is geen probleem. Met behulp van het gepseudonimiseerde BSN kan het CVZ de persoonskenmerken van uitsluitend de benodigde verzekerden selecteren uit de 'uitstroombestanden'.

Op te leveren gegevens

Voor alle verzekerden in het 'uitstroombestand' over 2009 geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Postcode woonadres (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
3. Huisnummer woonadres;
4. Huisnummertoevoeging woonadres;
5. Geboortjaar en -maand;
6. Geslacht;
7. Identificatie buitenland, onderscheiden in E106 en niet-E106.

In hoofdstuk 8 is de record lay-out met een toelichting opgenomen van het aan het CVZ op te leveren bestand over 2009. De record lay-out is hetzelfde als van het persoonskenmerkenbestand **over 2009**. Dit betekent dat de in 2009 gewijzigde codering bij identificatie buitenland (zie paragraaf 6.2.1.) ook voor het uitstroombestand 2009 van toepassing is. Ook de aanvullende toelichting over het woonadres en het geverifieerd BSN/sofinummer in paragraaf 6.2.1. zijn van toepassing op het uitstroombestand 2009. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken uitstroom 2009

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'persoonskenmerken uitstroom 2009' met bestandsnaam(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn de Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen voor wie de basisverzekering Zvw in 2009 is beëindigd bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009).

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'persoonskenmerken uitstroom 2009' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken uitstroom 2009' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'persoonskenmerken uitstroom 2009' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Aanvullende informatie persoonskenmerken uitstroom 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

6.3.3. Gegevensvraag verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier

Omdat het CVZ het bestand persoonskenmerken op een peildatum opvraagt (datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni), mist het CVZ van bepaalde verzekerden de juiste identificatie buitenland. Het gaat hier om codering 2: 'Woonadres in het buitenland én verdragsformulier E106'. In het bestand 'Verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' neemt u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden op voor wie u voor een verzekerde periode in 2009 van het betreffende woonland van de verzekerde, via het CVZ, de bevestiging heeft ontvangen dat de verzekerde in het woonland is ingeschreven. Als er meerdere verzekerde periodes voor dezelfde verzekerde zijn gedurende een kalenderjaar, dan is het voor de risicoverevening voldoende als er voor één van de periodes een bevestigd E106 formulier aanwezig is. Als er in een volgend kalenderjaar weer een nieuwe verzekerde periode is voor dezelfde verzekerde, dan moet er voor dat kalenderjaar opnieuw een bevestigd E106 formulier aanwezig zijn.

Voor alle verzekerden in het bestand 'Verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' geeft u, per verzekerde, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Identificatie buitenland: codering 2.

Geverifieerd BSN/sofinummer

Wij wijzen erop dat er uitsluitend geverifieerde BSN's mogen worden aangeleverd. Het BSN mag namelijk uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

In hoofdstuk 8 is de record lay-out met een toelichting opgenomen van het aan het CVZ op te leveren bestand over 2009.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Bestuursverklaring bij het bestand verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' met bestandsnaam(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn de Zorgverzekeringwetplichtige verzekerden opgenomen die in 2009 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009) én voor wie voor een verzekerde periode in 2009 vanuit het woonland van de verzekerde de bevestiging is ontvangen dat de verzekerde in het woonland is ingeschreven (bevestigd verdragsformulier E106).

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

***Aanvullende informatie verzekerden 2009 met bevestigd E106
formulier:***

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

| 6.4. Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's) | |
|--|---|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.4. | Gegevensvraag farmacie kostengroepen: farmaciegegevens 2009 |

Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)

In paragraaf 6.4. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag farmacie kostengroepen. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010 van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476).

6.4. Gegevensvraag farmacie kostengroepen: farmaciegegevens 2008

Beschrijving van de procedure FKG's in de risicoverevening Zvw

Binnen het risicovereveningsmodel zijn de FKG's één van de verdeelcriteria. Om de normatieve bijdrage van een zorgverzekeraar te kunnen vaststellen, bepaalt het CVZ voor elke zorgverzekeraar de geraamde aantallen verzekerden per FKG.

Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG behoort, worden de aangeleverde receptregels gekoppeld aan referentiebestanden. In de loop van 2010 stelt het CVZ de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het FKG-DDD-referentiebestand voor de (voorlopige) vaststelling Zvw 2010 en het FKG-DDD-referentiebestand voor het ex ante model Zvw 2011. Op basis van deze bestanden kan een verzekeraar, voor eigen gebruik, een selectie maken van de farmaciegegevens en de FKG's bij benadering berekenen.

De FKG-referentiebestanden komen tot stand met behulp van de door

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

Op te leveren gegevens

Voor de bepaling van de FKG's zijn farmaciegegevens nodig. In het bestand betreft u alle ontvangen en op verzekerdeniveau geaccepteerde declaraties van geneesmiddelen, die zijn afgeleverd in 2009 in het kader van de Zvw, voor zover u die gegevens de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** de bedoeling dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (aan wie in 2009 geneesmiddelen zijn afgeleverd en voor wie een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per receptregel, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Geboortjaar en -maand;
3. Geslacht;
4. Datum van aflevering;
5. Artikelcode;
6. Voorgeschreven dosering;
7. Afleveringseenheid;
8. Gemiddelde (voorgeschreven) dagdosering;
9. Hoeveelheid afgeleverd middel;
10. Indicatie debet/credit;
11. Schadebedrag in centen.

In hoofdstuk 8 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend farmaciegegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wij wijzen erop dat er uitsluitend geverifieerde BSN's mogen worden aangeleverd. Het BSN mag namelijk uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

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

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

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2009

*De bestuursverklaring stuurt u, **inclusief** het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa. Een elektronische versie van de bestuursverklaring én aanvullende gegevens stuurt u aan het CVZ.*

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'farmaciegegevens 2009' met bestandsnaam(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties van geneesmiddelen met een totaal schadebedrag¹ van €(in euro's) van(aantal unieke²) Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden die in 2009 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009).

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen met een hashtotaal³ van

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'farmaciegegevens 2009' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd en tevens de bestuursverklaring in elektronische vorm aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 2009' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'farmaciegegevens 2009' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2009 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

¹ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

² U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen.

³ Dit hashtotaal komt overeen met de optelling van de absolute schadebedragen in het sluitrecord van het bestand (dus zonder debet/credit denominatie).

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Aanvullende informatie farmaciegegevens 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:.....

6. Aanvullende informatie risicoverevening

| 6.5. Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's) | |
|--|---|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.5. | DBC-gegevens 2008 ten behoeve van DKG's |

Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)

In paragraaf 6.5. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag diagnose kostengroepen. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2010 van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476).

6.5. DBC-gegevens 2008 ten behoeve van DKG's

Beschrijving van de procedure DKG's in de risicoverevening Zvw

Binnen het risicovereveningsmodel vormen de diagnosekostengroepen (DKG's) één van de verdeelcriteria. De DBC-declaraties voor medische specialistische zorg vormen de basis voor de vaststelling van de DKG's. Het CVZ bepaalt de aantallen verzekerden per DKG-klasse op basis van een opgave van de zorgverzekeraars van alle geaccepteerde declaraties van DBC's (exclusief GGZ). Met behulp van deze informatie en de vertaaltabel van DBC's via nDx-groepen naar DKG's bepaalt het CVZ de DKG-verzekerden.

Op te leveren gegevens

De uitvraag van DBC's heeft betrekking op alle declaraties van DBC's die in 2008 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg) conform de Zvw 2008. Dit betekent bijvoorbeeld dat u DBC's, die worden vergoed op basis van de aanvullende verzekering, niet in de opgave meeneemt. Ook de declaraties van ondersteunende en overige producten en van overige trajecten en verrichtingen neemt u in de opgave niet mee. Uitsluitend het moment van opening van de DBC is bepalend voor de opgave. U betreft alle ontvangen en op verzekerdeniveau geaccepteerde declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** de bedoeling dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw (voor wie in 2008 een DBC is geopend en een declaratie is ontvangen en geaccepteerd) geeft u, per DBC, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. (Poort) Specialismecode;
3. Prestatiecode DBC;
4. Declaratiecode DBC;
5. Maand van opening van de DBC;
6. AGB code instelling;
7. Indicatie debet/credit;
8. Schadebedrag in centen.

In hoofdstuk 8 is een bestandsspecificatie opgenomen.

Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend DBC-gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wij wijzen erop dat er uitsluitend geverifieerde BSN's mogen worden aangeleverd. Het BSN mag namelijk uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

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

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

Bestuursverklaring bij het bestand DBCgegevens 2008

De bestuursverklaring stuurt u, inclusief het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa. Een elektronische versie van de bestuursverklaring én de aanvullende gegevens stuurt u aan het CVZ.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens 2008' met bestandsnaam (conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties van DBC's, geopend in 2008, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van (aantal unieke²) verzekerden die in 2008 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2008) met UZOVI-nummer(in 2008).

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen met een hashtotaal³ van

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'DBC-gegevens 2008' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd en tevens de bestuursverklaring in elektronische vorm aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens 2008' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'DBC-gegevens 2008' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zwv 2009 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

¹ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

² U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen.

³ Dit hashtotaal komt overeen met de optelling van de absolute schadebedragen in het sluitrecord van het bestand (dus zonder debet/credit denominatie).

Aanvullende informatie DBC gegevens 2008:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

6. Aanvullende informatie risicoverevening

| 6.6. Gegevensvraag GGZ-gegevens 2008 | |
|---|---------------------------------|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.6. | Gegevensvraag GGZ gegevens 2008 |

Paragraaf 6.6. geeft informatie over de gegevensvraag GGZ-gegevens 2008.
In 2010 levert u deze opgave aan met uitsluitend een bestuursverklaring, maar met
ingang van 2011 vragen wij bij deze aanlevering tevens een assurancerapport.

6.6. Gegevensvraag GGZ-gegevens 2008

Het gebruik van de gegevens

Voor de uitvoering van het risicovereveningsmodel 2010 heeft het CVZ een bestand nodig op persoonsniveau met GGZ-schade. In 2010 vraagt het CVZ een bestand op met GGZ-schade over 2008, dat uitsluitend wordt gebruikt bij de ex-ante verzekerdensraming 2011. In 2011 vraagt het CVZ het bestand met GGZ-schade over 2009 ten behoeve van de 1^e voorlopige vaststelling 2010 (n de ex-ante verzekerdensraming 2012).

Op te leveren gegevens

De uitvraag van GGZ-gegevens heeft betrekking op alle declaraties van DBC's GGZ die in 2008 zijn geopend en alle overige declaraties GGZ, en die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2008. U betreft alle ontvangen en op verzekerdenniveau geaccepteerde declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is **niet** de bedoeling dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2008 een GGZ-declaratie is ontvangen en geaccepteerd, geeft u per declaratie, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. AGB code instelling/zorgverlener;
3. Soort declaratie;
4. Indicatie debet credit;
5. Schadebedrag in centen;

In hoofdstuk 8 van dit handboek is een bestandsspecificatie met een toelichting opgenomen. Een model van de bestuursverklaring is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend GGZ-gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wij wijzen erop dat er uitsluitend geverifieerde BSN's mogen worden aangeleverd. Het BSN mag namelijk uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

Hashtotaal en totale schade

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

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

Bestuursverklaring bij het bestand GGZ gegevens 2008

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'GGZ gegevens 2008' met bestandsnaam (conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties van DBC's GGZ, geopend in 2008, en van overige declaraties GGZ over 2008 met een totaal schadebedrag⁷ van €..... (in euro's) van (aantal unieke⁸) verzekerden die in 2008 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2008) met UZOVI-nummer(in 2008).

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen met een hashtotaal⁹ van

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'GGZ gegevens 2008' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'GGZ gegevens 2008' zijn naar het oordeel van het bestuur juist en voldoen aan de door het CVZ gevraagde specificaties.

Het bestuur heeft zich er van 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 CVZ gevraagde specificaties.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'GGZ gegevens 2008' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

⁷ Dit betreft **niet** het getal in het sluitrecord, maar het saldo van alle schadebedragen in het bestand (dus de creditbedragen worden afgetrokken).

⁸ U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen.

⁹ Dit hashtotaal komt overeen met de optelling van de absolute schadebedragen in het sluitrecord van het bestand (dus zonder debet/credit denominatie).

Aanvullende informatie GGZ gegevens 2008:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

| 6.7. Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC) | |
|---|-------------------------------------|
| Nummer | Onderdeel |
| 6.7. | Gegevensvraag hogekostencompensatie |

Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)

In paragraaf 6.7. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag hogekostencompensatie 2007. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de inrichtingseisen hogekostencompensatie Zvw 2007 van 23 juli 2009 (kenmerk V&S/29070767).

De toelichting bij de opgave hogekostencompensatie (HKC) 2008 is nog niet in deze versie van het handboek opgenomen. De inzenddatum voor de HKC opgave 2008 is 1 november 2010. De toelichting ontvangt u uiterlijk in juli 2010.

6.7. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2007**Toelichting hogekostencompensatie Zvw 2007**

Binnen de hogekostencompensatie verevent het CVZ een deel van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp en een deel van de kosten van overige prestaties. Het gaat om de kosten van verzekerden bij wie in het schadejaar 2007 de som van de hiervoor genoemde kosten de HKC-drempel van 12.500 euro overschrijdt. De totale kosten van die verzekerden neemt u in de HKC-opgave 2007 op. Op basis van de HKC-opgaven van alle zorgverzekeraars past het CVZ de hogekostencompensatie toe.

De berekeningswijze komt erop neer dat het CVZ 90% van de kosten die de HKC-drempel overschrijden in een vereveningspool betreft. De totale omvang van de kosten per deelbijdrage in de vereveningspool (over alle zorgverzekeraars) drukt het CVZ uit in een percentage van de totale omvang van de desbetreffende deelbijdrage. Het verschil tussen het beoogde aandeel van de deelbijdrage en uw HKC-poolinbreng per deelbijdrage verrekent het CVZ als HKC-effect bij de 2^e voorlopige en definitieve vaststelling Zvw 2007.

Inrichtingsvoorschriften opgave hogekostencompensatie (HKC) ZVW 2007**Inhoud van de HKC-opgave en berekening van de HKC-inbreng**

In de HKC-opgave zijn opgenomen gegevens van verzekerden van wie de som van de kosten van overige verstrekkingen en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp de HKC-drempel van € 12.500 op jaarbasis overschrijden. Van die verzekerden geeft u zowel de totale kosten als de HKC-inbreng op, gesplitst naar de kosten van overige verstrekkingen en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Ook geeft u het aantal verzekerden op dat in aanmerking komt voor de hogekostencompensatie.

Voor de opgave van de kosten en verzekerden die voor de hogekostencompensatie 2007 in aanmerking komen, geldt geen afsluitdatum. Gegeven de uiterste aanleverdatum van 1 november 2009, bepaalt u tot welke datum u de declaraties voor hulp die is verleend in 2007 dan wel declaraties van DBC's die zijn geopend in 2007, in de HKC-opgave kunt betrekken. Voorwaarden daarbij zijn dat u de declaraties heeft gecontroleerd op juistheid conform het protocol vereveningsonderzoek Zvw 2008 van de NZa en op verzekerdeniveau in de verstrekkingendatabase heeft opgenomen.

Een model van de opgave ziet er als volgt uit:

| KOSTENSOORT | TOTAAL KOSTEN HKC- VERZEKERDEN | TOTAAL BEDRAG HKC-INBRENG |
|---|--------------------------------------|------------------------------|
| KOSTEN VAN OVERIGE PRESTATIES | | |
| VARIABLE KOSTEN VAN ZIEKENHUISVERPLEGING EN KOSTEN VAN SPECIALISTISCHE HULP | | |
| TOTAAL | 0 | 0 |

| | |
|---------------------------------------|--|
| TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN IN HKC-POOL | |
|---------------------------------------|--|

Ten laste van de vereveningspool (HKC-inbreng) komt 90 procent van de som van beide kostensoorten, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van 12.500 euro per verzekerde op jaarbasis overschrijden.

De splitsing van de HKC-inbreng naar 'kosten van overige prestaties' en 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' bepaalt u per individuele HKC-verzekerde. De totale HKC-inbreng per verzekerde bedraagt 90 procent van de som van de kosten van overige prestaties en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van 12.500 euro per verzekerde op jaarbasis overschrijden. De toedeling naar de beide kostensoorten gebeurt per verzekerde naar rato van de totalen van de beide kostensoorten van die verzekerde.

6.7. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2007 - vervolg

Een rekenvoorbeeld voor één verzekerde:

Kosten HKC-verzekerde per kostensoort

| | |
|---|----------|
| Kosten ziekenhuisverpleging variabel en specialistische hulp: | € 15.000 |
| Kosten overige prestaties : | € 7.500 |
| Totaal kosten HKC | € 22.500 |

Totale overschrijding HKC-drempel: € 22.500 - € 12.500 = € 10.000

HKC-poolinbreng per kostensoort

Ziekenhuisverpleging variabel en specialistische hulp:

90% * € 10.000 * (€ 15.000/€ 22.500) = € 6.000

Overige prestaties

90% * € 10.000 * (€ 7.500/€ 22.500) = € 3.000

Totale HKC-poolinbreng € 9.000

Bij de vorenstaande berekening rondt u de bedragen niet af.

De opgave aan het CVZ van de kosten en de HKC-inbreng per kostensoort van alle HKC-verzekerden tezamen doet u, in tegenstelling tot de opgave over 2006, in **hele euro's** (kleiner dan 0,5 euro naar beneden afronden en 0,5 euro of groter naar boven).

Definitie variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp bestaan uit ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties voor in 2007 verleende hulp en voor in 2007 geopende DBC's. Dit laatste is van toepassing op de hierna genoemde codenummers 613 tot en met 616 en codenummer 619.

De hierna genoemde kosten betreft u als variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp in de HKC-opgave. Daarbij worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw.

1. Het variabele deel van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door algemene en academische ziekenhuizen en door het Oogziekenhuis (deel van code 613). Om dit te bepalen voert u de volgende berekening uit:
Per instelling houdt u rekening met de verwerking van de opbrengstresultaten 2007 door het oorspronkelijke verrekenpercentage te vervangen door de definitieve verrekenpercentages voor de HKC 2007. Het CVZ heeft deze definitieve verrekenpercentages evenals de definitieve vast-variabelverhoudingen van de ziekenhuizen over 2007 van de NZa ontvangen en met een rekenvoorbeeld op de website geplaatst (www.cvz.nl/financiering/risicoverevening_Zvw/2007). Deze berekening is uitsluitend van toepassing om de variabele kosten van de kostencomponent DBC's A segment ten behoeve van de HKC te bepalen en uitsluitend voor de hiervoor genoemde instellingen.
2. 60% van de kostencomponent van experiment DBC's gedeclareerd door de Sint Maartenskliniek (deel van code 613).
3. 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door zelfstandige behandelcentra, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse-, radiotherapeutische- en audiologische centra (deel van code 613) en door zelfstandig werkende specialisten (deel van code 619).
4. 87,5% van de kostencomponent van onderhandelbare (B-)DBC's gedeclareerd door instelling die zijn overgegaan op DBC-financiering (code 615) en door zelfstandig werkende specialisten (deel van code 619).
5. 100% van de honorariumcomponent van onderhandelbare (B) en niet-onderhandelbare (A) DBC's gedeclareerd door instelling die zijn overgegaan op DBC-financiering (code 614, 616) en door zelfstandig werkende specialisten (deel van code 619).

6.7. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2007 - vervolg

Definitie variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp - vervolg

6. 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en van overige trajecten en verrichtingen, voor zover gedeclareerd door instellingen die zijn overgegaan op DBC-financiering (code 617 en 618) en door zelfstandig werkende specialisten (deel van code 619).
7. 100% van overige declaraties van vrijgevestigde specialisten (code 545 en 546).
8. 60% van de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken (code 606 en 607).
9. 75% van de kosten van overige instellingen op het gebied van curatieve zorg die niet zijn overgegaan op DBC-financiering (code 610). Dit betreft niet de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken (die staan genoemd onder punt 8).
10. 75% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' (deel van rubriek 13).
11. 40% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'niet nader te specificeren kosten' (deel van rubriek 13).
12. 60% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15).

Definitie kosten overige prestaties

De kosten overige prestaties bestaan uit het totale bedrag van de ontvangen en verwerkte declaraties voor de in het jaar 2007 verleende hulp. Als kosten overige prestaties betreft u de volgende kosten in de opgave. Daarbij worden de rubriek- en codenummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zvw.

1. De kosten van huisartsenhulp (rubriek 01).
2. De kosten van farmaceutische hulp (rubriek 02).
3. De kosten van mondzorg (rubriek 04).
4. De kosten van verloskundige hulp (rubriek 05).
5. De kosten van paramedische hulp (rubriek 07).
6. De kosten van hulpmiddelen (rubriek 08).
7. De kosten van ziekenvervoer (rubriek 09).
8. De kosten van kraamzorg (rubriek 12).
9. 100% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties' (deel van rubriek 13).
10. 40% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'niet nader te specificeren kosten' (deel van rubriek 13).
11. 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (rubriek 15).

Niet in HKC-opgave 2007

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2007:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van ondersteuning eerstelijns zorg (rubriek 16).
- De kosten van 'grensoverschrijdende zorg' via het CVZ (deel van rubriek 15) betreft u zelf niet in de HKC-opgave. In artikel 3.13, lid d en e van de Wijziging Regeling zorgverzekering 2009 is geregeld dat het CVZ per zorgverzekeraar een percentage van de kosten buitenland via CVZ voor die zorgverzekeraar toevoegt aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en aan de kosten overige prestaties

Bestuursverklaring hogekostencompensatie 2007

De zorgverzekeraar geeft een bestuursverklaring af bij de HKC-opgave 2007. Daarin verklaart de zorgverzekeraar of de accountant onjuistheden en onzekerheden heeft gerapporteerd en zo ja, dat de zorgverzekeraar alle onjuistheden en indien mogelijk de onzekerheden in de door de accountant gecontroleerde en gewaarmerkte opgave over het desbetreffende jaar heeft gecorrigeerd. Tevens verklaart de zorgverzekeraar dat naar zijn oordeel de HKC-opgave juist is. Hierna vindt u de voorbeeldtekst van de bestuursverklaring.

Tekst bestuursverklaring bij de HKC-opgave 2007:

“De HKC-opgave 2007 is ten behoeve van de vereiste accountantscontrole 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 onjuistheden en onzekerheden.

Onjuistheden (kruis aan welk nummer van toepassing is)

1. Er zijn geen onjuistheden gerapporteerd.
2. Er zijn onjuistheden gerapporteerd. Alle onjuistheden zijn in de door de accountant gecontroleerde en gewaarmerkte HKC-opgave 2007 gecorrigeerd.

Onzekerheden (kruis aan welk(e) nummer(s) van toepassing is(zijn))

1. Er zijn geen onzekerheden gerapporteerd.
2. Er zijn onzekerheden gerapporteerd. De betreffende onzekerheden zijn in de door de accountant gecontroleerde en gewaarmerkte HKC-opgave 2007 gecorrigeerd.
3. Er zijn onzekerheden gerapporteerd. Het effect van de onzekerheden kan objectief en aantoonbaar niet worden opgelost en is daarom niet gecorrigeerd in de door de accountant gecontroleerde en gewaarmerkte HKC-opgave 2007. Dit betreft de volgende onzekerheden met onderbouwing van de objectieve verhindering van het niet kunnen corrigeren:
 - a.
 - b.

De aangeleverde HKC-opgave is naar het oordeel van het bestuur juist en voldoet aan de door het CVZ en NZa gegeven voorschriften.

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe de HKC-opgave 2007 tot stand gekomen is;
- welke maatregelen door de zorgverzekeraar zijn getroffen om de juistheid te waarborgen.

Bij het nemen van de geëigende maatregelen is aantoonbaar rekening gehouden met het desbetreffende toetsingskader uit het Protocol Vereveningsonderzoek Zwv 2008 van de NZa.

Het dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

(Plaats), (datum)

(Naam zorgverzekeraar)

(Naam ondertekenaar)

(Ondertekening)”

| 7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening | |
|--|--|
| Nummer | Omschrijving |
| 7. | Definitieve opgave opbrengstverrekening 2008 |

Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

Hoofdstuk 7. gaat over de Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening. Ten behoeve van de vaststelling van de opbrengstverschillen per ziekenhuis per zorgverzekeraar door de NZa, vraagt het CVZ de benodigde gegevens op bij de zorgverzekeraars. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zwv mét accountantsproduct in 2010 van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476).

De definitieve opgave opbrengstverrekening moet worden aangeleverd met een assurancerapport. De voorschriften voor de werkzaamheden van de accountant van de zorgverzekeraar en het model van het assurance-rapport zijn opgenomen in het "Protocol Vereveningsonderzoek Zwv 2009" van de NZa.

Met ingang van 2010 (opbrengstverrekening 2008) zijn de categorieën van instellingen gewijzigd. De instellingen zijn onderverdeeld in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, overige instellingen en revalidatie-instellingen. De revalidatie-instellingen zijn in 2008 nog niet overgegaan op DBC's, wij vragen hier de verpleegkosten, kosten revalidatiebehandeluren en/of de kosten van dagbehandeling op. (Zie hiervoor ook hoofdstuk 5.6).

| 7. Definitieve opgave opbrengstverrekening |
|--|
| Omschrijving |
| Definitieve opgave opbrengstverrekening 2008 |
| Gebruik van de gegevens over 2008 en planning |
| Op 1 juni 2010 levert u de definitieve gegevens over 2008 aan ten behoeve van de opbrengstverrekening. Het CVZ voert met die gegevens een aantal berekeningen uit waarmee de NZa de opbrengstverschillen per ziekenhuis per zorgverzekeraar kan vaststellen. Met behulp van deze opbrengstverschillen brengt het CVZ in de definitieve vaststelling Zvw 2008 een correctie aan op de door de zorgverzekeraars in de jaarstaten verantwoorde kosten. Zowel in de jaarstaten als in de opgave opbrengstverrekening verantwoordt u op geen enkele wijze (verwachte) opbrengstverschillen. |
| Op te leveren gegevens |
| Academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en overige instellingen (radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra, epilepsiecentra en het Oogziekenhuis Rotterdam) Per instelling geeft u een specificatie van de volgende kosten van DBC's (exclusief GGZ). Per onderdeel staat vermeld bij welk codenummer u deze kosten verantwoordt in de kwartaal- en jaarstaten Zvw. |
| <ol style="list-style-type: none">1. Kostencomponent van DBC's in het A-segment die in 2008 zijn geopend en gesloten (codenummer 613).2. Kostencomponent van DBC's in het A-segment die in 2008 zijn geopend en in 2009 zijn gesloten (codenummer 613).3. Honorariumcomponent van DBC's in het A-segment die in 2008 zijn geopend en gesloten (codenummer 614).4. Honorariumcomponent van DBC's in het A-segment die in 2008 zijn geopend en in 2009 zijn gesloten (codenummer 614).5. Kostencomponent van DBC's in het B-segment die in 2008 zijn geopend en gesloten (codenummer 615).6. Kostencomponent van DBC's in het B-segment die in 2008 zijn geopend en in 2009 zijn gesloten (codenummer 615). |
| Revalidatie-instellingen |
| Revalidatie-instellingen zijn met ingang van 2009 overgegaan op DBC-financiering. Daarom geeft u per instelling een specificatie van de volgende kosten over 2008 (voor zover van toepassing). Per onderdeel staat vermeld bij welk codenummer u deze kosten tot en met 2008 verantwoordde in de kwartaal- en jaarstaten Zvw. |
| <ol style="list-style-type: none">1. Verpleegkosten: de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A201, A202, A203, A204, A205 en A206 (codenummer 607).2. Kosten revalidatiebehandelingen (RBU's): de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A231 en A021 (codenummer 610).3. Kosten van dagbehandeling: de tarieven uit de Tarieflijst instellingen 2008 van de NZa met NZa-code A007 (codenummer 610). |

| |
|---|
| 7. Definitieve opgave opbrengstverrekening |
| Omschrijving |
| Definitieve opgave opbrengstverrekening 2008 |
| Opmerkingen bij de gegevens over 2008 |
| <ol style="list-style-type: none">1. Een omschrijving van de genoemde kosten van DBC's kunt u vinden in het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 5. Het handboek staat ook op de website van het CVZ (www.cvz.nl) onder Verantwoording, Zvw.2. De bovengenoemde kosten betreffen alle ontvangen en op verzekerdenniveau geaccepteerde declaraties - op basis van de feitelijk gedeclareerde tarieven en verrekenpercentages - met betrekking tot DBC's die in 2008 geopend zijn en met betrekking tot bovengenoemde zorg in revalidatie-instellingen die in 2008 verleend is. U betreft alle declaraties in het bestand die u gegeven de uiterste aanleverdatum van het bestand kunt meenemen. Het is niet de bedoeling dat u een raming opneemt voor de nog te ontvangen declaraties.3. Nieuwe categorieën van instellingen in 2008 Met ingang van 2008 zijn in de opgave de volgende categorieën van instellingen toegevoegd: radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra, epilepsiecentra en revalidatie-instellingen. De reden hiervan is dat voor deze instellingen ook opbrengstverrekeningen gaan plaatsvinden. |

Bestuursverklaring bij het bestand gegevens ten behoeve van de opbrengstverrekening

De bestuursverklaring stuurt u, vergezeld van een assurancerapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de NZa. Een elektronische versie van de bestuursverklaring stuurt u aan het CVZ.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat zij op(datum) het bestand 'gegevens 2008 opbrengstverrekening' met bestandsnaam heeft toegestuurd aan het CVZ conform het gevraagde elektronische format.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties van DBC's, geopend in 2008, en van declaraties over 2008 van revalidatieinstellingen met betrekking tot de verzekerden die in 2008 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2008) met UZOVI-nummer(in 2008).

1. In het bestand is een totaal schadebedrag opgenomen van € (in hele euro's) voor de DBC's geopend in 2008.
2. In het bestand is een totaal schadebedrag 2008 opgenomen van € (in hele euro's) voor de declaraties van revalidatieinstellingen.

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

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

- hoe het bestand 'gegevens 2008 opbrengstverrekening' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2009 van de NZa zijn nageleefd.

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---------------------------------|--|------------|--|--|
| 020101 | Academisch ziekenhuis | Groningen | | |
| 020502 | Academisch ziekenhuis St. Radboud | Nijmegen | | |
| 020602 | Academisch ziekenhuis | Utrecht | | |
| 020701 | Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit | Amsterdam | | |
| 020702 | Academisch Medisch Centrum | Amsterdam | | |
| 020801 | Academisch ziekenhuis | Leiden | | |
| 020806 | Academisch ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 021101 | Academisch ziekenhuis Maastricht | Maastricht | | |
| TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | | | 0 | 0 |

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|---------------------|--|--|
| 010101 | Delfzicht Ziekenhuis | Delfzijl | | |
| 010105 | Refaja Ziekenhuis | Stadskanaal | | |
| 010106 | RK Ziekenhuis Sint Lucas | Winschoten | | |
| 010107 | Martini Ziekenhuis | Groningen | | |
| 010201 | Ziekenhuis De Sionsberg | Dokkum | | |
| 010202 | Protestants Ziekenhuis Nij Smellinghe | Drachten | | |
| 010205 | Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans | Heerenveen | | |
| 010209 | Sint Antonius Ziekenhuis | Sneek | | |
| 010210 | Medisch Centrum Leeuwarden | Leeuwarden | | |
| 010301 | Wilhelmina Ziekenhuis | Assen | | |
| 010303 | Scheper Ziekenhuis | Emmen | | |
| 010304 | Bethesda Ziekenhuis | Hoogeveen | | |
| 010305 | Diaconesseninrichting | Meppel | | |
| 010413 010414 010420 | Isala klinieken | Zwolle | | |
| 010417 | Deventer Ziekenhuizen | Deventer | | |
| 010418 | Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg | Hardenberg | | |
| 010419 | Medisch Spectrum Twente | Enschede | | |
| 010421 010408 010416 | Stichting Ziekenhuisgroep Twente | Almelo / Hengelo | | |
| 010509 | Slingeland Ziekenhuis | Doetinchem | | |
| 010518 | Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis | Nijmegen | | |
| 010520 | Ziekenhuis Rivierenland | Tiel | | |
| 010526 | Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep) | Zevenaar | | |
| 010527 010532 010536 | Gelre ziekenhuizen | Apeldoorn / Zutphen | | |
| 010530 | Streekziekenhuis Koningin Beatrix | Winterswijk | | |
| 010533 | Ziekenhuis St. Jansdal | Harderwijk | | |
| 010534 | De Gelderse Vallei | Ede | | |
| SUBTOTAAL 1 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|-----------------------|--|--|
| 010535 | Ziekenhuis Rijnstate | Arnhem | | |
| 010606 010613 010618 | Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis | Utrecht / Zeist | | |
| 010608 010609 010617 | Mesos Medisch Centrum | Utrecht | | |
| 010610 | Sint Antonius Ziekenhuis | Nieuwegein | | |
| 010619 010615 010616 | Meander Medisch Centrum | Amersfoort / Baarn | | |
| 010702 | Medisch Centrum Alkmaar | Alkmaar | | |
| 010704 | Ziekenhuis Amstelland | Amstelveen | | |
| 010713 | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht | Amsterdam | | |
| 010728 | Gemini Ziekenhuis | Den Helder | | |
| 010742 | Stichting Ziekenhuis De Heel | Zaandam | | |
| 010748 | Slotervaartziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010751 | Waterland Ziekenhuis | Purmerend | | |
| 010752 | Westfries Gasthuis | Hoor | | |
| 010753 | BovenIJ Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010754 | Spaarne Ziekenhuis | Heemstede / Hoofddorp | | |
| 010755 | Rode Kruis Ziekenhuis | Beverwijk | | |
| 010756 | Kennemer Gasthuis | Haarlem | | |
| 010757 010705 010716 | Sint Lucas Andreas | Amsterdam | | |
| 010758 010749 010750 | Tergooiziekenhuizen | Blaricum/Hilversum | | |
| 010805 | Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis | Dirksland | | |
| 010820 010839 010858 | Medisch Centrum Haaglanden | Den Haag | | |
| 010822 | Diaconessenhuis | Leiden | | |
| SUBTOTAAL 2 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|--|
| 010827 010833 010861 | Medisch Centrum Rijnmond Zuid | Rotterdam | | |
| 010830 | Havenziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010831 | Ikazia Ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010832 | Sint Franciscus Gasthuis | Rotterdam | | |
| 010834 010837 010860 | Vlietland Ziekenhuis | Schiedam / Vlaardingen | | |
| 010841 | Hofpoort Ziekenhuis | Woerden | | |
| 010844 | Ziekenhuis Bronovo | Den Haag | | |
| 010857 | Reinier de Graaf Groep | Delft | | |
| 010848 | Beatrix Ziekenhuis | Gorinchem | | |
| 010850 | 't Lange Land Ziekenhuis | Zoetermeer | | |
| 010851 | Ruwaard van Putten Ziekenhuis | Spijkenisse | | |
| 010852 | IJsselland Ziekenhuis | Cappelle a/d IJssel | | |
| 010853 | Rijnland Ziekenhuis | Leiderdorp | | |
| 010855 | Het Groene Hart Ziekenhuis | Gouda | | |
| 010859 | Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis | Dordrecht | | |
| 010862 010846 010856 | HagaZiekenhuis | Den Haag | | |
| 010901 | Oosterscheldeziekenhuizen | Goes | | |
| 010911 | Streekziekenhuis Walcheren | Vlissingen | | |
| 010913 | Ziekenhuisgroep Zeeuwsch-Vlaanderen | Terneuzen | | |
| 011001 | Ziekenhuis Lievensberg | Bergen op Zoom | | |
| 011002 | Maasziekenhuis | Boxmeer | | |
| 011005 011027 011030 011033 | Amphia Ziekenhuis | Breda / Oosterhout | | |
| 011008 011010 011035 | Maxima Medisch Centrum | Eindhoven / Veldhoven | | |
| SUBTOTAAL 3 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|---------------------------------------|----------------------|--|--|
| 011009 | Catharina Ziekenhuis | Eindhoven | | |
| 011011 | Sint Anna Ziekenhuis | Geldrop | | |
| 011021 | Sint Franciscus Ziekenhuis | Roosendaal | | |
| 011022 | Sint Elisabeth Ziekenhuis | Tilburg | | |
| 011026 | Elkerliek Ziekenhuis | Helmond | | |
| 011028 011029 011034 | Jeroen Bosch Ziekenhuis | Den Bosch | | |
| 011031 | TweeSteden Ziekenhuis | Tilburg / Waalwijk | | |
| 011032 011018 011024 | Ziekenhuis Bernhoven | Oss / Veghel | | |
| 011108 | Sint Laurentius Ziekenhuis | Roermond | | |
| 011113 | Sint Jans Gasthuis | Weert | | |
| 011114 | Maaslandziekenhuis | Sittard | | |
| 011115 | Stichting Ziekenhuizen Venlo / Venray | Venlo | | |
| 011117 | Atrium Medisch Centrum | Heerlen / Kerkrade | | |
| 011201 | IJsselmeerziekenhuizen | Emmeloord / Lelystad | | |
| 011202 | Flevoziekenhuis | Almere | | |
| 080701 | Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| SUBTOTAAL 4 | | | 0 | 0 |
| TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtotaal 1 t/m 4) | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

OVERIGE INSTELLINGEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|-----------------------------|--|------------|--|--|
| 130802 | Oogziekenhuis | Rotterdam | | |
| 20000985 | Radiotherapeutisch Instituut Friesland | Leeuwarden | | |
| 20000986 | Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek e.o. | Deventer | | |
| 20000987 | Arnhems Radiotherapeutisch Instituut | Arnhem | | |
| 20000988 | Stichting Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut | Vlissingen | | |
| 20000989 | Dr. Bernard Verbeeten Instituut | Tilburg | | |
| 20000990 | Maastricht Radiation Oncology (Maastric Clinic) | Maastricht | | |
| 18009301 | Dialyse Centrum Groningen | Groningen | | |
| 18009304 | Stichting Dialysecentrum 't Gooi | Hilversum | | |
| 18009306 | Stichting Dianet Dialysecentra | Utrecht | | |
| 51000975 | Stichting voor Erfelijkheidsvoorlichting Groningen | Groningen | | |
| 51000976 | Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen e.o. | Nijmegen | | |
| 51000977 | Universitair Medisch Centrum | Groningen | | |
| 51000996 | Academisch Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000978 | VU Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000979 | Leids Universitair Medisch Centrum / Stichting KGC | Leiden | | |
| 51000980 | Stichting voor Klinische Genetica | Rotterdam | | |
| 51000981 | Academisch ziekenhuis, Klinische Genetica | Maastricht | | |
| 6060702 | SEIN | Hoofddorp | | |
| 6061002 | Kempinhaeghe | Heeze | | |
| TOTAAL OVERIGE INSTELLINGEN | | | 0 | 0 |

| | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|--|--|
| TOTALE KOSTEN ALLE DBC GEFINANCIERDE INSTELLINGEN | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

HONORARIUMCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---------------------------------|--|------------|--|--|
| 020101 | Academisch ziekenhuis | Groningen | | |
| 020502 | Academisch ziekenhuis St. Radboud | Nijmegen | | |
| 020602 | Academisch ziekenhuis | Utrecht | | |
| 020701 | Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit | Amsterdam | | |
| 020702 | Academisch Medisch Centrum | Amsterdam | | |
| 020801 | Academisch ziekenhuis | Leiden | | |
| 020806 | Academisch ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 021101 | Academisch ziekenhuis Maastricht | Maastricht | | |
| TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | | | 0 | 0 |

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|---------------------|--|--|
| 010101 | Delfzicht Ziekenhuis | Delfzijl | | |
| 010105 | Refaja Ziekenhuis | Stadskanaal | | |
| 010106 | RK Ziekenhuis Sint Lucas | Winschoten | | |
| 010107 | Martini Ziekenhuis | Groningen | | |
| 010201 | Ziekenhuis De Sionsberg | Dokkum | | |
| 010202 | Protestants Ziekenhuis Nij Smellinghe | Drachten | | |
| 010205 | Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans | Heerenveen | | |
| 010209 | Sint Antonius Ziekenhuis | Sneek | | |
| 010210 | Medisch Centrum Leeuwarden | Leeuwarden | | |
| 010301 | Wilhelmina Ziekenhuis | Assen | | |
| 010303 | Scheper Ziekenhuis | Emmen | | |
| 010304 | Bethesda Ziekenhuis | Hoogeveen | | |
| 010305 | Diaconesseninrichting | Meppel | | |
| 010413 010414 010420 | Isala klinieken | Zwolle | | |
| 010417 | Deventer Ziekenhuizen | Deventer | | |
| 010418 | Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg | Hardenberg | | |
| 010419 | Medisch Spectrum Twente | Enschede | | |
| 010421 010408 010416 | Stichting Ziekenhuisgroep Twente | Almelo / Hengelo | | |
| 010509 | Slingeland Ziekenhuis | Doetinchem | | |
| 010518 | Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis | Nijmegen | | |
| 010520 | Ziekenhuis Rivierenland | Tiel | | |
| 010526 | Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep) | Zevenaar | | |
| 010527 010532 010536 | Gelre ziekenhuizen | Apeldoorn / Zutphen | | |
| 010530 | Streekziekenhuis Koningin Beatrix | Winterswijk | | |
| 010533 | Ziekenhuis St. Jansdal | Harderwijk | | |
| 010534 | De Gelderse Vallei | Ede | | |
| SUBTOTAAL 1 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

HONORARIUMCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|-----------------------|--|--|
| 010535 | Ziekenhuis Rijnstate | Arnhem | | |
| 010606 010613 010618 | Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis | Utrecht / Zeist | | |
| 010608 010609 010617 | Mesos Medisch Centrum | Utrecht | | |
| 010610 | Sint Antonius Ziekenhuis | Nieuwegein | | |
| 010619 010615 010616 | Meander Medisch Centrum | Amersfoort / Baarn | | |
| 010702 | Medisch Centrum Alkmaar | Alkmaar | | |
| 010704 | Ziekenhuis Amstelland | Amstelveen | | |
| 010713 | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht | Amsterdam | | |
| 010728 | Gemini Ziekenhuis | Den Helder | | |
| 010742 | Stichting Ziekenhuis De Heel | Zaandam | | |
| 010748 | Slotervaartziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010751 | Waterland Ziekenhuis | Purmerend | | |
| 010752 | Westfries Gasthuis | Hoor | | |
| 010753 | BovenIJ Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010754 | Spaarne Ziekenhuis | Heemstede / Hoofddorp | | |
| 010755 | Rode Kruis Ziekenhuis | Beverwijk | | |
| 010756 | Kennemer Gasthuis | Haarlem | | |
| 010757 010705 010716 | Sint Lucas Andreas | Amsterdam | | |
| 010758 010749 010750 | Tergooiziekenhuizen | Blaricum/Hilversum | | |
| 010805 | Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis | Dirksland | | |
| 010820 010839 010858 | Medisch Centrum Haaglanden | Den Haag | | |
| 010822 | Diaconessenhuis | Leiden | | |
| SUBTOTAAL 2 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

HONORARIUMCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|--|
| 010827 010833 010861 | Medisch Centrum Rijnmond Zuid | Rotterdam | | |
| 010830 | Havenziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010831 | Ikazia Ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010832 | Sint Franciscus Gasthuis | Rotterdam | | |
| 010834 010837 010860 | Vlietland Ziekenhuis | Schiedam / Vlaardingen | | |
| 010841 | Hofpoort Ziekenhuis | Woerden | | |
| 010844 | Ziekenhuis Bronovo | Den Haag | | |
| 010857 | Reinier de Graaf Groep | Delft | | |
| 010848 | Beatrix Ziekenhuis | Gorinchem | | |
| 010850 | 't Lange Land Ziekenhuis | Zoetermeer | | |
| 010851 | Ruwaard van Putten Ziekenhuis | Spijkenisse | | |
| 010852 | IJsselland Ziekenhuis | Cappelle a/d IJssel | | |
| 010853 | Rijnland Ziekenhuis | Leiderdorp | | |
| 010855 | Het Groene Hart Ziekenhuis | Gouda | | |
| 010859 | Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis | Dordrecht | | |
| 010862 010846 010856 | HagaZiekenhuis | Den Haag | | |
| 010901 | Oosterscheldeziekenhuizen | Goes | | |
| 010911 | Streekziekenhuis Walcheren | Vlissingen | | |
| 010913 | Ziekenhuisgroep Zeeuwsch-Vlaanderen | Terneuzen | | |
| 011001 | Ziekenhuis Lievevberg | Bergen op Zoom | | |
| 011002 | Maasziekenhuis | Boxmeer | | |
| 011005 011027 011030 011033 | Amphia Ziekenhuis | Breda / Oosterhout | | |
| 011008 011010 011035 | Maxima Medisch Centrum | Eindhoven / Veldhoven | | |
| SUBTOTAAL 3 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

HONORARIUMCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|---------------------------------------|----------------------|--|--|
| 011009 | Catharina Ziekenhuis | Eindhoven | | |
| 011011 | Sint Anna Ziekenhuis | Geldrop | | |
| 011021 | Sint Franciscus Ziekenhuis | Roosendaal | | |
| 011022 | Sint Elisabeth Ziekenhuis | Tilburg | | |
| 011026 | Elkerliek Ziekenhuis | Helmond | | |
| 011028 011029 011034 | Jeroen Bosch Ziekenhuis | Den Bosch | | |
| 011031 | TweeSteden Ziekenhuis | Tilburg / Waalwijk | | |
| 011032 011018 011024 | Ziekenhuis Bernhoven | Oss / Veghel | | |
| 011108 | Sint Laurentius Ziekenhuis | Roermond | | |
| 011113 | Sint Jans Gasthuis | Weert | | |
| 011114 | Maaslandziekenhuis | Sittard | | |
| 011115 | Stichting Ziekenhuizen Venlo / Venray | Venlo | | |
| 011117 | Atrium Medisch Centrum | Heerlen / Kerkrade | | |
| 011201 | IJsselmeerziekenhuizen | Emmeloord / Lelystad | | |
| 011202 | Flevoziekenhuis | Almere | | |
| 080701 | Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| SUBTOTAAL 4 | | | 0 | 0 |
| TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtotaal 1 t/m 4) | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

HONORARIUMCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

OVERIGE INSTELLINGEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|-----------------------------|--|------------|--|--|
| 130802 | Oogziekenhuis | Rotterdam | | |
| 20000985 | Radiotherapeutisch Instituut Friesland | Leeuwarden | | |
| 20000986 | Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek e.o. | Deventer | | |
| 20000987 | Arnhems Radiotherapeutisch Instituut | Arnhem | | |
| 20000988 | Stichting Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut | Vlissingen | | |
| 20000989 | Dr. Bernard Verbeeten Instituut | Tilburg | | |
| 20000990 | Maastricht Radiation Oncology (Maastric Clinic) | Maastricht | | |
| 18009301 | Dialyse Centrum Groningen | Groningen | | |
| 18009304 | Stichting Dialysecentrum 't Gooi | Hilversum | | |
| 18009306 | Stichting Dianet Dialysecentra | Utrecht | | |
| 51000975 | Stichting voor Erfelijkheidsvoorzichting Groningen | Groningen | | |
| 51000976 | Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen e.o. | Nijmegen | | |
| 51000977 | Universitair Medisch Centrum | Groningen | | |
| 51000996 | Academisch Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000978 | VU Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000979 | Leids Universitair Medisch Centrum / Stichting KGC | Leiden | | |
| 51000980 | Stichting voor Klinische Genetica | Rotterdam | | |
| 51000981 | Academisch ziekenhuis, Klinische Genetica | Maastricht | | |
| 6060702 | SEIN | Hoofddorp | | |
| 6061002 | Kempinhaeghe | Heeze | | |
| TOTAAL OVERIGE INSTELLINGEN | | | 0 | 0 |

| | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|--|--|
| TOTALE KOSTEN ALLE DBC GEFINANCIERDE INSTELLINGEN | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S B-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---------------------------------|--|------------|--|--|
| 020101 | Academisch ziekenhuis | Groningen | | |
| 020502 | Academisch ziekenhuis St. Radboud | Nijmegen | | |
| 020602 | Academisch ziekenhuis | Utrecht | | |
| 020701 | Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit | Amsterdam | | |
| 020702 | Academisch Medisch Centrum | Amsterdam | | |
| 020801 | Academisch ziekenhuis | Leiden | | |
| 020806 | Academisch ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 021101 | Academisch ziekenhuis Maastricht | Maastricht | | |
| TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | | | 0 | 0 |

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|---------------------|--|--|
| 010101 | Delfzicht Ziekenhuis | Delfzijl | | |
| 010105 | Refaja Ziekenhuis | Stadskanaal | | |
| 010106 | RK Ziekenhuis Sint Lucas | Winschoten | | |
| 010107 | Martini Ziekenhuis | Groningen | | |
| 010201 | Ziekenhuis De Sionsberg | Dokkum | | |
| 010202 | Protestants Ziekenhuis Nij Smellinghe | Drachten | | |
| 010205 | Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans | Heerenveen | | |
| 010209 | Sint Antonius Ziekenhuis | Sneek | | |
| 010210 | Medisch Centrum Leeuwarden | Leeuwarden | | |
| 010301 | Wilhelmina Ziekenhuis | Assen | | |
| 010303 | Scheper Ziekenhuis | Emmen | | |
| 010304 | Bethesda Ziekenhuis | Hoogeveen | | |
| 010305 | Diaconesseninrichting | Meppel | | |
| 010413 010414 010420 | Isala klinieken | Zwolle | | |
| 010417 | Deventer Ziekenhuizen | Deventer | | |
| 010418 | Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg | Hardenberg | | |
| 010419 | Medisch Spectrum Twente | Enschede | | |
| 010421 010408 010416 | Stichting Ziekenhuisgroep Twente | Almelo / Hengelo | | |
| 010509 | Slingeland Ziekenhuis | Doetinchem | | |
| 010518 | Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis | Nijmegen | | |
| 010520 | Ziekenhuis Rivierenland | Tiel | | |
| 010526 | Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep) | Zevenaar | | |
| 010527 010532 010536 | Gelre ziekenhuizen | Apeldoorn / Zutphen | | |
| 010530 | Streekziekenhuis Koningin Beatrix | Winterswijk | | |
| 010533 | Ziekenhuis St. Jansdal | Harderwijk | | |
| 010534 | De Gelderse Vallei | Ede | | |
| SUBTOTAAL 1 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S B-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|----------------------------|--|-----------------------|--|--|
| 010535 | Ziekenhuis Rijnstate | Arnhem | | |
| 010606 010613 010618 | Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis | Utrecht / Zeist | | |
| 010608 010609 010617 | Mesos Medisch Centrum | Utrecht | | |
| 010610 | Sint Antonius Ziekenhuis | Nieuwegein | | |
| 010619 010615 010616 | Meander Medisch Centrum | Amersfoort / Baarn | | |
| 010702 | Medisch Centrum Alkmaar | Alkmaar | | |
| 010704 | Ziekenhuis Amstelland | Amstelveen | | |
| 010713 | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht | Amsterdam | | |
| 010728 | Gemini Ziekenhuis | Den Helder | | |
| 010742 | Stichting Ziekenhuis De Heel | Zaandam | | |
| 010748 | Slotervaartziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010751 | Waterland Ziekenhuis | Purmerend | | |
| 010752 | Westfries Gasthuis | Hoor | | |
| 010753 | BovenIJ Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| 010754 | Spaarne Ziekenhuis | Heemstede / Hoofddorp | | |
| 010755 | Rode Kruis Ziekenhuis | Beverwijk | | |
| 010756 | Kennemer Gasthuis | Haarlem | | |
| 010757 010705 010716 | Sint Lucas Andreas | Amsterdam | | |
| 010758 010749 010750 | Tergooiziekenhuizen | Blaricum/Hilversum | | |
| 010805 | Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis | Dirksland | | |
| 010820 010839 010858 | Medisch Centrum Haaglanden | Den Haag | | |
| 010822 | Diaconessenhuis | Leiden | | |
| SUBTOTAAL 2 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S B-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|--|
| 010827 010833 010861 | Medisch Centrum Rijnmond Zuid | Rotterdam | | |
| 010830 | Havenziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010831 | Ikazia Ziekenhuis | Rotterdam | | |
| 010832 | Sint Franciscus Gasthuis | Rotterdam | | |
| 010834 010837 010860 | Vlietland Ziekenhuis | Schiedam / Vlaardingen | | |
| 010841 | Hofpoort Ziekenhuis | Woerden | | |
| 010844 | Ziekenhuis Bronovo | Den Haag | | |
| 010857 | Reinier de Graaf Groep | Delft | | |
| 010848 | Beatrix Ziekenhuis | Gorinchem | | |
| 010850 | 't Lange Land Ziekenhuis | Zoetermeer | | |
| 010851 | Ruwaard van Putten Ziekenhuis | Spijkenisse | | |
| 010852 | IJsselland Ziekenhuis | Cappelle a/d IJssel | | |
| 010853 | Rijnland Ziekenhuis | Leiderdorp | | |
| 010855 | Het Groene Hart Ziekenhuis | Gouda | | |
| 010859 | Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis | Dordrecht | | |
| 010862 010846 010856 | HagaZiekenhuis | Den Haag | | |
| 010901 | Oosterscheldeziekenhuizen | Goes | | |
| 010911 | Streekziekenhuis Walcheren | Vlissingen | | |
| 010913 | Ziekenhuisgroep Zeeuwsch-Vlaanderen | Terneuzen | | |
| 011001 | Ziekenhuis Lievensberg | Bergen op Zoom | | |
| 011002 | Maasziekenhuis | Boxmeer | | |
| 011005 011027 011030 011033 | Amphia Ziekenhuis | Breda / Oosterhout | | |
| 011008 011010 011035 | Maxima Medisch Centrum | Eindhoven / Veldhoven | | |
| SUBTOTAAL 3 | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S B-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|---------------------------------------|----------------------|--|--|
| 011009 | Catharina Ziekenhuis | Eindhoven | | |
| 011011 | Sint Anna Ziekenhuis | Geldrop | | |
| 011021 | Sint Franciscus Ziekenhuis | Roosendaal | | |
| 011022 | Sint Elisabeth Ziekenhuis | Tilburg | | |
| 011026 | Elkerliek Ziekenhuis | Helmond | | |
| 011028 011029 011034 | Jeroen Bosch Ziekenhuis | Den Bosch | | |
| 011031 | TweeSteden Ziekenhuis | Tilburg / Waalwijk | | |
| 011032 011018 011024 | Ziekenhuis Bernhoven | Oss / Veghel | | |
| 011108 | Sint Laurentius Ziekenhuis | Roermond | | |
| 011113 | Sint Jans Gasthuis | Weert | | |
| 011114 | Maaslandziekenhuis | Sittard | | |
| 011115 | Stichting Ziekenhuizen Venlo / Venray | Venlo | | |
| 011117 | Atrium Medisch Centrum | Heerlen / Kerkrade | | |
| 011201 | IJsselmeerziekenhuizen | Emmeloord / Lelystad | | |
| 011202 | Flevoziekenhuis | Almere | | |
| 080701 | Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Amsterdam | | |
| SUBTOTAAL 4 | | | 0 | 0 |
| TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtotaal 1 t/m 4) | | | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S B-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

OVERIGE INSTELLINGEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|-----------------------------|--|------------|--|--|
| 130802 | Oogziekenhuis | Rotterdam | | |
| 20000985 | Radiotherapeutisch Instituut Friesland | Leeuwarden | | |
| 20000986 | Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek e.o. | Deventer | | |
| 20000987 | Arnhems Radiotherapeutisch Instituut | Arnhem | | |
| 20000988 | Stichting Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut | Vlissingen | | |
| 20000989 | Dr. Bernard Verbeeten Instituut | Tilburg | | |
| 20000990 | Maastricht Radiation Oncology (Maastric Clinic) | Maastricht | | |
| 18009301 | Dialyse Centrum Groningen | Groningen | | |
| 18009304 | Stichting Dialysecentrum 't Gooi | Hilversum | | |
| 18009306 | Stichting Dianet Dialysecentra | Utrecht | | |
| 51000975 | Stichting voor Erfelijkheidsvoorlichting Groningen | Groningen | | |
| 51000976 | Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen e.o. | Nijmegen | | |
| 51000977 | Universitair Medisch Centrum | Groningen | | |
| 51000996 | Academisch Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000978 | VU Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | | |
| 51000979 | Leids Universitair Medisch Centrum / Stichting KGC | Leiden | | |
| 51000980 | Stichting voor Klinische Genetica | Rotterdam | | |
| 51000981 | Academisch ziekenhuis, Klinische Genetica | Maastricht | | |
| 6060702 | SEIN | Hoofddorp | | |
| 6061002 | Kempinhaeghe | Heeze | | |
| TOTAAL OVERIGE INSTELLINGEN | | | 0 | 0 |

| | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2008 | DBC'S GEOPEND IN 2008 EN GESLOTEN IN 2009 |
|---|--|--|
| TOTALE KOSTEN ALLE DBC GEFINANCIERDE INSTELLINGEN | 0 | 0 |

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|---------------------------------|--|------------|---|
| 020101 | Academisch ziekenhuis | Groningen | 0 |
| 020502 | Academisch ziekenhuis St. Radboud | Nijmegen | 0 |
| 020602 | Academisch ziekenhuis | Utrecht | 0 |
| 020701 | Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit | Amsterdam | 0 |
| 020702 | Academisch Medisch Centrum | Amsterdam | 0 |
| 020801 | Academisch ziekenhuis | Leiden | 0 |
| 020806 | Academisch ziekenhuis | Rotterdam | 0 |
| 021101 | Academisch ziekenhuis Maastricht | Maastricht | 0 |
| TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|----------------------------|--|---------------------|---|
| 010101 | Delfzicht Ziekenhuis | Delfzijl | 0 |
| 010105 | Refaja Ziekenhuis | Stadskanaal | 0 |
| 010106 | RK Ziekenhuis Sint Lucas | Winschoten | 0 |
| 010107 | Martini Ziekenhuis | Groningen | 0 |
| 010201 | Ziekenhuis De Sionsberg | Dokkum | 0 |
| 010202 | Protestants Ziekenhuis Nij Smellinghe | Drachten | 0 |
| 010205 | Algemeen ziekenhuis De Tjongerschans | Heerenveen | 0 |
| 010209 | Sint Antonius Ziekenhuis | Sneek | 0 |
| 010210 | Medisch Centrum Leeuwarden | Leeuwarden | 0 |
| 010301 | Wilhelmina Ziekenhuis | Assen | 0 |
| 010303 | Scheper Ziekenhuis | Emmen | 0 |
| 010304 | Bethesda Ziekenhuis | Hoogeveen | 0 |
| 010305 | Diaconesseninrichting | Meppel | 0 |
| 010413 010414 010420 | Isala klinieken | Zwolle | 0 |
| 010417 | Deventer Ziekenhuizen | Deventer | 0 |
| 010418 | Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg | Hardenberg | 0 |
| 010419 | Medisch Spectrum Twente | Enschede | 0 |
| 010421 010408 010416 | Stichting Ziekenhuisgroep Twente | Almelo / Hengelo | 0 |
| 010509 | Slingeland Ziekenhuis | Doetinchem | 0 |
| 010518 | Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis | Nijmegen | 0 |
| 010520 | Ziekenhuis Rivierenland | Tiel | 0 |
| 010526 | Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep) | Zevenaar | 0 |
| 010527 010532 010536 | Gelre ziekenhuizen | Apeldoorn / Zutphen | 0 |
| 010530 | Streekziekenhuis Koningin Beatrix | Winterswijk | 0 |
| 010533 | Ziekenhuis St. Jansdal | Harderwijk | 0 |
| 010534 | De Gelderse Vallei | Ede | 0 |
| SUBTOTAAL 1 | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|----------------------------|--|-----------------------|---|
| 010535 | Ziekenhuis Rijnstate | Arnhem | 0 |
| 010606 010613 010618 | Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis | Utrecht / Zeist | 0 |
| 010608 010609 010617 | Mesos Medisch Centrum | Utrecht | 0 |
| 010610 | Sint Antonius Ziekenhuis | Nieuwegein | 0 |
| 010619 010615 010616 | Meander Medisch Centrum | Amersfoort / Baarn | 0 |
| 010702 | Medisch Centrum Alkmaar | Alkmaar | 0 |
| 010704 | Ziekenhuis Amstelland | Amstelveen | 0 |
| 010713 | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht | Amsterdam | 0 |
| 010728 | Gemini Ziekenhuis | Den Helder | 0 |
| 010742 | Stichting Ziekenhuis De Heel | Zaandam | 0 |
| 010748 | Slotervaartziekenhuis | Amsterdam | 0 |
| 010751 | Waterland Ziekenhuis | Purmerend | 0 |
| 010752 | Westfries Gasthuis | Hoor | 0 |
| 010753 | BovenIJ Ziekenhuis | Amsterdam | 0 |
| 010754 | Spaarne Ziekenhuis | Heemstede / Hoofddorp | 0 |
| 010755 | Rode Kruis Ziekenhuis | Beverwijk | 0 |
| 010756 | Kennemer Gasthuis | Haarlem | 0 |
| 010757 010705 010716 | Sint Lucas Andreas | Amsterdam | 0 |
| 010758 010749 010750 | Tergooiziekenhuizen | Blaricum/Hilversum | 0 |
| 010805 | Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis | Dirksland | 0 |
| 010820 010839 010858 | Medisch Centrum Haaglanden | Den Haag | 0 |
| 010822 | Diaconessenhuis | Leiden | 0 |
| SUBTOTAAL 2 | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---|
| 010827 010833 010861 | Medisch Centrum Rijnmond Zuid | Rotterdam | 0 |
| 010830 | Havenziekenhuis | Rotterdam | 0 |
| 010831 | Ikazia Ziekenhuis | Rotterdam | 0 |
| 010832 | Sint Franciscus Gasthuis | Rotterdam | 0 |
| 010834 010837 010860 | Vlietland Ziekenhuis | Schiedam / Vlaardingen | 0 |
| 010841 | Hofpoort Ziekenhuis | Woerden | 0 |
| 010844 | Ziekenhuis Bronovo | Den Haag | 0 |
| 010857 | Reinier de Graaf Groep | Delft | 0 |
| 010848 | Beatrix Ziekenhuis | Gorinchem | 0 |
| 010850 | 't Lange Land Ziekenhuis | Zoetermeer | 0 |
| 010851 | Ruwaard van Putten Ziekenhuis | Spijkenisse | 0 |
| 010852 | IJsselland Ziekenhuis | Cappelle a/d IJssel | 0 |
| 010853 | Rijnland Ziekenhuis | Leiderdorp | 0 |
| 010855 | Het Groene Hart Ziekenhuis | Gouda | 0 |
| 010859 | Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis | Dordrecht | 0 |
| 010862 010846 010856 | HagaZiekenhuis | Den Haag | 0 |
| 010901 | Oosterscheldeziekenhuizen | Goes | 0 |
| 010911 | Streekziekenhuis Walcheren | Vlissingen | 0 |
| 010913 | Ziekenhuisgroep Zeeuwsch-Vlaanderen | Terneuzen | 0 |
| 011001 | Ziekenhuis Lievensberg | Bergen op Zoom | 0 |
| 011002 | Maasziekenhuis | Boxmeer | 0 |
| 011005 011027 011030 011033 | Amphia Ziekenhuis | Breda / Oosterhout | 0 |
| 011008 011010 011035 | Maxima Medisch Centrum | Eindhoven / Veldhoven | 0 |
| SUBTOTAAL 3 | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (vervolg)

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|---|---------------------------------------|----------------------|---|
| 011009 | Catharina Ziekenhuis | Eindhoven | 0 |
| 011011 | Sint Anna Ziekenhuis | Geldrop | 0 |
| 011021 | Sint Franciscus Ziekenhuis | Roosendaal | 0 |
| 011022 | Sint Elisabeth Ziekenhuis | Tilburg | 0 |
| 011026 | Elkerliek Ziekenhuis | Helmond | 0 |
| 011028 011029 011034 | Jeroen Bosch Ziekenhuis | Den Bosch | 0 |
| 011031 | TweeSteden Ziekenhuis | Tilburg / Waalwijk | 0 |
| 011032 011018 011024 | Ziekenhuis Bernhoven | Oss / Veghel | 0 |
| 011108 | Sint Laurentius Ziekenhuis | Roermond | 0 |
| 011113 | Sint Jans Gasthuis | Weert | 0 |
| 011114 | Maaslandziekenhuis | Sittard | 0 |
| 011115 | Stichting Ziekenhuizen Venlo / Venray | Venlo | 0 |
| 011117 | Atrium Medisch Centrum | Heerlen / Kerkrade | 0 |
| 011201 | IJsselmeerziekenhuizen | Emmeloord / Lelystad | 0 |
| 011202 | Flevoziekenhuis | Almere | 0 |
| 080701 | Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Amsterdam | 0 |
| SUBTOTAAL 4 | | | 0 |
| TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtotaal 1 t/m 4) | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

OVERIGE INSTELLINGEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|-----------------------------|--|------------|---|
| 130802 | Oogziekenhuis | Rotterdam | 0 |
| 20000985 | Radiotherapeutisch Instituut Friesland | Leeuwarden | 0 |
| 20000986 | Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek e.o. | Deventer | 0 |
| 20000987 | Arnhems Radiotherapeutisch Instituut | Arnhem | 0 |
| 20000988 | Stichting Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut | Viissingen | 0 |
| 20000989 | Dr. Bernard Verbeeten Instituut | Tilburg | 0 |
| 20000990 | Maastricht Radiation Oncology (Maastric Clinic) | Maastricht | 0 |
| 18009301 | Dialyse Centrum Groningen | Groningen | 0 |
| 18009304 | Stichting Dialysecentrum 't Gooi | Hilversum | 0 |
| 18009306 | Stichting Dianet Dialysecentra | Utrecht | 0 |
| 51000975 | Stichting voor Erfelijkheidsvoorlichting Groningen | Groningen | 0 |
| 51000976 | Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen e.o. | Nijmegen | 0 |
| 51000977 | Universitair Medisch Centrum | Groningen | 0 |
| 51000996 | Academisch Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | 0 |
| 51000978 | VU Medisch Centrum / Stichting KGC | Amsterdam | 0 |
| 51000979 | Leids Universitair Medisch Centrum / Stichting KGC | Leiden | 0 |
| 51000980 | Stichting voor Klinische Genetica | Rotterdam | 0 |
| 51000981 | Academisch ziekenhuis, Klinische Genetica | Maastricht | 0 |
| 6060702 | SEIN | Hoofddorp | 0 |
| 6061002 | Kempenhaeghe | Heeze | 0 |
| TOTAAL OVERIGE INSTELLINGEN | | | 0 |

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | TOTAAL DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S 2008 *) |
|---|-----------------|--------|---|
| TOTALE KOSTEN ALLE DBC GEFINANCIERDE INSTELLINGEN | | | 0 |

*) Het betreft de som van de vorige 3 tabbladen

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTEN REVALIDATIE INSTELLINGEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

REVALIDATIE INSTELLINGEN

| AGB-code | NAAM INSTELLING | PLAATS | VERPLEEG-KOSTEN | KOSTEN (RBU'S) REVALIDATIE BEHANDEL UREN | KOSTEN DAG-BEHANDELING |
|---|---|------------------|-----------------|--|------------------------|
| 6160201 | Revalidatie Friesland | Leeuwarden | | | |
| 6160401 | Het Roessingh | Enschede | | | |
| 6160402 | Vogelweyde | Zwolle | | | |
| 6160501 | ViaReva (Kastanjehof) | Apeldoorn | | | |
| 6160529 | Groot Klimmendaal | Arnhem | | | |
| 6160601 | Militair Revalidatie Centrum (MRC) | Doorn | | | |
| 6160602 | De Hoogstraat | Utrecht | | | |
| 6160702 | Revalidatie Centrum Amsterdam (RCA) | Amsterdam | | | |
| 6160703 | De Trappenberg | Hilversum | | | |
| 6160704 | Heliomare | Wijk aan Zee | | | |
| 6160705 | Jan van Breemen Instituut | Amsterdam | | | |
| 6160802 | Rijnlands Revalidatiecentrum (RRC) | Leiden | | | |
| 6160804 | Sophia Revalidatiecentrum Delft | Delft | | | |
| 6160805 | Cardiologische revalidatie | Rotterdam | | | |
| 6160806 | Sophia Revalidatie Den Haag | Den Haag | | | |
| 6160807 | Stichting revalidatie (De Waarden) | Dordrecht | | | |
| 6160808 | Rijndam | Rotterdam | | | |
| 6160809 | Spine & Joint (SJC) | Rotterdam | | | |
| 6160901 | Stichting Revalidatie Zeeland (SRZ) | Goes | | | |
| 6161002 | Blixembosch | Eindhoven | | | |
| 6161003 | Stichting Revalidatiecentrum Breda | Breda | | | |
| 6161005 | De Tolbrug | s' Hertogenbosch | | | |
| 6161006 | Revalidatiecentrum Leypark (RCL) | Tilburg | | | |
| 6161104 | Stichting Revalidatie Limburg (SRL) | Hoensbroek | | | |
| 6160810 | Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam | Rotterdam | | | |
| TOTAAL REVALIDATIE INSTELLINGEN | | | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE KOSTEN ALLE REVALIDATIE INSTELLINGEN | | | | | 0 |

| 8. Bijlagen record Lay-out informatie risicovereeniging |
|--|
| Omschrijving |
| Structuur gegevensvraag RBVZ 2009 |
| Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2009 ten behoeve van Farmaceutische Kostengroepen (FKG) |
| Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2010 ten behoeve van de risicovereeniging |
| Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken uitstroom 2009 |
| Structuur gegevensvraag DBC's geopend in 2008 ten behoeve van Diagnose Kostengroepen (DKG) |
| Structuur gegevensvraag bevestigd E106 2009 |
| Structuur gegevensvraag GGZ declaraties 2008 |

In dit hoofdstuk treft u de record lay-out aan van de ASCII bestanden die u in het kader van de risicovereeniging moet aanleveren. De structuren voor de gegevensvraag Persoonskenmerken 2010, Farmaciegegevens 2009 en DBC's geopend in 2008 zijn afkomstig uit de brief van het CVZ van 9 december 2009 (kenmerk V&S/29108476) over de aanlevering gegevens Zw mét accountantsproduct in 2010. De structuren voor de gegevensvraag RBVZ 2009, uitstroom 2009, bevestigd E106 2009 en GGZ declaraties 2008 zijn nieuw.

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ RBVZ 2009 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|---------|----------------------------------|-------------|-----|--------|-------|----------|--|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Datum aanmaak bestand | 2 | 9 | 8 | N | EEJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 3 | Begindatum peilperiode | 10 | 17 | 8 | N | EEJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft ingeschreven verzekerden in het jaar 2009. |
| | 4 | Einddatum peilperiode | 18 | 25 | 8 | N | EEJMMDD | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft ingeschreven verzekerden in het jaar 2009. |
| | 5 | Volnummer bestand | 26 | 27 | 2 | N | | Aanduiding van het volgnummer van het bestand. Bij iedere bestandslevering wordt het volgnummer met '1' verhoogd ten opzichte van het voorgaande |
| | 6 | UZOVI-nummer risicodragers | 28 | 31 | 4 | N | #### | Landelijk UZOVI-nummer risicodragende zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2009 actief is. |
| | 7 | Reserve | 32 | 40 | 9 | AN | | Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 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 |
| | 3 | UZOVI-nummer volmacht | 11 | 14 | 4 | N | #### | Code voor de volmacht waarbij een risicodragers een deel van de verzekerdenadministratie heeft ondergebracht. In het geval dit gegeven niet van toepassing is worden nullen ingevuld. |
| | 4 | Begindatum verzekering | 15 | 22 | 8 | N | EEJMMDD | Aanduiding van de datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij het UZOVI-nummer aangevangen is. Hier worden uitsluitend feitelijke beindata van de verzekering opgenomen. |
| | 5 | Einddatum verzekering | 23 | 30 | 8 | N | EEJMMDD | Aanduiding van de datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij het UZOVI-nummer eindigt. De verzekeringsperiode is tot en met. Dit betekent dat de einddatum de laatste dag van de verzekering is. Deze dag telt dus nog mee in de verzekering. Hier worden uitsluitend feitelijke einddata van de verzekering opgenomen die in de peilperiode vallen. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt aan het einde van het jaar |
| | 6 | Fractie verzekeringsperiode | 31 | 37 | 7 | N | | Het bestand moet worden gecontroleerd door de accountant van de risicodragers. Deze dient de gevonden fouten en onzekerheden uit te drukken in verzekerdenjaren. Deze is maximaal 1 (het gehele jaar). De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/ begin datum) +1)/365. Bij de berekening moet rekening worden gehouden met het feit dat in het bestand de feitelijke begin datum is opgenomen en het veld einddatum de werkelijke einddatum weergeeft. Als de begin datum ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt de eerste dag van dat jaar als de begin datum. Als de einddatum niet gevuld is, of leeg is, dan geldt de laatste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft als einddatum. Als een fractie het gehele jaar omvat, dan is de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld een (1) dag van het jaar beslaat, dan heeft deze de waarde 0002739. Er vindt geen afronding plaats; afkappen achter de zesde Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 7 | Reserve | 38 | 40 | 3 | AN | | | |
| 3. Sluitrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 9 | 9 = sluitrecord |
| | 2 | UZOVI-nummer risicodragers | 2 | 5 | 4 | N | #### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar |
| | 3 | Aantal records | 6 | 13 | 8 | N | | Totaal aantal detailrecords dat opgenomen is in het bestand. |
| | 4 | Aantal unieke BSN's | 14 | 21 | 8 | N | | Het aantal unieke BSN's dat opgenomen is in het bestand. |
| | 5 | Som fracties verzekeringsperiode | 22 | 29 | 8 | N | | Het totaal van de fracties dat opgenomen is in het bestand. De waarde is de werkelijke som van de fracties zonder decimalen. Dat wil zeggen dat alleen de cijfers vóór de komma in dit veld worden opgenomen. |
| | 6 | Reserve | 30 | 40 | 11 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_RBZVZ_EEJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
EEJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer, per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEENSVRAAG CVZ FARMACIEGEGEENS 2009 TEN BEHOEVE VAN FARMACEUTISCHE KOSTENGROEPEN (FKG) IN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | EI / AP 304 | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|----|---|-------------|-----|--------|-------|----------|-------------|--|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | #### | | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2009 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJMMDD | | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJMMDD | | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2009. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 29 | 8 | N | EEJMMDD | | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2009. |
| | 6 | Filler | 30 | 67 | 38 | AN | | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | | 2 = detailrecord |
| | 2 | Sofinummer/ Burger Service Nummer | 2 | 10 | 9 | N | | | Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste |
| | 3 | Geboortjaar en -maand | 11 | 16 | 6 | N | EEJMM | 0207 | Geboortjaar en -maand van de verzekerde |
| | 4 | Geslacht | 17 | 17 | 1 | N | | 1 2 | 0208 Man 0208 Vrouw |
| | 5 | Datum van aflevering | 18 | 25 | 8 | N | EEJMMDD | 0409 | |
| | 6 | Artikelcode middel: ZI nummer | 26 | 37 | 12 | N | | 0411 | Conform G-standaard |
| | 7 | Voorgeschreven dosering | 38 | 38 | 1 | N | | 1 2 3 | 0426 De voorgeschreven dosering is bekend De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in een (gemiddeld) verbruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen) De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen) |
| | 8 | Afleveringseenheid | 39 | 40 | 2 | AN | | 0412 | Conform G-standaard |
| | 9 | Gemiddelde (voorgeschreven) dagdosering | 41 | 49 | 9 | N | | 0413 | De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens. |
| | 10 | Hoeveelheid middel afgeleverd (afgeleverd mid | 50 | 58 | 9 | N | | 0414 | De linker zes cijfers geven de gehele eenheden aan; de rechter drie cijfers het restant in duizendsten en zonder decimaal scheidingstekens. |
| | 11 | Indicatie debet credit | 59 | 59 | 1 | AN | | D C | 0438 Debet Credit |
| | 12 | Schadebedrag in centen | 60 | 67 | 8 | N | | 0431 | Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zw. Het bedrag is conform de E-standaard in centen, zonder decimaal scheidingstekens, en is: * exclusief BTW, GVS-bijbetaling en afleververgoedingen * ongeacht kosten ten laste van het eigen risico |
| 3. Sluitrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 9 | | 9 = sluitrecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | #### | | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar |
| | 3 | Totaal aantal records | 6 | 14 | 9 | N | | | De som van het aantal detailrecords |
| | 4 | Totaal schadebedrag | 15 | 28 | 14 | N | | | De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie) |
| | 5 | Filler | 29 | 67 | 39 | AN | | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_FAR_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 1

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ PERSOONSKENMERKEN 2010 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|---|-----------------------------------|-------------|-----|--------|-------|----------|--|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | ### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2010 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum: datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2010. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 29 | 8 | N | EEJMMDD | 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 | Filler | 30 | 41 | 12 | AN | | Reserve, geheel invullen met spaties |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | 2 = detailrecord |
| | 2 | Burger Service Nummer | 2 | 10 | 9 | N | | Uitsluitend geleverde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste |
| | 3 | Postcode woonadres *) | 11 | 16 | 6 | AN | NNNAA | Postcode 6 posities TPG Post |
| | 4 | Huisnummer woonadres *) | 17 | 21 | 5 | AN | | Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in het veld huisnummertoevoeging |
| | 5 | Huisnummertoevoeging woonadres *) | 22 | 33 | 12 | AN | | |
| | 6 | Geboorteaar en -maand | 34 | 39 | 6 | N | EEJMM | Geboorteaar en -maand van de verzekerde |
| | 7 | Geslacht | 40 | 40 | 1 | N | 1 | 1 Man 2 Vrouw |
| | 8 | Identificatie buitenland | 41 | 41 | 1 | N | 1 | 1 Woonadres in Nederland 2 Woonadres in het Buitenland én verdragsformulier E106 3 Woonadres in het Buitenland, geen verdragsformulier E106 |
| 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 | 12 | 7 | N | | Totaal aantal detailrecords |
| | 4 | Som geboorteaar en -maand | 13 | 26 | 14 | N | | De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboorteaar en -maand als een getal wordt gezien |
| | 5 | Filler | 27 | 41 | 15 | AN | | Reserve, geheel invullen met spaties |

*) Bij voorkeur GBA-adres, anders meest recente woonadres. Alleen als er geen woonadres bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

- 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 voorloop-nullen
 - 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
 - CVZ_RVE_UZOVI_PER_EEJJ_MND_NR.txt
 - UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
 - EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
 - MND: bij dit bestand de premieprolongatiemaand juni, '06' opnemen
 - NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ PERSOONSKENMERKEN UITSTROOM 2009 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|---|-----------------------------------|-------------|-----|--------|-------|----------|---|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | ### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ Het betreft de verzekeraar zoals die in 2009 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2009. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 29 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar 2009. |
| | 6 | Filler | 30 | 41 | 12 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | 2 = detailrecord |
| | 2 | Burger Service Nummer | | | | | | Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Postcode woonadres *) | 11 | 16 | 6 | AN | NNNAA | Postcode 6 cijfers TPG Post |
| | 4 | Huisnummer woonadres *) | 17 | 21 | 5 | AN | | Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in het veld huisnummertoevoeging |
| | 5 | Huisnummertoevoeging woonadres *) | 22 | 33 | 12 | AN | | |
| | 6 | Geboortjaar en -maand | 34 | 39 | 6 | N | EEJJMM | Geboortjaar en -maand van de verzekerde |
| | 7 | Geslacht | 40 | 40 | 1 | N | 1 | 1 Man 2 Vrouw |
| | 8 | Identificatie buitenland | 41 | 41 | 1 | N | 1 | 1 Woonadres in Nederland 2 Woonadres in het Buitenland én verdragsformulier E106 3 Woonadres in het Buitenland, geen verdragsformulier E106 |
| 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 | 12 | 7 | N | | Totaal aantal detailrecords |
| | 4 | Som geboortjaar en -maand | 13 | 26 | 14 | N | | De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal wordt gezien |
| | 5 | Filler | 27 | 41 | 15 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

*) Bij voorkeur GBA-adres, anders meest recente woonadres. Alleen als er geen woonadres bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

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

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

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

CVZ_RVE_UZOVI_ADR_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecor
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ DBC's GEOPEND IN 2008 TEN BEHOEVE VAN DIAGNOSE KOSTENGROEPEN (DKG) IN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|---|-----------------------------------|-------------|-----|--------|-------|----------|---|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | #### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2008 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2008. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 29 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het jaar van opening van de DBC, 2008. |
| | 6 | Filler | 30 | 51 | 22 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | 2 = detailrecord |
| | 2 | Sofinummer/ Burger Service Nummer | 2 | 10 | 9 | N | | Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste |
| | 3 | Specialismecode | 11 | 14 | 4 | N | | Code van het poortspecialisme |
| | 4 | Prestatiecode DBC | 15 | 26 | 12 | AN | | Inclusief eventueel gemaskeerde diagnoscode |
| | 5 | Declaratiecode DBC | 27 | 32 | 6 | N | | |
| | 6 | Maand van opening van de DBC | 33 | 34 | 2 | N | MM | |
| | 7 | AGB code instelling | 35 | 42 | 8 | N | | Zoals vermeld op de declaratie. |
| | 8 | Indicatie debet credit | 43 | 43 | 1 | AN | D C | Debet Credit |
| | 9 | Schadebedrag in centen | 44 | 51 | 8 | N | | Gedeclareerde kosten voor DBC's (exclusief GGZ) in het kader van de basisverzekering Zwv. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingsteken. |
| 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 | | Totaal aantal detailrecords |
| | 4 | Som bedrag | 15 | 28 | 14 | N | | De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie) |
| | 5 | Filler | 29 | 51 | 23 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_DBC_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord);
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ BEVESTIGD E106 2009 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|---|--------------------------|-------------|-----|--------|-------|----------|--|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | #### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2009 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft ingeschreven verzekerden in het jaar 2009. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 29 | 8 | N | EEJJMMDD | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft ingeschreven verzekerden in het jaar 2009. |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | 2 = detailrecord |
| | | Burger Service Nummer | | | | | | Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. Uitsluitend geverifieerde BSN's/sofinummers. |
| | 3 | Identificatie buitenland | 11 | 11 | 1 | N | 2 | Woonadres in het Buitenland én bevestigd verdragsformulier E106 |
| | 4 | Filler | 12 | 29 | 18 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |
| 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 | 12 | 7 | N | | Totaal aantal detailrecords |
| | 4 | Filler | 13 | 29 | 17 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_106_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorloopre
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ GGZ DECLARATIES 2008 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

| Type record | # | Rubriek | Positie van | tot | Lengte | Soort | Codering | Omschrijving/Toelichting |
|-------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------|-----|--------|-------|---|---|
| 1. Voorlooprecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 1 | 1 = voorlooprecord |
| | 2 | Zorgverzekeraarsnummer | 2 | 5 | 4 | N | #### | Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2008 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is. |
| | 3 | Datum aanmaak bestand | 6 | 13 | 8 | N | EEJMMDD | Datum waarop het bestand is aangemaakt |
| | 4 | Datum aanvang periode | 14 | 21 | 8 | N | EEJMMDD | De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2008. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2008. |
| | 5 | Datum einde periode | 22 | 30 | 9 | N | EEJMMDD | De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2008. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2008. |
| 2. Detailrecord | 1 | Recordsoort | 1 | 1 | 1 | N | 2 | 2 = detailrecord |
| | 2 | Sofinummer/ Burger Service Nummer | 2 | 10 | 9 | N | | Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste |
| | 3 | AGB code instelling/zorgverlener | 11 | 18 | 8 | N | | Zoals vermeld op de declaratie. |
| | 4 | Soort declaratie | 19 | 19 | 1 | N | 0 | Declaratie van een "overloop DBC-GGZ": de behandeling is in 2007 gestart en loopt door in 2008. Ingangsdatum van de DBC is 1 januari 2008. |
| | | | | | | | 1 | Declaratie van een "structurele DBC-GGZ": de behandeling is gestart in 2008. |
| | | | | | | | 2 | Declaratie van overige kosten GGZ. |
| | 5 | Indicatie debet credit | 20 | 20 | 1 | AN | D C | Debet Credit |
| 6 | Schadebedrag in centen | 21 | 28 | 8 | N | | Gedeclareerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zvw 2008. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingstekens. | |
| 7 | Filler | 29 | 30 | 2 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties | |
| 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 | | Totaal aantal detailrecords |
| | 4 | Totaal schadebedrag | 15 | 28 | 14 | N | | De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie) |
| | 5 | Filler | 29 | 30 | 2 | AN | | Reserve, geheel uitvullen met spaties |

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_GGZ_EEJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
EEJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01