

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	
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 Verzekerde periode en persoonskenmerken jaar T-1	december 2010
6.3.	Gegevensvraag persoonskenmerken jaar T	december 2010
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 kosten per verzekerde	december 2010
6.8.	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. U neemt alle bedragen op in **hele euro's**. Daarbij hanteert u de volgende afrondingsregel: kleiner dan 0,5 naar beneden afronden en 0,5 of groter naar boven. In de gearceerde velden kunnen geen bedragen voorkomen.

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 wat 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 2010, specifieke informatie A, zijn tevens de gegevens over betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2010 opgenomen.

Specifieke Informatie A (in jaarstaat mét 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.

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

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 deels met een assurancerapport.

Aanvullende informatie risicoverevening met assurancerapport	Bestand verzekerde periode en persoonskenmerken T-1 met bestuursverklaring
	Bestand farmaciegegevens per verzekerde met bestuursverklaring
	Bestand DBC-gegevens per verzekerde met bestuursverklaring
	Bestand GGZ declaraties per BSN met bestuursverklaring
	Bestand Hogekostencompensatie met bestuursverklaring (2X)
zonder assurancerapport	Bestand persoonskenmerken jaar T met bestuursverklaring
	Bestand Kosten per verzekerde met bestuursverklaring (4X)

Ook is in dit hoofdstuk een toelichting op de structurele gegevensuitvraag van het CVZ in het kader van het uitvoeringsproces risicoverevening opgenomen.

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 2011

In het kader van de risicoverevening vraagt het CVZ, naast de kwartaal- en jaarstaten in 2011 de volgende gegevens op bij de zorgverzekeraars:

- Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010, bestaande uit een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN.
- persoonskenmerken 2011 op datum van premieprolongatie juni 2011.
- farmaciegegevens per verzekerde
- DBC-gegevens (exclusief GGZ) per verzekerde
- GGZ-gegevens per verzekerde
- Gegevens kosten per verzekerde, 4 bestanden
- opgave hoge kosten compensatie (HKC), 2 bestanden

De inzending van de gegevens verzekerde periode en persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens, en GGZ-gegevens omvat:

Aan het CVZ: - gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP)

- U hoeft geen elektronische versie van de bestuursverklaring meer aan het CVZ te sturen.

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

- assurancerapport bij de bestuurlijke verklaring (op papier)

Het deelbestand verzekerde periode en persoonskenmerken zonder (geverifieerd) BSN is een Excelformat en wordt niet gepseudonimiseerd. U geeft 1 bestuursverklaring en 1 assurancerapport af bij beide deelbestanden samen.

De inzendingen persoonskenmerken datum premieprolongatie en de bestanden kosten per verzekerde omvatten:

Aan het CVZ: - gepseudonimiseerd ASCII bestand (inzending via ZorgTTP)

- bestuursverklaring afgegeven bij het bestand (op papier)

De inzendingen van de hoge kosten compensatie (HKC) omvatten:

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 2011

In 2011 leveren de zorgverzekeraars separaat de definitieve opgave opbrengstverrekening 2009 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 2011 over 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011 moet worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.			
Wat	Peildatum/ verslagperiode	Wie *)	Aanleverdatum
Kwartaalstaat 4 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 4 ^e kwartaal 2010 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2010	11 februari 2011
Hogekostenverevening Zfw	Verslagjaar 2005, declaraties van Zfw-verzekerden voor zover die onder de hogekostenverevening vallen	rechtsoptvolgers van de ziekenfondsen 2005	1 maart 2011
Hogekosten-Compensatie Zvw	Verslagjaar 2008, declaraties van verzekerden voor zover die onder de hogekostencompensatie vallen	Alle zorgverzekeraars 2008	1 maart 2011
Kwartaalstaat verzekerdenstanden	verzekerdenstanden januari, februari en maart 2011	alle zorgverzekeraars 2011	7 maart 2011
Kwartaalstaat 1 ^e kwartaal	1 ^e kwartaal 2011 en oude jaren	alle zorgverzekeraars 2011	12 mei 2011
Jaarstaat	schadejaren 2010 en 2009	alle zorgverzekeraars 20109	1 juni 2011
Opbrengstverrekening	declaraties van DBC's (incl. Revalidatie, excl. GGZ) Geopend in 2009	alle zorgverzekeraars 2009	1 juni 2011
Farmaciegegevens	declaraties 2010 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2010	1 juni 2011
DBC-gegevens	declaraties van DBC's (excl. GGZ) geopend in 2009	alle zorgverzekeraars 2009	1 juni 2011
GGZ-gegevens	declaraties van DBC's GGZ geopend in 2009 en de overige declaraties GGZ 2009 op transactiebasis	alle zorgverzekeraars 2009	1 juni 2011
Kosten per verzekerde	Verslagjaar 2006	Alle zorgverzekeraars 2006	1 juni 2011
Kosten per verzekerde	Verslagjaar 2007	Alle zorgverzekeraars 2007	1 juni 2011
Kosten per verzekerde	Verslagjaar 2008	Alle zorgverzekeraars 2008	1 juni 2011
Kosten per verzekerde	Verslagjaar 2009	Alle zorgverzekeraars 2009	1 juni 2011
Persoonskenmerken	premie prolongatiedatum voor de maand juni 2011	alle zorgverzekeraars 2011	15 juni 2011
*) 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
Verzekerde periode en persoonskenmerken	Verslagjaar 2010	Alle zorgverzekeraars 2010	1 juli 2011
Kwartaalstaat 2 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 2 ^e kwartaal 2011 en oude schadejaren	alle zorgverzekeraars 2011	11 augustus 2011
Kwartaalstaat 3 ^e kwartaal	1 ^e tot en met 3 ^e kwartaal 2011 en oude schadejaren	alle zorgverzekeraars 2011	11 november 2011

*) 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 risicoverevening 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 'verzekerde periode en persoonskenmerken', 'farmacie', 'DBC's', 'GGZ', 'persoonskenmerken datum premieprolongatie', 'kosten per verzekerde' en de handleiding zijn beschikbaar via de website van Zorg TTP: www.zorgttp.nl \ downloads \ risicoverevening. Zorg TTP stelt binnenkort een update beschikbaar van de software die u nodig heeft voor de aanleveringen in 2011. Zodra deze software beschikbaar is ontvangt u nadere informatie. De huidige versie van de Privacy en Verzendmodule (PVM) is 1.0.15. Het nummer van de nieuwe versie zal met 2.0 beginnen. 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 het outputbestand automatisch door naar (het portaal) van Zorg TTP. Als het outputbestand groter is dan ongeveer 50 MB dan wordt het bestand echter niet automatisch verzonden. U kunt dan:

1. Het bestand aanbieden via de digitale postbus van ZorgTTP op haar website (<https://www.zorgttp.nl>). U kiest in het menu op de website voor 'Digitale postbus'. U klikt op 'Browse' om het bestand te selecteren, het bestand wordt vervolgens naar de server van ZorgTTP gekopieerd. ZorgTTP zal de ontvangst bevestigen en de verdere verwerking verzorgen.

of

1.2. Aanlevering van gegevens

2. Het bestand op CD of DVD branden en aangetekend naar ZorgTTP sturen. De adresgegevens van ZorgTTP zijn:
ZorgTTP
Postbus 529
3990 GH Houten
3. Bij verzending via post graag contactgegevens (telefoon en e-mail) vermelden. ZorgTTP zal de ontvangst bevestigen en de verdere verwerking verzorgen.

Elke gebruiker van de applicatie heeft een certificaat nodig. Als u nog geen certificaat heeft, dan kunt u dit aanvragen door de op de volgende pagina opgenomen gegevens aan het CVZ, afdeling Contact Centrum Zakelijk, te sturen. Een certificaat is vier jaar geldig. ZorgTTP zal de gebruikers benaderen van wie het certificaat verloopt.

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

Aanvragen certificaat

Voor het gebruik van de applicaties voor de pseudonimisering van persoonsgegevens en de verzending van de gepseudonimiseerde bestanden aan Zorg TTP is het noodzakelijk dat u beschikt over een certificaat. Als u een certificaat wilt aanvragen, dan stuurt u deze bijlage met de hierna genoemde gegevens zo spoedig mogelijk aan het CVZ:

College voor zorgverzekeringen
Afdeling Contact Centrum Zakelijk
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Het certificaat staat op naam van de organisatie. Hiervoor zijn de volgende gegevens nodig:

Naam verzekeraar

Straat

Huisnummer

Postcode (6 posities)

Plaats

E-mailadres (certificaat)

(algemeen e-mailadres, kan eventueel ook het persoonlijke e-mailadres ('e-mailadres gebruiker certificaat') zijn)

Voor het toezenden van het certificaat zijn gegevens nodig van een contactpersoon:

Voornaam

Tussenvoegsel

Achternaam

Afdeling

E-mailadres

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-, DBC- en GGZ-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)
1.3.11.	Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek juli 2010)
1.3.12.	Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2011 (versie handboek december 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 apotheekhoudende 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 Zw 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

Betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009

In deze versie van het handboek is toegevoegd:

- gegevensvraag betalingsachterstanden nominale premie per 31-12-2009 (paragraaf 2.5.).

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.

Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg

- 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 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. 	

1.3.11 Aanvullende wijzigingen en aandachtspunten 2010 (versie handboek juli 2010)

Specifiek	<u>Aanvullende informatie risicoverevening</u> <ul style="list-style-type: none">- Bij hoofdstuk 6.3 Gegevensvraag persoonskenmerken is een extra paragraaf toegevoegd, 6.3.4 Gegevensvraag verzekeren zonder BSN 2008 en 2009. Zorgverzekeraars zijn per e-mail van 1 april 2010 op de hoogte gebracht van deze twee aanleveringen per 1 november 2010. De inrichtingsvoorschriften zijn in 6.3.4 beschreven.- In 6.7 zijn de inrichtingsvoorschriften voor de opgave HKC 2008 toegevoegd. De zorgverzekeraars zijn hierover per brief van 30 juni 2010 (CCZ/2010072728) geïnformeerd.
------------------	--

1.3.12 Wijzigingen en aandachtspunten 2011 (versie handboek december 2010)	
Algemeen	<p>Bij een aantal rubrieken/codes is de toelichtende tekst verduidelijkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubriek 04 Mondzorg: Bij Code 561 Gebitsprothesen verantwoordt u alleen de kosten van verzekerden van 18+ jaar. De gebitsprothesen van jeugdigen t/m 17 jaar worden verantwoord bij code 560.2, P. - Rubriek 06 Medisch specialistische zorg: Bij code 545 verantwoordt u alleen de honoraria van de specialisten mondzieken en kaakchirurgie. Niet de kosten + honoraria. - Rubriek 09 Ziekenvervoer. Bij code 650, MICU-vervoer verantwoordt u de kosten ambulancevervoer bij code 650, de medisch specialistische kosten MICU verantwoordt u bij code 618. - In hoofdstuk 5, bij de definitie van kosten en de definities van de kolommen is nadrukkelijk gemeld dat voor de kosten in alle kolommen, dus ook kolommen oude jaren, geldt dat u op geen enkele wijze rekening houdt met de opbrengstverrekeningen. <p>NB VWS heeft nog steeds geen besluit genomen over de kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Wij verzoeken u deze kosten (nog) niet in de kwartaal- en jaarstaat te verantwoorden.</p> <p>In deze versie van het handboek is de brief van 6 december (CCZ/2010131800) 'Aanlevering gegevens Zw mét accountantsproduct in 2011' verwerkt. Het betreft hier voornamelijk Hoofdstuk 6.</p> <hr/> <p>Met ingang van verslagjaar 2011 zijn er de volgende wijzigingen als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij huisartsenzorg vervallen enkele losse M&I verrichtingen en de module POH somatisch. - De vergoeding voor anticonceptiva geldt uitsluitend voor verzekerden tot 21 jaar. - Mondzorg wordt niet langer vergoed voor verzekerden tussen 18 en 21 jaar. - Ongecompliceerde extracties als onderdeel van tandheelkundige chirurgische hulp worden niet meer vergoed. - Kosten academische component zijn vervallen. - Negen behandelingen bekkenfysiotherapie worden vergoed. Voor fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening komen voor verzekerden boven de 18 jaar de eerste 12 behandelingen voor eigen rekening. - Een aantal hulpmiddelen worden functiegericht omschreven. De aanspraak op een aantal categorieën wordt beperkt. - De kosten van de overgangsregeling Functioneel LeeftijdsOntslag (Ziekenvervoer) worden tot en met 2010 aangemerkt als vaste kosten en worden volledig nagecalculeerd. - Opname van het programma Stoppen-met-Roken in het pakket. - Vooruitlopend op aanvaarding van het wetsvoorstel Opsporing Onverzekerden door de Eerste Kamer vervalt de uitvraag Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling. - Als gevolg van het besluit van het CVZ om geen onderscheid meer te maken in de voorschriften voor de verschillende gegevensstromen in het kader van de uitvoering van de risicoverevening wijzigt de manier van aanlevering gegevens verzekerde periode en persoonskenmerken - Ten behoeve van de mogelijke invoering van Hoge Risico Verevening of Meerjarige Hoge Kosten is er nieuwe gegevensaanlevering met kosten per verzekerde over 2006, 2007, 2008 en 2009. Deze bestanden worden in 2011 aangeleverd met alleen een bestuursverklaring.

1.3.12 Wijzigingen en aandachtspunten 2011 - vervolg	
Specifiek	<u>Rubriek 01 Huisartsenzorg</u> <ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie van code 503, specifieke informatie C kwartaal- en jaarstaat 2011, vervalt bij de regel Module praktijkondersteuning huisartsen, de POH somatisch. De M&I verrichtingen 13002, 13026 en 13028 komen te vervallen.
	<u>Rubriek 04 Mondzorg</u> <ul style="list-style-type: none"> - De specificatie van code 560.2 naar leeftijd vervalt in de kwartaal- en jaarstaat 2011, specifieke informatie C.
	<u>Rubriek 06 Medisch specialistische zorg</u> <ul style="list-style-type: none"> - Kostencodenummer 601 is in de kwartaal- en jaarstaat spec informatie A vervallen. Vanaf 2008 vindt de financiering van de academische component niet langer plaats via de St. Financiering Academische Component, maar middels een subsidieregeling die wordt uitgevoerd door VWS. Bij de definitieve vaststelling 2007 zal het CVZ de schade academische component 2006 en 2007 berekenen. Dit betekent dat zorgverzekeraars in de jaarstaat 2010 en later geen schade academische component meer moeten verantwoorden.
	<u>Rubriek 08 Hulpmiddelen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ook in 2011 worden weer een aantal categorieën functioneel omschreven. Categorie 6 wordt gesplitst in een nieuwe cat. 6 en cat. 38. Pessaria en spiraaltjes (07) worden vergoed voor verzekerden tot 21 jaar. De aanspraak op hulpmiddelen uit cat. 10 wordt beperkt tot die aandoeningen die een langdurig gebruik noodzakelijk maken. De hulpmiddelen voor diabetes verhuizen naar cat. 12. Bij cat. 33 worden de gebruikskosten voor de honden apart uitgevraagd. Het nieuwe format voor de specificatie in de specifieke informatie C in de jaarstaat 2011 is in deze versie van het handboek al toegevoegd.
	<u>Rubriek 9 Ziekenvervoer</u> <ul style="list-style-type: none"> - In de jaarstaat 2011, specifieke informatie A komt een nieuwe specificatie van het bedrag dat bij code 650 in de 5^e kolom (=kosten 2009 en ouder) in de kostenverzamelstaat is verantwoord. De declaraties van de publieke ambulancediensten moet u per publieke ambulancedienst specificeren.
	<u>Rubriek 13 Overige kosten</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verantwoording van het Programma Stoppen met roken vindt plaats bij rubriek 13. In de kwartaal- en jaarstaat, specifieke informatie C, wordt zowel de specificatie van de kosten als de specificatie van de aantallen van code 700 uitgebreid met een regel voor de kosten en een regel voor de aantallen van het programma Stoppen-met-roken. Verantwoording in de kwartaalstaten gaat naast het 2e en 4e kwartaal ook in het 3e kwartaal plaatsvinden.

1.3.12 Wijzigingen en aandachtspunten 2011 - vervolg	
Specifiek	<p><u>Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de jaarstaat 2011 specifieke informatie A komt paragraaf 2.3 Ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling in zijn geheel te vervallen. Ook de specificaties in de kwartaalstaten specifieke informatie C vervallen.
	<p><u>Aanvullende informatie risicoverevening</u></p> <p>Als gevolg van het combineren van een aantal gegevensaanleveringen Persoonskenmerken zijn er twee 'nieuwe' aanleverbestanden en vervallen drie bestanden.</p> <p>Nieuw zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persoonskenmerkenbestand verzekerden met geverifieerd BSN op datum nominale premieprolongatie juni 2011. Aanleverdatum 15 juni, zonder accountantsverklaring, met bestuursverklaring. - Bestand verzekerde periode en persoonskenmerken 2010. Dit bestaat uit twee deelbestanden. Een deelbestand verzekerden met geverifieerd BSN en een deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN. Met één accountantsverklaring en één bestuursverklaring aan te leveren op 1 juli. <p>Vervallen zijn: RBVZ met accountantsverklaring, bestand uitstroom en verzekerden met E-106.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn 4 nieuwe bestanden met kosten per verzekerde over 2006, 2007, 2008 en 2009. De kosten per verzekerde worden gevraagd volgen de definitie van kosten van de HKC. De bestanden moeten worden aangeleverd op 1 juni, zonder accountantsproduct, met bestuursverklaring. - Het bestand GGZ-gegevens per verzekerde moet worden aangeleverd met een accountantsproduct.

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, dat 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.). Vooruitlopend op de aanvaarding van het wetsvoorstel opsporing Onverzekerden (18 mei 2010) door de Eerste Kamer vragen wij in de jaarstaat 2010 deze gegevens voor de laatste keer op.

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 31-12-2010 (2.5.), omvat een specificatie van verzekerden (wanbetalers) die op 31-12-2010 zijn ingeschreven en een specificatie van verzekerden (wanbetalers) die in 2010 zijn uitgeschreven. Deze opgave is opgenomen in de jaarstaat 2010, 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 2010) en als er geen andere aanwijzingen 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.				

2. Specifieke Informatie A

BESTUURLIJKE VERKLARING BIJ DE GEGEVENS IN DE JAARSTAAT ZVW 2010

De gegevens in de jaarstaat Zvw 2010 zijn ontleend aan de financiële administratie van de zorgverzekeraar. De specifieke informatie A in de jaarstaat Zvw 2010 is voor de vereiste juistheidcontrole voorgelegd aan de externe accountant. De accountant heeft naar aanleiding van deze controle zijn bevindingen gerapporteerd en informatie verstrekt over alle tijdens het onderzoek geconstateerde feitelijke onjuistheden en onzekerheden.

Onjuistheden (kruis aan wat van toepassing is):

- Er zijn geen onjuistheden gerapporteerd
- Er zijn onjuistheden gerapporteerd. Alle onjuistheden zijn in de jaarstaat gecorrigeerd
- Er zijn onjuistheden gerapporteerd. De volgende onjuistheden zijn niet in de jaarstaat gecorrigeerd:

Onzekerheden (kruis aan wat van toepassing is):

- Er zijn geen onzekerheden gerapporteerd
- Er zijn onzekerheden gerapporteerd. Alle onzekerheden zijn in de jaarstaat gecorrigeerd
- Er zijn onzekerheden gerapporteerd. De volgende onzekerheden zijn niet in de jaarstaat gecorrigeerd:

(Plaats)

.....-2011
(Datum ondertekening)

Handtekening

Naam en functie ondertekenaar:

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 09 Ziekenvervoer
2.2.5	Specificaties Rubriek 10 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
2.2.6.	Specificaties Rubriek 13 Overige kosten
2.2.7	Specificaties Rubriek 15 Grensoverschrijdende zorg
2.2.8.	Verzekerdenstanden
2.2.9.	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 2.2.7.). Kolom 1 en kolom 5 uit de kostenverzamelstaat jaarstaat 2010 moeten gespecificeerd worden.

In paragraaf 2.2.8. treft u een toelichting aan op de verzekerdengegevens die u in de kwartaal- en jaarstaten moet aanleveren. Paragraaf 2.2.9. gaat over de gegevens die u in de jaarstaat moet aanleveren over berekende nominale rekenpremies voor gedetineerden.

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 2011 vervallen bij code 503 de Module POH somatisch, de M&I verrichtingen 13002, 13026 en 13028 en wordt het aantal 14xxx codes uitgebreid. Anticonceptiva worden vergoed voor verzekerden tot 21 jaar. Mondzorg wordt vergoed tot 18 jaar en ongecompliceerde extracties bij tandheelkundige chirurgische hulp (code 545) worden niet meer vergoed. Bij rubriek 06 vervalt code 601. Voor fysiotherapie en oefentherapie bij een chronische aandoening worden voor verzekerden boven de 18 jaar de eerste 12 behandelingen niet vergoed. Voor bekken fysiotherapie worden negen behandelingen vergoed. Bij Hulpmiddelen wordt de aanspraak op een aantal categorieën beperkt, anticonceptiehulpmiddelen worden vergoed voor verzekerden tot 21 jaar en categorie 10 wordt beperkt tot die aandoeningen die een langdurig gebruik noodzakelijk maken. De nieuwe prestatie Stoppen-met-roken moet u verantwoorden bij rubriek 13 Overige kosten.</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 2011

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	CVZ-code	LASTEN 2011 T/M 1E KWARTAAL		LASTEN 2010		LASTEN 2009 EN OUDER	
		Lasten t/m 1e kwartaal 2011 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2011	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 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 2011 T/M 1E KWARTAAL		LASTEN 2010		LASTEN 2009 EN OUDER	
		Lasten t/m 1e kwartaal 2011 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2011	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 en ouder
06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG							
Kosten en honor. specialisten mondziekten en kaakchirurgie	545						
Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie	546						
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, inclusief gedeclareerde verrekentariaf (t/m 2007)	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.

Kostenverzamelstaat in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2011

2. Specifieke Informatie A

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	CVZ-code	LASTEN 2011 T/M 1E KWARTAAL		LASTEN 2010		LASTEN 2009 EN OUDER	
		Lasten t/m 1e kwartaal 2011 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2011	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 en ouder
07 PARAMEDISCHE ZORG							
Kosten fysiotherapie	620						
Kosten oefentherapie Mensendieck/Cesar	621						
Kosten logopedie	623						
Kosten ergotherapie	624						
Kosten dieetadviesing	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 2011 T/M 1E KWARTAAL		LASTEN 2010		LASTEN 2009 EN OUDER	
		Lasten t/m 1e kwartaal 2011 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2011	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 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 1e kwartaal 2011 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m 1e kwartaal 2011	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 en ouder inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009 en ouder
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 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT

KOSTENRUBRIEK	CVZ-code	LASTEN 2010		LASTEN 2009		LASTEN 2008 EN OUDER
		Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009	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
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 2010		LASTEN 2009		LASTEN 2008 EN OUDER
		Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009	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 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	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 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	CVZ-code	LASTEN 2010		LASTEN 2009		LASTEN 2008 EN OUDER
		Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009	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
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	0

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTENVERZAMELSTAAT - vervolg

KOSTENRUBRIEK	CVZ-code	LASTEN 2010		LASTEN 2009		LASTEN 2008 EN OUDER
		Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009	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
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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Lasten 2009 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 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 specificeert 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>Met ingang van 2010 is het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' B DBC's vervallen, u neemt 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 2011

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten t/m 1e kwartaal 2011 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 2010

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE

KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE		Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp			
Vaste kosten ziekenhuisverpleging			
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tot en met 2008)		XXXXXX	XXXXXX
Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden jonger dan 18 jaar	XXXXXX	XXXXXX
	Kosten tlv deelbijdrage GGZ verzekerden 18 jaar en ouder	XXXXXX	XXXXXX
Kosten overige prestaties			
Kosten B DBC's			XXXXXX
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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij codenummer 613, Kosten (component) van DBC's A segment specificeert u het totaal van de kosten van ZBC's, zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra, audiologische centra, epilepsiecentra 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.). - De twee specificaties voor de codenummers 615 (kostencomponent) en 616 (honorariumcomponent) naar onderscheid van de kosten van oude B-DBC's (t/m 2008) en van nieuwe B-DBC's (met ingang van 2009) zijn vervallen in de jaarstaat 2010. In de jaarstaat 2011 worden deze specificaties voor declaraties 2008 (2^e kolom) weer uitgevraagd. - Met ingang van 2010 geeft u voor codenummer 617 een specificatie van de kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk ivm medisch specialistische zorg. - Bij code 619 geeft u een splitsing naar de kosten van de kostencomponent van A DBC's en B DBC's, de honorariumcomponent van A DBC's en B DBC's en het totaal van de ondersteunende en overige producten en de overige trajecten en verrichtingen. Al deze bedragen worden volgens verschillende percentages toegeedeeld naar vaste en variabele kosten. Met ingang van de jaarstaat 2010 is ook bij de specificatie van code 619 het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' B DBC's vervallen. 				

Specificaties in jaarstaat 2010

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 613 - KOSTEN DBC'S A SEGMENT	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 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 617 - KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
Kosten verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg		X

2. Specifieke Informatie A

Specificaties in jaarstaat 2010 - vervolg -

CODE 619 - KOSTEN EN HONORARIA EXTRAMURAAL WERKENDE SPECIALISTEN	Lasten 2010 inclusief balanspost
Kosten A segment	
Kosten B segment	
Honoraria A segment	
Honoraria B segment	
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. 2008 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 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING
RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG -VERVOLG-

KOSTEN DBC'S IN 2008 GEOPEND EN IN 2008 GESLOTEN	Lasten 2008
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 2008 GEOPEND EN IN 2009 GESLOTEN	Lasten 2008
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 2010 GEOPEND EN IN 2010 GESLOTEN	Lasten 2010 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 2010 – vervolg –

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG -VERVOLG-

KOSTEN DBC'S IN 2010 GEOPEND EN IN 2011 GESLOTEN	Lasten 2010 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; - Categorale 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.</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 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

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

AGB-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
020101	Academisch ziekenhuis Groningen	Groningen		
020502	UMC St. Radboud	Nijmegen		
020602	UMC Utrecht	Utrecht		
020701	Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit	Amsterdam		
020702	Academisch Medisch Centrum	Amsterdam		
020801	Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden		
020806	Erasmus Universitair Medisch Centrum	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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
010110 010101 010106	Ommelander Ziekenhuisgroep (Delfzicht ziekenhuis	Delfzijl		
010101	Delfzicht Ziekenhuis	Delfzijl		
010105	Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal		
010106	St Lucas Ziekenhuis	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	Noorderboog/Diaconessenhuis	Meppel		
010413 010414 010420	Isala klinieken	Zwolle		
010417	Deventer Ziekenhuizen	Deventer		
010418	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Hardenberg		
010419	Medisch Spectrum Twente	Enschede		
010408 010416 010421	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 010536 010532	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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
010535	Ziekenhuis Rijnstate	Arnhem		
010606 010613 010618	Diaconessen - Lorentz ziekenhuis	Utrecht / Zeist		
010608 010609 010617 010610 010620	Sint Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein		X
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 Zaans Medisch Centrum	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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
010827 010833 010861	Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam		
010830	Havenziekenhuis	Rotterdam		
010831	Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam		
010832	Sint Franciscus Gasthuis	Rotterdam		
010834 010837 010860	Vlietland Ziekenhuis / Stichting SSVZ	Schiedam / Vlaardingen		
010841	Hofpoort Ziekenhuis	Woerden		
010844	Ziekenhuis Bronovo	Den Haag		
010848	Beatrix Ziekenhuis	Gorinchem		
010850	't Lange Land Ziekenhuis	Zoetermeer		
010851	Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkenisse		
010852	IJsselland Ziekenhuis	Capelle a/d IJssel		
010853	Rijnland Ziekenhuis	Leiderdorp		
010855	Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda		
010857	Reinier de Graaf Groep	Delft		
010859	Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht		
010862 010846 010856	HagaZiekenhuis	Den Haag		
010901 010911 010915	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Goes / Vlissingen		
010901	Oosterscheldeziekenhuizen	Goes		
010911	Streekziekenhuis Walcheren	Vlissingen		
010913	Zorgzaam Zeeuws 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	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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 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 / Orbis Medisch Centrum	Sittard / Geleen		
011115	Viecuri Medisch Centrum Noord Limburg	Venlo		
011117	Atrium Medisch Centrum	Heerlen		
011201	IJsselmeerziekenhuizen	Emmeloord		
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 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
130802	Oogziekenhuis	Rotterdam		
280501 140501 150501	Sint Maartenskliniek	Nijmegen		
TOTAAL CATEGORALE ZIEKENHUIZEN			0	0

ACADEMISCHE, ALGEMENE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN

	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
TOTAAL KOSTEN ALLE INSTELLINGEN	0	0

2.2.4. Specificaties Rubriek 09 Ziekenvervoer				
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>Deze specificatie is nieuw in de jaarstaat 2011.</p> <p>De kosten van de overgangsregeling functioneel leeftijdsontslag (FLO) van de publieke ambulancediensten worden tot en met 2010 aangemerkt als vaste kosten en worden volledig nagecalculeerd. Om het betreffende deel van de kosten van ambulancevervoer 2009 als vaste kosten aan te kunnen merken vraagt het CVZ in de jaarstaat 2011 een specificatie van het bedrag dat bij code 650, kosten vervoer per ambulance/helikopter, in de 5^e kolom (kosten 2009 en ouder) van de kostenverzamelstaat is verantwoord. Wij vragen per publieke ambulancedienst de totale kosten ambulancevervoer. Onderaan de tabel is een regel opgenomen voor de overige kosten (= overig ambulancevervoer + helikopter) zodat het totaal van de specificatie aansluit bij de kostenverzamelstaat.</p> <p>Op de website van het CVZ kunt u een lijst met de publieke ambulancediensten vinden, Financiering\Risicoverevening 2009\FLO-percentages ambulancediensten. De structurele percentages 2009 zijn uitsluitend bedoeld ter informatie voor de zorgverzekeraars. Eind januari 2011 ontvangt het CVZ van de NZa de (incidentele) percentages 2009, waarin ook nog een bedrag voor FLO over 2008 is verwerkt. De incidentele percentages plaatst het CVZ ook op de website. Het CVZ gebruikt deze bij de bijdragevaststelling over 2009. Zorgverzekeraars hebben deze percentages nodig voor de opgave Kosten per verzekerde 2009 (zie paragraaf 6.7.) en de HKC opgave over 2009.</p>				

2. Specifieke Informatie A

2.2.5. Specificaties Rubriek 10 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg				
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 splitst u met ingang van 2010 de totale kosten GGZ. Deze totale kosten GGZ worden gesplitst in kosten van 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.</p> <p>U splitst de kosten zoals opgegeven in de eerste en de vijfde kolom van de kostenverzamelstaat bij rubriek 10. Omdat deze splitsing van kosten in 2010 is ingegaan, hoeft u de kosten van 2008 (vijfde kolom) niet te splitsen.</p>				

Specificatie in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	Lasten 2010 inclusief balanspost	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 en ouder
Kosten GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar		
Kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder		

2. Specifieke Informatie A

2.2.6. 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, kosten die zijn aan te merken als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en 'Niet nader te specificeren kosten'. Deze laatste kunnen alleen maar kosten zijn ivm deze beleidsregel(s). - 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 is vervallen. De specificatie van rubriek 13 is met ingang van 2010 in de specifieke informatie A vervallen en is in zijn geheel naar de specifieke informatie C gegaan. Daar specificeert u ook de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening en miv 2011 het Programma Stoppen met roken. De verantwoording oude jaren, 2008 en volgend jaar 2009, blijft opgevraagd worden in de specifieke informatie A.</p>				

Specificatie in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREENING

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2008 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

2.2.7. 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 specificiert 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 20, EG-verordening nr. 883/2004 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 2010 specificiert u de kosten op kasbasis over 2010 op basis van de opgave januari 2011 en de kosten op kasbasis over jaar 2008 op basis van de opgave januari 2009. 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 specificiert 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 specificiert 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. 				

2.2.8. 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 bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken). 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). - De peildatum voor de leeftijd bepaling 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 2011:</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 2011 (model is maand mei 2011)

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

VERZEKERDENSTAND NAAR RISICOKLASSE

Peildatum: datum van nominale premieprolongatie
voor de maand **MEI** 2011

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** 2011

	AANTAL
Verzekerden met nominale premie Zvw	
Verzekerden zonder nominale premie Zvw	
TOTAAL	0

2. Specifieke Informatie A

2.2.9. 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 bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken en 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 bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken) 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 beleidsregels 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 2010 € 983 per jaar.</p>				

Specificatie in jaarstaat 2010

OVERIGE SPECIFICATIES

BEREKENDE NOMINALE REKENPREMIES GEDETINEERDEN

	BEDRAG
Totaal berekende nominale rekenpremies 2010 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>Zoals u bekend is op 18 mei jl. het wetsvoorstel opsporing Onverzekerden plus de daarmee samenhangende motie Smilde door de Tweede Kamer aangenomen. Na behandeling en aanvaarding door de Eerste Kamer treedt de wet op een nader te bepalen datum in werking. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet heeft het CVZ besloten om voorlopig geen boetebeschikkingen meer te verzenden, het CVZ heeft de zorgverzekeraars gevraagd overeenkomstig te handelen. De zorgverzekeraars zijn hier per brief (CCZ/2010066039) over geïnformeerd. Als gevolg hiervan geeft u in de jaarstaat 2010 alleen nog die zaken op waarop voor 6 april 2010 (6 weken voorafgaand aan motie Smilde) al was beslist maar waar geen -tijdige- vervolgstap is ingesteld door bezwaar te maken of beroep in te stellen. Voor na 6 april 2010 kunt u geen constatering van of opgelegde boetes meer opnemen, alleen nog de nog lopende gevallen.</p> <p>Mocht de Eerste Kamer anders besluiten dan brengen wij u hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte.</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 <u>kwartaalstaten</u> specificiert u gegevens over de boeteregeling in de <u>specifieke informatie C</u>. Deze specificatie in miv 2011 vervallen.</p>				

Specificatie in jaarstaat 2010

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 totaal telling 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 2010

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

RUBRIEK 01 - HUISARTSENZORG	Lasten 2010 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 01	0

RUBRIEK 02 - FARMACEUTISCHE ZORG	Lasten 2010 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 02	0

RUBRIEK 04 - MONDZORG	Lasten 2010 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 04	0

RUBRIEK 05 - VERLOSKUNDIGE ZORG	Lasten 2010 inclusief balanspost
Verzekerden jonger dan 20 jaar	
Verzekerden 20-64 jaar	
Verzekerden 65 jaar en ouder	0
Totaal niet gespecificeerd	0
TOTAAL rubriek 05	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 in jaarstaat 2010				
<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. 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 2010.</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 2010 gedaan moeten worden en op de verdere afwikkeling in de jaarstaat 2011. In de toelichting is de werkwijze beschreven voor zorgverzekeraars die (een deel van) hun stuwmeer hebben aangeleverd in 2010. Voor zorgverzekeraars die hun stuwmeer geheel (Azivo) of gedeeltelijk (CZ) in 2009 hebben aangeleverd is in de paragrafen 4 en 5 een verbijzonderde tekst opgenomen.</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 conform het afgesproken aanleverschema 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 zorgverzekeraar 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 jaarstaat 2010 – vervolg

Datum einde

In de opgave in de jaarstaat 2010 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 een datum in 2010 moet zijn, die op of vóór de datum aanlevering ligt. 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,-. Deze wanbetalers worden in de aggregatie niet meegenomen.

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 2010 is niet langer een defaultwaarde opgenomen.
2. Wanneer de verzekeringsovereenkomst in 2010 is beëindigd (als gevolg van emigratie en overlijden) is de datum einde gelijk aan de datum waarop de verzekeringsovereenkomst is beëindigd. De datum einde in 2010 moet vóór de datum aanlevering liggen. Als de verzekeringsovereenkomst op of na de datum aanlevering is beëindigd dan valt de wanbetaler onder categorie 1.
NB Wanneer de verzekeringsovereenkomst vóór 1 januari 2010 (tussentijds) is beëindigd (dit betreft ook verzekerden die op 1-1-2010 niet meer bij u verzekerd zijn, de verzekeringsovereenkomst eindigt in dat geval op 31-12-2009), is de betreffende wanbetaler al verwerkt in een eerdere definitieve opgave en mag u die wanbetaler en die premieschuld (over de eerdere verzekeringsperiode) uiteraard niet nogmaals opnemen.
3. Wanneer er in 2010 een betalingsovereenkomst of schuldsaneringsovereenkomst is aangegaan is de datum einde gelijk aan de datum waarop de desbetreffende overeenkomst is aangegaan. De datum einde in 2010 moet vóór de datum aanlevering 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.

U neemt zoveel mogelijk bij alle jaren de feitelijke nominale premiebedragen **per jaar** op volgens de gegeven definitie, ook als deze premiebedragen niet in rekening zijn gebracht bij de verzekerde. Dit is bijvoorbeeld het geval als een verzekerde niet gedurende het gehele jaar verzekerd of premieplichtig is geweest, maar ook gedurende een detentieperiode is een verzekerde niet premieplichtig. U neemt in dat geval het premiejaarbedrag op dat hoort bij het polistype van de verzekerde.

Verzekerden worden pas wanbetaler wanneer hun premieschuld groter is dan de helft van de werkelijke nominale jaarpremie (dus zes maanden).

Omdat ook het niet betaalde verplichte eigen risico in 2008 tot en met 2010 wordt gerekend als premieschuld (zie 3.4.2.), kan het voorkomen dat de compensatieperiode ook een periode betreft waarin de wanbetaler niet bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd was. U mag in dat geval ook een premiejaarbedrag over die periode opnemen. U kiest het premiebedrag over het betreffende jaar dat past bij de polis die de betreffende wanbetaler in een later jaar bij u heeft gesloten. Vervolgens wordt in het filter de compensatieperiode op basis van dat premiebedrag berekend. U kunt er ook voor kiezen om over die periode geen premiebedrag in te vullen. In dat geval berekent het filter via een defaultprocedure de compensatieperiode.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie jaarstaat 2010 – vervolg**2. Begrippen en definities - vervolg**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 2010 is het feitelijke bedrag aan premieachterstand over de gehele aaneengesloten verzekerde periode 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 incassobureaus en deurwaarders, vóór 1 april 2011 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.

Compensatiebedragen

De zorgverzekeraar krijgt een compensatie van de premieschulden gedurende de periode die de relevante zes maanden premieachterstand 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 (compensatie hoog = standaardpremie)	€ 1.209,00
2010, voor de datum gereed (compensatie laag)	€ 1.102,00
2010, na de datum gereed (compensatie 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 vanaf 2008 naast de rekenpremie ook worden gecompenseerd voor het verwachte gemiddelde verplicht eigen risico. Indien het compensaties betreft na de 'datum gereed' in 2009 of 2010 wordt de compensatie vanaf dat moment gebaseerd op de standaardpremie 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.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie jaarstaat 2010 – vervolg

3. Beschrijving

3.1. *Algemeen*

In de periode september 2009 tot en met september 2010 zullen zorgverzekeraars volgens een overeengekomen aanleverschema 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 van het stuwmeer in de genoemde periode, 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).

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*

1. 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. 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 jaarstaat 2010 – vervolg

3.4. Enkele bijzondere onderwerpen in het kader van de wanbetalerscompensatie

3.4.1. *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.

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 incassoactiviteiten 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 2010 dient de zorgverzekeraar rekening te houden met betalingen die de zorgverzekeraar vóór 1 april 2011 hebben ontvangen. Daarbij moet de zorgverzekeraar ook alle betalingen betrekken die wanbetalers tot 1 april 2011 aan incassobureaus, deurwaarders en dergelijke hebben gedaan.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie jaarstaat 2010 – vervolg

3.4.2. *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, 2009 en/of 2010 en brengt u de opbrengsten van de incasso op het verplicht eigen risico in mindering brengen op de premieschuld.

3.4.3. *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.

3.4.4. *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.
- Gedurende de periode dat de verzekeringsnemer voor één of meerdere verzekerde(n) de premie betaalt, moet de zorgverzekeraar in het kader van de vaststelling van de compensatie de totale premieschuld gelijkelijk verdelen over alle verzekerden, voor wie de verzekeringsnemer premie zou moeten hebben betalen. Na de splitsing gelden de individuele premiebetalingen en premieschulden. Als de betreffende verzekerde(n) voor de datum aanlevering zelf verzekeringsnemer wordt(en), en zijn/haar premie niet betaalt, dan wordt de premieschuld per verzekerde vanaf dat moment vermeerderd met de individuele premies. Voor elke (premieplichtige) verzekerde neemt u een aparte regel op in het filter.

2.5. Opgave betalingsachterstanden nominale premie jaarstaat 2010 – vervolg

3.4.5. *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 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.

4. Instructie filter 2010

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 2010. 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.

Als er meerdere data aanlevering gelden of meerdere data gereed moet u per datum het filter vullen. In de eerste tabel van de jaarstaat 2010 neemt u per datum aanlevering, per risicodragende zorgverzekeraar de totalen op.

Invoervelden per (potentiële) wanbetaler

Per (potentiële) wanbetaler moet u acht invoervelden invullen. 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. Dit is het geval als op de datum aanlevering de verzekeringsovereenkomst is beëindigd of als op de datum aanlevering 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 jaarstaat 2010 – vervolg

Toelichting invoerfilter - vervolg

Invoervelden per (potentiële) wanbetaler - vervolg

- De datum einde. In de opgave in de jaarstaat 2010 zijn er bij de datum einde drie mogelijkheden (zie paragraaf 2). Voor elke 'potentiële' wanbetaler kan slechts één van de drie mogelijkheden van toepassing zijn. Daarnaast geldt dat de datum einde een datum in 2010 moet zijn, die op of voor de datum aanlevering ligt en niet na 1 oktober 2010. 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,-.
- Het totale bedrag aan premieachterstand volgens de beschreven definitie in paragraaf 2, kortweg aangeduid als premieschuld.
- Het feitelijke premiebedrag (over een heel jaar) per verzekerde over de jaren 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010 volgens de beschreven definitie in paragraaf 2.

Invoer door Azivo en CZ voor het (deel van het) stuwmeer dat zij in 2009 hebben aangeleverd aan het CVZ

Voor de wanbetalers die u in de jaarstaat 2009 hebt opgenomen in tabel 1 (de verzekeringsovereenkomst liep door) en die u in 2009 heeft aangeleverd aan het CVZ voert u per datum aanlevering (1 oktober/AZIVO, 1 december 2009/CZ, 1 januari 2010/CZ), per wanbetaler dezelfde gegevens in als in het filter 2009, met uitzondering van het veld 'premieschuld'. De premieschuld per wanbetaler moet worden gecorrigeerd voor betalingen die de zorgverzekeraar, dan wel incassobureaus, deurwaarders en dergelijke, hebben ontvangen tussen 1-4-2010 en 1-4-2011. De premieschuld moet kleiner dan of gelijk zijn aan de premieschuld in het filter 2009.

Deze 'afwijkende' invoer betreft uitsluitend wanbetalers uit het filter 2009 met het binaire veld ONWAAR én die in 2009 zijn aangeleverd aan het CVZ. De datum einde lag op of voor 1-1-2010. CZ zal de wanbetalers in het filter 2009 met een datum aanlevering 1-1-2010 moeten splitsen in wanbetalers die in december 2009 zijn aangeleverd aan het CVZ (en in het filter 2009 een 'echte' datum aanlevering 1-1-2010 hadden) en wanbetalers die in januari 2010 zijn aangeleverd aan het CVZ (en in het filter 2009 een defaultwaarde 1-1-2010 hadden). Deze laatste categorie valt in het filter 2010 onder de 'reguliere' invoer met een datum aanlevering 1 februari 2010.

Uitkomsten

- Met behulp van deze invoervelden berekent het filter eerst het aantal betalingsachterstandsdagen in 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010 en het totaal aantal betalingsachterstandsdagen.
- Vervolgens berekent het filter het aantal compensatiedagen 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010 en het totaal aantal compensatiedagen. In voorkomende gevallen worden de compensatiedagen 2009 en/of 2010 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 jaarstaat 2010 – vervolg

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

In paragraaf 5.1. zijn de resterende opgaven beschreven voor zorgverzekeraars die (een deel van) hun stuwmeer hebben aangeleverd 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 hebben aangeleverd aan het CVZ.

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

Bij de uitkering baseert het CVZ zich op de opgegeven aantallen compensatiedagen.

5.1. De overdracht van het stuwmeer heeft plaatsgevonden in 2010

De opgaven in de jaarstaat 2010

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

1. Een opgave van wanbetalers met wie de verzekeringsovereenkomst doorloopt op de datum aanlevering in 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). In de jaarstaat 2010 neemt u in de eerste tabel per datum aanlevering in 2010 een aparte regel op en vermeldt u de betreffende datum aanlevering bij het veld 'datum aanlevering'.
2. De tweede opgave betreft de wanbetalers met wie in 2010, vóór de datum aanlevering, de verzekeringsovereenkomst is beëindigd (als gevolg van emigratie en overlijden) én de wanbetalers voor wie de wanbetaling is beëindigd door het aangaan van een betalingsovereenkomst of een schuldsaneringsovereenkomst in 2010. 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 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 incassobureaus, 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 jaarstaat 2010 – vervolg

5.2. *De overdracht uit het stuwmeer heeft plaatsgevonden in 2009*

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

De opgaven in de jaarstaat 2010

Voor de wanbetalers die in 2009 zijn aangeleverd aan het CVZ, moeten Azivo en CZ een herziene opgave doen in de jaarstaat 2010. Daarin moet de premieschuld per wanbetaler worden gecorrigeerd voor betalingen die de zorgverzekeraar, dan wel incassobureaus, 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 2010 neemt u in de eerste tabel per datum aanlevering een aparte regel op en vermeldt u de betreffende datum aanlevering bij het veld 'datum aanlevering'.

De tweede tabel is voor deze categorie wanbetalers niet meer van toepassing.

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 2010

VERVOLG SPECIFIEKE INFORMATIE A (OPGAVE PREMIE-ACHTERSTANDEN WANBETALERS)

SPECIFICATIE OPGAVE WANBETALERS

OPGAVE PREMIE-ACHTERSTANDEN WANBETALERS MET EEN DOORLOPENDE ZORGVERZEKERING 2010 1)											
DATUM AANLEVERING	TOTAAL AANTAL WANBETALERS	TOTALE PREMIE ACHTERSTAND BEDRAG	TOTALE PREMIE ACHTERSTAND IN DAGEN	COMPENSATIE DAGEN 2010 HOOG	COMPENSATIE DAGEN 2010 LAAG	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 2010 BEËINDIGDE WANBETALERS										
TOTAAL AANTAL WANBETALERS	TOTALE PREMIE ACHTERSTAND BEDRAG	TOTALE PREMIE ACHTERSTAND IN DAGEN	COMPENSATIE DAGEN 2010 HOOG	COMPENSATIE DAGEN 2010 LAAG	COMPENSATIE DAGEN 2009 HOOG	COMPENSATIE DAGEN 2009 LAAG	COMPENSATIE DAGEN 2008	COMPENSATIE DAGEN 2007	COMPENSATIE DAGEN 2006	TOTALE COMPENSATIE BEDRAG

1) Per datum van aanlevering neemt u een aparte regel op.

3. Specifieke Informatie C	
Nummer	Omschrijving
3.1.	Specificaties van kosten en productie

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.

Onderdeel 3.2. van de Specifieke informatie C, Overige specificaties is vervallen. Met ingang van 2011 vragen wij de gegevens in het kader van het besluit ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling niet meer uit.

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.

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), vervalt in 2011; - 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; De M&I verrichtingen 13002, 13026 en 13028 vervallen miv 2011. 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) 				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in kwartaalstaten 2011 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 2011
Module praktijkondersteuning huisartsen 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 2011
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 2011
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 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 01 HUISARTSENZORG

CODE 503 - BIJZONDERE BETALINGEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Kosten consult	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten visite	≤ 20 minuten		
	> 20 minuten		
Kosten telefonisch consult			
Kosten e-mailconsult			
Kosten herhalingsrecept		0	0
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 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE RUBRIEK 02 FARMACEUTISCHE ZORG

CODE 520 - FARMACEUTISCHE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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	<p>Kosten en aantallen mondzorg voor volwassen verzekerden</p> <p>In de specificatie van kostencodenummer 560.1 specificeert u kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties). Met ingang van 2011 wordt de leeftijd weer verlaagd naar 18 jaar.</p> <p>Röntgendiagnostiek</p> <p>Röntgendiagnostiek voor verzekerden van 18 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</p> <p>Met ingang van de jaarstaat 2008 en de twee kwartaalstaten 2009 specificeert u de diverse onderdelen, voor zover van toepassing, inclusief techniekkosten.</p> <p>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. 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				
560.2	Kosten en aantallen mondzorg voor jeugdige verzekerden				
	Specificatie per tariefgroep				
	<p>Met ingang van 2011 zijn jeugdige verzekerden, verzekerden t./m 17 jaar. 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. Deze specificatie vervalt miv 2011.				

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	Kosten en aantallen gebitsprothesen				
	<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). U verantwoordt hier alleen de kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.</p> <p>Gebitsprothesen van jeugdigen t/m 17 jaar verantwoordt u bij code 560.2, P.</p>				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in kwartaalstaten 2011 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 2011
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 2011
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 2011
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

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 2011
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 2011
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 2011
Volledige gebitsprothesen	onder en boven
	onder of boven (tellen per kaak)

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 04 MONDZORG

CODE 560.1 - MONDZORG VOLWASSEN VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a)	Implantaten *)		
	Overig		
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub b en c)			

*) inclusief suprastructuren en prothesen

CODE 560.2 - MONDZORG JEUGDIGE VERZEKERDEN		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
CODE 561 - GEBITSPROTHESEN		
Volledige gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak		
Gebitsprothesen, rebasings en reparaties		
TOTAAL code 561	0	0

	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
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 2010

RUBRIEK 05 VERLOSKUNDIGE ZORG

SPECIFICATIE AANTALLEN VERLOSSINGEN	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
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° kw	2° kw	3° kw	4° 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. - Paradontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie: <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van 'paradontale 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 <p>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'.</p> 				
Kosten code nummer 545	1° kw	2° kw	3° kw	4° kw	Jaarstaat
	X	X	X	X	X
Kostencode nummer 545	Specificatie				
	Kosten Specialisten voor mondziekten en kaakchirurgen in Academische ziekenhuizen				
	<p>In deze specificatie specificeert u het deel van de kosten bij codenummer 545 dat is gemaakt in Academische ziekenhuizen.</p>				

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 de Nederlandse Transplantatie Stichting/Eurotransplant Nederland en de Stichting Kinderoncologie Nederland. <p>Voor een nadere toelichting op de indeling van instellingen en AGB-codes verwijs 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
613	Specificatie				
	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 				

3.1.5 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 specificieert 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 verwijst ik u naar hoofdstuk 5.6. - In de tweede tabel (alleen in de jaarstaat) specificieert 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 hemostatische ziekten 				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2011

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE
RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
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 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
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 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
Academische ziekenhuizen		
Algemene ziekenhuizen		
Zelfstandige behandelcentra		
Overige instellingen		
BALANSPOST	0	0
TOTAAL code 614	0	0

CODE 615 - KOSTEN DBC'S B SEGMENT	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
Academische ziekenhuizen		
Algemene ziekenhuizen		
Zelfstandige behandelcentra		
Overige instellingen		
BALANSPOST	0	0
TOTAAL code 615	0	0

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

CODE 616 - HONORARIA DBC'S B SEGMENT	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
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 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
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 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
Academische ziekenhuizen		
Algemene ziekenhuizen		
Zelfstandige behandelcentra		
Overige instellingen		
BALANSPOST	0	0
TOTAAL code 618	0	0

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG - vervolg

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Implantaten		
Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie		
Overige activiteiten		
TOTAAL code 545	0	0

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Implantaten		
Parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteomie		

CODE 545 - HONORARIA SPECIALISTEN MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Academische ziekenhuizen		

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Kosten balanspost mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Categorale ziekenhuizen			
Overige instellingen			
Balanspost mbt 2010	0	0	0
TOTAAL code 610	0	0	0

CODE 610 - OVERIGE KOSTEN ZIEKENHUISZORG EN CURATIEVE ZORG - vervolg	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010 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 2010					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 GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2009					
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 GEACCEPTEEERDE DECALARATIES MBT 2010, 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 2010					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 2009					
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 ACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2010, 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 2010					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 GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2009					
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 GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2010, 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 2010					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 2009					
SPECIALISME	DBC'S B SEGMENT, HONORARIA				
	ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN	ALGEMENE ZIEKENHUIZEN	ZBC'S	OVERIGE INSTELLINGEN	TOTAAL BEDRAG
01. Oogheekunde					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. 2008 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 GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2010, EN BALANSPOST					
SPECIALISME	KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN				
	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 2010					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 GEACCEPTEEERDE DECLARATIES MBT 2009					
SPECIALISME	KOSTEN EN HONORARIA ONDERSTEUNENDE EN OVERIGE PRODUCTEN				
	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 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 2010	Aantal mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Kosten balanspost mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Academische ziekenhuizen			
Algemene ziekenhuizen			
Zelfstandige behandelcentra			
Overige instellingen			
Balanspost mbt 2010	0	0	0
TOTAAL code 618	0	0	0

CODE 618 - KOSTEN EN HONORARIA OVERIGE TRAJECTEN EN VERRICHTINGEN - vervolg	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 specificeert 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 specificeert 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 (met ingang van 2011 vanaf de 13^e behandeling); - Zittingen bij aandoeningen niet op de chronische lijst (dus verzekerden t/m 17 jaar) en met ingang van 2011 de maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie <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° kw	2° kw	3° kw	4° 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 Zvw 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 verzekeren 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 extramurale dieetadvisering in instellingen en van dieetadvisering buiten instellingen.				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 07 PARAMEDISCHE ZORG

CODE 620 - FYSIOTHERAPIE		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
Zittingen		

CODE 623 - LOGOPEDIE	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Behandelingen		

CODE 624 - ERGOTHERAPIE	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Uren		

CODE 625 - DIEETADVISERING	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Uren buiten een instelling		
Uren binnen een instelling		
TOTAAL code 625	0	0

CODE 625 - DIEETADVISERING - vervolg	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Uren buiten een instelling		
Uren binnen een instelling		
TOTAAL code 625	0	0

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
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, blaasspoelvoelstof, speelapparatuur. Monitorcodes: A0500 Incontinentiematerialen A1000 Voorzieningen voor stomapatiënten A1500 Overige verzorgingsmiddelen A2100 Verbandmiddelen</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 -				
	07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden Pessaria en koperhoudende spiraaltjes. Monitorcodes: V0500 Pessaria/anticonceptie				
	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				
	09 Vervallen				
	10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren Monitorcodes: O1500 Injectiespuiten/pennen met toebehoren				
	11 Transportondersteuners van bloed en lymfe - elastische kousen; - aan- en/of uittrekhelp; - overige (lymfepressapparaat). Monitorcodes: H0500 Therapeutische elastische kousen H1000 Aan en uittrekhelp H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfapressapparaat)				
	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)				

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: I0500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk I1000 Zuurstofapparaten en toebehoren I2000 Longvibrator I2500 Vernevelaar met toebehoren I1500 CPAP apparatuur I3000 Slijmuitzuigapparatuur I3500 Tracheacanule I4000 MRA-apparatuur.</p> <p>14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen) Monitorcodes: O0500 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 -				
	17 Hulp voor communicatie, informatievoorziening en signalering <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. Monitorcodes: K0500 Computers, inclusief toebehoren K1000 Signalering/alarmering K1500 Opname- en voorleesapparatuur K2000 Telefoneer hulpmiddelen K2500 Overige hulpmiddelen voor communicatie.				
	18 Vervallen				
	19 Vervallen				
	20 Vervallen				
	21 Vervallen				
	22 Vervallen				
	23 Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren Monitorcodes: O1000 Uitwendige electrostimulatoren				
	24 Vervallen				

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>				
	28 Vervallen				
	<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° 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 -				
	31 Reparatie en onderhoud - Gehoorhulpmiddelen; - Alle overige hulpmiddelen. Monitorcodes: D1 500 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 uittrekhulp (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 (F2000)		
	Overige hulpmiddelen diabetes (F2500)		X
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel	Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500)		
	Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000)		
	CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500)		
	Longvibrators (I2000)		
	Vernevelaars met toebehoren (I2500)		
	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 (F2000)		
	Overige hulpmiddelen diabetes (F2500)		
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel	Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (I0500)		
	Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000)		
	CPAP-apparatuur met toebehoren (I1500)		
	Longvibrators (I2000)		
	Vernevelaars met toebehoren (I2500)		
	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. Tactielleesapparatuur 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 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
31. Reparaties en onderhoud	Gehoorschulpmiddelen (D1500)		
	Overige vorengenoemde hulpmiddelen (M0500)		
37. Kosten PGB hulpmiddelen		0	0
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

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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 geldt met ingang van 2011. T.o.v. 2010 zijn de volgende categorieën gewijzigd: 6, 7, 10, 12, 32 en 33. Categorie 6 wordt gesplitst in een 'nieuwe' categorie 6 en een nieuwe categorie 38. De aanspraak op categorie 7 wordt beperkt tot verzekerden tot 21 jaar. De aanspraak op categorie 10 wordt als volgt beperkt: "...indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maakt, met uitzondering van gebruik bij behandeling van diabetes. Injectiespuiten en injectiepenen die in het kader van de behandeling van diabetes worden ingezet vallen onder categorie 12. De categorieën 12 en 32 worden functioneel omschreven. Bij categorie 33 worden zowel bij de hulphonden als bij de blindengeleidehonden de gebruikskosten afgesplitst, deze worden apart -onder één code- uitgevraagd.</p> <p>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>				
Specificatie van kosten eigendom en kosten bruikleen (indien van toepassing) per categorie hulpmiddelen					
- Toelichting per categorie:					
<p>01 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan</p> <p>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:</p> <p>J0100 Armprothesen J0200 Beenprothesen J0300 Overige prothesen J0400 Pruiken</p>					
<p>02 Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem</p> <p>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:</p> <p>C0500 Orthesen C1000 Orthopedisch schoeisel</p>					

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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>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 - Kappen ter bescherming van de schedel; - Verbandmiddelen, inclusief bandagelenzen zonder visuscorrectie; Monitorcodes: A2100 Verbandmiddelen A2200 Kappen ter bescherming van de schedel</p>				

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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 -				
	07 Hulpmiddelenzorg voor anticonceptionele doeleinden Pessaria en koperhoudende spiraaltjes. M.i.v. 2011 voor verzekerden tot 21 jaar. Monitorcodes: V0500 Pessaria/anticonceptie				
	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				
	09 Vervallen				
	10 Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, exclusief bij diabetes Monitorcodes: O1500 Injectiespuiten/pennen met toebehoren				
	11 Transportondersteuners van bloed en lymfe - elastische kousen; - aan- en/of uittrekhelp; - overige (lymfepressapparaat). Monitorcodes: H0500 Therapeutische elastische kousen H1000 Aan en uittrekhelp H1500 Overige hulpmiddelen ter ondersteuning bloed en lymfe (o.a. lymfapressapparaat)				
	12 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel - bloedglucosemeters met toebehoren; - draagbare insuline-infuuspompen; - teststrips; - injectiespuiten of injectiepenen; - 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) F3000 Injectiespuiten/pennen				

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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: I0500 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk I1000 Zuurstofapparaten en toebehoren I2000 Longvibrator I2500 Vernevelaar met toebehoren I1500 CPAP apparatuur I3000 Slijmuitzuigapparatuur I3500 Tracheacanule I4000 MRA-apparatuur.</p> <p>14 Draagbare infuuspompen met toebehoren, exclusief insuline-infuuspompen (en exclusief voedingspompen) Monitorcodes: O0500 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 2011					
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 -				
	17 Hulp voor communicatie, informatievoorziening en signalering <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> <ul style="list-style-type: none"> K0500 Computers, inclusief toebehoren K1000 Signalering/alarmering K1500 Opname- en voorleesapparatuur K2000 Telefoneer hulpmiddelen K2500 Overige hulpmiddelen voor communicatie. <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> <ul style="list-style-type: none"> O1000 Uitwendige electrostimulatoren <p>24 Vervallen</p>				

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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>				
	28 Vervallen				
	<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>				

3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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>31 Reparatie en onderhoud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehoorhulpmiddelen; - Alle overige hulpmiddelen. <p>Monitorcodes: D1 500 Reparatie hoorhulpmiddelen M0500 Reparatie en aanpassing hulpmiddelen</p> <p>32 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem Inclusief opleiding en advisering. Monitorcodes: T0500 Meetapparatuur voor bloedstollingstijd+toebehoren</p> <p>33 Geleidehonden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hulphonden; - Blindengeleidehonden; - Gebruikskosten. <p>Monitorcodes: Q0600 Hulphonden (exclusief gebruikskosten) Q0700 Blindengeleidehonden (exclusief gebruikskosten) Q0800 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> <p>35 Thuisdialyseapparatuur Inclusief chemicaliën en vloeistoffen. Monitorcodes: U0500 Apparatuur voor thuisdialyse</p> <p>36 Vervallen</p> <p>37 Vervallen</p>				

3. Specifieke Informatie C





3.1.7. 08 HULPMIDDELENZORG - regeling 2011					
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 -				
	38 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie <ul style="list-style-type: none"> - Incontinentie materiaal; - Stomamiddelen; - Overige verzorgingsmiddelen <ul style="list-style-type: none"> - Urine-opvangzakken, katheters, blaasspoelvloeistof, speelapparatuur. Monitorcodes: A0500 Incontinentiematerialen A1000 Voorzieningen voor stomapatienten A1500 Overige verzorgingsmiddelen				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2011

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG

HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
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)		
	Kappen ter bescherming van de schedel (A2200)		
07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500)			
08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500)			
10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, excl. bij diabetes (O1500)			
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe	Elastische kousen (H0500)		
	Aan- en/of uittrekhelp (H1000)		
	Overige (oa lymfapressapparaat) (H1500)		
12. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel	Bloedglucosemeters met toebehoren (F0500)		
	Diabetesteststrips (F1000)		
	Draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500)		
	Apparaat voor het zelf afnemen van bloed (F2000)		
	Overige hulpmiddelen diabetes (F2500)		
	Injectiespuiten/pennen (F3000)		
13. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel	Apparaat voor positieve uitademingsdruk (I0500)		
	Zuurstofapparaten en toebehoren (I1000)		
	Longvibrators (I2000)		
	Vernevelaars met toebehoren (I2500)		
	CPAP-apparaat met toebehoren (I1500)		
	Slijmuitzuigapparaat (I3000)		
	Tracheacanule (I3500)		
	MRA-apparaat (I4000)		

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 08 HULPMIDDELEN ZORG - vervolg

HULPMIDDELEN ZORG IN EIGENDOM - vervolg		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
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. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem (T0500)			
33. Geleidehonden	Hulphonden (exclusief gebruikskosten) (Q0600)		
	Bliedengeleidehonden (exclusief gebruikskosten) (Q0700)		
	Gebruikskosten (Q0800)		
34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500)		
	Robotarm (R1000)		
	Raptor (R1100)		
35. Thuisdialyse apparatuur (U0500)			
38. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie	Incontinentiematerialen (A0500)		
	Voorzieningen voor stomapatiënten (A1000)		
	Overige verzorgingsmiddelen (A1500)		
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 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
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)		
	Kappen ter bescherming van de schedel (A2200)		
07. Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V0500)			
08. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (L0500)			
10. Injectiespuiten of injectiepenen met toebehoren, excl. bij diabetes (O1500)			
11. Transportondersteuners van bloed en lymfe	Elastische kousen (H0500)		
	Aan- en/of uittrekhelp (H1000)		
	Overige (oa lymfapressapparatuur) (H1500)		
12. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel	Bloedglucosemeters met toebehoren (F0500)		
	Diabetesteststrips (F1000)		
	Draagbare insuline-infuuspompen met toebehoren (F1500)		
	Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed (F2000)		
	Overige hulpmiddelen diabetes (F2500)		
	Injectiespuiten/pennen (F3000)		
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 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
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. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologische systeem (T0500)			
33. Geleidehonden	Hulphonden (exclusief gebruikskosten) (Q0600)		
	Bliedengeleidehonden (exclusief gebruikskosten) (Q0700)		
	Gebruikskosten (Q0800)		
34. Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie	Hulpmiddelen voor arm-hand-vingerfunctie (R0500)		
	Robotarm (R1000)		
	Raptor (R1100)		
35. Thuisdialyse apparatuur (U0500)			
38. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie	Incontinentiematerialen (A0500)		
	Voorzieningen voor stomapatiënten (A1000)		
	Overige verzorgingsmiddelen (A1500)		
SUBTOTAAL in bruikleen		0	0
HULPMIDDELEN ZORG OVERIG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
31. Reparaties en onderhoud	Gehoorthulpmiddelen (D1500)		
	Overige vorengenoemde hulpmiddelen (M0500)		
SUBTOTAAL overig		0	0
HULPMIDDELEN TOTAAL		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2011	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010
TOTAAL code 640 (som subtotalen)		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				
	<ul style="list-style-type: none"> - In de specificatie specificeert u de kosten en aantallen (mbt de ontvangen en geaccepteerde declaraties) van ambulanceritten en van helikoptervluchten. - Bij MICU-vervoer alleen de kosten ambulancevervoer. De medisch specialistische kosten MICU verantwoordt u bij code 618. 				
651	Kosten van vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto en per patiëntengroep				
	<p>In deze tabel specificeert u de kosten ziekenvervoer (inclusief balanspost) als volgt:</p> <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				
<p>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.</p>					

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 09 ZIEKENVERVOER

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		
TOTAAL code 650	0	0

CODE 650 - VERVOER PER AMBULANCE/HELIKOPTER - vervolg	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Ambulanceritten		
Helikoptervluchten		

CODE 651 - VERVOER PER OPENBAAR VERVOER, TAXI EN EIGEN AUTO	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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				
	In de tabel specificeert u per klasse met een aantal zittingen 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 zittingen (som van de vermenigvuldigingen verzekerde x zittingen, bij precies 8 zittingen wordt dit aantal berekend). 				
	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.				
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				
	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.				
	In de tabel specificeert u de kosten naar:				
	<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. 				
	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.				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in de 1^e (model), 2^e, 3^e en 4^e kwartaalstaat 2011

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 1e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal 2011
Instellingen		
Zelfstandig gevestigden		
BALANSPOST	0	0
TOTAAL code 662	0	0

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - verzekerden	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Minder dan 8 zittingen		
8 zittingen		
Totaal code 660	0	0

CODE 660 - EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG - zittingen	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
Minder dan 8 zittingen		
8 zittingen		
Totaal code 660	0	0

CODE 661 - DBC'S GGZ MET VERBLIJF	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
DBC's GGZ met verblijf		

CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
DBC's GGZ zonder verblijf		

CODE 662 - DBC'S GGZ ZONDER VERBLIJF	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Kosten balanspost mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2008
Instellingen				
Zelfstandig gevestigden				
Balanspost mbt 2010	0	0	0	0
TOTAAL code 662	0	0	0	0

CODE 663 - PERSOONSGEBONDEN BUDGETTEN GGZ	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2009
PGB's eerstelijns psychologische zorg	0	0
PGB's specialistische GGZ: vanaf 1 januari 2008	0	0
TOTAAL code 663	0	0

3. Specifieke Informatie C

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 10 GENEESKUNDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG - VERVOLG

	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
CODE 663 - PERSOONSGEBONDEN BUDGETTEN GGZ		
PGB's eerstelijns psychologische zorg		
PGB's specialistische GGZ: vanaf 1 januari 2008		
TOTAAL code 663		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 2010

RUBRIEK 12 KRAAMZORG

CODE 680 - KRAAMZORG - TOTAAL AANTAL VERZEKERDEN	Aantal mbt 2010	Aantal mbt 2009
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 2010	Aantal mbt 2009
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	X	X	X
Specificatie					
700	Overige kosten				
	In de eerste specificatie van code 700 specificeert u de kosten naar de volgende zes onderdelen:				
	<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. - kosten Programma Stoppen met Roken 				
	Van de vier laatste onderdelen kan alleen de vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw verantwoord worden.				
In de tweede specificatie van code 700 wordt het aantal patiënten gevraagd voor de prestaties Multidisciplinaire zorgverlening Diabetes, Cardiovasculair risicomanagement en COPD afzonderlijk en voor het Programma Stoppen met Roken.					
Met ingang van 2011 specificeert u de kosten en aantallen van rubriek 13 in het 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e kwartaal en in de jaarstaat.					

Specificaties in kwartaalstaten 2011 2^e (model) en 4^e kwartaal

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 2e kwartaal 2011	Kosten balanspost tot en met 2e kwartaal 2011
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) (vanaf 01-07-10)		
Programma Stoppen met roken		
TOTAAL code 700	0	0

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL tot en met 2e kwartaal 2011
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) (vanaf 01-07-10)	
Programma Stoppen met roken	
TOTAAL code 700	0

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES INFORMATIE RISICOVEREVENING

RUBRIEK 13 OVERIGE KOSTEN

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2010	Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. 2009
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 i.v.m. beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten (vanaf 01-08-07)		
Kosten multidisciplinaire zorgverlening Diabetes Mellitus type 2 (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		X
Multidisciplinaire zorgverlening Cardiovasculair risicomanagement (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw)		X
Multidisciplinaire zorgverlening COPD (vergoedingscomponent te verzekeren prestatie Zvw) met ingang van juli 2010		X
TOTAAL code 700	0	0

CODE 700 - OVERIGE KOSTEN	AANTAL verzekerden mbt 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	
TOTAAL	0

3. Specifieke Informatie C

3.1.12. 15 GRENDOVERSCHRIJDENDE 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 Zvw. 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 nadere specificatie gevraagd van de kosten die lopen via de verzekeraar.</p>				
Kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar: van Zvw verzekerden die wonen in Nederland en van Zvw 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 Zvw verzekerden die wonen in Nederland: <ul style="list-style-type: none"> - Op basis van een medewerkersovereenkomst tussen zorgverzekeraar en buitenlandse zorgverlener. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het basispakket Zvw. - Niet op basis van een medewerkersovereenkomst, behandeling vindt plaats al dan niet na toestemming van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het pakket Zvw, met uitzondering van de zogenoemde tarifieringen. <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 Zvw 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 Zvw verzekerden die wonen in het buitenland. Vergoeding vindt plaats op basis van de polis Zvw, volgens het basispakket Zvw. <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>				

3. Specifieke Informatie C

Specificaties in jaarstaat 2010

SPECIFICATIES VAN KOSTEN EN PRODUCTIE

RUBRIEK 15 GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG

KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND, VIA VERZEKERAAR

CODE 720 - GRENDOVERSCHRIJDENDE ZORG		Ontvangen en geaccepteerde declaraties mbt 2010	Aantal verzekerden mbt 2010
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			
TOTAAL kosten gemaakt in het buitenland, via verzekeraar		0	0

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 2011;
- de jaarstaat 2010.

4. Controle-overzichten

4.1. Controle-overzichten 1^e kwartaalstaat 2011

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. deelnemers (totaal lasten t/m rubriek 16) - inclusief balanspost	0	0	

KOSTENVERZAMELSTAAT	Kosten balanspost tot en met 1e kwartaal
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
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
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	

Controle code 505 kostenverzamelstaat	0
Kosten per verzekerde o.b.v. laatst bekende verzekerdenstand (in hele euro's)	0

4. Controle-overzichten

4.2. Controle-overzichten jaarstaat 2010

SPECIFIEKE INFORMATIE A

SPECIFICATIES KOSTEN NAAR DEELBIJDRAGE	Lasten 2010 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 2008 en ouder	Kosten naar deelbijdrage	Vershil
Totaal kosten naar deelbijdrage (totaal lasten t/m rubriek 16)	0	0	

KOSTEN DBC'S A SEGMENT - LASTEN 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Bedrag
Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarij (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 2008 EN OUDER	Bedrag
Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarij (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 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Bedrag
Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarij (code 613, kostenverzamelstaat)	0
AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2010 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2010 geopend en in 2011 gesloten (detailspecificatie)	0
Vershil	0

HONORARIA DBC'S A SEGMENT - LASTEN 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Bedrag
Honoraria DBC's A segment (code 614, kostenverzamelstaat)	0
AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2010 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2010 geopend en in 2011 gesloten (detailspecificatie)	0
Vershil	0

KOSTEN DBC'S B SEGMENT - LASTEN 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Bedrag
Kosten DBC's B segment (code 615, kostenverzamelstaat)	0
AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2010 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2010 geopend en in 2011 gesloten (detailspecificatie)	0
Vershil	0

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A

HONORARIA DBC'S B SEGMENT - LASTEN 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Bedrag
Honoraria DBC's B segment (code 616, kostenverzamelstaat)	0
AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2010 geopend en in 2010 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2010 geopend en in 2011 gesloten (detailspecificatie)	0
Verschil	0

KOSTEN DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2008 EN OUDER	Bedrag
Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verrekentarium (code 613, kostenverzamelstaat)	0
AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2008 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Kosten DBC's A segment, DBC's in 2008 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie)	0
Verschil zijn de in 2007 of 2006 geopende DBC's	0

HONORARIA DBC'S A SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2008 EN OUDER	Bedrag
Honoraria DBC's A segment (code 614, kostenverzamelstaat)	0
AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2008 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Honoraria DBC's A segment, DBC's in 2008 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie)	0
Verschil zijn de in 2007 of 2006 geopende DBC's	0

KOSTEN DBC'S B SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2008 EN OUDER	Bedrag
Kosten DBC's B segment (code 615, kostenverzamelstaat)	0
AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2008 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Kosten DBC's B segment, DBC's in 2008 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie)	0
Verschil zijn de in 2007 of 2006 geopende DBC's	0

HONORARIA DBC'S B SEGMENT - ONTVANGEN EN GEACCEPTTEERDE DECLARATIES MBT 2008 EN OUDER	Bedrag
Honoraria DBC's B segment (code 616, kostenverzamelstaat)	0
AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2008 geopend en in 2008 gesloten (detailspecificatie)	0
AF: Honoraria DBC's B segment, DBC's in 2008 geopend en in 2009 gesloten (detailspecificatie)	0
Verschil zijn de in 2007 of 2006 geopende DBC's	0

4. Controle-overzichten

SPECIFIEKE INFORMATIE A - vervolg

KOSTEN PER CODENUMMER - LASTEN 2010 INCLUSIEF BALANSPOST	Volgens kostenver-zamelstaat	Volgens detail-specificatie	Vershil
619 Kosten en honoraria extramuraal werkende specialisten	0	0	
720 Grensoverschrijdende zorg	0	0	

KOSTEN PER CODENUMMER - ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2008 EN OUDER	Volgens kostenver-zamelstaat	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 2010	Kosten balanspost mbt 2009
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 2010	Kosten balanspost mbt 2009
606 Kosten verpleging in categorale ziekenhuizen	0	0
610 Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg	0	0
613 Kosten DBC's A segment, inclusief gedeclareerde verreken tarief	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 2010	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	
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	
700 Overige kosten	0	0	

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	
662 DBC's GGZ zonder verblijf	0	0	
663 Persoonsgebonden budgetten GGZ	0	0	
700 Overige kosten	0	0	

4. Controle-overzichten

VERGELIJKING SPECIFIEKE INFORMATIE A EN C

KOSTENSPECIFICATIES 2010 - 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 2010 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	

LASTEN PER CODENUMMER - ONTVANGEN EN GEACCEPTEERDE DECLARATIES MBT 2009	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 2008 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. Definities

Bij de verantwoording in de kwartaal- en jaarstaten houdt u op geen enkele wijze rekening met (inschattingen) van opbrengstverrekeningen tussen instellingen en zorgverzekeraars. Dit geldt ook voor de verantwoording 'oude jaren' en geldt dus voor alle kolommen.

5.2.1. Kolommen kostenverzamelstaat Kwartaalstaten
Kolom 1: Lasten t/m kwartaal jaar T inclusief balanspost
<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).- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 1 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via het CVZ lopen.
Kolom 2: Ontvangen en geaccepteerde declaraties t/m kwartaal t jaar T
<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).- In de kwartaalstaten jaar T verantwoordt u in kolom 2 bij rubriek 15, code 720, geen kosten buitenland die via het CVZ lopen.
Kolom 3: Lasten jaar T-1 inclusief balanspost
<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. Definities

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)

5.2.2. Kolommen kostenverzamelstaat Jaarstaat
<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
<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 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. <p>Het verschil tussen kolom 3 en kolom 4 betreft dus de balanspost.</p> <p>Uitzondering:</p> <p>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.</p>
Kolom 5: Ontvangen en geaccepteerde declaraties m.b.t. jaar T-2 en ouder
<p>De vijfde kolom geeft de totale schade jaar T-2 en ouder weer die ten laste komt van jaar T-2.</p> <p>In de <u>vijfde 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 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). <p>Kolom 5 bevat geen balanspost.</p> <p>Uitzondering:</p> <p>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.</p>

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	
	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 Zwv én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip. Bij de prestatie huisartsenzorg zijn in ieder geval de volgende kosten geen prestaties Zwv: 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 abonnementsstarief 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, vervalt miv 2011); - 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 Zwv; De M&I verrichtingen 13002, 13026 en 13028 komen miv 2011 te vervallen. - 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 11104).
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. Miv 2011 vervalt de POH somatisch.

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 en miv 2011 weer 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, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, 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 Zvw én conform het in paragraaf 5.1 beschreven kostenbegrip.
545	<p>Honoraria specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie</p> <p>Honoraria en kostenvergoedingen voor kaakchirurgen volgens:</p> <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	<p>Honoraria en kosten specialisten voor orthodontie</p> <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>
606	<p>Kosten van verpleging in categorale ziekenhuizen</p> <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	<p>Kosten van revalidatie-instellingen</p> <p>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 Zvw.</p>
608	<p>Kosten van zelfstandige audiologische centra</p> <p>De totale kosten van zorg door een zelfstandig audiologisch centrum.</p> <p>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 Zvw (2006).</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.
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 de Nederlandse Transplantatie Stichting/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>

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 extramuraal 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 Zwv 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 Zwv: 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 Zwv 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 Zwv. - Zittingen bij aandoeningen op de chronische lijst voor verzekerden van 18 jaar en ouder mogen miv 2011 alleen ten laste van de Zwv verantwoord worden vanaf de 13^e behandeling. - Met ingang van 2011 kunnen maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie ten laste van de Zwv verantwoord worden.
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 Zwv: 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 Zwv.
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 dieetadvisering</p> <p>Kosten gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor extramurale dieetadvisering 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 2011 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. NB: de medisch specialistische kosten bij MICU transport verantwoordt u bij rubriek 06, code 618. Hier verantwoordt u alleen de ambulancekosten MICU transport.
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 ambulant 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 ambulant 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. Met ingang van 2010 is code 663 geheel vervallen.
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 Zwv 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 Zvw 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 Zvw 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 Zvw verantwoordt.</p>
700	<p>Kosten van Overige Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten van prestaties (voor zover het verzekerde zorg Zvw 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 Zvw 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 Zvw 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 met ingang van 1 juli 2010. - Kosten van het programma Stoppen met roken op basis van de beleidsregel Stoppen met Roken van de NZa.

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, EG verordening nr 883/2004 of overeenkomstige verdragsbepaling. De verzekerde heeft toestemming voor een behandeling in het buitenland en ontvangt van de verzekeraar een 112 formulier. 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 verantwoording 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 verantwoording 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 GRENSOVERSCHRIJDENDE 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><i>Toepassing no-claim (tot en met 2007) en eigen risico:</i> 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			
<p>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.</p>			
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	<p>Opbrengsten verhaal</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Schade ten laste van het vrijwillig eigen risico verzekerden</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Schade ten laste van het verplicht eigen risico verzekerden</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

5.5. DBC's	
	Omschrijving
NZa – definities en Richtlijnen DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
	<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	Indelingen in categorieën instellingen en AGB-code 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. Voor de opbrengstverrekening geldt weer een andere indeling naar categorie instelling. Hieronder een overzicht van de verschillende indelingen. 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 december 2010.
	Indelingen in categorieën instellingen in de specifieke informatie C, rubriek 06
	DBC gefinancierde instellingen Instellingen die na de invoering van DBC's in 2005 zijn overgegaan op DBC financiering: <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 Specificaties bij code 613 tot en met 618 <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. Niet DBC gefinancierde instellingen Specificatie bij code 610 <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 de Nederlandse Transplantatie Stichting/Eurotransplant Nederland en de Stichting Kinderoncologie Nederland.
	Indeling in categorieën instellingen ten behoeve van de opbrengstverrekening <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 december 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centra voor erfelijkheidsonderzoek Stichting voor erfelijkheidsvoorlichting Groningen AGB-code 51000975, Stichting klinisch-genetisch centrum Nijmegen eo AGB-code 51000976, UMC divisie medische genetica Groningen AGB-code 51000977, VU-ziekenhuis stichting KGC AGB-code 51000978, Stichting klinisch genetisch centrum Leiden AGB-code 51000979, Stichting klinische genetica Rotterdam AGB-code 51000980, Stichting klinische genetica Zuidoost Nederland AGB-code 51000981, Stichting erfelijkheidsonderzoek Noord-Brabant AGB-code 51000982 (onderdeel van 51000981) 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 Leeuwarden AGB-code 19009326, Stichting audiologisch centrum Twente AGB-code 19009327, audiologisch centrum Zwolle AGB-code 19009328, audiologisch centrum Amersfoort AGB-code 19009329, 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 19009348, Viataal AGB-code 19009349, audiologisch centrum Rotterdam AGB-code 19009351, audiologisch centrum Assen AGB-code 19009352, audiologisch centrum Arnhem AGB-code 19009353, Adelante-audiologie en communicatie AGB-code 19009354, audiologisch centrum Hilversum AGB-code 19009355, audiologisch centrum Apeldoorn AGB-code 19009356 en audiologisch centrum Utrecht AGB-code 19009357 - Epilepsiecentra SEIN Epilepsiecentrum AGB-code 060702, Stichting Kempenhaeghe AGB-code 061002

6. Aanvullende informatie risicoverevening	
Nummer	Omschrijving
6.1.	Algemeen
6.2.	Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2010
6.3.	Gegevensvraag persoonskenmerken 2011
6.4.	Gegevensvraag farmacie kosten groepen (FKG's)
6.5.	Gegevensvraag diagnose kosten groepen (DKG's)
6.6.	Gegevensvraag GGZ-gegevens
6.7.	Gegevensvraag kosten per verzekerde
6.8.	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. De paragrafen 6.2. tot en met 6.7. gaan over de specifieke gegevensvragen per verzekerde (verzekerde periode en persoonskenmerken T-1, persoonskenmerken T, farmaciegegevens, DBC-gegevens, GGZ-gegevens en kosten per verzekerde). In deze versie van het handboek is de informatie opgenomen die afkomstig is uit de brief van het CVZ van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800) over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2011. In paragraaf 6.8. is de definitie van HKC kosten 2009 opgenomen.

Belangrijke wijzigingen in de gegevensvraag 2011

Het CVZ heeft besloten om met ingang van de gegevensaanlevering in 2011 geen onderscheid meer te maken in de voorschriften voor de verschillende gegevensstromen voor wat betreft de routing. Voor alle gegevensstromen schrijft het CVZ voortaan uitsluitend voor welke gegevens, in welke vorm, op welk moment moeten worden aangeleverd. De verplichting om de gegevens over de verzekerde periode van alle verzekerden met een geverifieerd BSN, die het CVZ nodig heeft voor de uitvoering van de risicoverevening, via de stichting SA-Z aan het CVZ aan te leveren vervalt. De zorgverzekeraar heeft daardoor voor alle gegevensstromen de keuze om de gegevens rechtstreeks aan het CVZ aan te leveren of via een bewerker. Uiteraard blijft het zo dat persoonsgegevens via ZorgTTP moeten worden gepseudonimiseerd, waarna ZorgTTP de gegevens doorlevert aan het CVZ.

In het verlengde hiervan heeft het CVZ besloten om een aantal gegevensaanleveringen te combineren tot één bestand verzekerden jaar T-1, waarin gegevens over de verzekerde periode en de persoonskenmerken zijn opgenomen. Dit bestand bestaat uit twee deelbestanden, één met verzekerden met een BSN en één met verzekerden zonder een BSN en verzekerden zonder een geverifieerd BSN. De afzonderlijke bestanden 'RBVZ', 'persoonskenmerken uitstroom', 'verzekerden met bevestigd E106' en 'verzekerden zonder (geverifieerd) BSN' zijn vervallen.

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.

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 producten 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 beleidsregels 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 2007 staat gepland voor 1 april 2011.

Om deze zeven producten 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 2011 gaat uitbrengen.

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. Uitzonderingen hierop zijn de onderdelen waarvoor gegevens over jaar t-1 worden gebruikt, te weten de FKG's, de DKG's (voor beide werden voor de bijdragejaren 2006 en 2007 wel gegevens over jaar t gebruikt) en de lage en hoge drempelwaarde GGZ-kosten.
- Alle gegevens worden eenmalig aangeleverd over een bepaald jaar en zijn daarmee definitief, behoudens correcties van de NZa voor zover van toepassing. De enige structurele 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. Daarnaast is een incidentele uitzondering gemaakt voor het RBVZ over 2006, 2007 en 2008 en het bestand 'verzekerden zonder BSN' over 2008, in die gevallen heeft nog een tweede aanlevering in jaar t+2 plaatsgevonden.
- Na de 1^e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief (dit geldt vanaf bijdragejaar 2010, in eerdere bijdragejaren werden enkele gegevens definitief na de 2^e voorlopige vaststelling): verzekerde perioden, persoonskenmerken, farmaciegegevens ten behoeve van FKG's, DBC-gegevens ten behoeve van DKG's, GGZ-gegevens ten behoeve van de lage en hoge drempelwaarde GGZ-kosten en door het CVZ betaalde kosten buitenland. Alle reeds bekende correcties van de NZa worden meegenomen.
- Na de 2^e voorlopige vaststelling zijn de volgende gegevens definitief: gegevens ten behoeve van opbrengstverrekening, gegevens aard van inkomen ten behoeve van de AVI, inkomensgegevens ten behoeve van de SES, opgave hogekostencompensatie en de definitieve kosten jaar t in de jaarstaat t+2. Alle gegevens zijn inclusief correcties van de NZa met uitzondering van de definitieve kosten, 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 2011 als uitgangspunt genomen. In tabel 2 is het bijdragejaar 2011 als uitgangspunt genomen en zijn de producten die betrekking hebben op het bijdragejaar 2011 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 2011

Nr	Producten CVZ in 2011	GEGEVENS OVER VERZEKERDEN								GEGEVENS OVER KOSTEN		
		Verzeerde periode én persoonskenmerken (miv 2010)	Persoonskenmerken peildatum	Persoonskenmerken Uitstroom	Farmaciegegevens	DBC gegevens	GGZ gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomensgegevens	Kosten	Hoge kosten 5)	
		Zorgverzekeraar						UWV, BD	BD	Zorgverzekeraar		
1	Voorinformatie kosten buitenland 2010 Voor 15 februari 2011	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door het CVZ in 2010 (1)	nvt	
2	Herziening ex ante 2011 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2011	nvt	2)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
3	Definitieve vaststelling 2007 Voor 1 april 2011	geen nieuwe informatie						nvt	geen nieuwe informatie	nvt	geen nieuwe informatie	
4	2 ^e voorlopige vaststelling 2008 Voor 1 september 2011	Jaar 2008, 1 juli 2010	Peildatum 1 juni 2008, 1 juli 2008	Jaar 2008, 1 juli 2009 Jaar 2009, 1 juli 2010	Jaar 2007, 1 juni 2008	Jaar 2007, 1 juni 2009	nvt	Peildatum 30 juni 2008, juli 2010	Jaar 2008 en eerder, 1 juni 2011	Definitieve kosten 2008 in jaarstaat 2010, 1 juni 2011	Jaar 2008, 1 maart 2011	
5	1 ^e Voorlopige vaststelling 2010 Voor 1 september 2011	Jaar 2010, 1 juli 2011 3)	Peildatum 1 juni 2010, 1 juli 2010 3)	nvt	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	
6	Opbrengstverrekening ziekenhuizen en overige instellingen 2009 Voor 1 september 2011	Nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Nvt	Kosten A DBC's in 2009 (4), 1 juni 2011	nvt	
7	Ex-ante vaststelling en verzeerdenraming 2012 Voor 15 oktober 2011	Nvt	Peildatum 1 juni 2011, 15 juni 2011	nvt	Jaar 2010, 1 juni 2011	Jaar 2009, 1 juni 2011	Jaar 2009, 1 juni 2011	Peildatum 30 juni 2010 en/of 27 jan. 2011, juni 2011	Jaar 2009 en eerder, 1 juni 2012	Nvt 6)	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 verzeerde) opgevraagd. Wel heeft het CVZ het aantal verzekerden per verzekeraar nodig, dat wordt aangeleverd in de kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2011.

3) Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2010 wordt het nieuwe bestand Verzeerde periode en persoonskenmerken gebruikt en het bestand Persoonskenmerken per peildatum.

4) In Hoofdstuk 7 staat nadere informatie over de opbrengstverrekening. De beschikkingen opbrengstverrekening van de NZa over 2009 verwerkt het CVZ bij de 2^e voorlopige vaststelling 2009.

5) Op 1 maart 2011 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 2011 een e-mail met hun HKC cijfers, gespiegeld aan landelijk. Dit serviceproduct is niet in dit overzicht meegenomen.

6) Als er een systeem van hoge risicoverevening of meerjarige hoge kosten wordt ingevoerd, maakt het CVZ gebruik van de opgaven kosten per verzeerde.

6. Aanvullende informatie risicoverevening

Tabel 2: Gegevensaanlevering in relatie tot producten van het CVZ m.b.t. bijdragejaar 2011

		GEGEVENS OVER VERZEKERDEN								GEGEVENS OVER KOSTEN	
		Verzekerde periode én persoonskenmerken (miv 2010)	Persoonskenmerken l/g en postcode	Persoonskenmerken Uitstroom	Farmaciegegevens	DBC gegevens	GGZ gegevens	Gegevens aard van inkomen (AVI)	Inkomensgegevens	Kosten	Hoge kosten 5)
Nr	Producten CVZ over bijdragejaar 2011	Zorgverzekeraar						UWV, BD	BD	Zorgverzekeraar	
1	Ex-ante vaststelling en verzekerdensraming 2011 Voor 15 oktober 2010	Nvt	Peildatum 1 juni 2010, 1 juli 2010	nvt	Jaar 2009, 1 juni 2010	Jaar 2008, 1 juni 2010	(1)	Peildatum 30 juni 2009 en/of 27 jan. 2010, juni 2010	Jaar 2008 en eerder, 1 juni 2010		nvt
2	Herziening ex ante 2011 (Lenteherberekening) Voor 1 april 2011	Nvt	2)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
3	Voorinformatie kosten buitenland 2011 Voor 15 februari 2012	Nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Betaalde kosten door het CVZ in 2011 (3)	nvt
4	1 ^e Voorlopige vaststelling 2011 Voor 1 september 2012	Jaar 2011, 1 juli 2012	Peildatum 1 juni 2011, 15 juni 2011	nvt	Jaar 2010, 1 juni 2011	Jaar 2010, 1 juni 2012	Jaar 2010, 1 juni 2012	Peildatum 30 juni 2011, juli 2012	Jaar 2010 en eerder, 1 juni 2012	Voorlopige kosten 2011 in jaarstaat 2011, 1 juni 2012	nog geen informatie beschikbaar
5	Opbrengstverrekening ziekenhuizen en overige instellingen 2011 Voor 1 september 2013	Nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	Kosten A DBC's in 2011 (4), 1 juni 2013	nvt
6	2 ^e voorlopige vaststelling 2011 Voor 1 september 2014	geen nieuwe informatie	geen nieuwe informatie	nvt	geen nieuwe informatie	geen nieuwe informatie	geen nieuwe informatie	Peildatum 30 juni 2011, juli 2013	Jaar 2011 en eerder, 1 juni 2014	Definitieve kosten 2011 in jaarstaat 2013, 1 juni 2014	Jaar 2011, 1 maart 2014
7	Definitieve vaststelling 2011 Voor 1 april 2015	geen nieuwe informatie									

1) Informatie inzake GGZ kosten (hoge/lage drempelklasse) is bij deze ex-ante afkomstig van verzekeraars en bewerkt door 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 aanlevert in de kwartaalstaat, premieprolongatie maart 2011.

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) In Hoofdstuk 7 staat nadere informatie over de opbrengstverrekening. De beschikkingen opbrengstverrekening van de NZa over 2011 verwerkt het CVZ bij de 2^e voorlopige vaststelling 2011.

5) Op 1 maart 2014 moet de HKC opgave 2011 worden aangeleverd. Deze cijfers worden in 2014 verwerkt in de 2^e VV 2011 (incl. correcties NZa). De zorgverzekeraars ontvangen in 2014 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**

Toelichting

Over de bijdragejaren 2006 tot en met 2009 bepaalt het CVZ de verzekerde periode per verzekerde mét een geverifieerd BSN per zorgverzekeraar op basis van het Referentiebestand verzekerden zorgverzekeringswet (RBVZ). Voor verzekerden zonder (geverifieerd) BSN baseert het CVZ zich op het bestand 'Verzekerden zonder BSN'.

Vanaf bijdragejaar 2010 baseert het CVZ zich op het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken'. Dit bestand bestaat uit een deelbestand met verzekerden mét een geverifieerd BSN en een deelbestand met verzekerden zonder een (geverifieerd) BSN.

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.

Consequenties van de uitgangspunten en tabel 2:

Na 1 juli 2012 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de verzekerde perioden te bepalen van verzekerden 2011.

Voor het RBVZ over de jaren 2006, 2007 en 2008 en het bestand 'verzekerden zonder BSN' over 2008 gold de uitzondering dat een tweede versie van het bestand is aangeleverd in t+2.

- **Persoonskenmerken verzekerden met geverifieerd BSN**

Toelichting

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

Leeftijdbepaling

Voor de ex ante verzekerdenraming berekent het CVZ de leeftijd. Voor de ex ante verzekerdenraming 2011 gebruikt het CVZ het persoonskenmerkenbestand 2010. De leeftijd wordt berekend op 31 mei 2010. 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 2011 is het persoonskenmerkenbestand over het vereveningsjaar 2011 beschikbaar. Om evenredige cohorten te krijgen voor de leeftijdsopbouw wordt bij de vaststellingen de leeftijd bepaald medio het vereveningsjaar, dus 30 juni 2011. Voor verzekerden die geboren zijn na 30 juni 2011, wordt de leeftijd op nul gesteld.

Indien een verzekerde in het persoonskenmerkenbestand over verschillende jaren of in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' een andere geboortedatum heeft (of een ander geslacht), 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 met geverifieerd BSN die ontbreken in het persoonskenmerkenbestand

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2011 bepaalt het CVZ de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio door de verzekerden met een verzekerde periode in 2011, opgenomen in het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011', te koppelen aan het persoonskenmerkenbestand 2011 op peildatum 1 juni 2011. Wanneer het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011' BSN's bevat die niet voorkomen in dat persoonskenmerkenbestand, dan wordt het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011' gebruikt om de kenmerken leeftijd, geslacht en postcode/regio te bepalen.

- **Persoonskenmerken verzekerden zonder (geverifieerd) BSN**

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2011 baseert het CVZ zich voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011'.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Na 1 juli 2012 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt om de persoonskenmerken te bepalen van verzekerden 2011.

- **Farmacie-gegevens**

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 2011 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2010. De na 1 juni 2011 ontvangen farmaciedeclaraties over 2010 moeten 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 2011 (op basis van farmaciedeclaraties over 2010).

- **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 2012 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2010. De na 1 juni 2012 ontvangen declaraties van DBC's geopend in 2010 moeten 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 2011 (op basis van declaraties van DBC's geopend in 2010).

- **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 het betreffende verslagjaar en 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 2012 worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt over 2010. De na 1 juni 2012 ontvangen GGZ-declaraties moeten 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 2011 (op basis van GGZ-declaraties over 2010).

- **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 2012 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 2011. 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 adressleutel 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 zonedig 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 zonedig eerdere jaren.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Bij de 1^e voorlopige vaststelling 2011 wordt gebruik gemaakt van (een) zo recent mogelijk(e) bestand(en) over een zo recent mogelijk jaar. Bij de 2^e voorlopige vaststelling 2011 wordt gebruik gemaakt van het bestand over 2011 en zonedig over oudere jaren. 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 2011 betreft het de deelbijdragen ziekenhuisverpleging vast, ziekenhuisverpleging variabel, B-DBC's, geneeskundige GGZ-kosten verzekerden jonger dan 18 jaar, geneeskundige GGZ-kosten verzekerden 18 jaar en ouder 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 2011 (de som van de ultimo 2011 ontvangen declaraties over 2011 en de raming van de ultimo 2011 nog te ontvangen declaraties over 2011) betreft het CVZ bij de 1^e voorlopige vaststelling over 2011 in 2012.

- **Definitieve kosten over jaar t**

Toelichting

In maart 2009 heeft VWS besloten om met terugwerkende kracht tot en met 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 zijn de definitieve kosten over jaar t pas in t+3 bekend.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Nadeel van het gewijzigde 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 2011 in 2014 worden de definitieve kosten over 2011 betrokken op basis van de jaarstaat 2013 (de in 2011 en 2012 ontvangen declaraties over 2011 en de in 2013 ontvangen declaraties over 2011 en ouder). Bij de definitieve vaststelling worden geen nieuwe gegevens meer gebruikt, maar uitsluitend nog correcties van de NZa verwerkt op de definitieve kosten 2011 in de jaarstaat 2013.

- **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 opgave over jaar t is gebaseerd op de declaraties over jaar t die zijn ontvangen in jaar t, t+1 en t+2 en moet worden aangeleverd op 1 maart t+3.

Consequenties van uitgangspunten en tabel 2

Declaraties over 2011 die na 31 december 2013 zijn ontvangen lopen niet mee in de hogekostencompensatie van 2011 (en ook niet van een later jaar).

6.2. Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken	
Nummer	Onderdeel
6.2.	Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2010

Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

In paragraaf 6.2. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken 2010. De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2011 van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800).

Met ingang van de gegevensaanlevering 2011 bestaat deze gegevensvraag uit twee deelbestanden.

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

6.2. Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken

Gebruik van de gegevens

Bij de 1^e en 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling 2010 baseert het CVZ zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010' dat op 1 juli 2011 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en de 4 cijfers van de postcode) en de adresleutels (gebaseerd op de volledige postcode, het huisnummer en de huisnummertoevoeging) van de verzekerden 2010 mét een BSN baseert het CVZ zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken per de datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni 2010 en vervolgens op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010'.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het CVZ zich uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010'.

Op te leveren gegevens

In de opgave moet u alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden betrekken die in (een gedeelte van) het jaar 2010 bij u verzekerd waren. Dit betreft ook gedetineerden.

De opgave bestaat uit twee deelbestanden.

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

- Geverifieerd BSN/sofinummer;
- Postcode woonadres, indien woonachtig in Nederland (volledig, 4 cijfers en 2 letters);
- Huisnummer woonadres, indien woonachtig in Nederland;
- Huisnummertoevoeging woonadres, indien woonachtig in Nederland;
- Geboortjaar en -maand;
- Geslacht;
- Identificatie buitenland;
- Begindatum verzekering;
- Einddatum verzekering;
- Fractie verzekerde periode in 2010.

In dit deelbestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op. Bij voorkeur is dit het GBA adres. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.

In verband met de vorming van de 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.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)

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.

6.2. Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken - vervolg

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het CVZ zich voor de bepaling van de persoonskenmerken, waaronder het woonadres, in eerste instantie op de gegevens in het persoonskenmerkenbestand op de peildatum in het betreffende vereveningsjaar. Alleen voor ontbrekende verzekerden wordt gebruik gemaakt van de persoonskenmerken in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar. Als in het persoonskenmerkenbestand sprake is van een woonadres in het buitenland, geen verdragsformulier E106 (code 3) en in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' van een woonadres in het buitenland én verdragsformulier E106 (code 2), dan merkt het CVZ deze verzekerde alsnog aan als code 2. 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.

Van dit eerste deelbestand vindt u de record lay-out en een verdere toelichting in hoofdstuk 8.

Het **tweede deelbestand** betreft verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Op te leveren gegevens

In het tweede deelbestand geeft u voor alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden zonder een BSN dan wel zonder een geverifieerd BSN, per verzekerde, de volgende gegevens op:

- Uniek volgnummer;
- Postcode woonadres (uitsluitend 4 cijfers), indien woonachtig in Nederland;
- Geboortjaar en -maand;
- Geslacht;
- Begindatum verzekering;
- Einddatum verzekering;
- Fractie verzekerde periode in 2010;
- Motivatie waarom op het aanlevermoment 1 juli T+1 een (geverifieerd) BSN voor de verzekerde periode(n) in jaar T ontbreekt en er wel recht is op verzekering.

Voor het tweede deelbestand stelt het CVZ een Excelformat ter beschikking. Voor een nadere toelichting op de gegevens die hetzelfde zijn als in het deelbestand met verzekerden met geverifieerd BSN, verwijst ik u naar hoofdstuk 8.

Opname van verzekerden in het bestand moet gemotiveerd worden.

Relatie BSN en verzekeringsplicht

Bij een verzoek om een Zwv-verzekering moet de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht vaststellen. Over de relatie tussen de verzekeringsplicht en het hebben van een BSN is het volgende relevant.

Het overleggen van een BSN is geen formeel vereiste voor verzekering/acceptatie. Dit betekent echter niet dat er geen relatie is tussen het bezit van dat nummer en het zijn van verzekeringsplichtige. Integendeel, er bestaat een uitermate sterk verband tussen het bezitten van een BSN en de verzekeringsplichtigheid ingevolge de Zwv. Die verzekeringsplichtigheid is immers gekoppeld aan het zijn van AWBZ-verzekerde, en AWBZ-verzekerde is men, uitzonderingen daargelaten, als men ingezetene van Nederland is, of als niet-ingezetene hier arbeid verricht. Zowel voor ingezetenen als voor niet-ingezetenen die hier arbeid verrichten geldt als uitgangspunt dat zij in het bezit worden gesteld van een BSN, hetzij door de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), hetzij door de Belastingdienst (voor niet-ingezetenen, in dat geval betreft het feitelijk een sofinummer, maar hierna te noemen: BSN). Dit is in beginsel een sluitend systeem. Met andere woorden: alle AWBZ-verzekerden, en daarmee ook alle Zwv-verzekeringsplichtigen beschikken in beginsel over een BSN. Het CVZ is daarom van mening dat er alle aanleiding is om een verzoek om Zwv-verzekering waarbij geen BSN kan worden overlegd zeer kritisch te bezien. De zorgverzekeraar zal zich extra moeten inspannen om de verzekeringsplicht vast te stellen.

6.2. Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken - vervolg

Uitvoering risicoverevening

Algemene regel is dat de zorgverzekeraar uitsluitend een vereveningsbijdrage ontvangt voor verzekerden met een geverifieerd BSN, die zijn opgenomen in het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken mét BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juli T+1. De zorgverzekeraar moet zich inspannen om het BSN van een verzekerde tijdig te verkrijgen en te verifiëren zodat verzekerden volledig in de risicoverevening kunnen worden betrokken.

In theorie kunnen zich twee 'problemen' voordoen waardoor de zorgverzekeraar geen bijdrage ontvangt voor een verzekerde, namelijk als er bij aanlevering van het bestand Verzekerde periode en persoonskenmerken voor de betreffende verzekerde, die in jaar T verzekerd was:

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

Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsplicht heeft vastgesteld, is de zorgverzekeraar verplicht om een verzekerde zonder (geverifieerd) BSN wél te accepteren. Als is voldaan aan de voorwaarden, moet u de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN over het vereveningsjaar T, aanleverdatum 1 juli T+1. Die verzekerden betreft het CVZ alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend gebaseerd is op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio (indien woonachtig in Nederland).

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

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

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

De zorgverzekeraars doen er goed aan om:

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

Het is niet toegestaan om in dit bestand verzekerden op te nemen die tijdelijk nog niet beschikken over een BSN, zoals pasgeborenen. De periode na afloop van het verzekeringsjaar tot de aanleverdatum van het bestand over dat jaar is ruim genoeg.

6.2. Gegevensvraag verzekerde periode en persoonskenmerken - vervolg

Verzekerden zonder BSN

Bij verzekerden zonder BSN zal er in vrijwel alle gevallen sprake zijn van 'buitenlandsituaties'. Grofweg (niet limitatief) zijn er de volgende categorieën te onderscheiden waarin er sprake is van verzekeringsplicht en mogelijk geen BSN :

- Gezinsleden van een naar het buitenland uitgezonden (verzekeringsplichtige) ambtenaar of diplomaat zijn verzekeringsplichtig; met name bij in het buitenland geboren kinderen *kan* het voorkomen dat zij geen BSN hebben.
- Gezinsleden van een in het buitenland gedetacheerde (verzekeringsplichtige) werknemer:
 - o detachering in een EU land waarmee Nederland een ziektekostenregeling heeft: alleen bij verblijf korter dan één jaar zijn gezinsleden verzekeringsplichtig; met name bij in het buitenland geboren kinderen *kan* het voorkomen dat zij geen BSN hebben.
 - o detachering in een land waarmee Nederland een verdrag heeft zonder ziektekostenregeling: gezinsleden zijn verzekeringsplichtig afhankelijk van de afspraken in het verdrag met het betreffende land; met name bij in het buitenland geboren (verzekeringsplichtige) kinderen *kan* het voorkomen dat zij geen BSN hebben.
- Tijdelijk werknemer in Nederland, woonachtig in het buitenland, is verzekeringsplichtig en verplicht om een sofinummer aan te vragen. Het *kan* zijn dat een sofinummer ontbreekt en dat u wel de verzekeringsplicht heeft vastgesteld. Gezinsleden zijn niet verzekeringsplichtig.
- Beschermd getuige: een verzekeringsplichtige die wel een BSN heeft maar dat niet kenbaar mag maken; in de praktijk is er dan geen BSN.

Een model van de bestuursverklaring bij beide deelbestanden tezamen is opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Zoals eerder in dit hoofdstuk is toegelicht heeft het CVZ besloten om een aantal gegevensaanleveringen te combineren tot één bestand over de verzekerden in jaar T, waarin zowel gegevens over de verzekerde periode als over de persoonskenmerken zijn opgenomen. Dit bestand bestaat uit twee deelbestanden, één met verzekerden met een BSN en één met verzekerden zonder een BSN en verzekerden zonder een geverifieerd BSN. De afzonderlijke bestanden 'RBVZ', 'persoonskenmerken uitstroom', 'verzekerden met bevestigd E106' en 'verzekerden zonder (geverifieerd) BSN' zijn vervallen.

De eventuele fillers aan het einde van het voorloop-, detail- en/of sluitrecord zijn komen te vervallen. Hierdoor is de lengte van het voorloop- detail- en sluitrecord niet meer aan elkaar gelijk. De lengte van de detailrecords moet wel in het hele bestand hetzelfde zijn.

Bestuursverklaring bij de bestanden verzekerde periode en persoonskenmerken 2010

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010' met verzekerden met geverifieerd BSN, met bestandsnaam

.....(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie en

op(datum) het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010' met verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN, met bestandsnaam(conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan het CVZ conform het gevraagde elektronische format.

In de twee deelbestanden tezamen zijn alle Zorgverzekeringswetplichtige verzekerden opgenomen die in 2010 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2010) met UZOVI-nummer(in 2010).

In het deelbestand met verzekerden met geverifieerd BSN zijn (aantal) detailrecords opgenomen en een totaal aantal verzekerdenjaren van (de 'som fractie verzekeringsperiode' in het bestand).

In het deelbestand met verzekerden zonder (geverifieerd) BSN zijn (aantal) detailrecords opgenomen met verzekerden zonder BSN en een totaal verzekerdenjaren van (de 'som fractie verzekeringsperiode' in het bestand) en zijn (aantal) detailrecords opgenomen met verzekerden zonder geverifieerd BSN en een totaal verzekerdenjaren van (de 'som fractie verzekeringsperiode' in het bestand).

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat de bestanden 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010' aan het CVZ/ZorgTTP zijn aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

De aangeleverde gegevens in de twee deelbestanden 'Verzekerde periode en 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.

6. Aanvullende informatie risicoverevening

De zorgverzekeraar heeft een dossier opgebouwd waarin is aangegeven:

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

Dit dossier is beschikbaar voor review door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Naam:

Datum:

Plaats:.....

Handtekening:

Aanvullende informatie Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

6.3. Gegevensvraag persoonskenmerken	
Nummer	Onderdeel
6.3.	Gegevensvraag persoonskenmerken 2011

Gegevensvraag persoonskenmerken

In paragraaf 6.3. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag persoonskenmerken 2011.

Met ingang van 2011 is het assurance-rapport bij dit bestand vervallen. Dit bestand moet worden aangeleverd met een bestuursverklaring. De aanleverdatum is naar voren gehaald en is vastgesteld op 15 juni 2011. De gegevensvragen persoonskenmerken uitstroom en verzekerden met een bevestigd E106 formulier zijn vervallen.

6.3. Gegevensvraag persoonskenmerken 2011

Gebruik van de gegevens

Het CVZ gebruikt het persoonskenmerkenbestand 2011 bij de ex-ante 2012.

Bij de 1^e en 2^e voorlopige en de definitieve vaststelling 2011 baseert het CVZ zich voor de bepaling van het aantal verzekerden Zvw en de verzekerde periode uitsluitend op de gegevens in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011' dat op 1 juli 2012 moet worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden met BSN als voor de verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en de 4 cijfers van de postcode) en de adresleutels (gebaseerd op de volledige postcode, het huisnummer en de huisnummertoevoeging) van de verzekerden 2011 mét een BSN baseert het CVZ zich in eerste instantie op het bestand persoonskenmerken per de datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni 2011 en vervolgens op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011'.

Voor de persoonskenmerken van de verzekerden zonder BSN en zonder geverifieerd BSN baseert het CVZ zich uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2011'.

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 2011.

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. Geboortejaar en -maand;
6. Geslacht;
7. Identificatie buitenland.

In hoofdstuk 8 van dit handboek is een bestandsspecificatie opgenomen.

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

In dit deelbestand kunnen uitsluitend verzekerden Zvw mét een geverifieerd BSN worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Woonadres, indien woonachtig in Nederland (Nederlands ingezetenen)

U geeft (uitsluitend) het meest recente adres op. Bij voorkeur is dit het GBA adres. Indien dit adres niet in uw administratie is opgenomen, dan geeft u het meest recente woonadres op. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, dan gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens.

In verband met de vorming van de 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.

Woonadres, indien woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen)

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.

6.3.1. Gegevensvraag persoonskenmerken 2011 – vervolg

Woonadres en Identificatie buitenland

Zoals hiervoor is beschreven baseert het CVZ zich voor de bepaling van de persoonskenmerken, waaronder het woonadres, in eerste instantie op de gegevens in het persoonskenmerkenbestand op de peildatum in het betreffende vereveningsjaar. Alleen voor ontbrekende verzekerden wordt gebruik gemaakt van de persoonskenmerken in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken' over het vereveningsjaar.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

In de op te leveren gegevens zijn geen wijzigingen ten opzichte van vorig jaar. Alleen is bij de identificatie buitenland het onderscheid in wel E106 en niet E106 vervallen. U maakt slechts onderscheid in Woonadres in Nederland en Woonadres in buitenland. Zoals eerder al gemeld levert u dit bestand aan met alleen een bestuursverklaring. Uiteraard moet dit bestand juist en volledig zijn. De aanleverdatum is verplaatst naar 15 juni 2011. De gegevensvraag persoonskenmerken uitstroom en de gegevensvraag verzekerden met een bevestigd E106 formulier zijn vervallen.

De eventuele fillers aan het einde van het voorloop-, detail- en/of sluitrecord zijn komen te vervallen. Hierdoor is de lengte van het voorloop- detail- en sluitrecord niet meer aan elkaar gelijk. De lengte van de detailrecords moet wel in het hele bestand hetzelfde zijn.

Bestuursverklaring bij het bestand persoonskenmerken 2011

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 2011' 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 2011 verzekerd zijn bij (verkorte naam zorgverzekeraar in 2011) met UZOVI-nummer(in 2011) 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 2011' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'persoonskenmerken 2011' 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 2011' 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 2011:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Draaidatum premieprolongatie juni 2011:

6.4. Gegevensvraag farmacie kostengroepen (FKG's)	
Nummer	Onderdeel
6.4.	Gegevensvraag farmacie kostengroepen: farmaciegegevens 2010

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 2011 van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800).

6.4. Gegevensvraag farmacie kostengroepen: farmaciegegevens 2010

Gebruik van de gegevens

Binnen het risicovereenigingsmodel 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 verzekerden per FKG.

Om te bepalen of een verzekerde tot een FKG behoort, worden de aangeleverde receptregels gekoppeld aan referentiebestanden. In de loop van 2011 stelt het CVZ de volgende bestanden aan de zorgverzekeraars beschikbaar: het FKG-DDD-referentiebestand voor de (voorlopige) vaststelling Zvw 2011 en het FKG-DDD-referentiebestand voor het ex ante model Zvw 2012. 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 2010 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 2010 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. Geboortejaar en -maand;
3. Geslacht;
4. Datum van aflevering;
5. Artikelcode;
6. Voorgescreven dosering;
7. Afleveringseenheid;
8. Gemiddelde (voorgescreven) dagdosering;
9. Hoeveelheid afgeleverd middel;
10. Indicatie debet/credit;
11. Schadebedrag in centen.

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).

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. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

De eventuele fillers aan het einde van het voorloop-, detail- en/of sluitrecord zijn komen te vervallen.

Hierdoor is de lengte van het voorloop-, detail- en sluitrecord niet meer aan elkaar gelijk. De lengte van de detailrecords moet wel in het hele bestand hetzelfde zijn.

Bestuursverklaring bij het bestand farmaciegegevens 2010

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het op(datum) het bestand 'farmaciegegevens 2010' 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 2010 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2010) met UZOVI-nummer(in 2010).

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 2010' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'farmaciegegevens 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 'farmaciegegevens 2010' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2010 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 (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

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 farmaciegegevens 2010:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

6.5. Gegevensvraag diagnose kostengroepen (DKG's)	
Nummer	Onderdeel
6.5.	DBC-gegevens 2009 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 2011 van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800).

6.5. DBC-gegevens 2009 ten behoeve van DKG's

Gebruik van de gegevens

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 2009 zijn geopend en die vallen onder de aanspraken medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg) conform de Zwv 2009. 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 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. Bovendien corrigeert u de declaraties niet voor de opbrengstverrekening.

Voor alle verzekerden Zwv (voor wie in 2009 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 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).

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. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

De eventuele fillers aan het einde van het voorloop-, detail- en/of sluitrecord zijn komen te vervallen. Hierdoor is de lengte van het voorloop-, detail- en sluitrecord niet meer aan elkaar gelijk. De lengte van de detailrecords moet wel in het hele bestand hetzelfde zijn.

Bestuursverklaring bij het bestand DBCgegevens 2009

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

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'DBC-gegevens 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 DBC's, geopend in 2009, met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van (aantal unieke²) 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 'DBC-gegevens 2009' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurancerapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de NZa zijn gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'DBC-gegevens 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 'DBC-gegevens 2009' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2010 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 (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

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 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

6. Aanvullende informatie risicoverevening

6.6. Gegevensvraag GGZ-gegevens	
Nummer	Onderdeel
6.6.	Gegevensvraag GGZ gegevens 2009

Paragraaf 6.6. geeft informatie over de gegevensvraag GGZ-gegevens 2009.
Met ingang van 2011 vragen wij bij deze aanlevering een assurancerapport.
De toelichting is afkomstig uit de brief van het CVZ over de aanlevering gegevens Zvw mét accountantsproduct in 2011 van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800).

6.6. Gegevensvraag GGZ-gegevens 2009

Het gebruik van de gegevens

Voor de uitvoering van het risicovereveningsmodel heeft het CVZ een bestand nodig op persoonsniveau met GGZ-schade. De gegevens over 2009 heeft het CVZ onder andere nodig om voor het risicovereveningsjaar 2010 te kunnen vaststellen welke verzekerden voldoen aan het vereveningscriterium GGZ-kosten lage drempelklasse (LDR) en GGZ-kosten hoge drempelklasse (HDR).

Op te leveren gegevens

De uitvraag van GGZ-gegevens heeft betrekking op alle declaraties van DBC's GGZ die in 2009 zijn geopend en alle overige declaraties GGZ 2009, en die vallen onder de aanspraken geestelijke gezondheidszorg conform de Zvw 2009. 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. Bovendien corrigeert u de declaraties niet voor de opbrengstverrekening GGZ.

Voor alle verzekerden Zvw, voor wie over 2009 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 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).

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. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar

Met ingang van 2011 moet het bestand GGZ gegevens met een assurance-rapport worden aangeleverd. De zogenaamde overloop DBC's zijn in de opgave over 2009 niet van toepassing. De codering 'soort declaratie' is nu 1 (DBC, gestart in 2009) of 2 (overige kosten).

De eventuele fillers aan het einde van het voorloop-, detail- en/of sluitrecord zijn komen te vervallen. Hierdoor is de lengte van het voorloop-, detail- en sluitrecord niet meer aan elkaar gelijk. De lengte van de detailrecords moet wel in het hele bestand hetzelfde zijn.

Bestuursverklaring bij het bestand GGZ gegevens 2009

De bestuursverklaring stuurt u, inclusief het gedeelte met aanvullende gegevens, vergezeld van een assurance-rapport, volledig ingevuld en ondertekend aan de Nza.

Het bestuur van

..... (statutaire naam zorgverzekeraar)

verklaart dat het

op(datum) het bestand 'GGZ gegevens 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 DBC's GGZ, geopend in 2009, en van overige declaraties GGZ over 2009 met een totaal schadebedrag¹ van €..... (in euro's) van (aantal unieke²) 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 'GGZ gegevens 2009' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring en het assurance-rapport bij deze bestuursverklaring op papier aan de Nza zijn gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'GGZ gegevens 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 'GGZ gegevens 2009' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2010 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 (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

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 GGZ gegevens 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

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

6.7. Gegevensvraag Kosten per verzekerde	
Nummer	Onderdeel
6.7.	Gegevensvraag kosten per verzekerde

Paragraaf 6.7. geeft informatie over de gegevensvraag Kosten per verzekerde.

Deze gegevensvraag is nieuw in 2011.

In 2011 vraagt het CVZ vier bestanden op met kosten over 2006 t/m 2009. Deze bestanden worden met een bestuursverklaring aangeleverd.

Met ingang van 2012 vraagt het CVZ structureel twee bestanden op met onderscheidenlijk de kosten over T-3 en T-2. Het bestand met de kosten over T-3 moet dan mét een accountantsproduct worden aangeleverd.

6.7. Gegevensvraag kosten per verzekerde

Het gebruik van de gegevens

Ten behoeve van de mogelijke invoering van een systeem van hoge risicoverevening of meerjarig hoge kosten in 2012 vraagt het CVZ bestanden op met kosten per verzekerde. Het CVZ gebruikt deze gegevens voor de ex ante 2012 (najaar 2011) en de ex ante 2013 (najaar 2012).

Op te leveren gegevens

De uitvraag van kosten per verzekerde heeft betrekking op de kosten per verzekerde volgens de definitie van kosten zoals die in de HKC opgave over het betreffende jaar wordt gehanteerd. De opgave van de kosten per verzekerde betreft hier echter 100% van de HKC-kosten per verzekerde (ipv 90% in de HKC opgave) en het betreft de kosten van alle verzekerden (ipv alleen de kosten van verzekerden die in de HKC zijn/worden ingebracht).

Voor alle verzekerden Zwv, voor wie over 2006, 2007 en/of 2008 een declaratie is ontvangen en geaccepteerd, geeft u, per jaar, de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Schade bedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp';
3. Schadebedrag 'overige prestaties'

De variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp corrigeert u voor de opbrengstverrekening. De zorgverzekeraar mag kiezen of hij uitgaat van dezelfde ontvangen declaraties als hij bij de HKC opgave heeft betrokken (in 2006 en 2007 waren dat de ontvangen declaraties gegeven de aanleverdatum 1 november T+2) of dat hij de ontvangen en geaccepteerde declaraties tot en met 31-12-T+2 meeneemt. Deze keuze heeft ermee te maken dat de gegevens uitsluitend voor de ex-ante worden gebruikt.

Voor alle verzekerden Zwv, voor wie over 2009 een declaratie is ontvangen en geaccepteerd, geeft u de volgende gegevens op:

1. Geverifieerd BSN/sofinummer;
2. Schade bedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp';
3. Schadebedrag 'overige prestaties';
4. Schadebedrag 'B-DBC's'.

De variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische hulp corrigeert u voor de opbrengstverrekening. In de opgave over 2009 neemt u zoveel mogelijk ontvangen en geaccepteerde declaraties mee gegeven de aanleverdatum van 1 juni 2011. Ook deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor de ex-ante. In 2012 levert u het bestand over 2009 nogmaals aan, maar dan met de tot en met 31 december 2011 ontvangen declaraties over 2009.

HKC definitie

Voor het bepalen van de kosten per verzekerde in deze gegevensuitvraag heeft u de HKC definitie van kosten van het betreffende jaar nodig. Voor de jaren 2006 t/m 2008 zijn deze in uw bezit. De brief met de inrichtingseisen HKC 2006 is verstuurd op 24 juni 2008 (V&S/28046959). De inrichtingseisen HKC 2007 zijn verstuurd op 23 juli 2009 (V&S/29070767). De brief over de HKC 2008 is verstuurd op 30 juni 2010 (CCZ/2010072728). In december 2010 heeft het CVZ deze brieven per mail nogmaals aan alle verzekeraars verzonden. De Brief met de inrichtingseisen HKC 2009 verstuurt het CVZ in de tweede helft van 2011. Ten behoeve van de gegevensvraag Kosten per verzekerde 2009 vindt u in 6.8 de definities HKC kosten 2009.

6.7. Gegevensvraag kosten per verzekerde -vervolg

In hoofdstuk 8 van dit handboek zijn de bestandsspecificaties voor 2006 t/m 2008 en 2009 met een toelichting opgenomen.

Modellen van de bestuursverklaring zijn opgenomen aan het einde van deze paragraaf.

Ontbrekend BSN

Er kunnen uitsluitend gegevens van verzekerden mét een geverifieerd BSN in het bestand worden opgenomen. Het BSN mag immers uitsluitend worden gebruikt als de gebruiker (in dit geval de zorgverzekeraar) zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt. Records met een ontbrekend of onjuist BSN keurt het CVZ af.

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2006

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 'kosten per verzekerde 2006' met bestandsnaam (conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdeniveau goedgekeurde declaraties van alle verzekerden 2006 voor de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' en 'overige prestaties' volgens de HKC definitie van kosten van (aantal unieke¹) verzekerden die in 2006 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2006) met UZOVI-nummer(in 2006).

- a. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp'
- b. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'overige prestaties'

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2006' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2006' 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 'Kosten per verzekerde 2006' 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:

¹ U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2006:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 2007

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 'kosten per verzekerde 2007' 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 alle verzekerden 2007 voor de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' en 'overige prestaties' volgens de HKC definitie van kosten van (aantal unieke¹) verzekerden die in 2007 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2007) met UZOVI-nummer(in 2007).

- c. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp'
- d. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'overige prestaties'

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

Het bestuur heeft er zorg voor gedragen dat op dezelfde datum dat het bestand 'Kosten per verzekerde 2007' aan het CVZ (ZorgTTP) is aangeleverd, ook de volledige bestuursverklaring op papier aan het CVZ is gestuurd.

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 2007' 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 'Kosten per verzekerde 2007' 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:

¹ U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2007:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 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 'kosten per verzekerde 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 alle verzekerden 2008 voor de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' en 'overige prestaties' volgens de HKC definitie van kosten van (aantal unieke¹) verzekerden die in 2008 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2008) met UZOVI-nummer(in 2008).

- e. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp'
- f. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'overige prestaties'

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 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:

¹ U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2008:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Bestuursverklaring bij het bestand Kosten per verzekerde 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 'kosten per verzekerde 2009' met bestandsnaam (conform CVZ specificatie) heeft toegestuurd aan Zorg TTP conform de gevraagde recordspecificatie.

In het bestand zijn opgenomen de ontvangen en op verzekerdeniveau goedgekeurde declaraties van alle verzekerden 2009 voor de 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp', 'overige prestaties' en 'B DBC's' volgens de HKC definitie van kosten van (aantal unieke¹) verzekerden die in 2009 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009).

- a. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp'
- b. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'overige prestaties'
- c. In het bestand is opgenomen een totaal schadebedrag van €..... (in euro's) voor 'B DBC's'

In het bestand zijn (aantal) detailrecords opgenomen.

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

De aangeleverde gegevens in het bestand 'Kosten per verzekerde 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 'Kosten per verzekerde 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:

¹ U telt uitsluitend de verzekerden van wie declaraties in het bestand zijn opgenomen (het aantal unieke BSN's in het sluitrecord).

Aanvullende informatie Kosten per verzekerde 2009:

Naam contactpersoon:.....

Telefoon contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Datum afsluiting declaratieverwerking tbv de aanlevering:

6.8. Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)	
Nummer	Onderdeel
6.8.	Gegevensvraag hogekostencompensatie

Gegevensvraag hogekostencompensatie (HKC)

In paragraaf 6.8. is een toelichting opgenomen op de gegevensvraag hogekostencompensatie.

In 2011 levert u de derde opgave hogekostenverevening Zfw 2005 en de opgave hogekostencompensatie 2008 aan op 1 maart. De toelichtingen bij beide opgaven zijn al in uw bezit. De brief met de inrichtingseisen HKV 2005 is verstuurd op 3 september 2010 (CCZ/2010099403) en de brief met de inrichtingseisen HKC 2008 is verstuurd op 30 juni 2010 (CCZ/2010072728).

De inzenddatum voor de HKC opgave 2009 is 1 maart 2012. De volledige toelichting bij deze opgave ontvangt u in de tweede helft van 2011.

Ten behoeve van de aanlevering van de Kosten per verzekerde 2009 volgens de HKC definitie (6.7) geven wij in deze paragraaf de definitie van HKC kosten 2009.

6.8. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2009

Toelichting hogekostencompensatie Zvw 2009

De volledige toelichting bij de gegevensvraag Hogekostencompensatie 2009 ontvangt u in de loop van 2011. Voor de gegevensvraag 'Kosten per verzekerden 2009' (6.7) heeft u de definities van de HKC kosten 2009 nodig. Nieuw in 2009 is dat u ook de kosten van de B-DBC's meeneemt. Hier volgen de definities van HKC kosten 2009.

Definities HKC-kosten 2009

De HKC-kosten 2009 zijn opgebouwd uit drie deelbedragen, te weten 1) variabel kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, 2) de kosten van B-DBC's (oud, t/m 2008) en 3) de kosten van overige prestaties. Achtereenvolgens zullen deze definities worden gegeven.

1. Definitie variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp bestaan uit ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties voor in 2009 verleende hulp en voor in 2009 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.

Bij de volgende instellingen moet u de oorspronkelijke tarieven eerst corrigeren voor de opbrengstresultaten 2009: algemene en academische ziekenhuizen, het Oogziekenhuis, radiotherapeutische centra, dialysecentra, klinisch genetische centra en revalidatie-instellingen. U moet de in rekening gebrachte tarieven per instelling eerst corrigeren met de definitieve verrekenpercentages voor de HKC 2009 en vervolgens het variabel deel bepalen. Deze verrekenpercentages van ziekenhuizen en overige instellingen (met een rekenvoorbeeld) kunt u naar verwachting vanaf februari 2011 vinden op de website, www.cvz.nl onder Financiering\risicoverevening Zvw\2009 bij 'Zie ook'.

1. 100% van de kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie (code 545).
2. 100% van de kosten en honoraria specialisten orthodontie (code 546).
3. 60% van de kosten van verpleging in categorale ziekenhuizen, die niet zijn overgegaan op DBC financiering (code 606).
4. 75% van de kosten van overige instellingen curatieve zorg, niet overgegaan op DBC financiering (code 610). Dit betreft niet de kosten van verpleegdagen, deze vallen onder punt 3.
5. Het berekende variabele deel van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door algemene en academische ziekenhuizen en door het Oogziekenhuis en de St. Maartenskliniek (deel van code 613).

Om dit te bepalen voert u de volgende berekening uit:

Nadat u eerst heeft gecorrigeerd voor de opbrengstresultaten, zie boven, bepaalt u per instelling voor deze kosten het variabele deel met behulp van de vast-variabelverhoudingen die het CVZ op de website heeft geplaatst (www.cvz.nl onder financiering\risicoverevening Zvw\2009 bij 'Zie ook').

6.8. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2009 - vervolg

6. 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door klinisch genetische centra, dialyse- en radiotherapeutische centra en revalidatiecentra (deel van code 613). U corrigeert hier eerst met de verrekenpercentages voor de HKC 2009.
75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare (A-)DBC's gedeclareerd door zelfstandige behandelcentra, audiologische- en epilepsiecentra (deel code 613). Bij deze laatste drie centra is geen verrekenpercentage van toepassing.
7. 100% van de honorariumcomponent van DBC's A segment (code 614).
8. 100% van de kostencomponent van DBC's B segment (nieuw, 2009) (code 615).
9. 100% van de honorariumcomponent van DBC's B segment (nieuw, 2009) (code 616).
10. 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten (code 617).
11. 75% van de kosten en honoraria van overige trajecten en verrichtingen (code 618).
12. 75% van de kostencomponent van DBC's A segment gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
13. 100% van de kostencomponent van DBC's B segment gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (nieuw, 2009) (deel code 619).
14. 100% van de honorariumcomponent van DBC's A segment en DBC's B segment (nieuw 2009), gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
15. 75% van de kosten en honoraria van ondersteunende en overige producten en overige trajecten en verrichtingen, gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
16. 60% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' (deel van rubriek 13, deel code 700).
17. 30% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'niet nader te specificeren kosten' (deel van rubriek 13, deel code 700).
18. 60% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel code 720).

2. Definitie kosten B-DBC's (oud, t/m 2008)

Tot het deelbedrag 'B-DBC's' behoren in 2009 de volgende kosten:

1. 100% van de kostencomponent van DBC's B segment (oud, t/m 2008) (code 615).
2. 100% van de honorariumcomponent van DBC's B segment (oud, t/m 2008) (code 616).
3. 100% van de kostencomponent van DBC's B segment (oud, t/m 2008) gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
4. 100% van de honorariumcomponent DBC's B segment (oud, t/m 2008) gedeclareerd door extramuraal werkende specialisten (deel code 619).
5. 20% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' (deel van rubriek 13, deel code 700).
6. 10% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'niet nader te specificeren kosten' (deel van rubriek 13, deel code 700).
7. 20% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel code 720).

3. Definitie kosten overige prestaties

De kosten 'overige prestaties' bestaan uit het totale bedrag van de ontvangen en op verzekerdenniveau goedgekeurde declaraties voor de in het jaar 2009 verleende hulp. De hierna genoemde kosten betreft u als kosten overige prestaties in de HKC-opgave. Daarbij worden de rubrieknummers genoemd die voor de betreffende kosten gelden in de kwartaal- en jaarstaten Zwv.

6.8. Gegevensvraag hogekostencompensatie 2009 - vervolg

1. De kosten van huisartsenzorg (rubriek 01).
2. De kosten van farmaceutische zorg (rubriek 02).
3. De kosten van mondzorg (rubriek 04).
4. De kosten van verloskundige zorg (rubriek 05).
5. De kosten van paramedische zorg (rubriek 07).
6. De kosten van hulpmiddelen (rubriek 08).
7. De kosten van ziekenvervoer (rubriek 09), met uitzondering van de kosten FLO (zie hierna).
8. De kosten van kraamzorg (rubriek 12).
9. 100% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties' (deel van rubriek 13, deel code 700).
10. 100% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'kosten ivm beleidsregel samenwerking tbv geïntegreerde 1e lijnszorgproducten' (deel van rubriek 13, deel code 700).
11. 40% van het bij overige kosten gespecificeerde onderdeel 'niet nader te specificeren kosten' (deel van rubriek 13, code 700).
12. 100% van het bij grensoverschrijdende zorg gespecificeerde onderdeel 'kosten van overige prestaties, gemaakt in het buitenland, via verzekeraar' (deel van rubriek 15, deel code 720).

Kosten functioneel leeftijdsontslag ambulancevervoer

Vanaf september 2008 zijn er kosten van het functioneel leeftijdsontslag (FLO) verwerkt in de tarieven van de publieke diensten voor ambulancevervoer. Tot en met 2010 worden deze kosten als vast aan te merken (100% nacalculatie). Dit betekent dat deze kosten niet in de HKC mogen worden ingebracht. Er is besloten om de FLO-gelden als verwerkt in de tarieven van 2008 voor de uitvoering van de risicoverevening te corrigeren op de kosten 2009. Verder worden de FLO-gelden als verwerkt in de tarieven van 2009 ook gecorrigeerd op de kosten van 2009 (structurele situatie). Dit betekent dat u de declaraties ziekenvervoer 2009 van de publieke ambulancediensten dient te corrigeren voor de niet-structurele (d.w.z. inclusief correctie 2008) FLO-percentages in 2009. Deze staan eind januari 2011 op de website van het CVZ.

Opleidingskosten kraamzorg

De opleidingskosten kraamzorg 2009 zijn kosten Zvw die onder de deelbijdrage 'overige prestaties' vallen (rubriek 12). De kosten 'overige prestaties' mogen ingebracht worden in de HKC. De opleidingskosten kraamzorg zullen echter (veelal) macroboekingen betreffen. Indien de kosten niet op verzekerdenniveau bekend zijn, moeten deze via een logische verdeelsleutel toegerekend worden aan de individuele verzekerden. De onderbouwing van de verdeelsleutel moet adequaat worden vastgelegd in het dossier t.b.v. de review door de NZa.

Niet in HKC-opgave 2009

De volgende kosten betreft u niet in de HKC-opgave 2009:

- De kosten van renteheffing door instellingen.
- De kosten van Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (rubriek 10).
- 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, maar zal het CVZ per verzekeraar toevoegen aan de kosten.

De volledige toelichting bij de Hogekostencompensatie 2009 en een model van de bestuursverklaring ontvangt u in de in de tweede helft van 2011.

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening	
Nummer	Omschrijving
7.	Definitieve opgave opbrengstverrekening 2009

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 Zvw mét accountantsproduct in 2011 van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800).

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 Zvw 2010" van de NZa.

Met ingang van 2011 (opbrengstverrekening 2009) zijn de categorieën van instellingen weer gewijzigd. De instellingen zijn onderverdeeld in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en overige instellingen. De revalidatie-instellingen zijn in 2009 overgegaan op DBC-financiering. De opgave van de kosten van deze instellingen betreffen nu ook de kosten van DBC's.

De opgave van de kosten van de honorariumcomponent van DBC's in het A segment en van de kosten component van DBC's in het B segment zijn komen te vervallen.

7. Definitieve opgave opbrengstverrekening
Omschrijving
Definitieve opgave opbrengstverrekening 2009
Gebruik van de gegevens over 2009 en planning
Op 1 juni 2011 levert u de definitieve gegevens over 2009 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 2 ^e voorlopige vaststelling Zvw 2009 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, het Oogziekenhuis Rotterdam en de revalidatie-instellingen)
Per instelling geeft u een specificatie van de volgende kosten van DBC's (exclusief DBC's GGZ). Tevens 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 2009 zijn geopend en gesloten (codenummer 613).2. Kostencomponent van DBC's in het A-segment die in 2009 zijn geopend en in 2010 zijn gesloten (codenummer 613).
<i>Opmerkingen bij de gegevens over 2009</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Een omschrijving van de genoemde kosten van DBC's kunt u vinden in het Handboek, hoofdstuk 5. Het Handboek staat ook op de website van het CVZ (www.cvz.nl) onder Financiering/Zie ook.2. De bovengenoemde kosten betreffen alle ontvangen en op verzekerdenniveau geaccepteerde declaraties - op basis van de feitelijk gedeclareerde tarieven - met betrekking tot de kostencomponent van DBC's in het A segment die in 2009 geopend zijn. 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.
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar
De opgave van de kosten van de honorariumcomponent van DBC's in het A segment en van de kostencomponent van DBC's in het B segment zijn komen te vervallen.
Met ingang van 2009 zijn de revalidatie-instellingen overgegaan op DBC-financiering. De opgave van de kosten van deze instellingen betreffen nu ook de kosten van DBC's.
Per gebudgetteerde instelling is één voor 2009 toepasbare AGB-code opgenomen. AGB-codes die in 2009 niet meer actief waren, zijn uit dit overzicht verwijderd.

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.

Het bestuur van

..... (zorgverzekeraar)

verklaart dat zij op(datum) het bestand 'gegevens 2009 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 2009, met een totaal schadebedrag van €..... (hele euro's) met betrekking tot de verzekerden die in 2009 verzekerd waren bij (zorgverzekeraar in 2009) met UZOVI-nummer(in 2009).

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 2009 opbrengstverrekening' tot stand gekomen is;
- welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat de CVZ instructies en het Protocol Vereveningsonderzoek Zvw 2010 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 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
020101	Academisch ziekenhuis Groningen	Groningen		
020502	UMC St. Radboud	Nijmegen		
020602	UMC Utrecht	Utrecht		
020701	Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit	Amsterdam		
020702	Academisch Medisch Centrum	Amsterdam		
020801	Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden		
020806	Erasmus Universitair Medisch Centrum	Rotterdam		
021101	Academisch ziekenhuis Maastricht	Maastricht		
TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN			0	0

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

KOSTENCOMPONENT DBC'S A-SEGMENT

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

AGB-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
010105	Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal		
010107	Martini Ziekenhuis	Groningen		
010110	Ommelander Ziekenhuisgroep	Delfzijl / Winschoten		
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	Noorderboog / Diaconesseninrichting	Meppel		
010417	Deventer Ziekenhuizen	Deventer		
010418	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Hardenberg		
010419	Medisch Spectrum Twente	Enschede		
010420	Isala klinieken	Zwolle		
010421	Stichting Ziekenhuisgroep Twente	Almelo / Hengelo		
010509	Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem		
010518	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen		
010520	Ziekenhuis Rivierenland	Tiel		
010526	Streekziekenhuis Zevenaar (Alysis Zorggroep)	Zevenaar		
010530	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk		
010533	Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk		
010534	De Gelderse Vallei	Ede		
010535	Ziekenhuis Rijnstate	Arnhem		
010536	Gelre ziekenhuizen	Apeldoorn / Zutphen		
010618	Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis	Utrecht / Zeist		
010619	Meander Medisch Centrum	Amersfoort / Baarn		
010620	Sint Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein / Utrecht		
010702	Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar		
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 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
010704	Ziekenhuis Amstelland	Amstelveen		
010713	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht	Amsterdam		
010728	Gemini Ziekenhuis	Den Helder		
010742	Stichting Zaans Medisch Centrum	Zaandam		
010748	Slotervaartziekenhuis	Amsterdam		
010751	Waterland Ziekenhuis	Purmerend		
010752	Westfries Gasthuis	Hoon		
010753	BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam		
010754	Spaarne Ziekenhuis	Heemstede / Hoofddorp		
010755	Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk		
010756	Kennemer Gasthuis	Haarlem		
010757	Sint Lucas Andreas	Amsterdam		
010758	Tergooiziekenhuizen	Blaricum/Hilversum		
010805	Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis	Dirksland		
010858	Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag		
010822	Diaconessenhuis	Leiden		
010830	Havenziekenhuis	Rotterdam		
010831	Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam		
010832	Sint Franciscus Gasthuis	Rotterdam		
010841	Hofpoort Ziekenhuis	Woerden		
010844	Ziekenhuis Bronovo	Den Haag		
010848	Beatrix Ziekenhuis (Rivas Zorggroep)	Gorinchem		
010850	't Lange Land Ziekenhuis	Zoetermeer		
010851	Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkensisse		
010852	IJsselland Ziekenhuis	Cappelle a/d IJssel		
010853	Rijnland Ziekenhuis	Leiderdorp		
010855	Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda		
010857	Reinier de Graaf Groep	Delft		
010859	Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht		
010860	Vlietland Ziekenhuis / Stichting SSVZ	Schiedam / Vlaardingen		
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 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
010861	Maasland Ziekenhuis	Rotterdam		
010862	HagaZiekenhuis	Den Haag		
010901	Oosterscheldeziekenhuizen	Goes		
010911	Streekziekenhuis Walcheren	Vlissingen		
010913	Zorgzaam Zeeuwsch-Vlaanderen	Terneuzen		
011001	Ziekenhuis Lievensberg	Bergen op Zoom		
011002	Maasziekenhuis	Boxmeer		
011009	Catharina Ziekenhuis	Eindhoven		
011011	Sint Anna Ziekenhuis	Geldrop		
011021	Sint Franciscus Ziekenhuis	Roosendaal		
011022	Sint Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg		
011026	Elkerliek Ziekenhuis	Helmond		
011031	TweeSteden Ziekenhuis	Tilburg / Waalwijk		
011032	Ziekenhuis Bernhoven	Oss / Veghel		
011033	Amphia Ziekenhuis	Breda / Oosterhout		
011034	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch		
011035	Maxima Medisch Centrum	Eindhoven / Veldhoven		
011108	Sint Laurentius Ziekenhuis	Roermond		
011113	Sint Jans Gasthuis	Weert		
011114	Maaslandziekenhuis / Orbis Medisch Centrum	Sittard / Geleen		
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 3			0	0
TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtaalaal 1 t/m 3)			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 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
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 / Klinische Genetica	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

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	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
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		
6160811	Stichting Laurens Revalidatie	Rotterdam		
TOTAAL REVALIDATIE INSTELLINGEN			0	0

	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2009	DBC'S GEOPEND IN 2009 EN GESLOTEN IN 2010
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	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
020101	Academisch ziekenhuis Groningen	Groningen	0
020502	UMC St. Radboud	Nijmegen	0
020602	UMC Utrecht	Utrecht	0
020701	Academisch ziekenhuis Vrije Universiteit	Amsterdam	0
020702	Academisch Medisch Centrum	Amsterdam	0
020801	Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden	0
020806	Erasmus Universitair Medisch Centrum	Rotterdam	0
021101	Academisch ziekenhuis Maastricht	Maastricht	0
TOTAAL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN			0

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

AGB-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S (DBC'S 2009*)
010105	Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal	0
010107	Martini Ziekenhuis	Groningen	0
010110	Ommelander Ziekenhuisgroep	Delfzijl / Winschoten	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	Noorderboog / Diaconesseninrichting	Meppel	0
010417	Deventer Ziekenhuizen	Deventer	0
010418	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Hardenberg	0
010419	Medisch Spectrum Twente	Enschede	0
010420	Isala klinieken	Zwolle	0
010421	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
010530	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	0
010533	Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk	0
010534	De Gelderse Vallei	Ede	0
010535	Ziekenhuis Rijnstate	Arnhem	0
010536	Gelre ziekenhuizen	Apeldoorn / Zutphen	0
010618	Diaconessehuis / Lorentz ziekenhuis	Utrecht / Zeist	0
010619	Meander Medisch Centrum	Amersfoort / Baarn	0
010620	Sint Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein / Utrecht	0
010702	Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	0
SUBTOTAAL 1			0

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

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	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
010704	Ziekenhuis Amstelland	Amstelveen	0
010713	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis / Prinsengracht	Amsterdam	0
010728	Gemini Ziekenhuis	Den Helder	0
010742	Stichting Zaans Medisch Centrum	Zaandam	0
010748	Slotervaartziekenhuis	Amsterdam	0
010751	Waterland Ziekenhuis	Purmerend	0
010752	Westfries Gasthuis	Hoorn	0
010753	BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	0
010754	Spaarne Ziekenhuis	Heemstede / Hoofddorp	0
010755	Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	0
010756	Kennemer Gasthuis	Haarlem	0
010757	Sint Lucas Andreas	Amsterdam	0
010758	Tergooiziekenhuizen	Blaricum / Hilversum	0
010805	Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	0
010822	Diaconessenhuis	Leiden	0
010830	Havenziekenhuis	Rotterdam	0
010831	Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam	0
010832	Sint Franciscus Gasthuis	Rotterdam	0
010841	Hofpoort Ziekenhuis	Woerden	0
010844	Ziekenhuis Bronovo	Den Haag	0
010857	Reinier de Graaf Groep	Delft	0
010848	Beatrix Ziekenhuis (Rivas Zorggroep)	Gorinchem	0
010850	't Lange Land Ziekenhuis	Zoetermeer	0
010851	Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkensisse	0
010852	IJsselland Ziekenhuis	Cappelle a/d IJssel	0
010853	Rijnland Ziekenhuis	Leiderdorp	0
010855	Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda	0
010858	Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag	0
010859	Dr. Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht	0
010860	Vlietland Ziekenhuis / Stichting SSVZ	Schiedam / Vlaardingen	0
SUBTOTAAL 2			0

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

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	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
010861	Maasland Ziekenhuis	Rotterdam	0
010862	HagaZiekenhuis	Den Haag	0
010901	Oosterscheldeziekenhuizen	Goes	0
010911	Streekziekenhuis Walcheren	Vlissingen	0
010913	Zorgzaam Zeeuwsch-Vlaanderen	Terneuzen	0
011001	Ziekenhuis Lievensberg	Bergen op Zoom	0
011002	Maasziekenhuis	Boxmeer	0
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
011031	TweeSteden Ziekenhuis	Tilburg / Waalwijk	0
011032	Ziekenhuis Bernhoven	Oss / Veghel	0
011033	Amphia Ziekenhuis	Breda / Oosterhout	0
011034	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch	0
011035	Maxima Medisch Centrum	Eindhoven / Veldhoven	0
011108	Sint Laurentius Ziekenhuis	Roermond	0
011113	Sint Jans Gasthuis	Weert	0
011114	Maaslandziekenhuis / Orbis Medisch Centrum	Sittard / Geleen	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 3			0
TOTAAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (= totaal subtotaal 1 t/m 3)			0

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

OVERIGE INSTELLINGEN

AGB-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
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 Erfelijkheidsvoorzichting Groningen	Groningen	0
51000976	Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen e.o.	Nijmegen	0
51000977	Universitair Medisch Centrum / Klinische Genetica	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

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

7. Informatie ten behoeve van de opbrengstverrekening

TOTALE KOSTEN

SPECIFICATIES PER INSTELLING

RUBRIEK 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

REVALIDATIE INSTELLINGEN

AGB-code	NAAM INSTELLING	PLAATS	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
6160201	Revalidatie Friesland	Leeuwarden	0
6160401	Het Roessingh	Enschede	0
6160402	Vogelweyde	Zwolle	0
6160501	ViaReva (Kastanjehof)	Apeldoorn	0
6160529	Groot Klimmendaal	Arnhem	0
6160601	Militair Revalidatie Centrum (MRC)	Doorn	0
6160602	De Hoogstraat	Utrecht	0
6160702	Revalidatie Centrum Amsterdam (RCA)	Amsterdam	0
6160703	De Trappenberg	Hilversum	0
6160704	Heliomare	Wijk aan Zee	0
6160705	Jan van Breemen Instituut	Amsterdam	0
6160802	Rijnlands Revalidatiecentrum (RRC)	Leiden	0
6160804	Sophia Revalidatiecentrum Delft	Delft	0
6160805	Cardiologische revalidatie	Rotterdam	0
6160806	Sophia Revalidatie Den Haag	Den Haag	0
6160807	Stichting revalidatie (De Waarden)	Dordrecht	0
6160808	Rijndam	Rotterdam	0
6160809	Spine & Joint (SJC)	Rotterdam	0
6160901	Stichting Revalidatie Zeeland (SRZ)	Goes	0
6161002	Blixembosch	Eindhoven	0
6161003	Stichting Revalidatiecentrum Breda	Breda	0
6161005	De Tolbrug	s' Hertogenbosch	0
6161006	Revalidatiecentrum Leypark (RCL)	Tilburg	0
6161104	Stichting Revalidatie Limburg (SRL)	Hoensbroek	0
6160810	Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam	Rotterdam	0
6160811	Stichting Laurens Revalidatie	Rotterdam	0
TOTAAL REVALIDATIE INSTELLINGEN			0

	TOTALE DEFINITIEVE UITVRAAG DBC'S DBC'S 2009*)
TOTALE KOSTEN ALLE DBC GEFINANCIERDE INSTELLINGEN	0

*) Het betreft de som van het vorige tabblad

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening
Omschrijving
Structuur gegevensvraag Verzekerde periode en persoonskenmerken met BSN 2010
Structuur gegevensvraag Persoonskenmerken 2011
Structuur gegevensvraag Farmaciegegevens 2010 ten behoeve van Farmaceutische Kostengroepen (FKG)
Structuur gegevensvraag DBC's geopend in 2009 ten behoeve van Diagnose Kostengroepen (DKG)
Structuur gegevensvraag GGZ declaraties 2009
Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2006, 2007 en 2008
Structuur gegevensvraag Kosten per verzekerde 2009

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

De structuren voor de gegevensvragen Verzekerde periode en persoonskenmerken met BSN 2010, Farmaciegegevens 2010, DBC's geopend in 2009 en GGZ declaraties 2009 zijn afkomstig uit de brief van het CVZ van 6 december 2010 (kenmerk CCZ/2010131800) over de aanlevering gegevens Zw met accountantsproduct in 2010.

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ VERZEKERDE PERIODEN EN PERSOONSKENMERKEN VERZEKERDEN 2010 MET BSN TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Langte	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	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 2010.
	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 2010.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNNAA	Postcode 6 posities TNT Post
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5 (huisnummertoevoeging woonadres)
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	6	N	EEJJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 2	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 2 3	1 Woonadres in Nederland 2 Woonadres in het Buitenland én verdragsformulier E106 3 Woonadres in het Buitenland, geen verdragsformulier E106
	9	Begindatum verzekering	42	49	8	N	EEJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is aangevraagd.
	10	Einddatum verzekering	50	57	8	N	EEJJMMDD	Aanduiding van de feitelijke datum waarop de verzekering van het betreffende BSN bij deze UZOVI is beëindigd. De einddatum is de laatste dag van de verzekering. Uitsluitend de einddatum opnemen als die in de peilperiode valt. Als een inschrijving doorloopt over de jaargrens wordt geen einddatum opgenomen en de rubriek geheel met nullen gevuld.
	11	Fractie verzekeringsperiode	58	64	7	N		De fractie wordt als volgt berekend: ((einddatum -/- begindatum) +1)/365. De fractie wordt niet afgerond, maar wordt achter de zesde decimaal afgekapt (de decimaal zelf wordt niet weergegeven). Als de fractie het gehele jaar bevat, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 1000000. Als de fractie bijvoorbeeld één dag betreft, dan wordt de rubriek gevuld met de waarde 0002739. Bij de berekening van de fractie moet rekening worden gehouden met het volgende. Als de begindatum (rubriek 9) ligt voor de eerste dag van het jaar waarop het bestand betrekking heeft, dan geldt 01 januari van betreffende jaar als begindatum. Als de einddatum (rubriek 10) gevuld is met nullen, dan geldt 31 december van betreffende jaar als einddatum.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortjaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien
	6	Som fractie verzekeringsperiode	37	50	14	N		De som van rubriek 11 van alle detailrecords.

*) Bij voorkeur GBA-adres, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_VPPER_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord).
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ PERSOONSKENMERKEN 2011 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ Het betreft de verzekeraar zoals die in 2011 actief is. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval betreft het de peildatum: datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2011.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. In dit geval is de einddatum gelijk aan de begindatum.
2. Detailrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	2	2 = detailrecord
	2	Burger Service Nummer	2	10	9	N		Uitsluitend geverifieerde BSN's. Altijd 9 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is
	3	Postcode woonadres *)	11	16	6	AN	NNNAA	Postcode 6 posities TNT Post
	4	Huisnummer woonadres *)	17	21	5	AN		Uitsluitend cijfers opnemen (soort is AN vanwege aansluiting op Belastingdienst), alfanumerieke karakters opnemen in rubriek 5
	5	Huisnummertoevoeging woonadres *)	22	33	12	AN		
	6	Geboortjaar en -maand	34	39	6	N	EEJMM	Geboortjaar en -maand van de verzekerde
	7	Geslacht	40	40	1	N	1 2	1 Man 2 Vrouw
	8	Identificatie buitenland	41	41	1	N	1 2	1 Woonadres in Nederland 2 Woonadres in het Buitenland
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Som geboortjaar en -maand	23	36	14	N		De som van rubriek 6 van alle detailrecords, waarbij geboortjaar en -maand als een getal worden gezien

*) Bij voorkeur GBA-adres, anders meest recente woonadres in Nederland. Alleen als er geen woonadres in Nederland bekend is, gebruikt u het postadres als basis voor deze gegevens. Bij meerdere verzekerden op één adres, gegevens op exact dezelfde wijze opnemen.

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_PER_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooper)
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 FARMACIEGEGEVENS 2010 TEN BEHOEVE VAN FARMACIE KOSTENGROEPEN (FKG) IN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	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 2010 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD		Datum waarop het bestand is aangemaakt
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD		De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2010.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD		De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2010.
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 cijfer 0 is.
	3	Geboortejaar en -maand	11	16	6	N	EEJJMM	0207	Geboortejaar en -maand van de verzekerde
	4	Geslacht	17	17	1	N	1	0208	Man
	5	Datum van aflevering	18	25	8	N	EEJJMMDD	2	Vrouw
	6	Artikelcode middel: ZI nummer	26	37	12	N		0409	0411 Conform G-standaard
	7	Voorgescreven dosering	38	38	1	N		1	0426 De voorgeschreven dosering is bekend
								2	De voorgeschreven dosering is bekend, maar niet in een (gemiddeld) verbruik per dag uit te drukken (rubriek 9 vullen met nullen)
								3	De voorgeschreven dosering is onbekend (rubriek 9 vullen met nullen)
	8	Afleveringseenheid	39	40	2	AN			0412 Conform G-standaard
	9	Gemiddelde (voorgescreven) 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 mic	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	0438 Debet	
12	Schadebedrag in centen	60	67	8	N		C	0431 Gedeclareerde kosten van de afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen (rubriek 10) i.h.k.v. de basisverzekering Zw. Het bedrag is conform de EI-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	Aantal records	6	14	9	N			De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N			De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N			De som van de schadebedragen in rubriek 12 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

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 DBC's GEOPEND IN 2009 TEN BEHOEVE VAN DIAGNOSE KOSTENGROEPEN (DKG) IN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie 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 van opening van de DBC, 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 van opening van de DBC, 2009.
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 cijfer 0 is
	3	Specialismecode	11	14	4	N		Code van het poortspecialisme. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	4	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 Zvw. 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		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 9 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

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 GGZ DECLARATIES 2009 TEN BEHOEVE VAN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie 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 schadejaar 2009. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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 schadejaar 2009. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2009.
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 cijfer 0 is.
	3	AGB code instelling/zorgverlener	11	18	8	N		Zoals vermeld op de declaratie.
	4	Soort declaratie	19	19	1	N	1	Declaratie van een DBC-GGZ.
	5	Indicatie debet credit	20	20	1	AN	2 D C	Declaratie van overige kosten GGZ. Debet Credit
	6	Schadebedrag in centen	21	28	8	N		Gedeclareerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het kader van de basisverzekering Zvw. Het bedrag is in centen, conform de EI-Standaard, zonder decimaal scheidingstekens.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 6 van de detailrecords (zonder debet/credit denominatie)

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en 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_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 KOSTEN PER VERZEKERDE 2006, 2007 EN 2008 TEN BEHOEVE VAN MOGELIJKE INVOERING HRV/MHK IN DE RISICOVEREVENING

Het betreft vier afzonderlijke bestanden namelijk over de jaren 2006 tot en met 2009, per jaar. De structuur voor de bestanden 2006 ten met 2008 is identiek. Hier is het jaar 2006 weergegeven.

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie http://uzovi.vektis.nl/ . Het betreft de verzekeraar zoals die in 2006 actief was. Altijd 4 posities opnemen, ook als het eerste cijfer 0 is.
	3	Datum aanmaak bestand	6	13	8	N	EEJJMMDD	Datum waarop het bestand is aangemaakt.
	4	Datum aanvang periode	14	21	8	N	EEJJMMDD	De datum van de eerste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2006. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2006.
	5	Datum einde periode	22	29	8	N	EEJJMMDD	De datum van de laatste dag van de periode waarop de levering betrekking heeft. De periode betreft het schadejaar 2006. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2006.
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 cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' in centen	11	19	9	N		De 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' volgens de definitie zoals die in de HKC opgave 2006 is gehanteerd maar dan 100% van de kosten ipv 90% en van alle verzekerden ipv alleen HKC verzekerden.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie zoals die in de HKC opgave 2006 is gehanteerd maar dan 100% van de kosten ipv 90% en van alle verzekerden ipv alleen de HKC verzekerden.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag "variabel"	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag "overig"	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

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

3. Data presentatie:

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

4. Bestandsnaam

CVZ_RVE_UZOVI_KPV_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01

8. Bijlagen record Lay-out informatie risicoverevening

STRUCTUUR GEGEVENSVRAAG CVZ KOSTEN PER VERZEKERDE 2009 TEN BEHOEVE VAN MOGELIJKE INVOERING HRV/MHK IN DE RISICOVEREVENING

Type record	#	Rubriek	Positie van	t/m	Lengte	Soort	Codering	Omschrijving/Toelichting
1. Voorlooprecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	1	1 = voorlooprecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar, zie 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 schadejaar 2009. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 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 schadejaar 2009. Voor DBC's betreft de periode het jaar van opening van de DBC, 2009.
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 cijfer 0 is.
	3	Schadebedrag 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' in centen	11	19	9	N		De 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' volgens de definitie zoals die in de HKC opgave 2009 wordt gehanteerd maar dan 100% van de kosten ipv 90% en van alle verzekerden ipv alleen HKC verzekerden.
	4	Schadebedrag 'overige prestaties' in centen	20	28	9	N		De kosten van 'overige prestaties' volgens de definitie zoals die in de HKC opgave 2009 wordt gehanteerd maar dan 100% van de kosten ipv 90% en van alle verzekerden ipv alleen de HKC verzekerden.
	5	Schadebedrag 'B-DBC's' in centen	29	37	9	N		De kosten van 'B-DBC's' volgens de definitie zoals die in de HKC opgave 2009 wordt gehanteerd maar dan 100% van de kosten ipv 90% en van alle verzekerden ipv alleen de HKC verzekerden.
3. Sluitrecord	1	Recordsoort	1	1	1	N	9	9 = sluitrecord
	2	Zorgverzekeraarsnummer	2	5	4	N	####	Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar
	3	Aantal records	6	14	9	N		De som van het aantal detailrecords dat in het bestand is opgenomen.
	4	Aantal unieke BSN's	15	22	8	N		De som van het aantal unieke BSN's dat in het bestand is opgenomen.
	5	Totaal schadebedrag "variabel"	23	36	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 3 van de detailrecords.
	6	Totaal schadebedrag "overig"	37	50	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 4 van de detailrecords.
	7	Totaal schadebedrag "B-DBC's"	51	64	14	N		De som van de schadebedragen in rubriek 5 van de detailrecords.

1. In de record lay-out zijn drie soorten records beschreven:

1. Voorlooprecord (code=1)
2. Detailrecord per verzekerde (code=2)
3. Sluitrecord (code=9)

2. Soort:

N=numeriek, rechts aansluiten/uitlijnen en 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_KPV_EEJJ_MND_NR.txt

UZOVI: Landelijk UZOVI-nummer zorgverzekeraar (zie rubriek 2 voorlooprecord)
EEJJ: Jaar waar het bestand betrekking op heeft
MND: bij dit bestand niet van toepassing, '00' opnemen
NR: Volgnummer; per berichtenstroom wordt ieder nieuw registratiejaar weer begonnen met volgnummer 01